

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
ФГБОУ ВО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНЗДРАВА РОССИИ



НЕДЕЛЯ НАУКИ - 2018

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2018

УДК 61 «312»(081)
ББК 5я431
Н 42

Неделя науки 2018: материалы Международного молодёжного форума, посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2018. - 614 с.

Под общей редакцией ректора Ставропольского государственного медицинского университета, д.м.н., профессора **В.И. Кошель**

Рецензент:

Щетинин Е.В. – д.м.н., профессор, проректор по научной и инновационной работе Ставропольского государственного медицинского университета

Ответственный секретарь:

Хрипунова А.А. – к.м.н., доцент, председатель Совета молодых ученых и специалистов Ставропольского края

В сборник вошли работы молодых ученых и студентов, посвященные наиболее актуальным проблемам медицинской науки.

За достоверность представленной информации редакционная коллегия ответственности не несет.

УДК 61 «312»(081)
ББК 5я431
Н 42

Раздел 1. Акушерство и гинекология

СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУТА КИСТЫ ПРАВОГО ЯИЧНИКА ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Абукеримова А.К.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Фомина И.В.
Тюменский государственный медицинский университет

В медицинской практике перекрут придатков матки встречается довольно редко. Его частота составляет примерно 5-7% от всех острых гинекологических заболеваний. Чаще всего болезнь сочетается с крупными опухолями или кистами яичника, которые и становятся причиной перекрута. Дополнительным фактором риска является беременность вследствие оттеснения яичников растущей маткой. Таким образом, целью работы явилось представление клинического случая ведения беременной женщины с перекрутом правого яичника [1,2].

Материалы и методы исследования. Была проанализирована история родов, а также индивидуальная карта беременной и родильницы.

Результаты исследования. Беременная А., 33 г., переведена из ГБУЗ ТО «ОКБ № 2», где находилась на стационарном лечении по поводу обструктивной уропатии, в ПЦ г. Тюмени 06.04.2018 г., 14:15 в экстренном порядке по поводу ложных схваток после 37 недель беременности с жалобами на тянущие боли внизу живота.

Анамнез: 22.03.2018 г. в сроке беременности 33-34 недели обратилась в п/о ОКБ №2 с жалобами на боли в правом боку, отмечала тошноту, головокружение, слабость. Осмотрена урологом, выполнено УЗИ органов малого таза - диагностирована киста правого яичника размером 8 см, отпущена на амбулаторное лечение. На фоне лечения - улучшение не отмечала. 23.03.2018 г. в связи с усилением болевого синдрома повторно обратилась в п/о ОКБ №2, госпитализирована в урологическое отделение. С 23.03.2017 г. по 28.03.2017 г. находилась в стационаре ГБУЗ ТО «ОКБ №2», где была осмотрена совместно с заведующим урологического отделения и акушер-гинекологом и поставлен следующий диагноз: «Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз правой почки. Почечная колика справа. Беременность 33-34 нед. Киста яичника».

Однако, 05.04.18 г. вновь повторился эпизод болей в правой половине живота с иррадиацией в поясницу колюще-режущего характера и в 21:00 была доставлена бригадой скорой помощи в ГБУЗ ТО ПЦ г. Тюмени. После исключения акушерской патологии и консультации уролога, был рекомендован перевод в ОКБ № 2 в п/о, где осмотрен урологом совместно с заведующим урологического отделения, гинекологом. Госпитализирована в у/о с диагнозом камни почек с камнями мочеточника. Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа. Выраженный болевой синдром. Беременность 36-37 недель. Проведена цистоскопия под м/а, установлен мочеточниковый катетер № 4, на фоне лечения сохранялся болевой синдром.

06.04.2018. Переводится в отделение патологии берем ОПЦ г. Тюмень после консервативного лечения и с рекомендациями.

При поступлении в ПЦ:

Гинекологический статус: НПО-сформированы правильно, оволосенение по женскому типу. Шейка матки укорочена, отклонена кзади. Р, V: шейка размягчена, укорочена длиной до 1,5 см, цервик канал проходим до 2,5 см, плодный пузырь – наливается? Предлежит тазовый конец плода, подвижен над входом в малый таз, матка реагирует на осмотр. Выделения светлые, мыс не достижим, экзостозов нет. ЧСС 150 в минуту. Область рубца матке без особенностей.

Д/з при поступлении: ложные схватки с 37 недель. Тазовое предлежание. ОАА. Рубец на матке (1). Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа.

УЗИ ОМТ: Маточная беременность 37 недель. Киста правого яичника, визуализация в данной проекции затруднена, кровотоков в кисте четко не определяется, поэтому нельзя исключить перекрут кисты.

Заключительный диагноз: ложные схватки с 37 недель. Тазовое предлежание. ОАА. Рубец на матке (1). Обструктивная уропатия беременных справа. Гидронефроз справа. Почечная колика справа. Выраженный болевой синдром. Состояние после стентирования правой почки от 06.04.2018.

Решено родоразрешить женщину путем операции КС в экстренном порядке 06.04.18 г., учитывая ПРПО; ОАА (2012 г. – срочные оперативные роды по поводу слабости родовой деятельности, жив. Муж. 3800 гр.); рубец на матке после КС, а также отсутствие готовности организма к родам. На операции на 3 минуте за паховый сгиб был извлечен живой доношенный ребенок мужского пола в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар в конце 1 минуты 8 баллов, через 5 минут 8 баллов. При ревизии придатков обнаружено, правые придатки синюшно-багрового цвета, определяется перекут кисты правого яичника вместе с маточной трубой, размерами 8*6*4 см, выполнена аднексэктомия в пределах здоровых тканей.

Заключительный диагноз: Срочные оперативные роды 2 в 37 недель. Чисто ягодичное предлежание. ОАА. Рубец на матке. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Обструктивная уропатия беременных справа. Правосторонний гидронефроз почки у матери. Состояние после стентирования правой почки от 06.04.18. Первичный субклинический гипотиреоз. Кесарево сечение в нижнем сегменте по Дерфлеру. Аднексэктомия справа. Кровопотеря 600 мл.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана из отделения на 4 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. При дифференциальной диагностике причин острого живота у женщин во время беременности, необходимо принимать во внимание возможность возникновения перекута придатков матки, даже при отсутствии патологии маточной трубы и яичника в анамнезе. Тактика лечения в полной мере зависит от срока беременности, а также сопутствующей патологии, как со стороны матери, так и плода.

Список литературы.

1.Баринов С.В. К вопросу об оперативном лечении доброкачественных новообразований яичников при беременности / С.В. Баринов, О.В. Лазарева, Б.В. Корнеев, Л.Л. Шкабарня, М.К. Гребенюк, Е.А. Рошупкина, А.В. Белокопытова, П.И. Сорокин // Журнал акушерства и женских болезней, 2015. Том 64, No 4, С 13-20.

2.Липатенкова Ю.И. Особенности ультразвуковой диагностики опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / Ю.И. Липатенкова, С.А. Мартынов, Л.В. Адамян, А.Ю. Данилов // Гинекология 2014. Том 16, No 6, С 37-43.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Адеева О.О., Самсонов Н.С., Федотова Д.С.

**Научные руководители: д.м.н., доцент Т.П. Шевлюкова, к.м.н., доцент А. В. Козлова
Тюменский государственный медицинский университет**

"Введение: Тюменская область находится на 9 месте среди территорий России, наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией - 1 161 случая на 100 тыс. населения. [1] За период с 2007 по 2016 гг. доля ВИЧ в структуре распространенности туберкулеза составила 32,8%. В данной микс-инфекции туберкулез - наиболее частая причина смерти, в том числе среди женщин детородного возраста и беременных [2]. Гормональные изменения в период гестации способствуют прогрессированию течения ко-инфекции. [3] Показатели активного туберкулеза достигают 7,9% среди ВИЧ-инфицированных женщин в странах с высокой распространённостью данного заболевания. [4]

Материалы и методы исследования. Анализ амбулаторных карт, карт стационарного больного, обменной карты и истории беременной и родильницы.

Результаты исследования. Пациентка В., 28 лет. В 2011г. выявлена ВИЧ-инфекция. В том же году первая беременность завершилась самопроизвольным выкидышем на сроке 8 недель. В 2014г. появились жалобы на кашель, одышку, боль в области грудной клетки, температуру до фебрильных цифр. Была госпитализирована с диагнозом полисерозит, двусторонний плеврит; дыхательная недостаточность I степени; В20, 3 стадии. Назначены антибактериальные препараты.

В плевральном экссудате - высокий уровень белка, лимфоцитарный плеоцитоз. Для дальнейшего обследования была переведена в Тюменский Областной противотуберкулезный диспансер (ОПТД), где по результатам исследования плевральной жидкости, мокроты и бронхоальвеолярного смыва микобактерия туберкулеза не обнаружена. Диаскин тест - папула 7 мм. По результатам рентгенограммы органов грудной клетки - гомогенное затемнение справа от уровня диафрагмы до 8 ребра с локальным утолщением плевры, по результатам КТ - инфильтративные изменения в правом легком, двухсторонний гидроторакс. Эмпирически назначена химиотерапия по 1 режиму. Исходя из положительного результата дальнейшего бактериального посева мокроты на МБТ и выявленной широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) назначен 4 режим химиотерапии до 240 доз. Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) начата с 2015г. (от ранее назначенной пациентка отказалась). В 2016г. экстренная госпитализация ввиду ухудшения состояния на фоне 2-ой беременности в сроке 12 недель. Рентгенологически – гидроторакс справа. При плевральной пункции эвакуировано 1500 мл. содержимого. Противотуберкулезные препараты пациентка не принимала в связи с беременностью. Выписана за нарушение больничного режима. На повторные приемы не являлась. Беременность завершилась прерыванием на 21 неделе в связи с врожденным пороком развития (ВПР) сердца у плода. В дальнейшем - нарастание жидкости в правой плевральной полости, в связи с чем повторно госпитализирована в терапевтическое отделение, выполнена плевральная пункция. От дальнейшего лечения пациентка отказалась. В 2017г. выявлена третья, настоящая беременность в сроке 8 недель. Лечение по 4 режиму химиотерапии противопоказано ввиду беременности. Фтизиатром ОПТД рекомендована постановка на учет в Областной перинатальный центр г.Тюмени для совместного ведения с акушер-гинекологами. Ввиду прогрессирования туберкулезного процесса, усилению дыхательной недостаточности решением центральной врачебной консультативной комиссии ОПТД показано назначение 4 режима химиотерапии по жизненным показаниям, прерывание беременности в сроке 12 недель. От лечения пациентка вновь отказалась. С 22 недели беременности -прогрессирование явлений туберкулезного плеврита: не выслушивается дыхание ниже 5 ребра справа, по УЗИ легких и плевры - увеличение количества жидкости в правой плевральной полости. Отказ от госпитализации. В сроке беременности 30 недель госпитализирована в ОПТД с диагнозом: гидроторакс справа. По данным КТ - правосторонний осумкованный плеврит, свободная жидкость в правой плевральной полости. Количество жидкости в динамике нарастает (до 2000 мл.). Из акушерского анамнеза: беременность осложнилась в 19 недель - анемия легкой степени, кольпит; в 23 - низкая плацентация; в 30 - гестационный сахарный диабет; в 33 - подозрение на ВПР органов желудочно-кишечного тракта. В ноябре 2017 г. - срочные роды в сроке 40 недель, головное предлежание. Ребенок родился живой, мужского пола, вес 3674г., рост 54 см. Оценка Апгар: 8/8. Послед выделился самостоятельно, без дефектов. Кровопотеря в родах 350 мл. Первые сутки послеродового периода без особенностей. На 2 сутки после родов пациентка была переведена для лечения в ОПТД. Рекомендовано разобщить контакт с новорожденным. Ребенок здоров, вакцинирован БЦЖ-М, поствакцинальный период протекает благополучно.

Зключение. Отсутствие четких клинических рекомендаций и протоколов при данном сочетании инфекционных патологий в условиях беременности представляет значительную сложность ведения таких пациенток. Туберкулез в период гестации имеет волнообразное прогрессирующее течение. Однако прием ВААРТ в период настоящей беременности сделал возможным рождение здорового ребенка. Нужно способствовать сохранению комплаентности с целью минимизации рисков развития перинатальной патологии и прогрессирования симптомов туберкулезной инфекции и ВИЧ среди пациенток детородного возраста.

Список литературы:

1. Официальная статистика ВИЧ, СПИДа в России на 1.01.2018 г. URL: https://spid-vich-zppp.ru/statistika/epidemiya-vich-spida-v-rossii-2017.html#__-171_187__-100__01012018 (дата обращения: 4.06.18)
2. Нестеренко А.В., Зимина В.Н., Брехова И.С. Случай туберкулеза у ВИЧ-инфицированной беременной женщины. Журнал инфектологии. 2016;8(2):100-104.
3. Dorian Fernandez et al., "HIV-TB Coinfection among 57 Million Pregnant Women, Obstetric Complications, Alcohol Use, Drug Abuse, and Depression," Journal of Pregnancy, vol. 2018, Article ID 5896901, 8 pages, 2018. doi:10.1155/2018/5896901

ТАКТИКА И ВЕДЕНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ОДНОГО ПЛОДА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Алексеева С.Ю.

Научный руководитель: Максимова Н.А.

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. Проблема ведения беременных с многоплодием представляет научный и практический интерес, так как в последние годы отмечен рост многоплодных беременностей, особенно в связи с распространением вспомогательных репродуктивных технологий[1]. Многоплодная беременность сама по себе является патологической, так как эволюционно организм женщины сформирован для вынашивания одного плода, в связи с чем, частота осложнений многоплодной беременности в разы выше.

Для правильной тактики ведения беременности и родов при многоплодии решающее значение имеет раннее (в I триместре) определение хориальности. Именно хориальность определяет течение беременности, ее исходы, перинатальную заболеваемость и перинатальную смертность. Наиболее неблагоприятна в плане перинатальных осложнений монохориальная многоплодная беременность, которую наблюдают в 65% случаев однойцевой двойни[2].

Цель исследования. Изучить тактику и ведение многоплодной беременности при антенатальной гибели одного плода с помощью анализа клинического случая.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ клинического случая многоплодной беременности, монохориальной диамниотической

двойней на фоне регресса одного плода в сроке 18 недель.

Клинический случай. Беременная К., поступила в стационар гинекологического отделения с диагнозом: Беременность 23 недели. Маркеры хромосомных аномалий (гиперэхогенный кишечник, кисты сосудистых сплетений) у второго плода. Регресс первого плода из монохориальной двойни в 18 недель. Маловодие. Субамниотическая оформившаяся гематома. Угрожающий выкидыш при поступлении.

Из анамнеза: Возраст 24 года. Менструации с 11 лет, установились сразу через 21-30 дней по 3-5 суток, умеренные безболезненные. Половая жизнь с 19 лет, брак 1 зарегистрирован. Данная беременность первая, желанная. На «Д» учет по беременности с 11.06.15 – беременность 9 недель, двойня.

С 17.06.15г по 01.07.2015г находилась на лечении в гинекологическом отделении ГБУ «Перинатальный центр» с диагнозом – Беременность 12 недель. Двойня. Угрожающий выкидыш.

Прошла первый скрининг 01.07.15г. По УЗИ размеры плодов – 12 недель и 11 недель 6 дней, монохориальная биамниотическая двойня. Ретрохориальная гематома 30х12 мм.

Результаты второго скрининга от 31.08.15г: размеры плода соответствуют сроку беременности 20 недель 1 день, двойня. Антенатальная гибель второго плода. Расширение петель кишечника до 7 мм (нельзя исключить обструктивное поражение кишечника), стенки кишечника повышенной эхогенности. Кисты сосудистых сплетений головного мозга до 8мм. Маловодие (амниотический индекс – 9,4 см). Субамниотическая гематома.

Пациентка от прерывания беременности отказалась, решение должна принять после консультации запланированной на 4.09.2015г.

4.09.2015г Пациентка поступает в гинекологический стационар с диагнозом – Беременность 23 недели, двойня. Антенатальная гибель одного плода в 18 недель, угрожающий выкидыш. Было проведено лечение: утрожестан 200мг 2 раза в сутки, MgSo4 25% 30,0 + NaCl 0,9% 250,0 №6. Учитывая наличие двух маркеров хромосомных аномалий у плода в срок беременности 22-23 недели от процедуры кордоцентеза решено воздержаться. Выписана в удовлетворительном состоянии под амбулаторное наблюдение акушера-гинеколога с прогрессирующей беременностью.

Антенатальная смерть одного из плодов – специфическое осложнение многоплодной беременности, которое встречается в 6% наблюдений. Этиологические факторы гибели одного

плода при многоплодии включают в себя как дискордантные состояния одного плода, так и осложнения, поражающие оба плода [1].

Риски повреждения второго плода за счет функционирующих анастомозов плаценты существенно выше:

- В 12% случаев происходит гибель второго плода;
- В 18% случаев диагностируются неврологические нарушения.

При антенатальной гибели одного из плода и его мумификации рекомендован контроль показателей эхографии каждые две недели. Не рекомендовано досрочное elective родоразрешение. Оптимальным вариантом считается родоразрешение в доношенном сроке беременности, при необходимости индукция родов в 39 недель [3].

Выводы. При антенатальной гибели одного плода при монохориальной диамниотической двойни возрастает риск повреждения и гибели второго плода, поэтому выбор правильной тактики при данной патологии является важным аспектом для сохранения жизни и здоровья второго плода.

Список литературы:

1. Краснопольский В.И., Новикова С.В., Цивцивадзе Е.Б., Жарова А.А. Ведение беременности и родов при многоплодной беременности/ Альманах клинической медицины. 2015 Март, - С. 32-40.
2. Полякова В.А. / Практическое акушерство. – 2012. – с 82-85.
3. Российское общество акушеров – гинекологов / Клинический протокол / «Протокол ведения монохориальной многоплодной беременности». 2016.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПЛОДУ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА

Борзенкова Е.А., Коханова Д. А., Жилиева Д. В.

Научные руководители: к.м.н., асс. Сенникова Ж.В., асс. Воронцова Н.А.

Оренбургский государственный медицинский университет

Гемолитическая болезнь плода— заболевание, характеризующееся гемолизом резус-положительных эритроцитов плода под воздействием антирезусных антител матери, проникающих в кровотоки плода, при несовместимости крови матери и плода по системе резус, и проявляющееся развитием анемии, увеличением числа бластных форм эритроцитов, повышением концентрации билирубина в крови плода.

Гемолитическая болезнь плода в России диагностируется у 0,6% новорожденных, при этом частота развития резус-иммунизации за последние годы еще не получила тенденции к снижению. Показатели перинатальной смертности при гемолитической болезни плода остаются высокими и составляют 15-16%. Лечение ГБП состоит во внутрисосудистой гемотрансфузии плоду при среднетяжелой и тяжелой анемии плода.

Цель работы: оценить эффективность внутриутробного переливания крови плоду как метода патогенетического лечения гемолитической болезни плода.

Материалы и методы: были изучены истории болезни 10 беременных женщин sensibilized по резус-антигену с признаками гемолитической болезни плода, которым провели внутриутробное внутрисосудистое переливание крови плоду в Областном перинатальном центре г. Оренбурга за 2017-2018. Проанализированы данные акушерского анамнеза пациенток: количество беременностей, паритет родов, течение предыдущих беременностей. Всем пациенткам проведена диагностика ГБП с помощью ультразвуковой фетометрии и плацентометрии, исследования количества околоплодных вод, доплерометрического исследования мозгового кровотока плода с целью выявления анемии, оценки функционального состояния плода. В качестве маркера анемии проводилось измерение кардиофеморального индекса (КФИ), а также скорость кровотока в средней мозговой артерии (СМА).

Результаты. Все пациентки повторнородящие, старше 30 лет. Распределение по паритету родов: вторые роды – 40 %, третьи роды – 10%, четвертые - 40 %, пятые роды – 10%. В 50 % случаев у пациенток в анамнезе было прерывание беременности (по желанию). У 50 %

беременных в анамнезе оперативное абдоминальное родоразрешение. Случаи гемолитической болезни плода в прошлых беременностях установлены у 70% пациенток, при этом у 40 % в исходе зафиксирована антенатальная гибель плода. В 100 % случаев введение антирезусного иммуноглобулина для профилактики резус-сенсibilизации во время и после первой беременности не проводилось.

Минимальный титр антиэритроцитарных антител был 1:64, максимальный составил 1:8192. У большинства пациенток (70%) выявлен титр антител в пределах 1:2000. Нарастание титра антител в динамике выявлено у всех беременных.

Во всех случаях уровень скорости кровотока в СМА был выше 51 см/с и максимально достигал 79 см/с, максимальная скорость кровотока у всех пациенток (100%) больше 1,5 МоМ. Уровень КФИ во всех случаях был выше 0,59 и максимально достигал 0,72. У 50% имели место признаки водянки плода. Полученные данные интерпретированы как признаки анемии плода тяжелой степени, что явилось показанием для внутриутробного переливания крови плоду.

Для диагностики степени тяжести анемии у плода осуществлен кордоцентез, определен уровень гемоглобина у плода. В 100 % случаев уровень гемоглобина у плодов не превышал 80 г/л. У одного плода при проведении кордоцентеза выявлено критическое снижение уровня гемоглобина до 23 г/л.

Полученные значения определили показания для внутриутробного переливания крови. В 100% случаев после проведения гемотрансфузии зафиксировано повышение уровня гемоглобина. В среднем оно составило 72 г/л, что в 70% случаев позволило достичь нормативных (для соответствующего срока беременности) значений гемоглобина.

При контрольном УЗИ с доплерометрией также зафиксирована положительная динамика. У 60% пациенток значения показателей, являющихся маркерами гемолитической болезни плода, достигли пределов нормы. В остальных 40% случаев выявлена положительная динамика, но значения показателей остались на уровне меньше нормы. Следует отметить, что именно у данной группы пациенток были самые высокие показатели титра антител, КФИ, СМА, признаки водянки на УЗИ, а гемоглобин плода на начало операции был менее 40 г/л. Данной группе пациенток по показаниям проведено повторное внутриутробное переливание крови. В итоге полной нормализации показателей удалось достичь у 70% пациенток этой группы.

Осложнений при проведении внутриутробного внутрисосудистого переливания крови не было.

Выводы: внутриутробное внутрисосудистое переливание крови позволяет улучшить показатели крови у плода, снизить степень тяжести или устранить анемию и пролонгировать беременность до более благоприятных сроков. Однако метод эффективен не всегда, особенно при тяжелом течении, и не позволяет полностью устранить проявления гемолитической болезни плода. Возможные осложнения как со стороны плода (брадикардия, транзиторный спазм артерий пуповины, гематомы пуповины, вплоть до антенатальной гибели плода) и матери (преждевременные роды, преждевременное излитие вод) ограничивают применение данного метода внутриутробной терапии плода. Именно поэтому выполнение внутриутробного внутрисосудистого переливания крови должно осуществляться в медицинских центрах, обладающих необходимыми условиями для его реализации, а также требует особой подготовки медицинского персонала, осуществляющего внутриутробные вмешательства.

Список литературы:

1. Конопляников А.Г. Новые технологии в диагностике и профилактике гемолитической болезни плода и новорожденного: автореф. дис. ...д-ра мед.наук. – М.,2009.
2. Кордоцентез: четырехлетний опыт применения в целях пренатальной диагностики и лечения заболеваний плода / Айламазян Э. К. [и др.] // Ультразвуковая диагностика акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 1993. — N 3. — С. 33-39.
3. Румянцев А.Г., Масчан А.А. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гемолитической болезни новорожденных. -Москва. - 2014. – с. 5-6.
4. Савельева Г.М., Адамян Л.В., Курцер М.А. Клинические рекомендации (протокол) «Резус - сенсibilизация. Гемолитическая болезнь плода». – М.-2017. – с. 6-9.

ДИСФУНКЦИЯ АДАПТИВНОГО ТОНУСА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК МАРКЁР ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИИ

Вальц И.А., Федотова Д.С., Абукеримова А.К.

**Научный руководитель: д.м.н., доцент Т.П. Шевлюкова
Тюменский государственный медицинский университет**

Введение: в настоящее время нет четкого алгоритма ведения и прогнозирования исходов у беременных женщин с вегетососудистой дистонией (ВСД), поскольку патология представляет собой динамически колеблющуюся симптоматику, которая по мере ослабления компенсаторных адаптационных механизмов приводит к трансформации функциональной дисфункции в органический дефект [1,3-6]. Таким образом, цель исследования - изучить влияние вегетососудистой дистонии на течение беременности и исход родов [2,4,7].

Материал и методы: были оценены результаты двух женских консультаций в г. Тюмень за 2015-2017 годы, а также истории родов женщин с диагнозом ВСД посредством анализа, синтеза, статистической обработки, моделирования.

Результаты и обсуждение: По данным женских консультаций г. Тюмени ежегодно диагноз ВСД встречается у каждой второй беременной. Например, количество выявленной патологии за последние три года по отношению к общему числу обратившихся: 2015г. – 64,25%, 2016г. – 50,80%, 2017г. – 65,96%. Всё вышеперечисленное говорит о том, что на данный момент ВСД не теряет своей актуальности и, вероятно, требует новых подходов к коррекции.

Синдром ВСД, включающий как вегетативные, так и эмоциональные расстройства, является обязательным в клинической картине беременных, так как встречается у 92% обследованных и фундаментом его является психовегетативный симптомокомплекс, обоснованный высокой тревожностью и исходной нейроэндокринной перестройкой организма.

Данные изменения связаны с самим фактом беременности, беспокойством за рождение здорового потомства, треть исследуемых (35%) акцентировали внимание на состоянии, которое соответствует астеническому синдрому. На вопрос «необходимо ли внедрение службы для психологической помощи беременным?» 92% опрошенных женщин дали положительный ответ.

Хроническая внутриутробная гипоксия, являющаяся доминирующим признаком плацентарной недостаточности, у беременных с ВСД была выявлена в 12 % случаев. При исследовании сердцебиения плода у 7 % женщин выявились нарушения, соответствующие 7 баллам, у 5 % – 6 баллам по шкале W. Fischer. Согласно доплерометрическому исследованию маточно-плацентарного кровотока 5% выявлена ЗВУР плода, в 1,5 % ЗВУР произошла на фоне гестоза средней и тяжелой степени, в 0,5 % – на фоне хронической внутриутробной гипоксии плода.

Подтверждено неблагоприятное влияние ВСД на течение гестационного процесса: способность вызывать осложнения в период беременности (угроза прерывания, гестоз), родов (несвоевременное излитие околоплодных вод 25,3%, кровотечения 13,9 %, внутриутробная гипоксия плода 12%, аномалии родовой деятельности 17,1 %) и в послеродовом периоде (несостоятельность швов 6,34 %, лактостаз 5,1%), которые отрицательно воздействуют на здоровье матери и ребенка. Данный контингент женщин в ходе диспансерного наблюдения нуждается в детальном обследовании, проведении дополнительных параклинических исследований, а также комплекса лечебных мероприятий для улучшения перинатальных исходов.

Выводы:

1. Наличие диагноза ВСД у каждой второй беременной, прогностически неблагоприятное протекание беременности и родов у трети исследуемых даёт веские основания для дальнейшего исследования проблемы, поиска подходов к диагностике, лечению и профилактике данной патологии.

2. ВСД также сочетается с эмоциональными нарушениями, в связи с этим необходима не только врачебная, но и психологическая помощь данным пациенткам.

3. ВСД может привести к осложнениям беременности, родов, послеродового периода, соответственно к увеличению перинатальной смертности, негативном влиянии на дальнейшее психическое развитие ребенка.

4. Оценку автономной нервной системы с помощью параклинических способов можно применить в качестве объективного критерия состояния механизмов адаптации беременной, что позволит разработать лечение ВСД у данного контингента женщин путем воздействия на патогенетические звенья этой патологии.

Список литературы:

1. Акушерство: национальное руководство/под редакцией Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1200 с. – (Серия «Национальные руководства»)
2. Влияние вегето-сосудистой дистонии на течение беременности и исход родов / В.А. Кулавский, Е.В. Кулавский, В.И. Беглов, А.М. Зиганшин // Мать и дитя в Кузбассе. – 2015. - №2. – С.59-62. 5.
3. Кулавский В.А., Кулавский Е.В., Беглов В.И., Зиганшин А.М. Влияние вегето-сосудистой дистонии на течение беременности и исход родов / Мать и дитя в Кузбассе. 2015. № 2. С. 59-62.
4. Невынашивание беременности / Л. В. Ткаченко, Т. И. Костенко, Н. Д. Углова, А. Л. Шкляр// Вестник волгодарского государственного медицинского университета. - 2015. - №1(53). – С. 3-9.
5. Особенности гормонального и вегетативного статуса женщин при физиологической и осложненной беременности в зависимости от пола плода / О.Д. Саргсян, Т.Л. Боташева, А.Н. Рымашевский и др. // Современные проблемы науки и образования . – 2014. - №4. – С.305.
6. Филинов, А.Г. Кардиоритмограмма в оценке вегетативной нервной системы в различные сроки нормально протекающей беременности/ А.Г. Филинов// Медицинский альманах. – 2016. - № 5 (45). – с.55-58.
7. Филинов, А.Г. Сравнительная оценка состояния вегетативной нервной системы у женщин в различные сроки нормально протекающей беременности/ А.Г. Филинов, Л.Б. Брагина, С.А. Галицкая // Медицинский альманах. – 2015. - № 4 (39). – с.58-62.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ К ВЫБОРУ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ

Волоцкая Н.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Румянцева З.С.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского

Среди актуальных медико-социальных проблем одно из первых мест занимает выбор наиболее безопасного и эффективного метода контрацепции в рамках планирования семьи. Показатели репродуктивного здоровья характеризуют здоровье населения в целом, оказывая непосредственное влияние на демографию и экономическую составляющую государства. Несмотря на известность и доступность различных методов контрацепции, проблема выбора, особенно среди молодежи, остается актуальной. До сегодняшнего дня не найдено оптимального метода предотвращения нежелательной беременности [1]. Учитывая это, необходимо детально изучить состояние репродуктивного здоровья населения, а именно молодежи, усовершенствовать методы информирования населения, разработать принципы профилактики незапланированной беременности и аборта соответственно [2].

Материалы и методы: Выборку составили 100 девушек, возрастом от 18 до 28 лет, обучающихся в университетах Крыма. Сформировано 2 группы, 50 девушек, обучающихся в Медицинской академии и, соответственно, изучавших планирование семьи во время учебного процесса, составили первую группу (n-1). Вторая группа (n-2) была сформирована из 50 студенток различных учебных заведений Республики, за период обучения не изучавших планирование семьи. С целью интерпретации результатов пользовались методами описательной статистики, с помощью программного обеспечения MS Excel – 2016.

Результаты и их обсуждение. Согласно данным, полученным в ходе проведенного исследования, установлено, что возраст начала половой жизни, в среднем, составил $14,7 \pm 0,3$ лет, что ниже, по сравнению с данными по РФ – 16 лет.

В результате проведения статистического анализа, в структуре исследуемой совокупности, методы контрацепции использовали 48 студенток первой группы (96%) и 42 студентки (84%) среди опрошенных второй группы. Анализ приверженности к использованию определенного

метода показал, что в группе n-1 наиболее часто используемым методом является барьерный – 27 девушек (54 %), метод гормональной контрацепции используют 12 студенток (24%), контрацепцию путем прерванного полового акта (ППА) указали 8 (16%) опрошенных, у 3 студенток установлена внутриматочная спираль (6%). Во второй группе наиболее популярным методом контрацепции является ППА – 28 студенток (66,6%), барьерный метод используют 11 (26,2%) опрошенных, гормональные контрацептивы используют 3 студентки (7,1%).

Выяснено также, что только 40% студенток сразу после начала половой жизни обратились к врачу для подбора метода контрацепции, остальные, обратились лишь через год и более, аргументируя это боязнью осуждения со стороны врача.

При изучении состояния репродуктивного здоровья анкетированных выяснили, что у 18 респонденток уже имеется отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. У 9 (9%) уже проводилось искусственное прерывание беременности, в 4х случаях (4%) беременность прервалась самопроизвольно на малом сроке, а у 5 (5%) студенток, по причине эктопической беременности, была произведена сальпингоэктомия.

Выводы.

Учитывая недостаточную информированность о правилах сексуального поведения, о методах контрацепции, а также тот факт, что в 66% случаев источником информации становятся средства массовой информации, что может привести к неправильной интерпретации полученной информации, необходимо ввести в школьную программу лекций, направленных на формирование образа жизни у молодёжи, с включением курса сексуального воспитания. Также необходимо проводить просветительную работу среди подростков о роли врача в их жизни. Недостаточное информирование среди молодёжи о последствиях аборта, особенно при первой беременности, приводит к росту частоты прерывания беременности, а, следовательно, и увеличению доли осложнений, влияющих на демографическую ситуацию.

Проведенное исследование показало, что с целью улучшения показателей репродуктивного здоровья молодёжи, необходимо ввести в образовательную программу ВУЗов немедицинского профиля цикл занятий по планированию семьи.

Список литературы:

1. Бодрова В.И. Репродуктивные ориентации населения России // Экономические и социальные перемены мониторинг общественного мнения. 1997. - №3(20). – с.44 – 47.
2. Савельева И.С. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение современной молодежи: перспективы и пути оптимизации / И.С. Савельева, / Материалы науч. –практ. конф. СПб., 2004. – с. 106 –107

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО КОНФЛИКТА ПО СИСТЕМЕ РЕЗУС

Ворвуль А.О., Гонюкова О.В.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Пономарева Н.А.
Курский государственный медицинский университет**

Нарушение иммунных взаимодействий в системе мать-плацента-плод является ведущим звеном патогенеза различных форм патологии, как матери, так и плода, в значительной степени определяет течение перинатального периода, и не исключено, последующих периодов детского возраста. Среди иммунологически обусловленных осложнений беременности ведущее место занимает резус-сенсibilизация, следствием которой является гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБПН).

Одним из основных направлений деятельности современной медицины является снижение не только перинатальной смертности, но и, что не менее важно, перинатальной заболеваемости. ГБПН влияет на оба показателя. Количество беременных с резус-сенсibilизацией не имеет тенденции к снижению. Гемолитическая болезнь в России диагностируется приблизительно у 0,6-0,8 % родившихся.

Несмотря на достигнутый определенный прогресс в профилактических мероприятиях, ГБПиН имеет важное практическое значение, так как остается одной из наиболее трудно устранимых причин бездетного брака. Установлено, что резус-несовместимость встречается в 13% всех супружеских пар. Исследования показывают, что иммунизация наступает у одной из 10-25 резус-отрицательных женщин, при этом после родов сенсibilизация развивается в 10% случаев, после искусственного прерывания беременности в 13,6%, после самопроизвольного выкидыша - в 7%.

Исследования в данной сфере не перестают быть актуальными. Поэтому необходим особый мониторинг течения беременности женщин с резус- отрицательной кровью для предотвращения и своевременной ликвидации осложнений, возникающих в перинатальный и даже постнатальный периоды.

Материалы и методы: основной комплекс исследований, представленный в работе, был выполнен на базе акушерского и гинекологического стационаров Курского городского клинического родильного дома (КГКРД). Под наблюдением находились 65 женщин с резус-отрицательной кровью, партнеры которых имеют резус-положительную принадлежность крови. Женщины принимали участие в исследовании со сроком беременности от 4 до 40 недель, находясь на лечении в акушерско-гинекологическом стационаре. Возраст рожениц, участвовавших в исследовании, в пределах 22-37 лет.

На основании собранных клинико-анамнестических данных женщины были разделены на группы первобеременных (n=31) и повторобеременных (n=34), внутри каждой группы были выделены женщины, у которых не было факторов риска развития резус-конфликта (РК), и, у которых были отмечены факторы риска развития РК.

На основании анализа историй родов и историй болезней женщин, находящихся в КГКРД, произведен отбор женщин с отрицательным резус-фактором, у которых был произведён сбор анамнестических данных методом опроса пациенток с помощью нами разработанной анкеты. Статистическая обработка полученных результатов была произведена с помощью пакетов прикладных программ MS Excel 2015 и STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных данных было выяснено, что из 65 женщин (100%), профилактику получали 44 женщины (67,9%). При этом у 23 (100%) женщин, у которых не было факторов риска, профилактика проведена в 14 (61,8%) случаях. Отмечено, что из 42 женщин (100%), у которых были факторы риска развития РК, профилактика проведена у 30 (71,2%). При оценке эффективности профилактики РК у первобеременных в родах отмечено, что из 13 женщин (100%), у которых были отмечены срочные роды, всем 13 женщинам (100%) была проведена профилактика РК в раннем послеродовом периоде. При этом наблюдаются низкие цифры проведения профилактики РК на 28 неделе беременности: профилактика была проведена 9 женщинам (42,9%) из 21 (100%). При анализе данных за разные годы было выяснено, что низкий уровень проведения профилактики РК на 28 неделе беременности обусловлена низкой частотой проведения профилактических мероприятий в период с 2006 по 2013 года. При оценке профилактики РК при позднем выкидыше и внематочной беременности отмечено проведение всем 6 (100%) женщинам из 6 (100%). В ходе исследования отмечено проведение профилактических мероприятий всем 11 женщинам (100%), у которых выявлена замершая беременность. При оценке проведения профилактики у женщин с ранним выкидышем отмечено снижение частоты профилактических мероприятий: наблюдается у 7 (53,8%) женщин из 13 (100%). При проведении ретроспективного анализа проведения профилактики РК при раннем выкидыше выявлено, что низкое значение обусловлено низкой частотой проведения профилактических мероприятий в 2006 – 2013 годах.

Выводы:

- Профилактика в раннем послеродовом периоде проведена в 100% случаев;
- При замершей беременности, внематочной беременности и позднем выкидыше профилактические мероприятия проведены в 100% случаев;
- В последние годы отмечается 100% проведение профилактических мероприятий на 28 неделе беременности и при раннем выкидыше.

Список литературы

1. Абдрахманова, Л.Р. Иммуноконфликтная беременность: прошлое, настоящее и будущее / Л.Р. Абдрахманова, Н.В. Чечкенева// Практическая медицина.- 2012.-Т.1.- №8.- С. 42-43.

2. Современные принципы ведения резус-конфликтной беременности / В.В. Авруцкая, В.С. Гимбут, А.В. Хлопонина, А.В. Орлов // Проблемы женского здоровья.-2015.- Т.10.- №4.- С. 48-56.
3. Сравнительная эффективность различных технологий при введении беременных с резус-конфликтом/ В.А. Баринов, В.В. Авруцкая, В.А. Линде и др. // Проблемы женского здоровья.-2015.- Т.10.- №4.- С. 35-43.
4. Белуга, М.В. Резус-конфликт: прошлое и настоящее в решении проблемы / М.В. Белуга // Журнал Гродненского государственного медицинского университета.-2012.- №1.- С. 24-29.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ

Гатицкая А.Л., Кропачева А.С.

Научный руководитель: Черникова И.А.

Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера

Преждевременная отслойка плаценты является одной из актуальных и приоритетных тем в связи с высоким риском неблагоприятных исходов для женщины и новорожденного, непредсказуемостью исходов акушерских состояний и недостаточной эффективностью их коррекции [1,2,3].

Цель. Изучить предшествующие преждевременной отслойке плаценты этиологические факторы и оценить влияние данной патологии на роженицу и новорожденного.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй родов на базе роддома МСЧ №9 г. Пермь.

Результаты. Исследовано 5139 историй родов, произошедших в течение 1 года, среди которых у 65 женщин (1,3%) во время родов произошла преждевременная отслойка плаценты. Из них большинство женщин на момент родов находились в возрасте от 20 до 30 лет - 55% (36), старше 30 лет – 40% (26), младше 20 лет - 5% (3). 88% (57) женщин не имеют вредных привычек, 11% (7) - курят и 1% (1) имеет героиноую зависимость. Первобеременными было 22% (14) женщин, у 37% (24) - беременность была вторая, у 15% (10) - третья и четвертая, у 11% (7) - пятая и более.

Экстрагенитальная патология встречалась в 74% (48) случаев. Наиболее распространенными были заболевания мочевыделительной системы – 28% (18), например, хронические пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь и др. Четверть случаев составляют заболевания желудочно-кишечного тракта - 25% (16), такие как хронический гастрит, холецистит, панкреатит и др. Заболевания сердечно-сосудистой системы - 25% (16), например, пролапс митрального клапана и др. Отдельно стоит выделить анемию, которая встречалась у 17% (11) женщин. Так же встречались заболевания органов зрения – 12% (8), дыхательной системы – 6% (4), опорно-двигательного аппарата – 2% (1) и болезни обмена веществ – 6% (4).

У 88% (57) женщин была выявлена гинекологическая патология. В 29% (19) случаев у женщин встречалась эрозия шейки матки, в 14% (9) - кольпит и кандидоз, в 6% (4) аднексит, в 3% (2) - миома и хламидиоз и в 2% (1) - оофорит и ВПЧ. Осложненный акушерско - гинекологический анамнез наблюдался в 70% (46) случаев: аборт – 28% (18), выкидыш – 25% (16), кесарево сечение – 17% (11).

В 82% (53) случаев беременность осложнилась такими состояниями, как анемия – 25% (16), 19% (12) - угроза прерывания, 12% (8) - синдром задержки развития плода, 12% (8) - хроническая фетоплацентарная недостаточность, 11% (7) - преэклампсия тяжелой степени. 9% (6) беременных перенесли ОРВИ, 9% (6) - кольпит, 5% (3) - гестационный сахарный диабет. У 3% (2) наблюдалось маловодие, отеки, артериальная гипертензия, инфекция мочевыводящих путей, истмико-цервикальная недостаточность. У 2% (1) женщин были диагностированы гиперплазия плаценты, гепатоз беременных, гестационный пиелонефрит, многоводие.

Больше половины женщин, столкнувшихся с преждевременной отслойкой плаценты, были повторнородящими - 60% (39), первородящими было 40% (26). У 91% (59) женщин была одноплодная беременность, у 9% (6) - многоплодная (все – дихориальная диамниотическая двойня). В 14% (9) случаев роды произошли через естественные родовые пути, а 86% (56) женщин было произведено экстренное кесарево сечение. 89% (58) женщин имели нормальное

расположение плаценты, 11% (7) - низкое. У 3% (2) рожениц наблюдалось краевое предлежание плаценты.

Роды 95% (62) женщин были с осложнениями. Течение родов у 22% (14) женщин осложнилось дистрессом плода, 14% (9) была проведена амниотомия, у 12% (8) произошло родовое излитие околоплодных вод, 5% (3) женщин была проведена индукция родов препидилгелем, 5% (3) - ПЭДА, 3% (2) - эпизиотомия. У 3% (2) роды осложнились крупным плодом, у 3% (2) - разрывом влагалища, обвитием пуповиной, у 2% (1) - гипертонусом матки, HELLP-синдромом, выпадением петель пуповины, разрывом промежности. 2% (1) женщин было проведено родоусиление окситоцином и вакуум-экстракция плода. У 2% (1) была диагностирована матка Кювельера. 69% (45) имели кровопотерю I класса (менее 750 мл), 31% (20) - II класс (750-1500 мл).

Выводы. У большинства женщин, роды которых осложнились преждевременной отслойкой плаценты, регистрировалась экстрагенитальная патология (74%). Самыми часто встречающимися были заболевания мочевыделительной системы – 28%, заболевания желудочно-кишечного тракта - 25% и заболевания сердечно-сосудистой системы - 25%.

Также у 88% женщин была выявлена гинекологическая патология: 29% - эрозия шейки матки, в 14% - кольпит и кандидоз и др. Осложненный акушерско- гинекологический анамнез наблюдался в 70% случаев.

В 82% случаев наблюдались осложнения беременности (25% - анемия, 19% - угроза прерывания, 12% - СЗРП, 12% - хр. ФПН).

Больше половины женщин (60%) были повторнородящими и у 68% роды были преждевременными.

У 95% женщин роды протекали с осложнениями. Течение родов у 22% женщин осложнилось дистрессом плода, 14% была проведена амниотомия, у 12% произошло родовое излитие околоплодных вод. В 86% случаев было проведено экстренное кесарево сечение. У 69% женщин был диагностирован I класс кровопотери, у 31% - II класс (750-1500 мл).

Список литературы:

1. Иванов И.И. Анализ особенностей течения беременности, родов и состояния новорожденных у женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты / И.И. Иванов, Е.Н. Ляшенко, Е.Н. Прочан // Таврический медико-биологический вестник. — 2016. — №2. — С. 73-76.
2. Бабаджанова Г.С. Факторы риска развития преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Г.С. Бабаджанова, Г.О. Раззакберганова, К.А. Саттарова // Акушерство и гинекология. — 2017. — №5. — С.14-19.
3. Марочко Т.Ю. Факторы риска преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты / Т.Ю. Марочко, М.Н.Сурина, Д.К.Сезелнева, С.Ю.Хапачева // Оригинальная статья. — 2017. — №3. — С.42-45.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПЛАЦЕНТАРНЫХ ПОЛИПОВ

Герасименко В.И., Герасименко О.Ю., Троицкая Д.Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.А. Матейкович
Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность. Плацентарный полип – специфическое новообразование, которое формируется в полости матки в результате задержки остатков ткани плаценты после осложненных родов, искусственного прерывания беременности или выкидыша[1]. На оставшейся части неотделенной от стенки матки плаценты, оседают кровяные сгустки, которые в последствии и формируют полип. Плацентарный полип, возникший после медицинского аборта или выкидыша, связывают как с механическим повреждением эндометрия и последующей воспалительной реакцией, так и с выраженными гормональными сдвигами, обусловленными в начале физиологическими изменениями, вызванными развивающейся беременностью, а затем – искусственным ее прерыванием. По статистическим данным известно, что на долю плацентарных

полипов приходится 0,2-0,8% к числу родов, а также встречается в виде осложнений более чем у 10% женщин[2, 3].

В настоящее время не существует четко обозначенных критериев, характерных именно для плацентарных полипов, что затрудняет своевременную диагностику.

Цель исследования: изучить и сформулировать основные критерии характерные для плацентарных полипов у женщин в послеродовом периоде методом статистического анализа и систематизации полученного материала, которые помогут быстро провести дифференциальную диагностику плацентарного полипа с другими гиперпластическими процессами эндометрия.

Материалы и методы исследования. Клинические наблюдения и сбор материала проведены на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии в ГБУЗ ТО «Родильный дом № 3». Изучено 637 историй болезней на период с 2014 года по 2017 год.

Результаты и обсуждение. Выявлена следующая частота возникновения такого осложнения, как плацентарный полип: 2014 г. – 10 женщин; 2015 г. – 8 женщин; 2016 г. – 9 женщин; 2017 г. – 13 женщин. Всего отмечено 40 случаев плацентарного полипа (6%). Чаще всего плацентарный полип встречается у женщин в возрасте 22-35 лет.

Анамнестические данные женщин с плацентарным полипом: роды через естественные родовые пути – 37%, роды путем операции кесарева сечения – 7%, медицинский аборт – 41%, выкидыш – 14%.

Структура жалоб: болевой синдром – 35%, кровянистые выделения – 39%, сукровичные выделения – 49%, нет выделений – 12%.

Данные гинекологического осмотра: увеличение матки до 6-7 недель – 53,8%, увеличение матки до 8 недель – 15,4%, увеличение матки до 9-10 недель – 31%.

При лабораторных исследованиях анемия встречалась в 64% случаев.

Инструментальные показатели: размеры матки увеличены, полость матки расширена – 66,7%, гиперэхогенные участки эндометрия – 41,6%, гиперваскуляризация ЦДК – 91,6%.

Заключение. Таким образом, в ходе данного исследования можно выделить ряд полученных выводов. 1. Факторами риска возникновения плацентарных полипов являются наличие в анамнезе нескольких беременностей (2 и более), роды через естественные половые пути, медицинские аборт, самопроизвольное прерывание беременности. 2. Характерно наличие выделений из половых путей: кровянистые, сукровичные. 3. При гинекологическом осмотре увеличение матки, наиболее часто, до 8 недель. 4. По лабораторным данным: чаще всего наличие хронической железодефицитная анемия легкой степени. 5. Данные УЗИ органов малого таза: размеры матки часто увеличены, полость матки расширена с неоднородной эхоструктурой и с повышением эхогенности/ наличие гиперэхогенных участков эндометрия, гиперваскуляризация ЦДК. 6. Окончательная постановка диагноза по гистологическому исследованию.

Список литературы.

1. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008 с.

2. Ласачко, С. А. Профилактика возможных осложнений и реабилитация женщин после медицинского аборта / С. А. Ласачко, Н. В. Шудрикова// Медико-социальные проблемы семьи. - 2013. - № 3. - С. 101-103.

3. Савельева, И. В. Полипы эндометрия. Современный взгляд на проблему / И.В. Савельева, Е. П. Красникова// Уральский медицинский журнал. – 2017. - №6. – С.28-31.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гонюкова О.В, Ворвуль А.О.

Курский государственный медицинский университет

Менструальный цикл (МЦ) – это комплекс сложных биологических процессов, происходящих в организме женщины, предназначенный для обеспечения зачатия и развития беременности.

Целью исследования являлось изучение особенности МЦ у девушек репродуктивного возраста.

В исследовании приняли участие 120 девушек в возрасте от 17 до 26 лет (средний возраст $22,4 \pm 0,7$ лет). Исследуемые были разделены на 4 группы по 30 человек: группа 1 – школьницы 11 классов средней школы № 36 города Курска, группа 2 – студентки Курского государственного медицинского университета 1, 4 и 6 курса. Исследование проводилось методом анкетирования. Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

В 1 группе опрошенных было выявлено, что средняя продолжительность МЦ составляет $26,6 \pm 0,9$ дней. У 23 девушек (76,7%) регулярный МЦ. У 3-х (10%) девушек отмечается болезненный МЦ. Средняя продолжительность менструаций составила $4,7 \pm 0,8$ дней. У 23 девочек (76,7%) отмечается умеренное количество теряемой крови, меноррагия у 4-х (13,3%), олигоменорея у 3 (10%). Во 2 группе было выявлено, что средняя продолжительность МЦ $28,1 \pm 0,7$ дней. У большинства опрошенных регулярный МЦ (82 – 93,3%). Альгоменорея встречалась у 8-х (8,8%) респонденток. Средняя продолжительность менструаций составила $3,9 \pm 0,5$ дня. Умеренное количество теряемой крови отмечают большинство опрошенных (69 – 73,3%), меноррагия встречалась у 18 (16,7%) женщин, олигоменореей характеризовался МЦ у 10 (10%) опрошенных.

Выводы: к возрасту 16-17 лет МЦ устанавливается. МЦ является регулярным у большинства девочек к 16-17 годам. Средняя продолжительность составляет $27,3 \pm 0,6$ дней. Альгоменорея встречалась у каждой десятой женщины (9-10%). Средняя продолжительность менструации составила $4,5 \pm 0,2$ дней. У большинства девочек менструальные выделения характеризовались умеренным количеством – 76,6%. Исследуемые группы являются равноценными.

Список литературы:

1. Гинекология, Национальное руководство Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. 2009- 332 с.
2. Баранаева Н. Ю. Нормальный менструальный цикл и его нарушения //Concilium Provisorum. – 2002. – Т. 2. – №. 3. – С. 21-25.
3. Уварова Е. В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – Т. 4. – С. 10-5.
4. Куинджи Н. Н., Коломейцев М. Г. Особенности становления менструального цикла у девушек-школьниц и студенток как основа их репродуктивного благополучия //Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2008. – №. 3. – С. 81-89.
5. Семенова Л. Г., Манчук В. Т. К вопросу о нарушениях менструального цикла у девочек-подростков: частота встречаемости, структура, особенности течения //Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2008. – Т. 23. – №. 4-1.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Гуламова А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е.Л. Савоневич
Гродненский государственный медицинский университет

Введение. Около 75 % случаев перинатальной смертности детей связано с преждевременными родами [22]. Lawn и соавторы [3] информируют, что преждевременные роды являются ведущей причиной смертности новорожденных, на их долю приходится 27% потерь в неонатальный период, что составляет более 1 млн смертей в год. По рекомендации ВОЗ преждевременные роды делят по срокам гестации на очень ранние (22-27 недель), ранние (28-33 недели) и собственно ПР (34-37 недель). Это обусловлено тем, что на разных сроках беременности причины, особенности ведения и исходы родов имеют отличия. Так, выживаемость детей, рожденных между 22-й и 31-й неделями гестации, составляет: в 22 недели - около 6-7 %, в 23 недели - 18 %, в 24 недели - 37 %, в 25 недель 25 - 50 %, в 26 недель - 57 %, в 27-30 недель - 76 %, в 31 неделю около 85 % [23]. В связи с этим особый научный интерес представляет изучение особенностей преждевременные роды в различных сроках гестации.

Целью настоящего исследования явился анализ особенностей течения и ведения очень ранних, ранних и собственно преждевременных родов

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 124 случаев преждевременных родов в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в 2017 году.

Результаты. Большинство родов произошло в сроке 28-33 недель гестации (58%). Очень ранние ПР были только у 9 женщин (7%). Необходимо отметить, что у каждого второго ребенка, выжившего в сроке беременности 22–26 неделя, имеются нарушения моторных и сенсорных функций к 2,5 года жизни. Анализ полученных данных показал, что в большинстве случаев (88%) имели место самопроизвольные ПР. При угрозе ПР неотъемлемой частью терапии является профилактика респираторного дистресс-синдрома у новорожденных, для этого беременной назначают глюкокортикоидные препараты. Профилактика синдрома дыхательных расстройств была проведена в 121 случае (99%). Многоплодная беременность в 11 случаях (9%) являлась фактором риска преждевременных родов, тазовое предлежание плода – в 13 (10,5%), истмико-цервикальная недостаточность – в 6 (5%). Причинами 15 случаев индуцированных ПР были преэклампсия (6,5%), плацентарные нарушения (4%), маточное кровотечение (2%). Мы определили частоту операций кесарева сечения при преждевременных родах. Родоразрешены оперативным путем 81% женщин. Причины родоразрешения путем операции кесарева сечения при преждевременных родах разнообразны. Родилось 10 новорожденных с чрезвычайно низкой массой тела (до 1000г), 30 детей с очень низкой массой тела (1000-1499г). Только 44 новорожденных (35%) имели вес при рождении более 2000г. Анализ данных показал, что прогноз для новорожденных с массой тела при рождении менее 1500 г является самым неблагоприятным по перинатальным исходам.

Выводы. Проблема преждевременных родов является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве, требующая многостороннего изучения и комплексного подхода к ее решению. При этом особое внимание должно уделяться перинатальным исходам как основополагающему критерию оценки эффективности пролонгирования беременности и тактики ведения родов недоношенным плодом.

Список литературы:

1. Айламазян Э.К. Преждевременные роды. // Акуш.-гинеколог. -1995.-3-11с.
2. Andersen A.E., Ryan G.L. Eating disorders in the obstetric and gynecologic patient population. *Obstet. Gynecol.* 2010. Vol. 116. Iss. 5. P. 1224—1228.
3. Demissie K., Rhoads G. G., Ananth C.V et al. Trend in preterm birth and neonatal mortality among black and white in the United States from 1989 to 1997. *Amer. J. Epidemiol.* 2001. 154: 307-315.
4. El-Metwally D., Vohr B., Tucker R. Survival and neonatal morbidity at the limits of viability in the mid 1990s: 22 to 25 weeks // *J. Pediatr.* 2000. 137: 616-622.
5. Lawn J.E., Gravett M.G., Nunes T.M., Rubens C.E., Stanton C.; GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7) *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010; 10(Suppl. 1): S1–22.

НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ПЛОДА

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин К.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Данькина И.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение. Гестационная гипертензия – гипертензия, возникающая во время беременности. Такая гипертензия является важнейшей причиной преждевременных родов и перинатальной гибели плода. Она ухудшает функции маточно-плацентарного комплекса, нарушает развитие плода и оказывает неблагоприятное влияние на общее состояние беременной [1]. Гестационная гипертензия в разных точках мира встречается от 7 до 30%, а по данным экспертов ВОЗ осложняет до 20% беременностей и именно с ней связано 20-33% материнской смертности [2,3]. Поэтому,

данная проблема является одним из наиболее актуальных вопросов перинатальной медицины, сопровождается высокой частотой развития акушерских и перинатальных осложнений [1,3].

Цель исследования. Проанализировать частоту акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с гестационной гипертензией.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной задачи был проведен ретроспективный клинический и параклинический анализ индивидуальных карт беременных и историй родов 70 беременных.

Результаты исследования. Беременные были разделены на две группы: I группа (основная) - 53 беременные пациентки с гестационной гипертензией, II группа (контрольная) - 27 беременных без патологии. Указанные группы пациенток сравнивались между собой. Использовались данные из анамнеза заболевания и жизни, лабораторные, инструментальные (УЗИ, КТГ) и специфические методы исследования. Наиболее распространенным осложнением у беременных основной группы была угроза прерывания беременности в I триместре беременности (47,9% против 11,8%). Многоводие было выявлено у 25% беременных женщин основной группы против 4,5% беременных группы контроля. Маловодие у пациенток основной группы диагностировано в 5 раз чаще, чем в контрольной группе. Анемия различной степени тяжести осложнила течение беременности у 46,1% женщин I группы и 10,3% II группы. Преждевременное созревание и дисфункция плаценты были диагностированы у беременных пациенток с гестационной гипертензией у 73% против 6,0% пациенток контрольной группы. Частота неспецифического кольпита, угрозы преждевременных родов, задержки внутриутробного развития плода, патологии расположения плаценты достоверно не отличалась в группах. Следует отметить, что трансформация гестационной гипертензии в преэкламсию различной степени тяжести произошла у 37,1% пациенток основной группы. Частота кесарева сечения у беременных с гестационной гипертензией оказалась в 7 раз выше, чем у пациенток контрольной группы (28% против 4,1%). а частота вакуум-экстракции плода в 4 раза (20,5% и 5,1% соответственно). Основными показаниями для оперативного родоразрешения в основной группе были нарастание тяжести гипертензии, дистресс плода и слабость потуг. Дистресс плода в родах у беременных I группы отмечен у 29,7% против 2,2% пациенток II группы. У пациенток с гестационной гипертензией частота мекониальных вод наблюдались в 6 раз чаще, чем у пациенток контрольной группы (24,4% и 4,2% соответственно). Такие осложнения родов, как преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечения в послеродовом периоде встречались с недостоверной разницей во всех группах пациенток.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что течение беременности и родов у пациенток с гестационной гипертензией сопровождается рядом акушерских и перинатальных осложнений. Возникающие осложнения приводят к ухудшению состояния беременной и плода, становятся причиной досрочного родоразрешения, увеличивают частоту оперативных вмешательств.

Список литературы

1. Апресян С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. // ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 464 с.
2. Галина Т.В., Митковская Е.В., Златовратская Т.В. Материнская смертность -проблема современности. // Вестник РУДН. - 2011. - № 6. - С. 290-296.
3. Гурьева В.М. Артериальная гипертензия у беременных (клиника, диагностика, лечение). // Автореф. дис. .докт. мед. наук. Москва, 2008. – 18 с.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ МНОГОРОЖАВШИХ ПАЦИЕНТОК

Данькина В.В., Данькина И.А., Данькин К.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Данькина И.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение. Большое количество родов и частые беременности являются универсальным риском как для матери, так и плода из-за высокой частоты осложнений беременности, родов,

послеродового и неонатального периодов. Высокий риск беременности и родов у многорожавших женщин объясняется принадлежностью их к более старшей возрастной группе, повышенной частотой экстрагенитальных заболеваний. Укорочение интергенетического интервала между родами также оказывает неблагоприятное влияние на гестацию у данной категории женщин. Общая заболеваемость у многорожавших женщин в 2,5 раза больше, гестационные осложнения и их последствия - в 5 раз чаще. Высокими остаются показатели материнской и перинатальной смертности при многократных родах – до 39% и 31% соответственно [1,2].

Цель исследования. Для улучшения результатов течения беременности, родов и перинатальных последствий нами разработана система амбулаторного и стационарного ведения многорожавших женщин, которая включала профилактику и лечение гестационных осложнений.

Материалы и методы. С целью оценки эффективности данной системы нами проведен сравнительный ретроспективный анализ течения беременности и родов в двух группах: I (основная) – 47 многорожавших женщин, получивших комплексную дородовую подготовку; II (контрольная) – 20 многорожавших женщин, которые не получали специального лечения.

Результаты исследования. Наиболее частым осложнением беременности в обеих группах была анемия, но в основной группе, которая получала антианемическое лечение, она встречалась в 2,5 раза реже и отсутствовали тяжелые степени заболевания, чем у беременных, не получавших полноценного лечения. Высокая эффективность антианемической терапии в основной группе объясняется тем, что, преимущественно, встречалась анемия легкой степени среди обследованных многорожавших (35,2%), своевременная коррекция которой привела к положительным результатам лечения данной патологии. На втором месте по частоте развития у многорожавших стояла преэклампсия, однако в основной группе она развивалась в 1,4 раза реже, чем в контрольной группе, преобладали легкие проявления в форме отека синдром. Тяжелая преэклампсия, которая трудно поддавалась лечению, отмечалась у пациенток контрольной группы в только в сочетании с экстрагенитальной патологией. Фетоплацентарная недостаточность в основной группе встречалась на 7,5% реже, по сравнению с контрольной группой. Отмечено, что частота угрозы прерывания беременности на фоне превентивной терапии снизилась на 9,7%. Наблюдение за течением беременности и программирование родов у многорожавших привело к снижению количества запоздалых родов в 1,3 раза в сравнении с контрольной группой. Объем кровопотери при родоразрешении колебался от 290 мл до 550 мл, составил в среднем $346,5 \pm 34,1$ мл и достоверно отличался от аналогичных показателей в контрольной группе ($382,4 \pm 47,3$ мл). Однако, кровотечение в III периоде родов и в раннем послеродовом периоде отмечалось у многорожавших основной группы в 1,6 раза реже, чем в контрольной группе. У многорожавших контрольной группы послеродовой период осложнился субинволюцией матки в 20,2% случаев, что в 1,7 раза чаще, чем в основной группе. И гипогалактией в 15% случаев, что больше, чем в основной группе. Можно сделать вывод, что течение послеродового периода в значительной степени зависит от особенностей течения беременности, родов и проведения профилактики осложнения родов. Среднее пребывание роженицы в стационаре в основной группе составил $3,9 \pm 0,675$ дней, а в контрольной группе – $5,8 \pm 1,1$.

Выводы. Полученные нами результаты исследования показали, что планомерное и комплексное оздоровление женского населения, своевременное и адекватно проведенное профилактическое лечение является тем резервом, благодаря которому в многодетных семьях можно существенно снизить частоту осложнений беременности, родов, послеродового периода, улучшить показатели состояния новорожденных.

Список литературы

1. Аджиева Д.А., Нуриагоиедова С.С. «Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у многорожавших». //Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития. Материалы II Международной научно-практической конференции. Сборник статей. Краснодар, 2013-С.32.
2. Аджиева Д.А. Прегравидазная подготовка многорожавших женщин. // Автореф. дис. .к. мед. наук. Махачкала, 2014. – 16 с.

К ВОПРОСУ О ПЛАСТИКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Жариков К.М., Нафиков А.В.
Научный руководитель: ассистент Джуламанова А.Б.
Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. По данным Американского Общества Пластических Хирургов (ASPS), за период с 1992 по 1997 год наблюдался рост количества выполненных увеличивающих маммопластик в 4,7 раза. Среди прочих косметических операций, увеличение груди, в 2007 году вышло на первое место по частоте выполнения. По данным социологических исследований доказано, что более 34 % американок недовольны формой и/или объемом молочных желез или нуждаются в реконструкции груди. С увеличением количества операций, наблюдается рост числа осложнений и повторных корригирующих вмешательств.

Цель исследования. Изучить виды маммопластики, рассмотреть классификацию имплантов и характеристики эндопротезов, выяснить достоинства и недостатки грудных имплантов, описать период реабилитации и возможные осложнения после проведения маммопластики.

Материалы и методы. Анализ учебной литературы, учебно-методических пособий, статей.

Результаты. Анализ литературы показал, что в современной пластической хирургии существует несколько видов маммопластики, каждый из которых имеет свои особенности.

Основные виды:

1. Увеличивающая (аугментационная) маммопластика. Целью данной операции является придание груди красивых форм и сохранение естественной функции молочных желез. При данном виде вмешательства эндопротез вводят за молочную железу. Гелиевые импланты имитируют ткань железы и на ощупь почти не отличаются. Протезы производятся фабричным способом и имеют определенный диапазон размеров (от 120 мл до 850 мл). Существуют также только оболочки, которые наполняются хирургом непосредственно во время операции, и в данном случае имеется возможность индивидуальной адаптации формы и размера.

2. Уменьшающая (редукционная) маммопластика заключается в иссечении тканей, ликвидации образовавшегося избытка растянутой кожи и перемещении комплекса сосок-ареола. Уменьшение груди носит эстетическую и оздоровительную цель. После операции уменьшается болезненность в шейном и грудном отделах позвоночника, улучшается дыхание, появляется чувство комфорта, восстанавливается сон.

3. Изолированная мастопексия и мастопексия в сочетании с протезированием. Мастопексия — это пластическая операция по подтяжке молочных желез при их опущении с коррекцией высоты и формы. Операция состоит из следующих этапов: иссечение лишней кожи и жировых тканей, перемещение ареолы с соском, введение круглых имплантов через ареолу и фиксация их за большой грудной мышцей.

Грудные импланты имеют преимущества: имитируют натуральную грудь, биосовместимы и стерильны, безопасны, разрывы наблюдаются редко.

К недостаткам эндопротезов относятся: тактильные ощущения, контурирование импланта, несоответствие размера, необходимость в МРТ каждый год.

Классификация имплантов по наполнителю:

1. Силиконовые импланты (эластомеры). Они заполнены когезивным силиконовым гелем (плотный гель, похож на консистенцию мармелада с отличительной особенностью, напоминать форму импланта); может быть полностью гладким и иметь шероховатую, текстурированную поверхность; при нарушении целостности протеза, наполняющий состав остается на месте и не проникает в ткани молочной железы.

2. Солевые импланты. Самый старый вид имплантов, который изобрели еще в 1960 г.; главным недостатком является тенденция к повреждению импланта, некоторые женщины жалуются на отличительный звук «бульканья» жидкости в груди; к главным преимуществам солевых имплантов относится полная биологическая совместимость физраствора.

Виды наполнителей: силиконовый наполнитель; высоко-когезивный наполнитель; наполнитель «SOFT TOUCH»; гидрогелевый наполнитель (биоимпланты).

При выборе импланта необходимо соблюдать ряд критериев: объем грудной клетки, соотношение роста и веса, начальный размер груди, состояние молочных желез и кожи.

Дефекты в оболочке протеза, проблемы со вскармливанием во время беременности, колебания веса могут служить абсолютными показаниями для проведения повторной операции.

Мировые компании-изготовители имплантов: 1. Nagor (Англия) 2. Mentor (Америка) 3. Arion (Франция) 4. Allergan/McGhan (Америка) 5. Polytech (Германия).

Существует несколько вариантов формирования ложи: под ткань самой железы- субглангулярный; между мышечной фасцией и самой мышцей- субфасциальный; под большой грудной мышцей- субмускулярный; частично под молочной железой и частично под мышцей- комбинированный.

Типы операционного доступа: субмаммарный-разрез располагается по подгрудной складке; периареоларный - в виде полукруга на границе ареолы и кожи; аксиллярный - разрез в подмышечной области, имплант под большой грудной мышцей; трансабдоминальный - через разрез кожи живота в области «бикини».

Реабилитация после маммопластики зависит от многих факторов. Отечность проходит через 2-3 недели; швы рассасываются на седьмые сутки; в течение 1,5-2 месяцев весь воспалительный процесс исчезает; необходимо ношение компрессионного белья в течение 1-1,5 месяцев; ограничение подъема рук выше плечевого пояса — 2-3 недель; исключение физических нагрузок — до трех месяцев.

Возможные осложнения после проведения маммопластики могут быть связаны: с наркозом- рвота, аспирация содержимого желудка, аритмии, брадикардия; с хирургическим вмешательством- кровотечение, образование гематом и серозного выпота, развитие гнойного процесса, деформация грудной клетки, утрата чувствительности сосков или отдельных кожных зон груди; с имплантом- образование трещин или разрыв капсулы, смещение импланта, деформация.

Выводы. Принимая во внимание анализ учебной литературы, можно утверждать, что выбор вида импланта, его размещения и вида доступа зависит от совместных действий женщины и пластического хирурга. Хирург производит необходимые измерения объема молочных желез, расстояния между ними, объема грудной клетки, роста женщины, а также учитывает конституциональные и пропорциональные особенности, пожелания клиента, производит необходимые расчеты по многим показателям и предлагает оптимальный вариант. В соответствии с рекомендациями пластических хирургов грудные импланты подлежат замене каждые 10-15 лет.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДентОК (ПО ДАННЫМ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ЭТАПА ПРОЕКТА УЧИТЬСЯ НА ЗДОРОВЬЕ)

Заложных Е. А., Игнатова И. А.

Научный руководитель: Хороших Н. В.

Воронежский государственный университет имени Н. Н. Бурденко

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) средний возраст начала половой жизни в России в 1993 году равнялся 19,5 годам, в 2006 году - 16 лет, в 2014 году - 14 лет. Наблюдается тенденция к увеличению числа половых партнеров как у мужчин, так и у женщин, более позднее время вступления в брачные отношения. Полигамные половые связи не всегда сопровождаются использованием презерватива, часто он применяется неправильно. В результате увеличивается частота распространения инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в том числе вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а также число нежелательных беременностей среди девушек-подростков и молодых женщин. Далеко не всегда девушки в указанных случаях обращаются за помощью к врачу из-за боязни разглашения медицинской тайны либо страха перед медицинским вмешательством. Часто причиной несвоевременного обращения за медицинской помощью становится отсутствие элементарных знаний о собственной анатомии и физиологии: девушка просто не замечает патологических изменений в своей репродуктивной системе или не подозревает о беременности. Немало девушек при обнаружении у себя симптомов ЗППП пытаются заниматься самолечением, обращаются за советом к подругам. Все это в будущем приводит к бесплодию и другим нарушениям женской репродуктивной сферы. Отдельную проблему составляют немедицинские (криминальные) аборты, последствия которых могут угрожать даже жизни женщины. Перед медицинскими работниками встают задачи сохранения и укрепления здоровья будущих матерей, что приведет к рождению здорового потомства, улучшению здоровья нации (Национальный проект «Здравоохранение»).

Для решения такой важной задачи в городе Воронеже благодаря усилиям Департамента здравоохранения Воронежской области и руководства высших учебных заведений города в 2018 году начал свою работу объединенный проект «Учись на здоровье». В рамках проекта мы ставили следующие цели:

- 1) Изучить структуру пораженности репродуктивной системы студенток города Воронежа методом анкетирования;
- 2) Разработать способы улучшения профилактических мер в области охраны репродуктивного здоровья студенток города Воронежа.

Материал и методы: анонимное анкетирование

Результаты и обсуждение: в ходе проекта проанкетировано 350 учащихся высших учебных заведений города Воронежа женского пола в возрасте 18 – 23 лет. В ходе исследования обнаружилось значительные различия в структуре гинекологической заболеваемости среди девушек, живущих половой жизнью, и девственниц. Среди живущих половой жизнью (74% опрошенных) преобладают воспалительные заболевания женских половых органов (77%), при этом наличие у себя в настоящее время или в анамнезе отметили 33% опрошенных. Не менее 35% опрошенных отмечают наличие у себя эрозию шейки матки, что закономерно при высоком распространении ЗППП в популяции. Жалобы на нарушения менструального цикла предъявили 26% опрошенных указанной категории. Роды в анамнезе присутствуют у 9% опрошенных, аборт произведен у 12%. Подтвержденный диагноз бесплодия есть у 3%. Гинекологическая заболеваемость среди студенток, не живущих половой жизнью, на 90% представлена эндокринными нарушениями в репродуктивной сфере.

Учитывая важность аспекта сохранения и укрепления здоровья в целом, в частности, репродуктивного здоровья нации, необходимость улучшения демографической ситуации в РФ выделены основные пути профилактики гинекологической заболеваемости среди молодежи:

- 1) Совершенствование санитарно-просветительской работы в образовательных учреждениях: проведение лекций, семинаров по здоровому образу жизни, профилактике заболеваний, в том числе гинекологических;
- 2) Предоставление полной и достоверной информации населению о современных методах надежной контрацепции, правилах ее использования. Это поможет снизить количество незапланированных беременностей и ЗППП.
- 3) Совершенствование системы оказания первичной медицинской помощи студенткам ВУЗов города
- 4) Создание системы оказания психосоциальной поддержки студенткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, в частности, в случае нежелательной беременности, при наличии гинекологического заболевания

Заключение: репродуктивное здоровье как часть общего здоровья населения и как основа здоровья будущих поколений – одно из приоритетных направлений здравоохранения РФ. Своевременное лечение и профилактика акушерско-гинекологической и соматической патологии девушек, молодых женщин сейчас позволит существенно сократить бюджетные расходы на лечение детей с отклонениями развития в будущем.

Список литературы:

1. Гинекология: нац. рук-во; кратк. изд-е / под ред. Г.М. Савельевой [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. Шифр 618 Г 491 2 экз.
2. Гостева С. С., Бычков В. И., Хороших Н. В. Отношение студентов медицинского университета к проблемам сохранения репродуктивного здоровья и планирования семьи. Сборник научных трудов по материалам I международной научно-практической конференции. 2017. С. 207-212.
3. Плотникова И. Е., Филозоп А. А., Каверина Е. Ю. Подготовка научно-педагогических работников к формированию ответственного и позитивного родительства у студентов медицинского ВУЗа. // Мир науки, 2016. №6. - С.63-68.
4. Уварова Е.Н. Детская и подростковая гинекология : рук-во для врачей / Е.Н. Уварова. - Москва : Литтерра, 2013. – 384 с. Шифр 616-053 У 18 2 экз
5. Хороших Н.В., Киселева Е.В., Миттова В.О. Состояние репродуктивного здоровья студенток г. Воронежа по данным проекта «Учись на здоровье»././ Центральный научный вестник, 2018.Т3, №19, С.18-21

ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА И КОЛИЧЕСТВА ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Зотова Е.П.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Чабанова Н.Б.
Тюменский государственный медицинский университет**

Физиологическая беременность характеризуется постепенным увеличением массы тела. Избыточное увеличение массы тела во время беременности ассоциировано с многими осложнениями как для матери, так и для потомства [1-3]. Однако, недостаточное увеличение массы тела тоже негативно влияет на течение беременности и состояние будущего ребенка. Высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения среди женщин репродуктивного возраста, в том числе и среди беременных, определяет необходимость контроля гестационной прибавки веса, а также недопущения чрезмерного гестационного набора массы тела, особенно у женщин с избыточной массой тела и ожирением. Целью исследования являлось - изучение особенности прибавки массы тела у беременных с различным исходным индексом массы тела (ИМТ) и массой жировой ткани статистическим методом.

Материалы и методы. Произведено проспективное исследование 100 женщин с одноплодной беременностью, наступившей в естественном цикле и завершившейся срочными родами, у которых согласно критериям включения, отсутствовали тяжелые экстаренитальные и инфекционные заболевания. Обследование беременных проводилось согласно приказу МЗ РФ от 01.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». При постановке на диспансерный учет по беременности всем женщинам выполнялось традиционное антропометрическое исследование, включающее измерение массы тела (в кг), роста (в см), с последующим вычислением ИМТ, определяемого отношением веса в килограммах к росту в метрах в квадрате. Они были разделены на 4 группы: беременные с дефицитом массы тела (ИМТ менее 18,5 кг/м²), 2-я группа – женщины с нормальным ИМТ (18,5-24,9 кг/м²), 3-я группа – женщины с избыточной массой тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²) и 4-я группа – женщины с ожирением (ИМТ более 30,0 кг/м²). Регистровали массу тела до наступления беременности (со слов женщины) и в конце каждого триместра. Оценивали величину гестационной прибавки массы в I, II и III триместре, как разницу между измеренным и предыдущим результатом, а также общую прибавку веса за весь период беременности. Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета программ SPSS Statistica 10,0 (США). Различия между выборками устанавливались путем проверок нулевых статистических гипотез с использованием непараметрических тестов Манна-Уитни, Краскела-Уоллиса, критерия χ^2 Пирсона. Исследование взаимосвязи между парами качественных признаков проводилось с использованием анализа таблиц сопряженности, оценки критерия χ^2 Пирсона и достигнутого уровня статистической значимости этого критерия, оценку интенсивности связи анализируемых признаков – с помощью V-коэффициента Крамера.

Результаты исследования. Наименьшей прибавка массы тела оказалась у беременных с исходным ИМТ >30 кг/м² и составила 10,1 (8,3-13,2) кг. Сравнительный анализ показал статистически значимые различия общего гестационного набора массы тела у женщин в исследуемых группах ($p=0,0040$).

По нашим данным частота чрезмерной гестационной прибавки веса увеличивается с ростом ИМТ и наиболее часто встречается в группе беременных с избыточной массой тела (у 52%) и ожирением (у 56%) ($p<0,05$). В то же время у 24% беременных с исходным ИМТ >30 кг/м² выявлено недостаточное увеличение веса, и только у 20% прибавка массы за весь период гестации соответствует норме ($p<0,05$ по сравнению со 2-й группой).

В случае предгестационного ИМТ <18,5 кг/м² общая прибавка массы соответствует рекомендованным значениям у 56% женщин, и у 44% установлено недостаточное увеличение массы. В этой группе не обнаружено женщин с чрезмерной гестационной прибавкой массы тела.

У большинства беременных с нормальным исходным ИМТ прибавка веса за весь период гестации соответствует рекомендованным нормам (64%). Частота чрезмерной гестационной прибавки веса в этой группе составила 28%, а недостаточное увеличение массы - в 8% случаев.

При исходном избытке массы тела наиболее часто встречается чрезмерная прибавка веса – 52%, реже - рекомендованный уровень ГНМТ (40%), в единичных случаях (8%) установлено недостаточное увеличение массы тела.

Закключение. Чрезмерная гестационная прибавка веса встречается у каждой второй женщины с исходным избытком массы тела и ожирением. Полученные и литературные данные свидетельствуют о негативном влиянии чрезмерной и недостаточной прибавки веса в период беременности на последующее здоровье матери и ребенка, определяют необходимость разработки рекомендаций, направленных на ограничение избыточного гестационного набора массы.

Список литературы

1. Матаев С.И., Василькова Т.Н., Чабанова Н.Б., Полякова В.А. Значение ожирения в фетальном программировании хронических заболеваний // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №2. – С.73.
2. Fraser A., Tilling K., Macdonald-Wallis C. et al. Association of maternal weight gain in pregnancy with offspring obesity and metabolic and vascular traits in childhood // Circulation. – 2010. – №121(23). – P.2557–64. doi: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.109.906081>
3. O'Reilly J.R., Reynolds R.M. The risk of maternal obesity to the long-term health of the offspring // Clin Endocrinol. – 2013. – №78(1). – P.9–16. doi: 10.1111/cen.12055.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ СТУДЕНТОК МЛАДШИХ И СТАРШИХ КУРСОВ Г. ТВЕРИ

Иванов А.В., Е.С. Медведева, А.М. Перестюк

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.А. Гармонова
Тверской государственный медицинский университет**

Введение: рак молочной железы (РМЖ) – бесспорный лидер в структуре онкозаболеваемости и смертности женщин фертильного возраста: только за прошедший год распространенность рака этой локализации составила 426,4 на 100 тыс. населения, а смертность в течении года после установления диагноза – 6,6%. Недопустимо высокими темпами происходит омоложения опухолей, вместе с тем растёт заболеваемость РМЖ. Основные факторы риска (ФР): избыточная масса тела, нерациональное питание, курение, работа в ночное время суток, стресс, характер половой жизни, аборты, патологические роды, заболевания женской половой сферы, связанные с гормональными нарушениями и воспалительными процессами, заболевания щитовидной железы и наследственный анамнез по РМЖ [1,2]. Нашей целью исследования было: 1) выявление ФР РМЖ у студенток ТГМУ 1-го и 5-го курсов; 2) определение наиболее встречающихся факторов риска 3) разработка методов коррекции имеющихся и предотвращение возможных ФР; 3) определить ФР возникновения РМЖ, появляющиеся у студенток за время обучения в ВУЗе.

Материалы и методы: разработаны анкеты для сбора необходимой информации с учетом основных ФР РМЖ. Анкетированы 320 студенток младших и старших курсов ТГМУ. Расчет числа единиц наблюдения произведен на основе коэффициента точности по Н.А. Плохинскому, равного 0,2.

Результаты и обсуждения: наиболее распространенные ФР: стресс (до 60%), нарушения менструальной функции (МФ) (до 55 %), в т.ч. вторичная олигоменорея у 48% опрошенных, болевые ощущения в молочных железах во время менструации (масталгия) (до 56%), наследственный анамнез по РМЖ (до 15%). На старших курсах повышается встречаемость таких ФР, как: избыточная масса тела, ночная работа, стресс, эндокринные и воспалительные заболевания женской половой сферы, аборты.

Закключение(выводы). Безусловно, в наших силах нивелировать модифицируемые ФР.

В настоящее время приоритетным направлением провозглашается профилактика онкологических заболеваний, что является неотъемлемой частью сохранения репродуктивного здоровья каждой женщины и, как следствие, воспитание здоровой нации. Согласно приказу Минздрава РФ №527н, одна из главных задач акушера-гинеколога – ранняя диагностика любых заболеваний молочных желез, а также своевременное лечение выявленных заболеваний женской репродуктивной системы, явившихся преморбидным фоном. В связи с этим был разработан и утвержден ряд документов о внедрении скрининга и профилактики заболеваний молочных желез [3].

Список литературы.

1) Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» МЗ РФ, 2016. — 236 с.

2) Д.Н. Булынский, А.В. Важенин, Л.П. Кукленко, Т.В. Кукленко, И.В. Удовиченко, С.А. Мальцева. Рак молочной железы у лиц молодого возраста. Сибирский онкологический журнал, 2008; 28-29.

3) Доклад Министра здравоохранения РФ Скворцовой В.И. на заседании итоговой Коллегии Минздрава России «Об итогах работы Министерства в 2014 г. и задачах на 2015 г.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ НЕЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Иванова А.Д.

Научный руководитель: Шевлюкова Т. П.

Тюменский государственный медицинский университет

Введение: Нежелательная беременность - один из наиболее распространенных женских страхов, это высокий риск небезопасного аборта и материнской смертности. С начала 21 века в РФ сохраняется неблагоприятная демографическая обстановка и тенденция к снижению рождаемости. К 2005 г. в России число рождений стабилизировалось на уровне 9-10 на 1000 населения. Росту числа рождений способствует увеличение абсолютного числа женщин детородного возраста, однако, согласно расчетам, влияние этого фактора на увеличение рождаемости незначительно[1]. Россия занимает ведущее место в мире по числу прерывания беременностей в год (26,7 на 1000 женщин, 6,1 в Германии), что обусловлено низкой долей женщин, применяющих эффективные методы контрацепции [2]. Небезопасные аборты - одна из самых драматических проблем здравоохранения как многих стран, так и в мире в целом. По данным ВОЗ, в мире Ежегодно от небезопасных абортов умирает 78.000 женщин и сотни тысяч получают различные болезни[3]. Для России проблема абортов остаётся национальной. В 2005 г. их число сократилось до 37,8 на 1000 женщин. Частоту абортов по отдельным территориям определяет контрацептивное поведение населения. Такое поведение обуславливают достаточная информированность, профессионализм консультирования, доступность контрацепции[1]. По данным исследований, проведенных в регионах, 2/3 женщин, обратившихся за помощью в связи с медицинским абортom, не получают адекватного консультирования, и 40% женщин, сделавших один аборт, обращаются впоследствии повторно для прерывания беременности[4].

Цель исследования: Проанализировать эффективность доабортного консультирования для сохранения беременности.

Материалы и методы: Статистический анализ - 312 женщин в первом триместре, обратившиеся в женскую консультацию городской поликлиники №3 города Тюмени по поводу проведения аборта. Социологический метод - опрос 183 женщин, принявших решение закончить беременность абортom.

Результаты исследования и обсуждение: В результате исследования выявлено, что основная часть женщин, пришедших на аборт, представлена возрастной категорией от 25 до 34 лет, что составляет 51,9% (95 жен.). При анализе причин абортивного вмешательства обнаружено, что нежелательная беременность в качестве причины выявляется в 52,5% случаев (104 жен.). В зарегистрированном браке 52,25% (96 жен.), в гражданском 24,46% (45 жен.). Большинство женщин, 80,27% (147 жен.) уже имеют детей, из них 67,7% (99 жен.) с детьми в зарегистрированном или гражданском браке. Женщины, которые уже имели беременности с различными исходами 99% (182 жен.). Данные при анализе полноты состава семьи: полная семья (мать и отец) 73,8% (126 жен.), 1 родитель 22,2% (42 жен.), сироты 8,1% (15 жен.). По разделу материально-бытовые условия получены данные: проживает в благоустроенной квартире 79,1% (144 жен.), из них 68,27% (98 жен.) в собственной благоустроенной квартире. Уровень образования: 44,6% (75 жен.) имеют среднее-специальное, 28,8% (49 жен.) высшее, 25,05% (46 жен.) среднее. 59,9% (110 жен.) вовлечены в трудовую деятельность, 30,3% (55 жен.) составляют

группу неработающих, 6,5% (11 жен.) учащиеся. По уровню доходов группа исследуемых распределена следующим образом: занимающихся трудовой деятельностью с доходом от 20 до 40 тыс. руб/мес. – 84,9% (81 жен.), от 10 до 20 тысяч 8,4% (8 жен.), больше 40 тысяч рублей 7,14% (6 жен.). Из анализа акушерско-гинекологического анамнеза: не имели аборт 53,5% (98 жен.), с абортом 46,4% (85 жен.). С 2-мя и более абортами 14,2% (26 жен.): из них в анамнезе 80,7% (20 жен.) в семейных отношениях, при этом 50,0% (13 жен.) находятся на иждивении мужа, 73,0% (18 жен.) в анамнезе уже имеют 1-2 детей. 21,7 % (39 жен.) имели выкидыши, 78,3% (144 жен.) не имели выкидышей. По вопросам применения контрацептивов выявлено: применяли 38,2% (69 жен.), никогда не применяли 61,1% (114 жен.). Применяемые методы контрацепции: барьерный 51,42% (35 жен.), гормональный 25,71% (19 жен.), естественный 20% (13 жен.).

Заключение: Рассмотрев медико-социальный портрет женщин, пришедших на аборт не выявлено каких-либо социальных причин, обуславливающих необходимость прерывания беременности в объеме сопоставимом количеству родов. По нашему исследованию эффективность доабортного консультирования низка (из 312 пациенток за 2017 год прервали беременность 183), в связи с чем остается актуальным данный вопрос. Представляется необходимым дальнейшее проведение исследования с целью выявления психологических причин прерывания беременности и факторов, препятствующих применению женщинами адекватных методов контрацепции. На основе полученной от врача информации пациентка сама выбирает приемлемый для нее метод, отвечающий потребностям и ожиданиям. Используется 5-ти ступенчатая модель по выбору контрацепции: ориентирование на потребности и ожидания женщины, предоставление информации по вариантам возможного выбора, оценка приемлемости выбранного метода, предоставление информации о выбранном методе, получение дальнейшей помощи при необходимости.

Список литературы:

1. Акушерство: национальное руководство / под редакцией Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1200 с.
2. Бантьева М.Н. Состояние проблемы аборт в России в динамике за 2008-2015 гг / М.Н. Бантьева// Акушерство, гинекология и репродукция. - 2016. - №3. – С. 47-52.
3. Гамзаев М.А. Частота и причины аборт и их воздействие на воспроизводство женского населения / М.А.Гамзаев// Мир медицины и биологии. - 2013 г. - №2. – С. 106-108.
4. Дикке Г.Б., Серов В.Н. Консультирование и информирование женщин при нежелательной беременности и ее прерывании: методические рекомендации / Коллектив авторов // Г.Б.Дикке, под ред. академика В.Н. Серова. – Москва, 2015. – 40 с.

«ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТРОМБОФИЛИЯ»: ОБОСНОВАННОСТЬ ПОСТАВКИ ДИАГНОЗА И ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРАПИИ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Килясханова П.М., Болдарева О.В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Дубовой А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Тромбофилия – это необычная склонность к тромбозу, для которой характерно раннее возрастное начало, отягощенный семейный анамнез, высокая степень тяжести тромбоза, непропорциональная известному причинному фактору, протекающая с эпизодами рецидивов. Тромбофилия не является болезнью

Актуальность

Беременность и послеродовой период – установленные состояния так называемой гиперкоагуляции, связанной с увеличенными уровнями прокоагулянтных факторов (фибриногена, факторов V и VIII), уменьшенной антикоагулянтной активностью (снижен уровень протеина S и повышена резистентность фактора Va к активированному протеину C) и угнетением фибринолитической активности крови. И это физиологично.

Российские клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению ВТЭО (2015г.)

- АФС
- Гомозиготная мутация V фактора (мутация Лейдена)
- Дефицит протеина C
- Дефицит протеина S
- Дефицит АТ-III
- Гомозигота FVL
- Гомозиготная мутация протромбина G20210A

Одно из авторитетнейших руководств по флебологии от Американского венозного форума Handbook of Venous Disorders 3rd Ed 2009:

Дефицит протеинов C, S, антитромбина (более «сильные» факторы)

Резистентность к активированному протеину C (полиморфизм гена V фактора Лейден), полиморфизм G20210A гена II фактора, повышение уровня факторов 8,9,11 (менее «сильные» факторы)

Целью данного исследования явилось определение обоснованности постановки диагноза «Генетическая тромбофилия» у беременных Ставропольского края

Методы исследования

Обоснованность постановки диагноза и проведения лечения оценивали с помощью созданной статистической карты.

Материалы исследования: Проанализировано 246 историй родов пациентов, которым на этапе ЖК был поставлен диагноз : «Генетическая тромбофилия».

Методы статистического анализа данных проводили с помощью программы Microsoft Excel (описательная статистика)

Результаты исследования:

Распределение по возрасту от 18 до 25 составило 19%, от 26 до 35 лет- 63% женщин, старше 35 лет -18%

Неотягощенный анамнез имели 43% (105) женщин, у 57% (141) женщин он был отягощен заболеваниями различных органов и систем (Заболевания ССС-11%, ЖКТ-8%, почек и МВП-20%, эндокринной системы-14%, зрительного анализатора-4%)

Детородная функция без особенностей наблюдалась у 42% женщин, в анамнезе самопроизвольный аборт имелся у 16%, аборт по медицинским показаниям у 3% женщин, замерший плод у 12%, трубная беременность- 2%, угроза прерывания-9%, антенатальная гибель плода-3%, неудачные попытки ЭКО: 9%

По счету 1 беременность составляла - 37%, вторая- 36%, третья-20%, четвертая-5%, пятая-1%, шестая-1%

При распределении по количеству родов, первые роды составили 50%, вторые-36%, третьи-10%, четвертые-3%, пятые-1%

Факторов ТЭО не обнаружено- 51% (125) женщин, среди обнаруженных факторов распределение следующее: предшествующее ВТЭО: 0%, семейный тромбофитический анамнез - 6% (15 чел), возраст старше 35 лет- 49% (120 чел), ожирение- 18% (45 чел), варикозная болезнь - 35% (86 чел), роды в анамнезе 3 и более- 16%(39 чел), многоплодная беременность- 8% (20 чел), хирургические вмешательства-2%(5 чел)

Не обнаружено оснований для проведения обследования на генетические тромбофилии у 54% женщин, обнаружено у 46% , среди которых следующее распределение: (фибриноген- 48%, Д-димер-78%, ОАГА- 72%, наличие факторов риска- 52%)

Выявлены гены высокого риска у 3% женщин, низкого риска: 97%

В ходе нашего исследования было выявлено, что:

1. Факторов ТЭО не обнаружено у 51% (125чел)
2. Основания для проведения исследования не обнаружено у 54 %
3. Гены низкого риска ТЭО было выявлены в 97% случаев, что ставит под сомнение обоснованность проведенной диагностики и лечения.

Необходимо тщательно проводить отбор женщин для обследования и лечения по поводу генетических тромбофилий.

Список литературы:

1. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Флебология. 2010;4:1:2:2-37.

2. Профилактика венозных тромбозмболических осложнений в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 2014;10:приложение:1-18.

3. Момот А.П./ Проблема тромбофилии в клинической практике//Российский журнал онкологии и гематологии.-2015.-С.36-48.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У КУРСКИХ ПАЦИЕНТОК С ИНВАЗИЕЙ ПЛАЦЕНТЫ

Коваленко Д.С.

Научный руководитель: доцент, д.м.н. Иванова О.Ю.

Курский государственный медицинский университет

В течение долгого времени во всем мире отмечается тенденция к росту числа случаев оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечение, что приводит к учащению случаев инвазии плаценты, а соответственно, повышению риска угрожающих жизни кровотечений.

Целью работы является изучение особенностей клинического течения беременности и родов у пациенток с плотным прикреплением плаценты за период 2017-2018 гг. в Курском городском клиническом родильном доме.

Материалами исследования послужили данные журналов родов и историй болезни за период 2017-2018 гг. Обработка полученных данных проводилась с помощью статистических методов.

За данный период удалось выявить 12 случаев плотного прикрепления последа. Из всех обследованных 92% (11) составили возрастные первородящие, из которых 82% (9) первобеременные, первородящие и 18% (2) повторнобеременные, повторнородящие. Беременность проходила с осложнениями у 25% беременных гестационным сахарным диабетом. У одной беременной (8%) наблюдалась внутриутробная гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность, гестационный пиелонефрит – 8% (1), хроническая болезнь почек – 8% (1), гидронефроз справа – 8% (1), короткая пуповина – 8% (1), отеки беременных – 8% (1), анемия беременных легкой степени - 17% (2), обвитие пуповиной вокруг шеи плода – 25% (3).

У 92 % (11) родоразрешение происходило *per vias naturalis*. Осложнениями явились родовые травмы: разрывы промежности - 20%, шейки матки I ст. – 60%, влагалища – 20%; длительный безводный период – 17% (2), кровотечение в послеродовом периоде – 17% (2).

Ручное отделение и выделение последа с дальнейшим обследованием полости матки проводилось в 92% случаев (11). У 8% (1) рожениц удалось установить истинное вращение ворсин хориона, диагностированное с помощью УЗИ и доплерометрии, что послужило показанием для операции кесарево сечение. У одной пациентки (8%) кесарево сечение осложнилось массивным кровотечением с необходимостью проведения релапаротомии и гистерэктомии без придатков, дренированием брюшной полости.

Таким образом, не смотря на относительно благополучное течение беременности у женщин с плотным прикреплением плаценты 92% родов носили осложненный характер, что потребовало проведения дополнительных инвазивных манипуляций.

Корреляцию между растущей долей кесаревых сечений и возросшей частотой истинного вставания плаценты отмечают многие авторы во всех странах мира. За последние 50 лет число таких пациенток увеличилось десятикратно, и в настоящее время *placenta accreta*, по сводным данным, наблюдают у одной женщины на 2500–7000 родов.

Список литературы.

1. Афанасьева, Н.В., Стрижаков А.Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2014. – Т. 3, № 2. – С. 7–13.

2. Краснопольский, В.И. и др. Система оценки степени тяжести фетоплацентарной недостаточности у беременных и рожениц // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2016. – № 5. – С. 87–95.

3. Милованов, А.П., Кириченко А.К. Цитотрофобластическая инвазия – ключевой механизм развития нормальной и осложненной беременности. – Красноярск, 2015.

4. Радзинский, В.Е., Оразмурадова А.А. Ранние сроки беременности. 2-е изд. – М.: Status Praesens, 2014.
5. Стрижаков, А.Н., Давыдов А.И. Акушерство / А.Н. Стрижаков. – М.: Glycoscop. J. – 2014. – Vol. 26, № 3. – Р. 359–366.
6. Стрижаков, А.Н. и др. Роль ангиогенных факторов роста в прогнозировании плацентарной недостаточности // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2014. – Т. 8, № 4. – С. 5–11.
7. Стрижаков, А.Н. и др. Морфофункциональные изменения в плаценте при плацентарной недостаточности различной степени тяжести // Вопр. гин., акуш. и перинатол. – 2013. – Т. 9, № 2. – С. 5–11.
8. Сухих, Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология беременности / Г.Т. Сухих. – М.: Изд-во РАМН, 2013.
9. Brenner B. Haemostatic changes in pregnancy // Thromb. Res. – 2014. – Vol. 114, 5–6. – Р. 409–414.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННОГО

Кокорина В.С., Лалаева Л.Р.

Научный руководитель: Фомина И.В.

Тюменский государственный медицинский университет

Синдром дыхательных расстройств (СДР) новорожденного чаще является результатом рождения недоношенного ребенка [1], а значит и преждевременных родов (ПР), количество которых в Тюменской области (ТО) имеет тенденцию к снижению, но остается на достаточно стабильном уровне [4]. Всем известна связь между сроком гестации и частотой - тяжестью развития СДР новорожденного [2]. Этому соответствует длительность пребывания недоношенного ребенка в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и затратами государства на его выхаживание. Целью нашего исследования было проанализировать результаты проведения профилактики СДР дексаметазоном при преждевременных родах в сроке гестации менее 34 недель и ее влияние на длительность пребывания недоношенного ребенка в ОАРИТН.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” (г. Тюмень) проведено сплошное ретроспективное исследование случаев оказания помощи недоношенным новорожденным с октября по декабрь 2017 года. Материалом послужили 33 истории развития новорожденных гестационного возраста 25-33,6 недель, получивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Для обработки материала использована программы Microsoft Exel и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение.

Согласно клиническим протоколам схема профилактики СДР включает в себя инъекции дексаметазона суммарно дозой 24 мг в течение 2-х суток (по 6 мг №4 через 12 часов) [3]. Все новорожденные были разделены на три группы: группа 1 новорожденных антенатально получила полный курс профилактики СДР дексаметазоном; в группе 2 профилактика СДР проведена, но не в полном объеме, ввиду начавшейся родовой деятельности и завершившихся родов; в группе 3 профилактика СДР по каким-либо причинам не проводилась. В I группе было 19 (57,6%) детей гестационного возраста $28,2 \pm 2,3$ недель. Большинство родились путем операции кесарева сечения (КС) в плановом порядке, а естественные родовые пути (ЕРП) лишь 26,3% детей. Всем потребовалась дополнительная РП, но различной степени. Так, лишь 31,6% находились на ИВЛ, остальным же 68,4% потребовался более щадящий метод РП - назальный СРАР. Койко-день в ОРИТН составил 19 ± 11 . Ко II группе отнесли 3 (9,1%) ребенка гестационного возраста $26,6 \pm 1$ недель. Все рождены через ЕРП. 2 новорожденным антенатально успели ввести 2 дозы дексаметазона, одному однократно 6 мг. Всем потребовалась РП: одному в виде ИВЛ, двоим - назальный СРАР. В ОРИТН находились $21 \pm 9,6$ койко-дней, что достоверно больше, по сравнению с первой группой. К III группе относилось 11 (33,3%) детей $28,1 \pm 2,5$ недель. Родились через ЕРП 6 (54,5%) новорожденных, остальные 5 (45,5%) путем КС в экстренном порядке. Рожденные через ЕРП не получили курс антенатально ввиду поступления их матерей в стационар в потужном периоде. Показанием для родоразрешения путем операции КС в экстренном порядке и

невозможность проведения курса профилактики СДР служила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Инвазивная РП потребовалась 6 (54,5%) детям, а остальным 5 (45,5%) - назальный СРАР, но находились в ОРИТН 54 ± 44 койко-дня, что достоверно больше, чем первой и второй группе.

Выводы. Проведение своевременно полного курса профилактики СДР антенатально существенно улучшает прогноз недоношенных новорожденных: снижается потребность в РП и длительность ее проведения, а также достоверно уменьшается их койко-день в ОРИТН.

Список литературы:

1. Атласов В.О. Преждевременные роды и недоношенный ребенок в 22-27 недель гестации: практическое руководство для врачей / В. О. Атласов, Д. О. Иванов, И. Б. Года // СПб.: ФОЛИАНТ, 2012. – 256 с.

2. Баранов И.И. Медицинские и социальные аспекты преждевременных родов / И. И. Баранов, Ю. П. Скрипниченко, З. З. Токова, И. Н. Кузьмич // Гинекология. – 2014. – № 5. – С. 90-93

3. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46> (дата обращения 21.01.2018).

4. Фомина И.В., Полякова В.А., Кукарская И.И., Кукарская Е.Ю. Преждевременные роды: изменения к лучшему // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №5; URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=27001> (дата обращения: 10.10.2018)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С НОРМАЛЬНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Колошук Г.В., Гайдукевич В.И., Авдеева Е.Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Заборовский Г.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Введение. Ожирение – это хроническое, многофакторное, генетически обусловленное, опасное для жизни заболевание, вызванное избыточным накоплением жира в организме, приводящее к серьезным медицинским, социальным и экономическим последствиям (определение Международной федерации хирургии ожирения, 1997). Постоянно растущие темпы распространения ожирения во всем мире, а также связанная с ожирением повышенная заболеваемость и смертность, сделали его одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения, причем все большее внимание привлекает ожирение беременных[1]. Несмотря на постоянные усовершенствования системы антенатального наблюдения и родовспоможения, число беременных с ожирением в экономически развитых странах достигает 15,5—26,9% и постоянно увеличивается, в связи с чем актуальность этой проблемы приобретает особую значимость[1].

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ течения беременности 162 женщин. Из них 68 с нормальной массой тела (1 группа) и 94 с избыточной массой тела (2 группа), находившихся в акушерском отделении стационара. Произведена выкопировка данных из медицинских карт беременных. Статистическая обработка материала выполнена с использованием компьютерной базы с программой «Статистика».

Результаты. Состав беременных 1 и 2 группы в основном представлен лицами, проживающими в городской местности (78,7%), а 21,3% - в сельской местности. Средний возраст в обеих группах составил $28,9 \pm 0,5$. У 1 группы (45,9%) и у 2 группы (40,4%) преобладал умственный труд. Состояли в браке 1 группа (95,1%), 2 группа (97,9). У пациенток с нормальной массой тела средний рост составил $167,1 \pm 0,6$, средний вес $71,1 \pm 0,5$, ИМТ – $22,7 \pm 0,6$; а у беременных с избыточной массой тела средний рост $166,3 \pm 0,6$, средний вес – $94,4 \pm 1,0$, ИМТ – $34,1 \pm 0,3$. Прибавка в весе за беременность у 1 группы составила ($13,3 \pm 0,4$), а у 2 – ($9,7 \pm 0,5$). Вредные условия труда были у первой группы – 9,82%, а у второй 9,6%. Важную роль в оценке здоровья и качества жизни женщин играет уровень образования. Основная часть женщин из 1 группы имела высшее образование – 51,0%, а из 2 группы среднее специальное – 45,7%.

Злоупотребляли алкоголем (1 группе 0%, 2 группе 1%) , курением (1-ой – 1,6%, 2-ой – 3,2%). Средний срок пребывания в стационаре у пациентов с нормальной массой тела – $10,5 \pm 0,5$ дней, а у пациентов с избыточной массой тела – $11,5 \pm 0,5$ дней. Средний срок беременности в первой группе – $277,8 \pm 0,7$, а у второй – $272,1 \pm 1,0$. Наиболее частным положением плода в двух группах было головное, 86,9% и 55% соответственно. У пациентов с нормальной массой тела среди экстрагенитальной патологии преобладали заболевания мочеполовой системы, а у женщин с ожирением – заболевания пищеварительной, эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Среди гинекологической патологии у 1 группы преобладали: эрозия шейки матки – 59,4%, кольпит – 12,5%, кисты яичника – 9,3%, а у 2 группы: эрозия шейки матки – 32,1%, уреоплазмоз – 14,3%, кольпит – 17,9%, гестозы – 14,3%. Осложнения при родах у женщин с нормальной массой тела: угроза разрыва промежности – 76,42%, преждевременный разрыв плодных оболочек – 6%; а у пациенток с ожирением: преждевременный разрыв плодных оболочек – 10,6%, угроза разрыва промежности – 3,2%, слабость родовой деятельности – 3,2%, краевое предлежание плаценты – 2,1%. Количество беременностей на одну женщину в среднем у пациенток первой группы составило $2,3 \pm 0,3$, а второй группы – $3,0 \pm 0,1$. Среднее количество родов на одну женщину в первой группе – $2,1 \pm 0,1$, а во второй группе – $2,5 \pm 0,1$. Исходы у женщин с прерыванием беременности из первой группы: срочные роды – 54,3%, самопроизвольный выкидыш – 21,7%, аборт – 13,0%, неразвивающаяся беременность – 8,72%; а у женщин с ожирением: срочные роды – 47,7%, кесарево сечение – 24,8%, аборт – 8,7%, выкидыш – 7,4%. Общая кровопотеря при родоразрешении у женщин из 1 группы составила $263,7 \pm 8,9$, а из 2 группы – $517,7 \pm 14,5$. В среднем у пациенток 1 группы вес ребенка – $3502,8 \pm 47,2$, а у 2 группы – $3519 \pm 50,6$. У женщин 1 группы чаще рождались девочки (56,1%), а у 2 группы – мальчики (56,0%).

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что ожирение значительно осложняет течение беременности и родового акта, способствуя возникновению акушерских осложнений. Частота возникновения акушерских осложнений среди женщин с избыточной массой тела в 2 раза превышает аналогичные показатели у женщин, имеющих обычную массу тела. Вне зависимости от выраженности ожирения, у каждой третьей пациентки развивается гестоз. Беременные с ожирением имеют большее количество экстрагенитальных заболеваний. Осложнения родов, такие как слабость родовой деятельности, преждевременных разрывов плодных оболочек, угроза разрыва тканей промежности в 2,5 раза чаще развиваются у пациенток с ожирением. Кесарево сечение проводилось в 3 раза чаще у беременных с избыточной массой тела. Помимо этого женщины с ожирением имеют высокий риск неблагоприятных перинатальных исходов.

Литература.

1. Комшилова, К. А. Беременность и ожирение/ К. А. Комшилова, Ф. Х. Дзгоева //Ожирение и метаболизм. – 2009. – № 4. – С. 9–13.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СДВИГОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Корнев Д.О., Корнилова Т.Ю., Корнева К.С.
Научный руководитель: Трубникова Л.И.
Ульяновский государственный университет**

Актуальность. Прогнозирование преждевременных родов (ПР) остаётся одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота невынашивания беременности составляет 15-20% из которых только от 5 до 20% привычное невынашивание. Невынашивание беременности (НБ) это многофакторная проблема.

Введение. Наиболее важные причины НБ: социально биологические факторы - алкоголизм, курение и употребление наркотиков (29,0%); экологические факторы (24,7%); возраст старше 30 лет (18,3%); возраст меньше 20 лет (15,6%).

Медицинские факторы - генетические нарушения, эндокринные причины, инфекционные заболевания, иммунологические нарушения, патология матки.

Важным в патогенезе является процесс активации сократительной деятельности матки, изменений шейки и разрыва оболочек – это длительный процесс, который начинается задолго до появления клинически значимых проявлений и симптомов.

С прогностической целью в настоящее время в клиническом протоколе по преждевременным родам рекомендуют следующие маркеры ПР: определение длины шейки матки с помощью гинекологического исследования или УЗИ; тест на определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном секрете для оценки зрелости шейки матки;

выявление фибронектина в шейечно-вагинальном секрете на сроке беременности до 35 недель.

Однако чувствительность первого метода низкая (25-30% для гинекологического исследования и 35-40% для УЗИ), а выполнение других - очень трудоемко и дорого. Вследствие чего диагностика ПР является запоздалой.

В связи с этим перспективными для ранней диагностики и прогноза могут явиться иммунологические и биохимические исследования, позволяющие выявить изменения в фетоплацентарной системе на клеточном и тканевом уровне.

Цель исследования. Выявить метаболические сдвиги, характерные именно для невынашивания беременности, которые помогли бы прогнозировать преждевременное прерывание беременности на более ранних сроках беременности.

Материалы и методы. Микро-экспресс-информативная методика прямого спектрофотометрирования сыворотки крови. С этой целью исследование сыворотки крови было проведено у 100 беременных и рожениц с угрозой невынашивания беременности. Они образовали основную группу (группа 1). Параллельно проводилось исследование сыворотки крови у 50 беременных и рожениц с физиологически протекающей беременностью и срочными родами. Они составили контрольную группу (группа 2).

Средний возраст беременных и рожениц основной группы составил 26 лет, в контрольной – 22 года. Срок беременности на момент проведения спектрального анализа в основной группе был от 28 недель до 36 недель. В контрольной группе спектрофотометрирование сыворотки крови проводили у беременных и рожениц в 38 недель - 40 недель.

Первобеременными и первородящими в основной группе были 70% женщин, в контрольной – 60%. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 25% беременных основной группы и, соответственно, у 30% - в контрольной.

Результаты. В результате проведенных нами исследований были выявлены следующие биохимические сдвиги: повышение концентрации нуклеотидов в 1 группе; во 2 группе повышение связанного фибриногена, общей гемолитической активности комплемента, уровня фетопротеинов, низкий уровень липидов, пептидов, полисахаридов, моноглокуронидной фракции билирубина, высокие показатели общего холестерина.

Данные, полученные в контрольной группе, свидетельствуют о наличии «инородного тела» (плода) в организме беременной женщины и указывают на создание защитной реакции против возможного кровотечения в родах, а также на адаптационные возможности организма в аспекте активации иммунного статуса.

При преждевременных родах основное значение имеет хроническая плацентарная недостаточность. Морфологически при хронической плацентарной недостаточности, в значительно большем количестве, чем в норме, определяются инволютивно - дистрофические изменения с избыточным отложением фибриноида, хронические циркуляторные нарушения, на фоне которых, развиваются острые циркуляторные расстройства.

Поскольку структура и гормональная функция плаценты тесно связаны с метаболизмом белков, жиров, углеводов и электролитов, то приведенные выше сведения о морфологическом изменении плаценты при преждевременных родах и хронической плацентарной недостаточности дают возможность предположить наличие выраженных метаболических нарушений в организме беременной и плода.

Выводы. Полагаем, что полученные нами сведения о наличии характерных для невынашивания метаболических сдвигов в сыворотке крови беременных являются прогностическими критериями, которые помогли бы увеличить прогностическую ценность существующих балльных систем оценки риска развития преждевременных родов.

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ – ФАКТОР РИСКА ТРОМБОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Косикина А.В., Терентьева А.В.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Полякова В.А.
Тюменский государственный медицинский университет**

Введение. В последние годы появились данные о важной роли гипергомоцистеинемии в патогенезе развития тромботических осложнений при различных заболеваниях, в том числе и в акушерской практике. На фоне применения комбинированных гормональных контрацептивов оценка уровня гомоцистеина мало изучена, и требует дальнейшего активного исследования. Наиболее эффективными контрацептивными средствами являются контрацептивы гормональной природы. Одним из серьезных осложнений при их приеме это влияние на систему гемостаза. Доказано, что эстрогенный компонент комбинированных контрацептивов активирует свертывающую систему крови, из-за чего повышается вероятность тромбозов, прежде всего коронарных и церебральных, а также тромбоэмболии.

Гомоцистеин это серосодержащая аминокислота, образующаяся в процессе обмена метионина и цистеина. Гипергомоцистеинемия обладает выраженным цитотоксическим, тромбогенным и тератогенным действием. Значительно повышается риск тромбозов в результате повреждения эндотелиальных клеток вследствие повышения уровня гомоцистеина в крови. Тромбогенное действие гомоцистеина может быть связано с повреждением клеток эндотелия, неспецифическим ингибированием синтеза простоциклинов, активацией фактора V. Кроме того, высокие уровни гомоцистеина усиливают агрегацию тромбоцитов вследствие снижения синтеза эндотелием релаксирующего фактора и NO.

Целью исследования являлось проанализировать уровень гомоцистеина в крови у женщин применяющих комбинированные гормональные контрацептивы НоваРинг (этоногестрел – 11,7 мг, этинилэстрадиол – 15 мкг), Диане 35 (ципротерона ацетат - 2 мг, этинилэстрадиол - 35 мкг).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе университетской многопрофильной клиники Тюменского ГМУ, был проведен ретроспективный анализ 267 медицинских карт женщин, применяющих различные комбинированные гормональные средства. Остановились на двух препаратах: низкодозированном Диане – 35 и ультрамикродозированном НоваРинг. Определяли уровень гомоцистеина в крови до приема данных препаратов, через 1,3,6,12 и более менструальных циклов. Уровень гомоцистеина в норме варьируется от 0 до 10 мкмоль/л. Обработка полученных результатов проводилась в MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0 для Windows.

Результаты и обсуждения. Из 267 женщин НоваРинг получали 35 и Диане 91 женщина. Причем, большинство из них 77% (70 случаев) получали Диане – 35, а 23% (21 случай) НоваРинг.

Средний уровень гомоцистеина у женщин, получающих НоваРинг до применения составил $9,7 \pm 1,7$ мкмоль/л, после первого цикла уровень гомоцистеина повысился до $12,3 \pm 4,3$ мкмоль/л, затем оставался повышенным после третьего, шестого, двенадцатого и более циклов на уровне $11,1 \pm 1,6$ мкмоль/л; $11,7 \pm 3,9$ мкмоль/л; $11,7 \pm 3,8$ мкмоль/л соответственно.

Средний уровень гомоцистеина у женщин, получающих Диане - 35 до применения составил $9,7 \pm 2,6$ мкмоль/л, после первого цикла уровень повысился до $11,0 \pm 1,4$ мкмоль/л с тенденцией к дальнейшему повышению, после третьего цикла $11,2 \pm 3,5$ мкмоль/л, после шестого цикла $12,1 \pm 2,9$ мкмоль/л, после двенадцатого и более циклов $12,54 \pm 3,1$ мкмоль/л.

Во всех случаях гипергомоцистеинемии выявлена легкая форма (по Lentz S.R. и Haynes W.G., 2004).

Выводы.

1. На фоне использования комбинированных гормональных контрацептивов уровень гомоцистеина повышается.
2. Уровень гомоцистеина повышается после одного цикла (месяца) применения гормональных контрацептивов.
3. Гипергомоцистеинемия выше при использовании Диане – 35, так как данный препарат относится к низкодозированным (содержание этинилэстрадиола 35 мкг), в отличие от НоваРинга, который в свою очередь относится к ультрамикродозированным (содержание этинилэстрадиола 15 мкг).
4. Наблюдаемая гипергомоцистеинемия при применении комбинированных гормональных средств является одним из факторов риска тромбогенных осложнений.

Список литературы.

1. Арабаджи О.А., Состояние гемостаза и уровень гомоцистеина у женщин на фоне приема синтетических прогестинов с контрацептивной и лечебной целью. Автореферат диссертации кандидата медицинских наук, Тюменская государственная медицинская академия, Томск 2014г. С 116.
2. Арабаджи О.А. Изменения системы гемостаза на фоне применения микродозированных комбинированных оральных контрацептивов / И.В. Фомина, О.А. Арабаджи // Материалы XIV итоговой конференции студенческого научного общества и совета молодых ученых и специалистов Ханты-Мансийской государственной медицинской академии «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной и клинической медицины» - Ханты-Мансийск. – 2012. – С.128-129.
3. Ефимов В.С., Цакалоф. А. Гомоцистеинемия в патогенезе тромбоваскулярной болезни и атеросклероза // Лаб.мед. - 2010. - №2. - С.44-47
4. Макацария, А.Д. Тромбогеморрагические осложнения в акушерско-гинекологической практике / под редакцией А.Д. Макацария. – М.:МИА. – 2011.
5. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилические состояния в акушерской практике, Russo, 2015г.

АСТРОЦИТОМА ГОЛОВНОГО МОЗГА У БЕРЕМЕННОЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Леонтьева М.О.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Фаина Ю.П.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

В последние десятилетия сохраняется устойчивая тенденция к увеличению как общей онкологической заболеваемости в целом, так и общей заболеваемости опухолями головного мозга в частности (Давыдов М.И., Аксель Е.М. 2006.). Информация об астроцитомах у беременных женщин мало изучена. Данные статистики для различных субъектов РФ в отношении больных злокачественными астроцитарными опухолями отсутствуют. Вся имеющаяся информация основана на единичных, проведенных в рамках диссертационных исследований, работах. Уровень заболеваемости в мире (США) – 4.3 на 100 тыс населения у женщин, по данным в РФ – 4.7 у женщин на 100 тыс населения. Данный клинический случай интересен сочетанием астроцитомы головного мозга (в анамнезе), гемангиомы и беременности.

Цель. Показать на примере клинического случая течение беременности и родоразрешение гемангиомы головного мозга.

Материалы и методы. Выписки из истории болезни. Анализ истории болезни пациентки, наблюдающейся в Ленинградской областной клинической больнице.

Результаты. Беременная П., 32 года, 11.10.2017 на 32 неделе беременности поступила в акушерское отделение Ленинградской областной клинической больницы с жалобами на головные боли, головокружение, асимметричность правой половины лица, гемигипотонус.

Из анамнеза жизни установлено, что в возрасте 12 лет у пациентки были жалобы на тошноту, головные боли, потерю сознания. Пациентка обратилась в Педиатрическую академию. По результатам МРТ была диагностирована астроцитома головного мозга в задней черепной ямке. Было проведено хирургическое лечение и последующая лучевая терапия. Через два года произошел рецидив заболевания. Из гинекологического анамнеза выяснено, что менструации с 13 лет, через 30 дней 3-4 дня, регулярные. До наступления первой беременности по поводу бесплодия не наблюдалась. Первая беременность. Настоящая беременность протекала без осложнений, во второй половине беременности, в сроке 27 нед. перенесла ОРВИ. Изменений щитовидной железы не выявлено. В 2017 году при настоящей беременности в 12 нед была консультирована нейрохирургами, по данным МРТ сделан вывод о том, что наиболее вероятно у пациентки имеет место быть гемангиома в задней черепной ямке. В связи с небольшим размером гемангиомы была рекомендована консультация нейрохирургами через месяц после родоразрешения. Был выставлен диагноз : беременность I, 12 нед. Анемия легкой степени. Отеки беременных. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Гемангиома головного мозга с локализацией в задней

черепной ямке. После консультации пациентки акушером-гинекологом, неврологом, нейрохирургом рекомендовано родоразрешение путём кесарева сечения.

Выводы. В плановом порядке 13 декабря было проведено родоразрешение путем кесарева сечения, родился живой доношенный мальчик с массой 3000 г, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. В послеоперационном периоде получала антибактериальную и антианемическую терапию, низкомолекулярные гепарины, симптоматическое лечение. На данный момент наблюдается у нейрохирурга.

ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ МАТКИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ У КРЫС

Мелких Н.И., Шилин В.А., Кошелев И.Г.

Научный руководитель: Поляков П.П.

Кубанский государственный медицинский университет

Инволюция матки является одним из ключевых процессов послеродового периода. Ее течение во многом определяет процент послеродовых осложнений, в связи с чем, актуальным является изучение методов коррекции послеродовой субинволюции матки. Методом, предотвращающим развитие данной патологии может стать транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия). В основе лечебного эффекта ТЭС-терапии лежит активация эндогенной опиоидэргической стресс-лимитирующей системы [2]. В связи с большой важностью эндогенной опиоидэргической системы для организма и широким применением методов, направленных на ее модуляцию, исследование влияния опиоидных пептидов на процесс инволюции матки после родов имеет важное значение [4]. Цель работы: изучить влияние ТЭС-терапии на состояние матки в раннем послеродовом периоде в эксперименте у крыс методами гистологического исследования и иммуноферментного анализа крови на содержание половых гормонов на 5 сутки после родов

Материалы и методы. Исследование проведено в лаборатории кафедры общей и клинической патологической физиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Эксперименты проведены на 24 белых самках крыс, средней массой 246 ± 25 гр. Оперативные вмешательства сопровождались использованием золетил-ксилазинового наркоза.

Характеристика групп животных: группа №1 (контроль) – из 12 крыс самок, у которых проводили забор матки на 5 сутки после родов; группа №2 (опытная) – из 12 крыс самок, которым проводили ТЭС-терапию с 1 по 3 сутки и эвтаназию с последующим забором матки на 5 сутки после родов.

Самкам крыс группы №2 (опытная) в течении 3-х дней после родов проводили ТЭС-терапию с помощью модифицированного двухпрограммного электростимулятора «ТРАНСАИР-03», в анальгетическом режиме, длительность сеанса 30 минут [3].

Эвтаназия проводилась у предварительно наркотизированных крыс путем декапитации. Забор матки с последующим взвешиванием проводили на 5 сутки после родов. Матку фиксировали в цинк формалине с сульфатом цинка. Проводили вырезку и проводку образцов через изопропанол с заливкой в парафин. Микропрепараты окрашивали гематоксилин-эозином. Для фотографии микропрепаратов использованы микроскоп Микмед-5 (Россия) и окулярная камера Levenhuk 230 (США). На полученных фотографиях микропрепаратов рога матки проводили подсчет толщины стенки рога матки и ее слоев. Статистическую обработку проводили с использованием программы «Statistica 10 version» фирмы «Stat Soft Inc.». Результаты выражали в виде медианы с использованием 25 и 75 перцентилей. Использован критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$. Содержание половых гормонов определяли методом иммуноферментного анализа крови на 5 сутки после родов [1].

Результаты и обсуждения. Случаев незапланированной гибели и осложнений у животных не было. Разницы в весе матки между группами не выявлено ($p \geq 0,05$). Эпителизация матки в группе №1 завершена, просвет рога матки имеет складчатую структуру, покрыт сформированным призматическим эпителием, виден слой слизи. Толщина стенки рога матки составляет 70 мкм, толщина миометрия 30 мкм, отчетливо виден базальный слой эндометрия, редкие железы и просветы сосудов, толщина эндометрия составляет 30 мкм. Толщина стенки рога матки на микропрепаратах из группы №2 составляет 105 мкм, что на 33,4% больше в сравнении с группой №1 ($p \leq 0,05$). Толщина миометрия на микропрепаратах из группы №2 – 55 мкм, что на 45% больше

в сравнении с группой №1 ($p \leq 0,05$). Толщина эндометрия на микропрепаратах из группы №2 – 45 мкм, что на 34% больше в сравнении с группой №1 ($p \leq 0,05$). Методом иммуноферментного анализа крови было установлено, что у крыс, получавших сеансы ТЭС-терапии, на 5 сутки после родов уровень прогестерона в крови снижался на 35%, а уровень эстрадиола повышался на 34%, в сравнении с интактной группой (табл. 2). Это может объяснить, наблюдаемые различия в толщине стенки матки.

Заключение. Проведение ТЭС-терапии не оказывает влияния на вес матки крысы на 5 сутки после родов. У крыс, получавших ТЭС-терапию к 5 суткам после родов толщина стенки рога матки была на 33,4%, толщина миометрия на 45%, а толщина эндометрия на 34% больше в сравнении контролем. При этом одной из особенностей крыс, получавших ТЭС-терапию, является значительно меньшая складчатость эндометрия рога матки. Результаты исследования также показывают изменение уровня прогестерона и эстрадиола в крови – под действием ТЭС-терапии уровень прогестерона снижается на 35%, а уровень эстрадиола повышается на 34%.

Список литературы

1 Вчерашнюк С.П. Динамика уровня некоторых гормонов при использовании ТЭС-терапии в комплексном лечении гестоза / С.П. Вчерашнюк, А.Х. Каде // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 2. – С. 21-23.

2 Лебедев В.П. Об опитном механизме транскраниальной электроанальгезии у крыс и мышей / В. П. Лебедев, А. Б. Савченко, Н. В. Петряевская // Физиол. журн. СССР. – 1988. – Т. 74. – № 9. – С. 1249-1256.

3. Липатова А.С. Модификация методики ТЭС-терапии для ее применения у мелких лабораторных грызунов / А.С. Липатова, П.П. Поляков, А.Х. Каде (и др.) // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 347.

4 Рычкова С.В. Транскраниальная электростимуляция: обоснованность применения и клиническая эффективность / С.В. Рычкова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2006. – № 5. – С. 44-47.

5. Fanning R. A. Opioid mediated activity and expression of mu and delta opioid receptors in isolated human term non-labouring myometrium / R. A. Fanning, J.P. McMorro, D.P. Campion, M.F. Carey, J.J. O'connor // European journal of pharmacology. – 2013. – Т. 698. – №. 1-3. – С. 170-177.

ВУЛЬВОВАГИНИТЫ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Митрофанова М.Н., Климов Е.С., Носенко А.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Матейкович Е.А.

Тюменский государственный медицинский университет

Введение. Вульвовагиниты – ведущая гинекологическая патология детского возраста, занимаемая первое место в структуре заболеваний урогенитального тракта девочек в возрасте от 1 до 7 лет. Развитию заболевания способствуют анатомо-физиологические особенности половых путей девочек до периода полового созревания, урогенитальные инфекции матери во время беременности, щелочная реакция влагалищного секрета и малое содержание гликогена, отсутствие палочек Дедерляйна, слабая эстрогенная насыщенность, низкая иммунная устойчивость способствуют тому, что проникновение патогенных возбудителей нередко ведет к возникновению вульвовагинитов, особенно при наличии предрасполагающих факторов. В развитии бактериального воспалительного процесса вульвы и влагалища имеет значение нарушение становления микробиоценоза слизистых оболочек ребенка, частые острые респираторные вирусные инфекции, хронические заболевания носоглотки, почек и мочевого пузыря, эндокринные заболевания, глистные инвазии. У сексуально активных подростков – ИППП (уреамикоплазмы, трихомонады, гонококки) и вирусы (папилломы человека, корь, скарлатина, дифтерия, ветряная оспа) [1]. Такие социальные проблемы, как ухудшение экологической обстановки, частый прием лекарственных средств, таких как антибиотики, оказывают отрицательное воздействие на становление репродуктивной системы девочки, ее резистентность к инфекционным факторам внешней среды, состояние местного иммунитета половых органов [2, 3].

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности вульвовагинитов различной этиологии, а также проанализировать частоту встречаемости вульвовагинитов в различные возрастные периоды у девочек.

Материалы и методы. На базе многопрофильной клиники ТюмГМУ проанализированы медицинские карты амбулаторного больного 600 девочек в возрасте от 3 месяцев до 18 лет, обратившихся на прием к детскому гинекологу. Для обработки материала использована программы Micrisoft Exel и Statistica 6.0.

Результаты исследования. Всего было проанализировано 600 амбулаторных карт девочек в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. Проведенный анализ заболеваемости у девочек различной возрастной категории показал, что самая частая распространенность вульвовагинитов приходится в возраст от 1 до 7 лет (нейтральный период). По данным исследования частота встречаемости вульвовагинитов в грудном возрасте (0 до 1 года) составляет 45 (7,5 %), в период раннего детства (1-3 лет) –160 (26,7 %), в период первого детства (4-7 лет) -113 (18,8%) , в препубертатный период (от 8 лет до наступления менархе) - 40 (6,7 %), в пубертатном периоде - 42 (40,3 %) .

По различным этиологическим факторам в грудном возрасте чаще встречается неспецифический бактериальный вульвовагинит (11%), вульвовагинит на фоне инфекции мочевыводящих путей (2,2%).

В период раннего детства: вторичный вульвовагинит (на фоне дисбактериоза кишечника 21,8% , на фоне заболеваний мочевыводящих путей 11,9 %), неспецифический вульвовагинит (23,1%), специфический кандидозный вульвовагинит (2,5%). Период первого детства: неспецифический вульвовагинит (40%), вторичный вульвовагинит (на фоне дисбактериоза кишечника 27,4%, на фоне заболеваний мочевыводящих путей 10.6 %), специфический кандидозный вульвовагинит (5.3%). Препубертатный период: неспецифический вульвовагинит (47.5%), вторичный вульвовагинит (на фоне дисбактериоза кишечника 17,5% , на фоне заболеваний мочевыводящих путей 10%), специфический вульвовагинит (10%). Пубертатный период: специфический вульвовагинит (хламидиоз 5 %,гонорея 0,4 %, кандидоз 3,7%), неспецифический вульвовагинит (4,5%).

Выводы. Исходя из приведенных данных следует, что к основным факторам, способствующим инфицированию половых путей у девочек младшего возраста, следует отнести: 1) анатомо-физиологические особенности гениталий у девочек (близость ануса, тонкая легкоранимая кожа и слизистая влагалища, выраженная складчатость слизистой оболочки влагалища и наличие большого количества вестибулярных желез), экстрагенитальные заболевания различной природы (сахарный диабет, ожирение, атопический дерматит, дисбактериоз кишечника, острые вирусные и детские инфекционные заболевания), экзогенные факторы (инородное тело влагалища, энтеробиоз, глистная инвазия); 2) имеют значение неблагоприятные социально-бытовые условия, несоблюдение правил личной гигиены; 3) в пубертатном возрасте на одно из первых мест выходят инфекции передаваемые половым путём; 4) своевременная диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний в детском возрасте, массовая профилактика ИППП в подростковом возрасте позволят избежать нарушений репродуктивной функции в дальнейшем.

Список литературы:

1. Гинекология: национальное руководство/ под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинского И.Б., Манухина И.Б- 2-е изд., переработанное и дополненное - М.: Геотар-Медиа, 2017. – 1008 с.
2. Коколина, В. Ф. Детская и подростковая гинекология / В.Ф. Коколина. - М.: Мед практика, 2006. — 464 с.
3. Матейкович, Е.А. Репродуктивное здоровье детей и подростков г. Тюмени / Е.А. Матейкович // Международный научно-исследовательский журнал, 2018. - № 1 (67). – Ч. 2. – С. 58-60. DOI: <https://doi.org/10.23670/IRJ.2018.67.034>.
4. Шевлюкова Т.П. Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте/ Т.П. Шевлюкова, Н.В. Фольц, В.В. Хасанова, Д.И. Боечко// Смоленский медицинский альманах, 2017.-№1.-С.5-9
5. Адамян Л.В. Этиологическая картина неспецифического вульвовагинита у девочек/ Л.В. Адамян, И.Е. Колтунов, Е.В. Сибирская, Т.А. Смаль// Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2016.- №2.-с. 12-13

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ СКВ С НЕТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Набиева Л.В., Митрофанова М.Н., Василькова Г.В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шевлюкова Т.П.

Тюменский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время достаточно актуальной продолжает оставаться проблема дифференциальной диагностики послеродовых осложнений и соматических заболеваний. Сходство клинических симптомов системной красной волчанки (СКВ) и системной воспалительной реакции создают трудности в диагностике соматической патологии [1].

Известно, что СКВ - это системное аутоиммунное ревматологическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией широкого спектра органоспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов. Заболевание встречается в разных возрастных группах, однако наиболее часто развивается у молодых женщин и развивается в репродуктивном возрасте, во время беременности и в послеродовом периоде [2,3].

Благополучная беременность, заканчивающийся рождением здорового ребенка, возможна только при условии зачатия на фоне ремиссии заболевания не менее 6 месяцев, а также при отсутствии поражения почек, сердечно-сосудистой системы и циркулирующих антифосфолипидных антител. Риск обострения СКВ возрастает во время беременности, а также в послеродовом периоде. Обострение возникает в первые 2 месяца послеродового периода, может протекать под видом некоторых послеродовых осложнений: сепсиса, остаточных явлений нефропатии [1,3].

Цель: демонстрация клинического случая течения СКВ с нетипичными проявлениями в послеродовом периоде.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории беременной и родильницы в ГБОУ ТО "Родильный дом №2" г.Тюмень.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентка С. 31 год, 6 сентября 2012 г. поступила в экстренном порядке в приемное отделение ОКБ № 2 к урологу, с жалобами на повышение температуры тела до 39С, слабость, болезненное мочеиспускание, отечность шеи, лица, пастозность нижних конечностей, боль в горле и слизистой рта с диагнозом: Пиелонефрит. МКБ. Осмотрена урологом. Данных за острую урологическую патологию не выявлено. Из анамнеза: 29 августа 2012 г. были срочные роды II, самостоятельные, в сроке 38-39 недель беременности. Выписана из родильного дома на 4-е сутки с ребенком в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями амбулаторного консультирования у нефролога. Нефрологом выставлен диагноз: Хронический пиелонефрит, латентное течение, ст. обострения. МКБ. ХПН? Назначена антибактериальная терапия. На фоне проводимого лечения отмечала ухудшение состояния в виде слабости, повышения температуры тела, появления отеков шеи, лица, нижних конечностей. При уточнении данных анамнеза с учетом послеродового периода и нацеленности на терапию послеродовых осложнений пациентка госпитализирована в гинекологическое отделение. На проводимую терапию не давала ожидаемого эффекта. Неоднократно проводились консилиумы в связи с тяжестью состояния и отсутствием ответа на адекватную терапию. Очередной консилиум состоялся 8 октября, на котором после получения результатов обследования, выставлен диагноз: 18-е сутки после лапаротомии, экстирпации матки с трубами по поводу послеродового метроэндометрита. Сепсиса. Системная красная волчанка, острое течение, активность 3 степени. 10 октября 2012 г пациентка была переведена для дальнейшего лечения в ревматологическое отделение.

У пациентки С. не было классических проявлений СКВ. Заболевание протекало под маской сепсиса, что затрудняло диагностику СКВ как первичное заболевание. Традиционная «бабочка» в скуловой области у данной пациентки отсутствовала, при этом высыпания характерные для СКВ, более редко встречающиеся в зоне «декольте», описаны, интерпретированы как экхимозы в результате сцеживания молока и рекомендована остановка лактации. Также при поступлении в стационар предъявлялись жалобы на боль в горле, болезненность слизистой ротовой полости и носа как проявления афт при СКВ. Была осмотрена врачами ЛОР, ЧЛХ в динамике, и наблюдаемые мелкие изъязвления слизистых, отнесены герпетическим проявлениям на фоне послеродовой иммунодепрессии. Назначена терапия, которая дала положительную динамику. Полисерозит был ярко выражен, своевременно и полно диагностирован еще при поступлении и

явился основным в диагностическом поиске, который не вписывался в клинику послеродового сепсиса. Вовлечение почек в виде нефротического симптома, было расценено как последствие преэклампсии, и поражение почек, существовавшего до беременности, а впоследствии как проявления ОПН при сепсисе. Гематологические проблемы (панцитопения) наблюдались уже при поступлении. Тромбоцитопения расценена как последствие преэклампсии, а анемия как послеродовое осложнение.

Соответствующая коррекция проведена в полном объеме, при этом обращал на себя внимание факт плохой динамики в ответ на полноценную коррекцию. У пациентки также были выявлены иммунологические нарушения. На фоне выраженного иммунодефицита возникли благоприятные условия для трансформации послеродового метроэндометрита в сепсис. Обнаружение антиядерных антител, помогло установить диагноз, который позволил воедино соединить все симптомы и объяснить отсутствие закономерной динамики на антибактериальную терапию.

Заключение. Таким образом, сложное диагностическое сочетание системной красной волчанки, которая инициирует развитие гнойно-септического осложнения, наложившегося на послеродовой период пациентки, привело к длительному диагностическому поиску.

Список литературы:

1. Кошелева Н.М. Системная красная волчанка и беременность//Газета для врачей. Ревматология.-2015 №2 (19). С.10-13.
2. Насонова Е.Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология. - М.:ГЭОТАР-Медиа,2017.-464с.
3. Роженцева Д.А., Данилова В.К., Казанцева М.И. Современный взгляд на этиологию, патогенез и лечение СКВ// Международный студенческий научный вестник. – 2017. – № 4-5.С.641-644.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ПРЕГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Надеина Ю.А., Амелина А.В., Рыбалко Я.В.

Научный руководитель: к.м.н., Аджиева Д. Н.

Курский государственный медицинский университет

Вопросы, которые возникают при выборе тактики ведения женщин с сочетанием сахарного диабета (далее СД) и беременности, актуальны не только для акушеров-гинекологов, но и для эндокринологов и терапевтов. На фоне непрерывного роста числа больных с СД, наблюдается постоянное увеличение количества женщин фертильного возраста, в том числе беременных, болеющих СД [2].

Цель исследования: изучить особенности течения беременности у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы: Материалом для работы послужила история родов, предоставленная городским родильным домом. История женщины 30 лет, страдающей СД 1 типа с 13 лет, поступившей в городской клинический родильный дом на сроке 30-31 неделя с нарушением плаценто-плодовой гемодинамики 2 степени, доплеровскими признаками компрессии пуповины. Методом изучения послужил ретроспективный анализ истории родов.

Результаты: Пациентка С., 1987 года рождения, страдает СД 1 типа, выявленным в 1999 году в предкоматозном состоянии (гликемия 16 ммоль/л). Для коррекции состояния была назначена инсулинотерапия (протофан, актрапид).

В связи с декомпенсированным течением СД, пациентка С., долгое время не могла забеременеть. Беременность наступила в 29 лет, но к тому времени присоединилось множество осложнений, связанных с течением СД. Со стороны сердечно-сосудистой системы: диабетическая кардиомиопатия, симптоматическая артериальная гипертензия. Повышение артериального давления связано с патологией почек – удвоение правой почки, а также хронический пиелонефрит. Со стороны нервной системы – диабетическая дистальная полинейропатия, сенсорный тип. На сроке 16 недель, из-за резкого снижения зрения, проведена операция с целью его коррекции. Диагноз: пролиферативная диабетическая ретинопатия. Вторичная 1а компенсированная глаукома.

OD-начальная катаракта. OS-незрелая катаракта. Проведено оперативное лечение: панретиальная лазерная коагуляция сетчатки.

В течение беременности изменялось состояние как матери, так и ребенка. На 13 неделе беременность осложнилась угрожающим поздним выкидышем. С 23 недели диагностирована первичная плацентарная недостаточность. С 28 недель – нарушение сердечного ритма плода, плацентомегалия.

15 октября 2017г. при поступлении в городской клинический родильный дом, поставлен диагноз: беременность 31 неделя. Хроническая фетоплацентарная недостаточность в стадии субкомпенсации. Задержка внутриутробного развития плода 1 степени. СД 1 тип, тяжелое течение, стадия декомпенсации. Диабетическая кардиомиопатия. Диабетическая дистальная полинейропатия. Проллиферативная диабетическая ретинопатия. Состояние после лазерной коагуляции. Хронический пиелонефрит, стадия ремиссии. Удвоение правой почки.

20 октября состояние резко ухудшилось: появились жалобы на ослабление шевеления плода, сухость во рту, жажду. Состояние тяжелое. Кетоацидоз. Матка слегка возбудима, безболезненна во всех отделах. Головка плода над входом в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритмичное 116-118 уд/мин. По лабораторным данным глюкоза крови 14 ммоль/л. В моче кетоновые тела до 8 ммоль/л и уровень глюкозы 28 ммоль/л.

Интенсивная консервативная терапия (43 Ед. инсулина продолжительного действия и 47 Ед. инсулина короткого действия) не дала положительного результата. Было принято решение произвести родоразрешающую операцию кесарево сечение. Извлечен живой недоношенный плод, женского пола весом 1770 г., длиной 41 см., Апгар 6-7 баллов. Операция прошла без осложнений.

Послеродовый период проходил без особенностей. Пациентка С., была выписана 29 октября в удовлетворительном состоянии, состояние ребенка также не вызывало опасений. Спустя 6 месяцев динамического наблюдения патологических изменений со стороны матери и ребенка не выявлено.

Выводы:

1. Планирование беременности у женщин с сахарным диабетом является обязательным и необходимым условием для рождения здорового ребенка.
2. Женщина, страдающая сахарным диабетом, должна забеременеть только находясь в компенсированном состоянии.
3. Беременность отягощает течение сахарного диабета.
4. Тяжелая декомпенсация в течение сахарного диабета при беременности – экстренное показание к оперативному родоразрешению [1].

Список литературы:

1. Акушерство. Национальное руководство/ ред. Г. М.Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского.-2-е изд., перераб. и доп.-Москва: «ГЭОТАР-Медиа»,-2015.-515 с.
2. Изучение течения беременности и ее исходов с анализом возможных факторов риска у больных сахарным диабетом 1 типа/ М. Т. Рахимджанова, С. И. Исмаилов, А. Б. Ташманова, М. С. Ахмедова // Международный эндокринологический журнал.-2014.-№2 (58)

ОТРИЦАНИЕ РАКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Осаулко Д.Ю., Бурбина А.Б.

**Научные руководители: к.м.н. ассистент Ж.В. Сенникова, ассистент Н.А. Воронцова
Оренбургский государственный медицинский университет**

Первое место в структуре злокачественных заболеваний среди женщин занимает рак молочной железы (РМЖ). По статистике, на 100 000 человек приходится 46 случаев заболеваемости

Большую роль играют: время наступления менархе и климакса (повышает риск 4 раза), беременность и роды (снижают вероятность возникновения рака на 50%). Так же риск развития РМЖ повышают: травмы молочных желез, лактационный мастит, ожирение (приводит к увеличению концентрации эстрадиола в крови), доброкачественные опухоли молочной железы.

Несмотря на данный факт, встречаются случаи заболевания РМЖ в период вынашивания беременности и лактации. РМЖ, ассоциированный с беременностью – это появление

злокачественной опухоли молочной железы на фоне беременности, лактации, или на протяжении следующего года после родов, это наиболее распространенная форма опухолей, диагностируемая у беременных женщин.

При беременности происходит рост молочной железы и в ней образуется большое количество новых сосудов, этим объясняется быстрое прогрессирующее опухолевое процесса в период беременности. Еще одним фактором является гормональная перестройка организма женщины в период беременности. При наличии злокачественной трансформации прогестерон и эстрогены во время беременности могут стимулировать рост опухоли. Осуществляют запуск синтеза факторов роста.

Врачи сталкиваются с ситуациями, когда женщина отрицает даже возможность такого диагноза и отказывается от дальнейшего обследования. Несмотря на отличия, у всех онкобольных можно выявить общие стадии принятия диагноза рак:

1 стадия: шок. Это кратковременная, бурная реакция на поставленный диагноз, длится около 1 суток. Человек полностью переосмысливает жизнь.

2 стадия: отрицание. Онкобольной всячески отрицает тяжелый диагноз, пытается найти другой со схожими симптомами, но не смертельный, обращается к народным целителям.

3 стадия: агрессия. Пациент становится агрессивным, начинает обвинять окружающих в своем недуге. Может совершать поступки назло: отказываться от лечения, создавать конфликтные ситуации.

4 стадия: торг. Больной начинает торговаться с Богом, с жизнью, пытаясь отдалить смерть. Может начать ходить в церковь, совершать хорошие поступки, надеясь на то, что это ему зачтётся и продлит жизнь.

5 стадия: депрессия. Больной понимает, что несмотря на все усилия болезнь прогрессирует, он становится апатичным, перестает интересоваться лечением.

6 стадия: принятие. Онкобольной признает новую реальность, принимает диагноз. В этот момент его жизнь меняется кардинальным образом, он начинает ценить каждую минуту жизни.

Цель: Акцентировать внимание на проблеме диагностики РМЖ, ассоциированного с беременностью и психо-социального поведения будущей матери.

Материалы и методы: Клинический случай, проведенный на базе Областного Перинатального центра (ОПЦ) ГАУЗ ОКБ № 2 г. Оренбурга в феврале 2018 г.

Результаты: Пациентка М. 34 года. В анамнезе 1 срочные роды в 2016 г. без осложнений. Данная беременность вторая, протекала на фоне гестационного сахарного диабета. В 26 недель беременности после травмы появились боли в левой молочной железе, уплотнение, обратилась в женскую консультацию. По данным УЗИ мастит. Лазеротерапия и антибиотикотерапия улучшений не принесли. От хирургического лечения пациентка отказалась. В 28 недель взята трепанобиопсия (результат - мышечные волокна с воспалительным инфильтратом). В 30 недель, по результатам УЗИ, выявлена фибролипома левой молочной железы. Пациентка направлена в онкодиспансер, но на консультацию не явилась. В 30-31 неделю онкомаркеры СА15-3 9.7 со слов в норме. В 34 недели вскрылся гнойный очаг левой молочной железы без повышения температуры. Пациентка продолжает отказываться от консультаций и стационарного лечения. В 38-39 недель поступила на дородовую госпитализацию в ОПЦ ГАУЗ ОКБ № 2. Была осмотрена торакальным хирургом: нельзя исключить отечно-инфильтративную форму рака левой молочной железы с метастазами в лимфоузлы, во вторую очередь туберкулез левой молочной железы. Также консультирована онкологом: сансер левой молочной железы, на границе левых квадрантов плотное бугристое образование диаметром 8-9 см. Фтизиатр выставил диагноз: образование левой молочной железы неясного генеза, необходима биопсия с гистологической верификацией. По данным УЗИ диффузные изменения печени, селезенки, поджелудочной железы, почек. В левой подмышечной области лимфоузел 9,6x6,4 мм. В 39 недель самостоятельно родила живую доношенную девочку 3340гр, 53 см, оценка по Апгар 8-9 баллов. В послеродовом периоде выполнена трепанобиопсия. Материал отправлен на гистологию и ИГХ. В левой подмышечной области произведена пункция гипоехогенного лимфоузла 16 мм. После обследований и коллегиальных осмотров выставлен диагноз: клинически канцер левой молочной железы T4N1M0. 2кл.гр. В послеродовом периоде подавление лактации бромкриптином. При выписке направлена в онкодиспансер. На прием к онкологу не явилась, в медицинские учреждения не обращалась.

Выводы: Данный случай наглядно демонстрирует «междисциплинарный характер» онкопатологии. Диагностика, лечение рака молочной железы при беременности связаны не только с рисками здоровья матери, но плода, а также сопровождаются наличием психо-социальных

акцентуаций будущей матери. Для решения комплекса возникающих проблем необходимо четкое взаимодействие медицинских служб: акушерства-гинекологии, онкологии, педиатрии, психотерапевтической, а также социальной.

Список литературы:

1. Никулина Л.Р., Кузьмичев Д.Е., Скребов Р.В., Чекашина Д.В. Рак молочной железы, ассоциированный с беременностью // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2016. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rak-molochnoy-zhelezy-assotsiirovannyi-s-beremennostyu> (дата обращения: 16.10.2018).
2. Соколовская Е. Диагноз - рак. Как правильно общаться с больным? // АиФ ПРО Здоровье – 2014 - № 10 С. 3-5.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Сафина А.А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А.И. Галимов
Башкирский государственный медицинский университет**

Введение. Послеродовая депрессия (ПРД) является существенной медицинской и социальной проблемой, которая влияет на здоровье многих матерей, обременяет затратами систему здравоохранения и является причиной семейно-брачных конфликтов. Депрессивные симптомы матери часто имеют негативное влияние на потомство, когда можно наблюдать когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства.

ПРД характеризуется тремя признаками, которые отличают ее от других психических расстройств, возникающих и протекающих в послеродовой период: первое – ПРД развивается в период после рождения ребенка и продолжается в течение по крайней мере 2 недель; второе – при ПРД проявляются по крайней мере пять симптомов депрессии и третье - ПРД может нарушить жизнь женщины после родов, как с точки зрения выполнения ее ежедневных обязанностей, так и с точки зрения ее ухода за ребенком [1].

По данным литературы о частоте ПРД отмечается, что в развивающихся странах она колеблется от 1,7% до 82,1%, с самыми низкими значениями в Пакистане, а самыми высокими в Турции. Для развитых стран частота ПРД варьируется от 5,2% до 74,0%, с самыми низкими значениями в Германии, а самым высоким процентом в США [2]. В развитых странах - до 4 недель - от 5,5% до 24,4%, от 4 до 8 недель - от 2,6% до 35,0%, до 6 месяцев - от 2,9% до 25,5% и до 12 месяцев - от 6,0% до 29,0% [3]. Ежегодно в среднем около 260 тыс. из 1,6 млн. российских рождений по данным 2017 г. могут страдать ПРД.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ 68 разработанных анкет на базе ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ. Выраженность ПРД оценивалась с помощью Эдинбургской шкалы постнатальной депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS)) и шкалы Монтгомери-Асберга (MADRS). Анкетирование проводилось на 2-6 день послеродового периода.

Результаты и обсуждение. Средний возраст женщин составил $31,2 \pm 5,7$ лет, от 20 до 39 лет. Первородящие – 34,4% случаев, повторнородящие – 65,6%. Все пациентки были разделены на 2 группы. Первую основную группу составили женщины с наличием ПРД ($n=17$), вторую контрольную – женщины без признаков депрессии ($n=51$).

Средний возраст пациенток основной группы явился $31,2 \pm 5,7$ лет, контрольной – $28,4 \pm 5,6$. Возрастной состав обеих групп достоверно не различен. Первородящие в I группе – 23,5% (4) случаев, во II группе – 29,4% (15).

По результатам сравнительного анализа такие факторы, как: осложнения со стороны плода, осложнения во время беременности, преждевременные роды, медицинский аборт и замершая беременность в анамнезе, незапланированная беременность наблюдались в группе женщин с наличием ПРД значительно чаще, чем во второй группе. Так, в I группе наблюдались осложнения со стороны плода (внутренние пороки развития) в 29,4% случаев, осложнения во время беременности в 35,3%, преждевременные роды и медицинский аборт в анамнезе в 52,9% и 23,5% случаев соответственно, гинекологические заболевания имели место быть в 5,9% случаев. Во II группе осложнения со стороны плода (внутренние пороки развития) - в 1,9% случаев,

преждевременные роды наблюдались в 13,7%, медицинский аборт в анамнезе имел место быть в 17,6% случаев. Беременность была запланирована в 60,2% в I группе и в 94,1% во II.

Клинические проявления ПРД включают подавленное настроение, апатию или беспокойство, достигающее в некоторых случаях мыслей о самоубийстве, уменьшение ухода и отчуждение, по отношению к ребенку, нарушение взаимодействий с семьей, нарушение сна, как его продолжительности, так и качества, снижение аппетита, потерю веса [1,2].

Клинические проявления наиболее выражены в основной группе, причем тяжесть их значительно выше также в I группе. Так, подавленность наблюдалась в 62,5% (10) случаев, внутреннее напряжение в 35,3% (6), недостаточность сна и снижение аппетита в 52,9% (9) и 41,2% (7) случаев соответственно, нарушение концентрации внимания имело место быть в 35,3% (6), апатия в 35,3% случаев, пессимистические мысли посещали 17,6% (3) пациенток.

Выводы. Таким образом, по результатам исследования такие факторы, как: осложнения со стороны плода, осложнения во время беременности, преждевременные роды, медицинский аборт и замершая беременность в анамнезе, незапланированная беременность могут повлиять на развитие ПРД. Наиболее частыми симптомами ПРД депрессии явились: подавленность, недостаточность сна, снижение аппетита, нарушение концентрации внимания и апатия.

Список литературы.

1. Дубницкая Э. Б. Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин / Психические расстройства в общей медицине. - 2008 - № 1 - С. 53–55.
2. Мазо Г. Э., Татарова Н. А., Шаманина М. В. Влияние акушерско-гинекологической и эндокринной патологии на развитие тревожно-депрессивных нарушений у женщин в послеродовом периоде // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2009 - № 2 - С. 34–36.
3. Lee P.J., Liaw J.J., Chen C.M. Concept Analysis of Postpartum Depression J. of Nursing 2015 Jun 62/3/: 66-71.
4. Jahromi M., Zare A. Taghzadeganzadelh M. et al. A study of marital satisfaction among non-depressed and depressed mothers after childbirth in Jahrom, Iran. Global J of Health Sci. 2015 May 7/3/ 140-143.
5. Norhayati M.N., Hazlina N.H., Asrenee A.R., Emilin W.M. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review J. of Affective Disorders 2015 Apr.1,175:34-52.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА *LACTOBACILLUS SPP.*

Свиридова А.В., Щетинина Ю.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. Особенности влагалищной микросреды явно зависят от фазы менструального цикла, но в литературе нет однозначных выводов о влиянии внешнего гормонального воздействия КОК на развитие дисбиотических состояний влагалища [1].

Цель работы – выявить зависимость между приемом гормональной контрацепции и развитием дисбиоза из-за снижения лактобактерий. Задача настоящего исследования - изучение молочно – кислых бактерий вагинального секрета на фоне использования гормональных микродозированных контрацептивов с содержанием 17-бета-эстрадиола. Именно эстрадиол является оптимальным активизатором рецепторов эстрогена и обеспечивает все преимущества, которые связывают с «эстрогенной терапией» [3].

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 120 женщин в возрасте 20-44 лет (средний возраст $31 \pm 0,2$ года). Критериями включения в группу исследования являлось: соматическое и психическое здоровье, отсутствие инфекций, передаваемых половым путем, исключенных методом ПЦР, отсутствие приема антибиотиков и химических вагинальных контрацептивов в течение трех последних месяцев.

В работе использованы следующие методы: клинический, микробиологический, бактериологический и статистический.

Все женщины были разделены на 2 равные группы в зависимости от выбора метода контрацепции: в 1 группу были включены женщины, которые использовали КОК с 17-бета-

эстрадиолом (находятся на диспансерном учете по поводу приема КОК в клинике ОрГМУ и женской консультации ОГПЦ), во 2 группу вошли женщины, использующие барьерные методы контрацепции.

Качественный и количественный состав вагинальной микрофлоры изучали микроскопическим и бактериологическим методами. Исследование проводилось до применения контрацептивов (изучение исходного состояния) и через 3, 6, 12 месяцев их использования. В соответствии с количественным содержанием лактобацилл отделяемого влагалища, определенного микроскопическим методом исследования, женщины были разделены на три подгруппы: с обильным содержанием лактобацилл (свыше 100 клеток в поле зрения светового микроскопа), с умеренным содержанием (менее 100, но более 10 клеток), со скудным содержанием (до 10 клеток в поле зрения) (Таблица 1).

Результаты исследования.

Выявление менее 10 клеток в поле зрения говорит о слабой эстрогенной насыщенности, которая была выявлена при первичном обследовании у 11,7% пациенток. Следует отметить, что в процессе регулярного приема КОК с 17 – бета – эстрадиолом содержание лактобактерий увеличилось почти у 100% обследованных. Обильная лактофлора (свыше 100 клеток в поле зрения) была выявлена у 30%, что в процессе приема КОК с 17 – бета – эстрадиолом изменилось незначительно. Средние значения количества лактобактерий были выявлены у большинства наблюдаемых (58,3%). Достоверной разницы между увеличением количества лактобактерий через 3 и 6 месяцев не наблюдалось, но отрицательная динамика данного показателя отсутствовала. Достоверное увеличение лактобактерий отмечается через 12 месяцев. Для пациенток контрольной группы сравнительный анализ не проводился, так как изменить микробиоценоз влагалища способно большое количество факторов.

С помощью бактериологического исследования было определено абсолютное число колоний *Lactobacillus* spp. Концентрация лактобактерий $> 10^6$ кл/мл свидетельствует о нормоценозе, $1 \times 10^4 - 1 \times 10^6$ кл/мл – о начинающемся дисбиозе и $< 1 \times 10^3$ кл/мл о глубоком дисбиозе. До начала исследования большинство пациенток можно было отнести ко второй группе (56,7%), тогда как через 1 год регулярного приема оральных контрацептивов с 17-бета-эстрадиолом 50% пациенток перешли в первую группу по содержанию лактобактерий во влагалищном секрете.

Выводы. Слизистая оболочка влагалища реагирует на различные гормоны, но к эстрогенам более чувствительна [2]. Резистентность влагалища к инфекциям во многом определяется насыщенностью организма эстрогенами. Под его влиянием улучшается регенерация эпителия, который является механическим барьером для патогенов; увеличивается содержание гликогена во влагалищном эпителии и, как следствие, повышается число лактобацилл, конкурирующих с патогенами за субстрат. Это наиболее вероятные механизмы, реализующие защитный эффект оральных контрацептивов с 17-бета-эстрадиолом, что и было доказано данным исследованием. Современная гормональная контрацепция при дифференцированном применении, оказывает благоприятное действие на микробиоценоз влагалища и может применяться в качестве одного из направлений в профилактике воспалительных заболеваний органов малого таза.

Список литературы:

1. Кафарская Л. И., Ефимов Б.А., Покровская М.С. Микроэкология влагалища. Микробиоценоз в норме, при патологических состояниях и способы его коррекции. Лекция. – М., 2005, С. 1-5
2. Пристли С.Дж., Джонс В.М., Дхар Дж. и др. Что такое нормальная влагалищная флора // Заболевания, передаваемые половым путем. 1997. № 4. С. 12–18.
3. Тихомиров А. Л., Олейник Ч.Г., Сарсания С.И. Бактериальный вагиноз – современные представления, комплексное лечение. Методические рекомендации. – М., 2005, С. 5–7, 11–18

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТО – ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖИТЕЛЬНИЦ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Соловьёва Е.Н., Тяпкин А.В., Федотова Д.С.

**Научный руководитель: д.м.н., доцент кафедры Шевлюкова Т.П.
Тюменский государственный медицинский университет**

В настоящее время особое внимание уделяется экологическим проблемам репродуктивного здоровья в высоких широтах. Воздействие специфических факторов Крайнего Севера - значительного и быстрого изменения напряжённости геомагнитного поля Земли от экватора к полюсам, изменение фотопериодичности в период полярного дня и полярной ночи - влияют на течение беременности [1,3]. Поэтому целью нашего исследования является изучение влияния климатических факторов Крайнего Севера на течение беременности у пришлых и коренных женщин. Методом статистической обработки данных показать динамику осложнений беременности у пришлых и коренных женщин в зависимости от периодов адаптации, полярного дня и ночи, солнечной активности.

Материалы и методы.

Материалом для исследования явились 756 индивидуальных карт беременных за 2014 - 2017 год. Исследование проведено на базе ГБУЗ ЯНАО «Тазовская ЦРБ» п.г.т. Тазовский. Для исследования были выделены две группы женщин репродуктивного возраста. Из них 250 женщин относящихся к коренным народам Севера. Группа сравнения состояла из 498 женщин пришлого населения. Статистическую обработку количественных данных проводили при помощи использования приложений по статистическим функциям в программе Microsoft Excel. Для выяснения степени достоверности результатов исследования, полученные данные подвергали обработке методами вариационной статистики по Стьюденту. Отрицательное воздействие климатических условий Севера на пришлых женщин подтверждают исследования Скосыревой Г.А.: у женщин переехавших на Север наблюдается высокий уровень расстройств репродуктивного здоровья (значительное увеличение числа нарушений менструально - овариального цикла, рост показателей бесплодия) по сравнению с женщинами, живущими в средних широтах [4]. Группа ученых центра репродуктивной медицины в Санкт – Петербурге в ходе своих исследований выявили, что природные факторы Крайнего Севера Тюменской области оказывают негативное влияние на течение и исходы беременности у жительниц этого региона [2].

Результаты и обсуждение.

В ходе исследования была прослежена динамика осложнений беременности у пришлых женщин в зависимости от периодов адаптации к условиям Севера. В периоды напряжения (1-5 лет проживания в условиях Севера) преждевременные роды составляют 11,2, в периоды стабилизации (6-10 лет проживания в условиях Севера) 7,5. Гестозы и угрозы прерывания беременности составили 16,7 и 14,2 наблюдений, в период стабилизации эти показатели снижаются до 13,4 и 9,2 соответственно. Нами прослежено также течение беременности у женщин со сроком проживания на Севере более 10 лет. Осложненное течение беременности в этой группе зарегистрировано в 8,4 случаев, что сближает данную группу женщин с группами женщин периодов стабилизации.

В наших наблюдениях анализ влияния сезонности на течение беременности проводился по наступлению зачатия. Проведенное исследование показало, что наибольшее число осложнений течения беременности отмечено, когда у женщин зачатие наступило в полярный день (май - $44,4 \pm 2,32\%$; июнь - $39,0 \pm 2,29\%$). Наименьшая частота осложненного течения беременности отмечена у женщин с зачатием в полярную ночь (ноябрь - $30,7 \pm 2,43\%$; декабрь - $31,3 \pm 2,22\%$; январь - $32,4 \pm 2,24\%$). Проведён сопоставительный анализ гелиомагнитной активности и частоты осложнений течения беременности у коренных и пришлых женщин. Выявлено, что в годы активного солнца (2014 – 2015 годы) возрастает количество осложнений беременности как у коренных (40%), так и у пришлых (42%) женщин.

Выводы:

1. Четко отмечено, что фазы перестройки в процессе адаптации к условиям Севера отражаются на клиническом течении беременности. В периоды стабилизации выявляется наименьшая частота осложнений беременности, в периоды напряжения - наибольшая.
2. Проведенный анализ показал, что наибольшее различие в течение беременности отмечено у тех женщин, зачатие у которых происходило в различные фазы фотопериодичности (полярный день и полярная ночь). Причем у женщин коренных национальностей наблюдается меньшее количество осложнений, так как процессы активации адаптации сильнее.

3. Выявлено, что в годы солнечной активности частота осложнений возрастает как у коренных, так и у пришлых жительниц Крайнего Севера.

Список литературы:

1. Гридин Л.А. Адаптационные реакции человека в условиях крайнего севера / Л.А. Гридин // Здоровье населения и среда обитания. – 2015. - №4. – С. 4-6.
2. Корсак В.С. Влияние экологии Крайнего Севера Тюменской области на репродуктивное здоровье женщин / В.С. Корсак, А.А. Кирсанов, Е. В. Попенко, Т.В. Игнатьева, Е. Л. Северова // Проблемы репродукции. - 2014.- №2.-С-28-30.
3. Макаричева А.Д. Изменение репродуктивной функции женщины в условиях напряжения / А.Д. Макаричева // Вопросы экологии человека в условиях Крайнего Севера; Сб. под ред. Л.Е. Панина. – Новосибирск, 2010. С. 60–61.
4. Скосырева Г.А. Влияние природных факторов Азиатского севера на репродуктивное здоровье женщин: Автореф. д.м.н.: 14.00.16 / Галина Александровна Скосырева; РУДН - М, 2009 - 38 с.

ВАРИАНТЫ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С ИСТИННЫМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

Таусенева К. С., Марченко Р. Н.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И. В.
Тюменский государственный медицинский университет**

В последние десятилетия отмечается прямая зависимость между ростом количества оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение) и приращением плаценты при следующей беременности [2, 3, 4]. Кровотечение, возникающее при родоразрешении таких женщин, является жизнеугрожающим состоянием и требует интенсивной трансфузионной терапии и адекватной хирургической тактики, зачастую заключающейся в экстирпации матки. Широко обсуждаются различные варианты органосохраняющих вмешательств [1, 4].

Цель - проанализировать варианты родоразрешения женщин с истинным приращением плаценты.

Материалы и методы.

Проведено сплошное ретроспективное исследование всех (38) случаев родоразрешений женщин с истинным приращением плаценты с 2014 по 2017 гг. в акушерском стационаре ГБУЗ ТО “Перинатальный центр”. Критерий включения - наличие у роженицы истинного приращения плаценты.

Результаты исследования.

Все роженицы были разделены на 2 группы: I группа – 28 женщин (73,7%) - родоразрешение путем операции донного кесарева сечения с применением эмболизации маточных артерий, метрoplastикой; II группа – 10 женщин (26,3%), которым родоразрешение выполнено с экстирпацией матки. Средний возраст достоверно не отличался во всех группах: в первой - $33,5 \pm 4,2$, во второй $34,4 \pm 5,6$ лет. Все 100% пациенток имели отягощенный акушерский анамнез (ОАА) - один и более рубец на матке. Сочетание наличия рубца на матке и выскабливаний полости матки выявлено в 48,1% случаев в первой и 50% во второй группе. Истинное приращение плаценты диагностировано у всех пациенток. Всем пациенткам I группы успешно применена органосохраняющая технология, заключающаяся в выполнении донного кесарева сечения, извлечении плода, ушивании матки и введении эмболизата в предварительно катетеризированные маточные артерии, с последующим иссечением маточной грыжи и метрoplastикой. Женщинам II группы ввиду поступления в стационар в экстренном порядке по поводу предлежания плаценты с кровотечением или даже при нахождении в стационаре, но с внезапно появившимся кровотечением выполнялось кесарево сечение с последующей экстирпацией, соответственно все они лишились детородного органа.

Выводы.

У всех пациенток с истинным приращением плаценты в анамнезе имелось кесарево сечение (чаще и не одно), у 50% из них сочетающееся с выскабливаниями полости матки при уже

имеющемся рубце на матке. Применение эмболизации маточных артерий достоверно уменьшает объем кровопотери, а главное дает возможность выполнить органосохраняющее вмешательство.

Список литературы.

1. Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Органосберегающая тактика родоразрешения при истинном приращении плаценты // Российский вестник акушера-гинеколога. —2009.— № 6. — С. 25-28.
2. Тихоненко И.В., Барсуков А.Н., Пацев С.В., Когаленок Н.Н.: Диагностика приращения плаценты: клиническое наблюдение и обзор литературы. // Пренатальная диагностика 2007. — 6(2). — С. 123-130.
3. Флейшер А., Мэнинг Э., Дженти Ф., Ромеро Р. Эхография в акушерстве и гинекологии: теория и практика. Перевод с англ. 6-е изд. М.: Дом Видар, 2005; с.231-233.
4. Rebarder A. et al. Successful bilateral uterine artery embolization during an ongoing pregnancy // Obstetrics and gynecology. —2009.— № 2.—Vol. 113.

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Тетекаева А.М., Абусева З.А., Хашаева Т.Х.-М.

Научный руководитель: Абусева З.А.

Дагестанский государственный медицинский университет

В настоящее время большинство женщин достигают возраста, в котором наступает менопауза. По данным ВОЗ около 500 млн. женщин в возрасте менопаузы было зарегистрировано в 1990 году, а к 2030 г. количество женщин в возрасте менопаузы будет составлять около 1 млрд. 200 млн. Увеличение количества женщин в постменопаузе подчеркивает важность создания условий для сохранения их качества жизни и здоровья. Из-за прекращения репродуктивной, а затем и менструальной функции, в условиях пониженной концентрации эстрогенов устанавливается совершенно иной гомеостаз, влияющий на функционирование всех органов и систем. К уменьшению минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и развитию остеопороза (ОП) приводит снижение секреции эстрогенов в период климактерия, которое сопровождается нарушением липидного и углеводного обменов, а также приводит к нарушению кальциевого обмена и оказывает влияние на состояние костного метаболизма.

Остеопороз (греч. osteon — кость + poros — пора) -- системное заболевание скелета, характеризующееся уменьшением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, ведущими к повышению хрупкости кости и появлению переломов. По мнению экспертов ВОЗ, на сегодня остеопороз — одно из распространенных заболеваний, которое наряду с инсультами, онкологической патологией, сахарным диабетом и с инфарктом миокарда занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения [4]. Во всем мире насчитывается около 200 миллионов человек, страдающих остеопорозом, а частота постменопаузального остеопороза в структуре первичного остеопороза составляет 85% . В последние годы отмечается значительное увеличение частоты переломов в результате ОП . Все это ставит ОП в ряд наиболее значимых болезней человечества [2]. В связи с увеличением средней продолжительности жизни, особенно у лиц женского пола существенно возрастет число женщин в постменопаузе больных эпилепсией. У пациентов с эпилепсией риск возникновения переломов значительно выше по сравнению с общими показателями, а вероятность развития остеопороза у данной категории больных почти в 2 раза выше. Остеопороз называют «безмолвной эпидемией» .

Цель исследования: Изучить МПКТ у женщин в постменопаузе с эпилепсией.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 60 пациенток в постменопаузе. Пациентки были распределены на две группы: в первую группу (основную) вошли 35 женщины в постменопаузе, страдающие эпилепсией. Контрольная группа- 25 женщин в постменопаузе без эпилепсии.

Для диагностики остеопороза в нашем исследовании применяется метод ДЭРА (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) (аппарат фирмы "Lunar Prodigy" США). ДЭРА позволяет провести раннюю диагностику остеопении и остеопароза, динамическую количественную оценку минеральной плотности костной ткани (МПКТ), при этом лучевая нагрузка составляет всего около 0,1% от окружающего фона [1]. Методом ДЭРА была определена МПКТ в области поясничных позвонков (L1-L4), в трех точках проксимального отдела бедра: шейка бедра, трохантере, в области Варда и дистальном отделе предплечья.

Согласно клиническим рекомендациям по остеопорозу 2016г. :

""Оценка результатов проводилась по ""Т"" и ""Z"" критериям.

Т-критерий представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин. Нормальными показателями МПК считаются показатели Т-критерия от +2,5 до -1 стандартных отклонений от пиковой костной массы.

Остеопения — показатели Т-критерия от -1 до -2,5 стандартных отклонений.

Остеопороз — показатели Т-критерия -2,5 стандартных отклонений и ниже.

Тяжелый остеопороз — показатели Т-критерия -2,5 стандартных отклонений и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов.

Z-критерий представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного возраста.""

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel 98, при этом соблюдали общие рекомендации для медицинских и биологических исследований [7].

Результаты. Результаты ДЭРА показали, что у 60% женщин первой группы была выявлена остеопения, у 40% остеопороз. У 45% женщин контрольной группы наблюдались нормальные показатели МПКТ, у 35% остеопения и у 20% остеопороз. При распределении на подгруппы выявлено, что у 72% женщин первой подгруппы была выявлена остеопения, у 28% - остеопороз. Во второй подгруппе остеопения была у 85% женщин, остеопороз у 15%.

Выводы. Проведенное исследование выявило, что у всех женщин в постменопаузе с эпилепсией имелись нарушения МПКТ. Тяжесть остеопенических нарушений зависит от длительности противоэпилептической терапии. При определении МПКТ у женщин с эпилепсией, выявлено, что остеопороз отмечался достоверно чаще у женщин в постменопаузе длительно страдающих эпилепсией, чем у женщин с дебютом заболевания в постменопаузе, возможно это связано с длительным приемом антиконвульсантов, которые обладают резорбтивным действием. Всем женщинам с эпилепсией в постменопаузе в обязательном порядке следует проводить ДЭРА, для ранней диагностики нарушений МПКТ и своевременного начала лечения при их обнаружении, что позволит предотвратить развитие переломов.

Список литературы:

1. Бадалян О.Л. Возрастные особенности эпилепсии у детей и подростков: Дис. ... докт. мед. наук. М., 2004.
2. Беневоленская Л.И. Consillium medi-cum/ -2000. - Т.2. -№6 - 2000. - с.8
3. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007. – 800 с.
4. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. - М., 2001.- с.506
5. Клинические рекомендации по остеопорозу. Год утверждения - 2016
6. Тюрин Ю.И., Макарова А.А. Анализ данных на компьютере. М.: Мысль. 2003; 280 с.[Tyurin Yu.I., Makarova A.A. Analiz dannykh na komp'yutere. (Computer-aided data analysis.) Moscow: Mysl'. 2003.
7. Bolland M.J., Grey A., Avenell A. et al. // BMJ. 2011. Vol. 19. P. 342:d2040. doi: 10.1136/bmj.d2040. Review.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ У ЖЕНЩИН С ИСТИМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Токаева А.М.

Научный руководитель: Фомина И.В.

Тюменский государственный медицинский университет

Среди важнейших вопросов современного акушерства одно из первых мест занимает проблема преждевременных родов [4], так как они являются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности во всех странах мира. По оценкам ВОЗ, 15 млн. детей ежегодно рождаются раньше срока, и это число растет [2,3]. Осложнения в результате преждевременных родов являются основной причиной смерти детей в возрасте до пяти лет. Так, в 2013 г. ПР привели почти к одному миллиону случаев смертей, при этом три четверти таких детей можно было бы спасти с помощью разработанных эффективных мер, даже при отсутствии отделений интенсивной терапии [1]. При этом ИЦН является значимой причиной недонашивания беременности во 2-ом триместре беременности (до 40 %), а в третьем триместре ИЦН встречается в каждом 3-м случае преждевременных родов [4]. Учитывая высокую частоту ИЦН, ранняя диагностика, профилактика и лечение данной патологии позволит существенно снизить показатели перинатальной смертности. Целью исследования было провести сравнительный анализ частоты ИЦН, как причины спонтанных преждевременных родов, при использовании акушерского pessaria (АП) у беременных из групп высокого риска за 2014 и 2016 гг.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование 644 историй родов женщин, родоразрешенных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г.Тюмень), в 2016 г. и 489 в 2014 г. (уч. форма № 096/у), индивидуальных карт беременных и родильниц (уч. форма № 111/у), а также «Формализованные истории болезни» (ФИБ) родов, женщин, родивших в других родовспомогательных учреждениях Тюменской области (ТО) в 2016г.

Результаты исследования. В последнее время в разных странах широко применяются АП для профилактики преждевременных родов у беременных с короткой шейкой матки. Тюменская область не исключение. В ТО ведется постоянная работа по раннему выявлению неинвазивной коррекции ИЦН с помощью АП. Методика применения АП достаточно проста: установить его может любой врач акушер-гинеколог, при этом не требуется госпитализация, анестезия, процедура легко переносится пациентками. Показаниями к применению акушерского pessaria является наличие функциональной или органической истмико-цервикальной недостаточности во время беременности. Возможно профилактическое применение акушерского pessaria при высоком риске развития ИЦН.

Все родильницы были разделены на три группы в зависимости от срока гестации: очень ранние ПР (произошли в 22-27,6 недель гестации), ранние ПР (в 28-33,6 недель) и поздние ПР (в 34-36,6 недель).

При анализе мы наблюдали снижение числа ИЦН, как основной причины преждевременных родов во всех трех группах с 2014 по 2016 год: в 22-27,6 нед с 16% до 13,5%, в 28-33,6 недель с 8% до 2,5% (в 3,2 раза), в 34-36,6 с 8% до 0,8% (в 10 раз).

Выводы: Опыт применения акушерского pessaria, как метода нехирургической коррекции ИЦН, показывает его достаточно высокую эффективность, что привело ТО к рекордному снижению ИЦН как основной причины ПР.

Список литературы:

1. Беспалова, О.Н. Эффективность применения акушерского pessaria при угрожающих преждевременных родах и короткой шейке матки / О.Н. Беспалова, Г.С. Саргсян // Медицинский совет. — 2017. — №13. — С. 118-126.
2. Баскаков П.Н. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности акушерским разгружающим pessarium / П.Н. Баскаков, А.Н. Торсуев, М.О. Тархан // Охрана материнства и детства. — 2013. — №1 (21). — С.49-52.
3. Гисина, Е. П. Акушерско-гинекологическая и экстрагенитальная патология как факторы, способствующие возникновению ИЦН / Е. П. Гисина, К. В. Подгурская, В. С. Кришталь // Молодой ученый. — 2016. — №6. — С. 273-275.

4. Фомина И.В., Кукарская И.И., Полякова В.А., Кукарская Е.Ю. Преждевременные роды: изменения к лучшему // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27001> (дата обращения: 04.11.2018).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФРАКРАСНОЙ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГООФОРИТОМ

Урумова А.А., Цакоева А.И., Габанов С.Т.

Научный руководитель: Цаллагова Л.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Хронические воспалительные заболевания придатков матки (ХВЗПМ) занимают ведущее место среди воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов. Преобладающей их формой является хронический сальпингоофорит, который составляет по данным разных авторов от 60% до 70% в их структуре и не имеет тенденции к снижению [1,2]. Особая медицинская и социальная значимость проблемы определяется тяжестью осложнений воспалительного процесса — бесплодием, нарушениями менструального цикла, развитием стойкого болевого синдрома. Бесплодие остается одной из актуальных проблем медицины. Частота бесплодного брака составляет 15-20%, в РСО-Алания 16,8%. Осложнения приводят к длительной утрате трудоспособности и инвалидизации женщин репродуктивного возраста, обуславливают патологию плода и новорожденного [3,4,5].

Целью исследования явилось изучение механизмов лечебного действия инфракрасной лазеротерапии (ИК ЛТ) в комплексном лечении больных с хроническим сальпингоофоритом (ХС).

Материалы и методы: Обследовано 30 больных с хроническим сальпингоофоритом в возрасте от 26 до 39 лет, получавших лечение в гинекологическом отделении РКБСМП г. Владикавказа с октября 2017 по март 2018 гг.. Все больные были поделены на 2 группы: основная и контрольная. В основную группу (ОГ) вошли 18 пациенток, которые получали традиционную медикаментозную терапию (антибактериальную, десенсибилизирующую, иммуномодулирующую) и инфракрасную лазеротерапию с частотой от 50 до 100 Гц, по одной минуте в количестве 10 сеансов на область придатков матки и надвенное лазерное облучение крови (НЛОК). Контрольную группу (КГ) составили 12 пациенток, которые получали только традиционную медикаментозную терапию. Использованы клинические, микробиологические, иммунологические методы исследования. Статистическая обработка цифровых данных проведена по стандартным статистическим алгоритмам на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6 и Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждения: В ОГ в результате проведенного лечения, включавшего применение инфракрасной лазеротерапии (ИК ЛТ), болевой синдром купировался у 16 (88,8%) пациенток, жаловавшихся на боли до начала терапии. В КГ после окончания традиционной противовоспалительной терапии болевой синдром купировался у 6 (50%) ($p < 0,05$) больных. При бактериоскопическом исследовании изменение состояния вагинального биоценоза в лучшую сторону отмечено у 94,4% пациенток ОГ и у 75% - КГ, но при этом нормоценоз восстановился у 88,2% больных после комплексного лечения с использованием ИК ЛТ, и только у 33,3% - после традиционной противовоспалительной медикаментозной терапии. Хорошим прогностическим симптомом являлось увеличение удельного веса лактобактерий у больных ОГ (с 16,8% до 40,2%; $p < 0,05$). В КГ на больничном этапе роста лактобактерий при бактериоскопии не диагностировалось. При исследовании иммунитета в ОГ с применением ИК ЛТ отмечена активация клеточного звена иммунитета ($p < 0,01$) восстановление соотношения Т-лимфоцитов с хелперной и супрессорной активностью (повышение уровня Т-хелперов и снижение количества цитотоксических клеток по сравнению с исходными значениями ($p < 0,01$)). На снижение воспалительного процесса после применения комплексного лечения указывало и уменьшение количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) ($p < 0,01$). При применении только базисной медикаментозной терапии в КГ были получены достоверные сдвиги лишь отдельных показателей клеточного иммунитета. Статистическая обработка с использованием критерия Стьюдента подтвердила целесообразность включения ИК ЛТ в комплекс традиционной терапии.

Закключение: Использование ИК ЛТ в комплексном лечении больных с ХС положительно влияет на выраженность клинических проявлений заболевания, позволяет добиться коррекции микробиологических показателей у 96,3% и иммунного дисбаланса у 94,3% больных. В результате проведенного исследования выявлена возможность ускорения выздоровления больных с

бесплодием воспалительного происхождения путем воздействия инфракрасной лазеротерапии на область органов малого таза и бедренной артерии.

Список литературы:

1. Абрамович, С.Г. Особенности физиотерапии в гинекологии: пособие для врачей. Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. 28с.
Abramovich S. G. Features of physiotherapy in gynecology: manual for doctors. Irkutsk: RIO Igive, 2010. 28C.
2. Баисова, Б.И. и др. ; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко.- Гинекология : учебник / - 4-е изд., перераб. и доп. - 2011. - 432 с. : ил.
Bausova, B.I., etc. - Gynecology : textbook / ed. by G. M. Savelieva, V. G. Breusenko. - 4th ed., pererab. I DOP. - 2011. - 432 p.: Il.
3. Лукомский И.В. - Общая физиотерапия: учебное пособие. - 3-е изд., стереотип. - Меганьютон.: Book House, 2008. - 512 С.: Ил.
I. V. Lukomsky. - General physiotherapy: Textbook. - 3rd ed., stereotype. - Meganewton.: Book House, 2008. - 512 p.: Il.
4. Макарова, О.В., Савченко Т.Н., Озолина Л.А.- Учебное пособие. Физические методы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. - Москва.-с. 22.- 2010.
Textbook. Physical methods of treatment of inflammatory diseases of female genital organs. Edited by O. V. Makarov Savchenko T. N., Ozolinya L. - Moscow.- p. 22.- 2010
5. Савельева, Г.М., Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
Clinical guidelines. Obstetrics and gynecology. Savelyeva G. M., Serov V. N., Sukhikh G. T., 2009 publisher: GEOTAR-media.

ПЕРВОРОДЯЩИЕ ПОСЛЕ 35 ЛЕТ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Фаррахова К.Л.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И.В.

Тюменский государственный медицинский университет

Акушеры-гинекологи всех стран мира столкнулись с проблемой увеличения возраста, в котором женщина впервые вынашивает и рождает ребенка [2]. Около двадцати лет назад возрастными первородящими называли пациенток 28 лет, около 10 лет назад уже в возрасте более 30 лет, то сегодня это уже роженицы более 35 лет. Известно, что по мере увеличения биологического возраста растет число соматических заболеваний, а главное гинекологической патологии, что значительно влияет на возможность наступления и вынашивания беременности [1]. Описано, что среди данной группы беременных и рожениц отмечается больший процент характерных осложнений беременности и родов, в том числе отмечен более высокий процент преждевременных родов, чем в среднем по популяции [3]. Данные обстоятельства оказывают влияние и на состояние здоровья детей. Таким образом, целью исследования являлось изучить клинико-анамнестическую характеристику, особенности течения беременности и родов, а также состояние здоровья детей на момент рождения у первородящих женщин после 35 лет.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование течения беременностей и родов, а также состояние здоровья детей у женщин более 35 лет, родоразрешившихся впервые в акушерском стационаре Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области “Перинатальный центр” (г. Тюмень) в июле-августе 2017 года. Материалом для исследования явились 100 историй родов и индивидуальных карт женщин, родоразрешенных за указанный период, а также истории развития их новорожденных детей. Для обработки материала использованы программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования. Первобеременными и первородящими были лишь 36% женщин, большинство (64%) имели в анамнезе искусственные прерывания беременности, иногда и неоднократные, часть - самопроизвольные выкидыши (15%) и регрессирующие беременности (32%). Четверть всех женщин имела в своем диагнозе бесплодие, причем 15% из них пришлось

прибегнуть к помощи программ вспомогательных репродуктивных технологий. Отмечен и высокий процент гинекологических заболеваний в данной группе (73%). При этом чаще встречались эктопии шейки матки 34%, миомы матки 15%, различные варианты воспалительных заболеваний органов малого таза - 27%, кисты яичников имели 8 % женщин. Реже зарегистрированы эндометриоз (6%) и полипы цервикального канала (6%).

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто (21%) отмечена офтальмологическая патология (различной степени миопии, в том числе имеющие оперативные вмешательства на органе зрения), эндокринная в виде гипотиреоза 15% и ожирение отмечено у 20%. Анемию различных степеней тяжести имели 26% женщин. Заболевания пищеварительной системы зарегистрированы у 13% из них. Нейроциркуляторная дистония была у 25% женщин, при том что артериальная гипертензия отмечена в 10% случаев. Реже встречалась другая патология сердечно-сосудистой системы.

Большинство беременностей были одноплодными (90%), лишь в 10% встретились беременности двойнями, все из них наступившие путем с применением вспомогательных репродуктивных технологий. Среди осложнений беременности наиболее часто встречался гестоз различных степеней тяжести (50%), угрозы прерывания беременности в различные сроки (31%), плацентарная недостаточность (42%), гестационный сахарный диабет (13%), патологическая прибавка веса 9%, истмико-цервикальная недостаточность (5%). Зафиксирован один случай антенатальной гибели плода. Преждевременное излитие околоплодных вод зарегистрировано у 7% женщин.

Большинство родов были срочными, а 14,5% из них были преждевременными, что значительно выше, чем в среднем по Тюменской области [2]. Значительное число женщин родоразрешилось через естественные родовые пути - 63%, притом, что все же процент родоразрешения путем операции кесарева сечения у них выше чем в среднем по стационару - 37%. Наиболее характерными осложнениями родов через естественные родовые пути были различные аномалии родовой деятельности, встречающиеся в 60% случаев, причем наиболее часто отмечены слабость родовой деятельности, особенно слабость потуг. Для данной категории пациенток характерен и родовой травматизм матери - разрывы родовых путей, встретившееся в 55% случаев, причем у 30% была выполнена перинео- или эпизиотомия.

Дети, родившиеся от возрастных первородящих, количественно не отличались по половому признаку среди рожениц всех возрастов, так девочки родились у 40%, а мальчики у 60%. Оценка по шкале Апгар у детей в основной массе соответствовала норме и была у большинства более 7 баллов в конце 1 и через 5 минут с момента рождения. Оценку по шкале Апгар менее 7 баллов имели около 12% новорожденных, все из них были недоношенными. 13% имели патологию в виде: задержки внутриутробного развития плода и бронхо-легочной дисплазии.

Выводы: 1. Первородящие после 35 лет имеют отягощенный акушерский анамнез (у 64% в анамнезе аборт) и серьезный "багаж" экстрагенитальной патологии и гинекологических заболеваний. 2. Течение беременности и родов у возрастных первородящих сопровождается часто осложнениями в виде гестозов и плацентарной недостаточности, а также отмечен высокий процент преждевременных родов - 14,5%. 3. Соответствует проценту преждевременных родов и количество детей, имеющих различные заболевания.

Список литературы.

1. Радзинский В.Е. Овариальный резерв и фертильность: сложности XXI века. Рациональный подход к сохранению репродуктивного резерва как залог фертильности и осознанного деторождения. - М.: StatusPraesens, 2015. - 54 с.
2. Фомина И.В., Полякова В.А., Кукарская И.И., Кукарская Е.Ю. Преждевременные роды: изменения к лучшему // Современные проблемы науки и образования. — 2017. — №5; URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=27001> (дата обращения: 10.10.2018)
3. Хамошина М.Б., Дикке Г.Б., Бриль Ю.А., Лебедева М.Г. Без иллюзий и предубеждения. Репродуктивное здоровье молодых женщин: проблемы, перспективы и пути решения : информационный бюллетень. - М.: StatusPraesens, 2017. - 48 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНОЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Фослер А.С.

**Научные руководители: ассистент Н.А. Воронцова, к.м.н., ассистент Ж.В. Сенникова
Оренбургский государственный медицинский университет**

Введение. Процент беременных женщин с диагнозом ожирение составляет 15,5-26,9%. Из года в год неуклонно растет значение данного показателя, в связи с чем актуальность проблемы ожирения у беременных имеет особую значимость. Патологическое увеличение массы тела осложняет как течение беременности, так и сам родовой акт, способствуя возникновению акушерских осложнений. Частота появления акушерских осложнений среди женщин с избыточной массой тела (по данным литературы) в 2-3 раза превышает аналогичные показатели у женщин, имеющих обычную массу тела. У беременных с ожирением роды протекают в 59-89% случаев с осложнениями. Наиболее частым осложнением родов у женщин с ожирением является несвоевременное отхождение околоплодных вод (10-40%) и слабость родовой деятельности (10-35%). Так же у женщин с избыточной массой тела чаще встречаются преждевременные роды (на сроке 22-37 недель), дискоординация родовой деятельности; чаще проводят амниотомию, индуцирование родов, высока частота инструментальных пособий в родах; одним из осложнений также является крупный плод. С повышением ИМТ возрастает риск кесарева сечения. Родовая слабость объясняется нарушением сократительной способности миометрия из-за дефицита эндогенных эстрагенов, изменением маточно-плацентарной гемодинамики, проявляющимся замедлением скорости кровотока, дислипидемии, жировой дистрофией волокон миометрия и мышц брюшного пресса. Эти осложнения способствуют увеличению продолжительности родового акта, развитию или углублению гипоксии плода, увеличению частоты и тяжести родового травматизма матери и новорожденного. Приведенные данные свидетельствуют о том, что ожирение обуславливает высокую частоту осложнений для матери и новорожденного, что указывает на важность изучения данной проблемы.

Цель. Сравнить течение родов у женщин с избыточной массой тела по отношению к беременным с нормальным ростом-весовым соотношением.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 200 историй родов женщин, проведенных в Оренбургском областном перинатальном центре в 2018 году

Все пациентки были распределены на две группы:

1. беременные с нормальной массой тела (100 чел.)
2. беременные с ожирением (100 чел.)

Результаты. У 73% исследуемых женщин с нормальной массой тела были самостоятельные роды, а у женщин с ожирением процент самостоятельных родов был значительно меньше и составил – 43%. Таким образом, кесарево сечение было проведено у 27% женщин с нормальной массой тела, а у пациенток с избыточной массой тела более чем в 2 раза чаще и составил 57%.

Преждевременное излитие околоплодных вод в обеих группах составило по 27%.

Патологическое предлежание плода в группе с ожирением составило 12%, что в два раза больше чем у женщин с нормальной массой тела - 6%.

Частота преждевременных родов (22-37 недель) у женщин с ожирением оказалась практически в 2 раза выше (13%), чем у женщин с нормальным весом (7%).

Достоверной разницы в частоте развития аномалий родовой деятельности в родах у пациенток обеих групп не выявлено. Слабость родовой деятельности была в 5% случаев у пациенток с ожирением и в 4 % - у женщин с нормальной массой тела. Дискоординация родовой деятельности была у 4% женщин с ожирением и у 3% в группе без ожирения.

Амниотомия была проведена у 5% женщин с ожирением и у 3% женщин без ожирения.

Крупновесные новорожденные у женщин с ожирением были в 22% случаев, что более чем в три раза превысило частоту рождения таких новорожденных у женщин с нормальной массой тела (7%).

Нормальные самостоятельные роды наблюдались лишь у 11% женщин с ожирением и у 24% женщин с нормальной массой тела.

Вывод. Из полученных результатов исследования можно сделать вывод, что ожирение негативно влияет на исход беременности и течение родового акта. Чтобы избежать нежелательных последствий ожирения для матери и ребенка необходимо заняться коррекцией веса до беременности или в период самой беременности. Для этого женщине рекомендуется соблюдать

сбалансированное питание (диету) и адекватно соблюдать физические нагрузки, а так же необходимо постоянно контролировать свою массу тела и следить за различными метаболическими нарушениями.

Список литературы:

1. Медведь В.И. Ожирение и беременность // Гендерная медицина. – 2013. – №4(34). – С. 28-32.
2. Макаров И.О., Боровкова Е.И., Байрамова М.Ю. Течение беременности и родов у пациенток с ожирением // Акушерство, гинекология и репродукция. -2011. - Т.5. - №1. - С. 22-28.
3. Комшилова К.А., Дзгоева Ф.Х. Беременность и ожирение // Ожирение и метаболизм. – 2009. – №4. – С. 9–13.
4. Прилепская В.Н., Цаллагова Е.В. Беременность и ожирение: возможности применения скеникала // Фарматека. – 2010. – №9. – С. 38-42.
5. Сычева О.Ю. Индекс массы тела как фактор, определяющий течение беременности, родов и послеродового периода / Сычева О.Ю. – Москва, 2016. – 25с.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ В ЦЕНТРЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ "СИБИРЬ"

Хамитова И.Р.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Фомина И.В., д.м.н., профессор Винокурова Е.А.
Тюменский государственный медицинский университет**

В настоящее время тенденцию к росту имеют дистрофические заболевания вульвы, встречающиеся у женщин всех возрастов. К социальной дезадаптации пациенток, к снижению качества их жизни ведет длительность течения, учащение рецидивов, неудовлетворенность результатами лечения данной патологии.[1] Актуальность проблемы в большой степени обусловлена высоким риском малигнизации при данной гинекологической патологии. [2] Целью данного исследования явилось изучение результатов лечения дистрофических заболеваний вульвы на базе Центра восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь» (г. Тюмень). Материалами послужили данные историй болезни 65-ти женщин, имевших дистрофические заболевания вульвы и проходивших лечение в данном центре. Проводилось ретроспективное динамическое исследование. Методом обратной связи отслеживались достигнутые результаты лечения.

В числе дистрофических заболеваний вульвы наблюдалась тенденция: в 65% встречался склероатрофический лишай (крауроз), дистрофические изменения смешанного характера отмечались в 27% случаев, в 8% - лейкоплакия вульвы. Все женщины были разделены на 2 группы (по возрасту и состоянию кожных и слизистых покровов вульвы). Пациентки с нарушением целостности кожных и слизистых покровов составили первую группу - 25 (38,46%), вторую, без такового, 40 (61,54%). По возрасту в первой группе чаще встречались женщины 56-70 лет - 20 (80%), лишь 5 (20%) были 45-55 лет. Во второй же, напротив, преобладали женщины 45-55 лет - 31 (77,5%), лишь 9 (22,5%) были 56-70 лет. Перед назначением лечения все пациентки проходили обследование: гормональное-ФСГ/ЛГ, исследование влагалищной флоры, цитологическое исследование с вульвы и цервикального канала, вульво- и кольпоскопию, гликемию натощак, УЗИ органов малого таза, при экстрагенитальной патологии – консультацию смежных специалистов.

Лечение было комплексным. Всем женщинам назначалась диетотерапия; прием минеральной воды (МВ) из скважины санатория, иглорефлексотерапия, гипербарическая оксигенация; сеансы у психотерапевта, дерматологические (травяные и солодковые) ванны; души, включая восходящий; при необходимости - кишечные процедуры, лечение экстрагенитальной патологии. Антигистаминные препараты и местные гормонсодержащие мази (Овестин) назначались в виде медикаментозной терапии. Пациентки первой группы с глубокими или множественными трещинами, язвами в области вульвы предварительно получали терапию, направленную на эпителизацию тканей: местно мазевые аппликации (Метилурацил, Бепантен, Озонированное масло), при воспалении – санация влагалища и вульвы, с учетом микрофлоры (влагалищные ванночки, свечи, влагалищные орошения МВ с последующим назначением эубиотиков местного применения (Наринэ, Ацилакт); лазеролечение на аппаратах «Милта» или

«Мустанг». Лечение на низкочастотном ультразвуковом аппарате «Гинетон» (УЗ) с 1% гидрокортизоновой мазью подключалось спустя 4-5 дней после улучшения состояния слизистых. Пациенткам второй группы аппаратное лечение назначалось с первых дней в последовательности Лазер утром, УЗ после обеда, влагалищные процедуры. Продолжительность курса лечения - 7-12 дней. Улучшение самочувствие наблюдалось у всех женщин на 5-7 дни. У всех женщин первой группы достигнуто восстановление целостности кожных покровов. Отсутствие жалоб отмечалось в 75% среди пролеченных женщин первой и второй групп к завершению курса, значительное улучшение наблюдали 20%, 5% - улучшение. Отмечалось явное улучшение качества жизни у всех пациенток. Методом обратной связи отслежен долгосрочный результат лечения - наступление ремиссии до 8 месяцев.

Таким образом, достигается длительная ремиссия, существенно улучшается качество жизни пациенток при применении комплексного подхода в санаторно-курортном лечении дистрофических заболеваний вульвы на базе Центра восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь» (г. Тюмень). Заболевания сердечно-сосудистой системы и других органов не являются противопоказанием для данного лечения.

Список литературы:

1. Кауфман Р., Фаро С., Браун Д. Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища. Пер. с англ. - М.: Бином, 2009. - 320-354 с.
2. Макаров И. О. Неопухолевые заболевания вульвы / Макаров И. О., Чулкова Е. А., Шешукова Н. А., Макарова И. И. // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2012. - №2. - С. 14.
3. Роговская С.И., Липова Е.В. Шейка матки, влагалище и вульва. Физиология, патология, кольпоскопия, эстетическая коррекция: руководство для практикующих врачей. - М.: Status Praesens, 2014. - 832 с.
4. Хашукоева А.З., Купеева Е.С., Отдельнова О.Б., Макаров О.В. Фотодинамическая терапия как перспективный метод лечения дистрофических заболеваний вульвы // Лечащий врач. - 2011. - №11. - С. 28-30.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РОЖДЕНИЯ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА

Хамитова И.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И.В.

Тюменский государственный медицинский университет

В структуре гинекологической заболеваемости миома матки занимает второе место после инфекционно-воспалительных заболеваний. Частота встречаемости миомы матки составляет, по разным данным, от 20 до 50 %. Благодаря успехам современной медицины и возросшему уровню культуры населения в развитых странах, пациентки обращаются за медицинской помощью, не дожидаясь, когда опухоль приобретет больших размеров. [1, 2] Однако, целью данного исследования явилось представление клинического случая ведения женщины с узловой формой миомы матки больших размеров. Материалом явилась медицинская карта данной пациентки, обратившейся в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень).

Женщина Ш., 31 год, находилась на стационарном лечении в гинекологическом отделении ГБУЗ ТО «ОКБ№4» с 05.02.2018 по 14.02.2018. Поступила с жалобами на болезненность внизу живота, повышение температуры тела до 38,5 С. По данным объективного исследования диагностирован рождающийся миоматозный узел, подтвержденный данными ультразвукового исследования: тело матки с четкими, ровными контурами. Форма матки неправильная, увеличенные размеры матки (тело матки: длина-108,8 мм, толщина-86,5 мм с узлом, ширина-107,4 мм с узлом, шейка матки-26,4 мм). Структура миометрия неоднородная. По передней стенке матки и слева сбоку с переходом на заднюю стенку определен смешанный узел больших размеров с капсулой, четкими, ровными контурами 72,0*74,0*82,4 мм, объем 229,8 см³ (доходит до полости матки, незначительно ее деформирует). Структура неоднородная, с участками повышенной и пониженной эхогенности, кровотоков по периферии, не выражен. Особенности шейки матки и цервикального канала: расширен на всем протяжении до 7.0 мм с неоднородным содержимым (кровь), эндоцервикс без особенностей. Полость матки расширена до 11,5 мм. несколько деформирована узлом. Содержимое в средней и нижней трети неоднородное, гипоехогенное

(кровь). толщина эндометрия: по краям полости ближе ко дну 6,2-5,9 мм. Патология яичников выявлена не была. Дополнительные образования в полости малого таза не определились. Таким образом, выявили эхо-признаки смешанной миомы матки (частично с субмукозным ростом), с деструктивными изменениями в узле, гиперплазии эндометрия. Был выставлен диагноз: Миома матки, смешанная форма, рождающийся миоматозный узел. Анемия средней степени тяжести.

Из анамнеза известно, что беременностей и родов не было. Узловая миома матки больших размеров была выявлена при ультразвуковом исследовании 06.09.2017, была назначена терапия улопристалом по 5 мг 1 раз в день, далее женщина в медицинские учреждения не обращалась до госпитализации в ОКБ №4.

Анемия средней степени тяжести была выставлена на основании данных лабораторных методов исследования: по общему анализу крови гемоглобин-92 г/л, гематокрит-30,5%, эритроциты-3,77*10⁹/л.

10.02.2018 была проведена операция-вылущивание рождающегося миоматозного узла. Материал был направлен на гистологическое исследование. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана пациентка была на 4 сутки после операции.

Таким образом, рождающийся миоматозный узел мог стать причиной безвозвратной потери матки, а, следовательно, утраты репродуктивной функции пациентки 31 года.

На сегодняшний день у данной женщины самостоятельно наступила беременность, срок гестации - 10 недель.

Список литературы:

1. Буянова С.Н., Логутова Л.С., Щукина Н.А. и др. Прогноз роста миоматозных узлов во время беременности (клинико-морфологические и ультразвуковые критерии): информационно-методическое письмо. М.: МКС Пресс, 2012. С. 25.

2. Буянова С.Н., Юдина Н.В., Гукасян С.А., Мгелиашвили М.В. Современные аспекты роста миомы матки // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. Т.12. №4. С. 42-48.

3. Кипяткова Н.Г. Клинический случай миомы матки 36 недель беременности // Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 3.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ШВА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Чечулин Е.С.

Научный руководитель: к.м.н., Фомина И.В.

Тюменский государственный медицинский университет

Кесарево сечение (КС) является самой распространенной родоразрешающей операцией в современном акушерстве [3,4]. За последнее столетие эта манипуляция из редчайшей и рискованной, проводимой лишь опытными акушерами, превратилась в распространенную хирургическую рутину. Процент абдоминальных родоразрешений как в нашей стране, так и за рубежом неуклонно растет. Так, по данным Министерства здравоохранения РФ, в 1997 году показатель составлял 10,1%, в 2006 году - 18,4%, а к 2012 году частота выполнения КС достигла значения 22,1% [1,3]. Несмотря на совершенствование техники КС, улучшение материального обеспечения, остается риск развития различного рода интра- и послеоперационных осложнений [4], среди которых особое место занимает группа гнойно-септических. Одним из основных факторов, способствующих развитию подобного рода осложнений является ожирение, которое встречается у 14,3-27% беременных [2]. Целью работы было изучить особенности ведения послеоперационного шва у женщин с ожирением, родоразрешенных путем операции кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование 218 родоразрешений женщин с ожирением путем операции КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) за период с ноября 2017 по август 2018 года. Материалом для исследования служили 218 историй родов пациенток и 218 индивидуальных карт беременных и рожениц. Критерии включения в исследование: наличие у роженицы ожирения 1- 3 степени, лапаротомический доступ по Пфанненштилю, косметический шов на кожу при ушивании лапаротомного разреза. Для обработки материала использована программы Micrisoft Exel и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. В ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) на послеоперационный шов после кесарева сечения при завершении ушивания кожи наносится профилактическое антимикробное покрытие ДЕЗИТОЛ В-04, при наличии кровоточивости шва, или расположения его в кожной складке накладывается асептическая повязка типа Cosmopor E (Cosmopore). Преимущественно используется лапаротомия по Пфаненштилю, вариант нижнесрединного доступа используется при наличии в анамнезе у женщины операций с уже ранее использованной лапаротомией этого вида. Родильницы были разделены на три клинические группы по степеням ожирения: I степени - 47,7% (105 человек), II степени - 30,7% (67 человек), III - 21,6% (46 человек). В каждой группе выделены пациентки в зависимости от способа обработки послеоперационного шва: наложение асептической повязки типа Cosmopor или использования покрытия ДЕЗИТОЛ В-04.

Покрытие было применено у 22,4% пациенток (50 человек), среди них 28 человек с I степенью, 20 человек со II степенью и 2 пациентки с III степенью ожирения. Дезинфицирующее средство предназначено для создания на кожном покрове пациентов механического и активного антимикробного барьера (за счет формирования пленки). В состав ДЕЗИТОЛ В-04 входят: изопропиловый спирт 70%, комплекс ЧАС, д-пантенол, пленкообразующие и функциональные добавки.

Асептическая повязка с дополнительной фиксацией при помощи самоклеющегося пластыря Cosmopor E была использована у 77,6% родильниц (168 человек). При этом распределение по степеням ожирения выглядит следующим образом: I степени - 44,9% (78 человек), II степени - 30,7% (48 человек), III - 21,6% (42 человек).

При изучении частоты возникновения гнойно-септических осложнений в каждой группе получены следующие результаты. Частичное расхождение швов наблюдалось у 2 женщин с I степенью ожирения. У одной пациентки обработка послеоперационной раны была проведена антимикробным покрытием ДЕЗИТОЛ В-04, в другом случае применялась асептическая повязка Cosmopor E.

Выводы. Основным методом ведения послеоперационной раны является использование асептической повязки типа Cosmopor E, как способа обработки шва после КС у женщин с ожирением. Использование антимикробного покрытия ДЕЗИТОЛ В-04 у женщин с ожирением ограничивается тем, что его применение возможно только у пациенток, не имеющих кожной складки и кровоточивости в области послеоперационной раны.

Список литературы

1. Датхаева, З. А. Пути снижения абдоминального родоразрешения в современных условиях / З.А. Датхаева, С.Ш. Исенова, А.М. Думышева, С.Б. Шорманова, З. Башкулова, Н. Найзабеков//MEDICINE. - 2015/ - №1. - С. 45-49.
2. Коваленко, Т. О. Ожирение у беременных и перинатальные исходы / Т.В. Коваленко, Л.Ю. Зернова, Н.Н. Попова//Клиническая медицина. - 2010. - №2. - С. 51-54.
3. Радзинский, В. Е. Сократить долю кесаревых сечений / Е.В. Радзинский, С.А. Князев//StatusPraesens. - 2015. - №3. - С. 11-20.
4. Фомина И.В., Кукарская И.И., Шевлюкова Т.П., Легалова Т.В. Тромбоэластометрия в акушерском стационаре // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26659> (дата обращения: 04.11.2018).

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОПУЛЯРНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА Г. ОРЕНБУРГА

Чигирина А.А., Фахрутдинова М.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Щетинина Ю.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность темы: значимость контрацепции в жизни женщины бесспорна. В современном мире существует множество различных методов контрацепции, каждый из которых подбирается индивидуально. Какому методу отдается все-таки большее предпочтение?

Цель работы: Исследование популярности различных методов контрацепции женского населения репродуктивного возраста в г. Оренбург

Материалы и методы: анализ литературы; работа с медицинскими картами амбулаторных больных на базе женской консультации ООКБ.№2; анкетирование; составление таблиц и диаграмм.

Результаты исследования:

В исследовании приняли участие 196 женщин репродуктивного возраста. Для наглядности было произведено разделение на 3 группы: 1-ая группа – 18-25 лет, 2-ая группа – 26-35 лет, 3-я группа – 36-45 лет.

36 % женщин в возрастной категории 18-25 лет не пользуются контрацепцией. Среди этой группы самыми распространенными методами являются барьерный (28 %) и естественный (16 %). Возможно, это объясняется доступностью данного метода, удобством использования при нерегулярной половой жизни, планированием наступления беременности, что характерно для данного возраста.

Среди женщин 26-35 лет не предохраняются 44%. Самыми распространенными методами являются барьерный (21 %) и гормональный (16 %), что можно связать с необходимостью более длительной и эффективной контрацепции при регулярной половой жизни.

38 % из числа женщин 36-45 лет не используют средства контрацепции. В данной группе увеличивается встречаемость таких методов контрацепции, как гормональный (29 %) и внутриматочный (9 %). Данное явление можно объяснить необходимостью длительной контрацепции и лечения различных гинекологических заболеваний при помощи гормональных препаратов.

Вывод: исследование показало, что большинство исследуемых женщин (41 %) репродуктивного возраста не предохраняются. Данная ситуация, вероятно, сложилась из-за низкой информированности женского населения о современных методах контрацепции и/или направленности на деторождение. Наиболее популярными методами контрацепции остаются барьерные и гормональные.

СИНДРОМ «СУХОГО ГЛАЗА» У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ: ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА, ДИАГНОСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Чураева А. С.

Научный руководитель: Чистякова С. В.

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.
Вернадского»**

Введение. Любые офтальмоневрологические нарушения являются прямым следствием нарушения нервной ткани, что влечёт за собой возможность диагностировать наличие другой, более серьёзной патологии. Учитывая анатомо-физиологическое расположение зрительных нервов и места их перекреста в области, располагающейся близ гипофиза, любые частичные или полные изменения гипофиза напрямую влияют на изменения зрительного анализатора. [3]

Гиперпролактинемия – состояние, при котором повышен уровень гормона пролактина в крови. Данный синдром наблюдается на фоне гормонального дисбаланса и приводит к изменению во многих органах и системах. [2]

Причины, приводящие к повышению уровня пролактина, подразделяют на физиологические, патологические и фармакологические. Патологическая гиперпролактинемия развивается на фоне гормональных сдвигов и сопровождается рядом офтальмологических симптомов.

Синдром «сухого глаза» – комплекс признаков выраженного или скрыто протекающего роговичного или роговичноконъюнктивального ксероза, патогенетически обусловленного длительным нарушением стабильности предроговичной слёзной плёнки с фрагментарным обнажением эпителия. [1]

Цель работы: изучить особенности нарушений зрительного анализатора, проявления ССГ у женщин репродуктивного возраста с патологической гиперпролактинемией, а также оптимизировать методы ранней диагностики и комбинированного лечения.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 80 женщин (160 глаз) от 15 до 46 лет. В зависимости от уровня пролактина и тестостерона в сыворотке крови, они были разделены по группам: 1/3 женщин – 26 женщин имели физиологический уровень гормонов пролактина (ПРл) и тестостерона (ТН), и которые, соответственно, не имели ССГ. Вторая группа - 28 женщин имели повышенный уровень ПРл – ГПРл и не изменённый уровень ТН, симптоматика ксероза роговицы и конъюнктивы I степени тяжести. 3 группа обследуемых – 26 женщин, отличающихся от второй группы только сниженным уровнем ТН, симптоматика ксероза роговицы и конъюнктивы были II - III степени тяжести. Нами были проведены общеклинические, офтальмологические (биомикроскопия, визометрия, офтальмоскопия Фундус-линзами Volk и Гольдмана, периметрия, проба Ширмера, проба Норна), иммунобиохимические исследования. Были задействованы также узкие специалисты: эндокринолог, гинеколог, невропатолог. Также всей группе исследуемых было проведено МРТ головного мозга.

Обработка данных о пациентах и результатах их обследования проводилась в программе «MedStat».

Результаты исследования. В результате проведённого исследования мы выяснили, что все три группы женщин имеют офтальмологические жалобы в разной степени проявления. 85% женщин предъявляли жалобы на боли в глазах; у 70% кроме первой жалобы была также сухость в глазах и дискомфорт во второй половине дня. У 53% исследуемых наблюдалось покраснение и жжение в глазах.

При проведении периметрии (Humphrey) выявилось, что у представителей 2-3 группы были обнаружены изменения пороговой чувствительности сетчатки глаза: у 75% исследуемых – битемпоральная гемианопсия, у 20% - нарушения в верхненазальных участках, и у 5% - изменение пороговой чувствительности с темпоральной стороны. Кроме этого наблюдались изменения со стороны глазного дна: ангиопатия сетчатки, хроническая ишемическая оптикопатия и субатрофия зрительных нервов. Данные патологии колебались в процентном соотношении: 35%, 40%, 25% соответственно.

Исследование общей слезопродукции показало, что уже у второй группы исследуемых показатели снижены: проба Ширмера на 45%, проба Норна – на 40%, что говорит нам о второй стадии синдрома сухого глаза. При 3 стадии эти показатели снижаются еще на 20%.

Полученные результаты говорят о том, что у всех групп женщин необходимость проведения комплексной терапии на фоне коррекции гормонального дисбаланса весьма оправдана. Она заключается в применении слезозаменителей на протяжении полугода. При 2 и 3 степени развития синдрома сухого глаза целесообразно добавить в комплексную терапию нестероидные противовоспалительные препараты. Кроме этого женщины в обязательном порядке должны состоять на лечении у гинеколога-эндокринолога, который в свою очередь скорректирует и подведёт к норме имеющийся гормональный дисбаланс.

Выводы. Хотя и патогенез зрительных нарушений у женщин с гормональными дисбалансами ещё недостаточно изучен, актуальность данной проблемы делает проведения базовых исследований достаточно обоснованным. Так, к примеру, у всей категории исследуемых групп при ГПРл и недостаточности ТН наблюдаются разного рода структурные и функциональные нарушения зрительного анализатора. Общая слезопродукция снижается у 80% женщин, тогда как стабильность слёзной плёнки снижается на 75%. У 90% женщин с патологической ГПРл на МРТ головного мозга выявлена аденома гипофиза, что в первую очередь повлекло за собой гормональные нарушения, во вторую очередь – изменения диска зрительного нерва, функциональные и структурные нарушения в хиазме, располагающейся в данной области.

После проведения обследования больных, нами рекомендовано: проведение комплексной терапии, включающей в себя применение слезозаменителей, нестероидных противовоспалительных препаратов, на фоне коррекции гормонального дисбаланса ингибиторами пролактина. Данная тактика через месяц приведёт к улучшению общего состояния больных, а уже через полгода показатели будут приближены к норме.

Список литературы.

1. Егоров Е. А., Епифанова Л. М. Глазные болезни : учеб. по дисциплине «Глазные болезни» для студентов учреждений средн. проф. образования, обучающихся по специальностям 060101.52

«Лечеб. дело», 060109.51 «Сестр. дело» / Е. А. Егоров, Л. М. Епифанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 160 с. : ил. ISBN 978-5-9704-2055-3

2. Йен С.С.К. Пролактин и репродуктивная функция человека. //Репродуктивная эндокринология. Под ред. С.С.К.Йена и Р.Б.Джаффе. -М.: Медицина, 1998. 1: 318-50.

3. В.Ф. Даниличев. Современная офтальмология: Руководство. 2-е изд. / Под ред. В.Ф. Даниличева. — СПб.: Питер, 2009. — 688 с.: ил.. 2009.

ОБОЛОЧЕЧНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ, КАК ПРЕДИКТОР ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Шпаковская Я.А., Мешкова Н.А

Научный руководитель: д.м.н., доцент Шевлюкова Т.П.

Тюменский государственный медицинский университет

Введение. Важной акушерской проблемой, являющейся причиной развития гипоксии, нарушения маточно-плацентарного кровотока, а иногда и смерти плода, является аномальное прикрепление пуповины к плаценте [1]. Правильным является такое прикрепление пуповины, при котором пупочный канатик прикрепляется к центральной части «детского места». Так же наблюдают эксцентричные варианты, которые не являются нормальными. К ним относят такие патологические прикрепления как оболочечное, краевое и расщепленное[2].

Оболочечное прикрепление подразумевает присоединение пуповины к плодным оболочкам, которые находятся на отдалении от края плаценты. При данной аномалии пуповинные сосуды не защищены вартоновым студнем и к плацентарному диску они подходят напрямую. Причиной данного нарушения является первичная патология имплантации пуповины. Частота случаев невелика, примерно в 1-1,8% всех беременностей [4]. Кроме того, оболочечное прикрепление пуповины зачастую ассоциировано с синдромом задержки развития плода, а хроническая гипоксия в интранатальном периоде, нередко приводит к нарушениям со стороны ЦНС [1]. В связи с тем, что данный тип прикрепления трудно диагностируется, роды через естественные родовые пути с такой особенностью в 50 % случаях завершаются гибелью плода [3].

Краевым прикреплением пуповины называют такое прикрепление, при котором канатик связан с плацентой по ее периферическому краю, т.е. место фиксации пуповины локализуется в нескольких сантиметрах от края плаценты [2]. Данный тип встречается в 7% случаев и зачастую приводит к преждевременными родами. Значительной опасности данный тип прикрепления не несет и на беременности никак не отражается [3].

Дифференциальная диагностика оболочечного прикрепления проводится с расщепленным прикреплением пуповины, характеризующееся наличием бифуркации канатика на незначительном расстоянии от плаценты. Встречается в 4% всех случаев. Клиническое значение данной патологии невелико, так как на состояние плода и тактику родоразрешения этот вид прикрепления не влияет [2].

Цель исследования - демонстрация клинического случая оболочечного прикрепления пуповины к плаценте.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории беременной и родильницы с оболочечным прикреплением пуповины в ГБОУ ТО "Родильный дом №2" г.Тюмень.

Результаты и обсуждение. В ГБУЗ ТО «Родильный дом №2» на плановую операцию - кесарево сечение, была доставлена пациентка А., 34 года, в 38 недель с жалобами на боли в поясничной области, тянущего характера. Настоящая беременность пятая, роды вторые. Акушерский анамнез: 2003г. – кесарево сечение; 2006 и 2007г. - аборт, в 2009г. самопроизвольный выкидыш. Состояла на учете по поводу беременности с 8 недель. Беременность протекала без осложнений. Согласно УЗИ на 23 неделе, плацента локализуется в дне матки, толщина плаценты однородная. Количество околоплодных вод в остаточном количестве, неоднородные. Пуповина имеет три сосуда. В акушерском стационаре была выполнена диагностика, состояние определено, как удовлетворительное.

Акушерский статус: матка овоидной формы, в нормальном тонусе, соответствует сроку беременности. Окружность живота 105см, высота дна матки 41см. Положение плода продольное, головное предлежание, позиция I, передний вид. Предлежащая часть у входа в малый таз.

Согласно данным КТ сердцебиение плода 139 уд\мин, ясное, ритмичное. Плодный пузырь цел. В связи с наличием послеоперационного рубца на матке и риском спонтанного разрыва плодных оболочек, выбран оперативный план введения родов, путем КС в доношенном сроке. Новорожденный родился живым и доношенным, мужского пола с оценкой по шкале Апгар в конце 1 минуты 4 баллов - гипоксия средней степени, через 5 минут 7 баллов - гипоксия легкой степени тяжести. Новорожденный передан неонатологам для коррекции состояния и дальнейшего наблюдения. Так же была обнаружена аномалия последа – оболочечное прикрепление пуповины, что и стало причиной асфиксии новорожденного. Этиология оболочечного прикрепления до конца не изучена, но наблюдения указывают на то, что чаще всего патология встречается у женщин, которые часто и много рожают [4]. Клиническое значение данной патологии заключается в том, что при данной аномалии в пуповине недостаточно вартонова студня, вследствие чего происходит разрыв пуповины и сосудов, проходящих в ней. Разрыв сосудов ведет к профузному кровотечению и интра- или антенатальной гибели плода.[2]

Закключение. Вышеизложенный клинический случай свидетельствует об актуальности проблемы патологии прикрепления пуповины в перинатальном акушерстве и имеет высокую диагностическую значимость, так как она напрямую связана с увеличением риска перинатальной заболеваемости, развитием внутриутробной задержки развития плода и смертности, в связи с чем, необходима тщательная диагностика данной патологии еще на дородовом этапе.

Список литературы

1. Айламазян, Э.К., Кулакова, В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство. Национальное руководство. - 2013.- 916с.
2. Радзинский, В. Е., Фукс, А. М. Акушерство: учебник. - 2016. - 1040с.
3. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серов В.Н., Радзинский В.Е. Акушерство. Национальное руководство. – 2018.- 1088с.
4. Малинина, Е.Н. Пренатальная диагностика предлежания сосудов //Пренатальная диагностика.-2017.-№3.- 280-282 с.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Ясенко Д.М.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) занимает 2-е место в структуре онкологической заболеваемости в РБ и является второй по частоте онкопатологией, которая встречается у беременных женщин [1]. Уже сейчас РМЖ выявляется у 1 из 3000 беременных [3]. Гендерное равноправие и современный ритм жизни приводит к тому, что женщины с каждым годом выполняют репродуктивную функцию в более позднем возрасте. Очевидно, со временем РМЖ на фоне беременности будет встречаться всё чаще [2]. Целью исследования было выявить особенности протекания беременности, родов и лактации у пациенток с РМЖ в анамнезе и у пациенток, у которых данная патология рецидивировала или была выявлена во время беременности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 25 историй болезни пациенток, наблюдавшихся в учреждении здравоохранения «Минский городской клинический онкологический диспансер» с диагнозами РМЖ и беременность в период с 2013 по 2017 годы. Пациентки были разделены на 2 группы. В первой из них (10 случаев – 40%) диагноз РМЖ был поставлен до беременности, пациентки прощли комбинированное лечение и болезнь никак не проявляла себя в последующем. Ко второй группе (15 случаев – 60%) были отнесены пациентки, у которых болезнь была выявлена или возник её рецидив во время беременности. Статистическая обработка данных производилась в Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение. В первой группе средний возраст пациенток на момент родоразрешения составил 37 лет. Диагноз рака молочной железы был выставлен в среднем в 31, 1 год. У 3 пациенток (30 %) болезнь находилась в I стадии, у 4 (40 %) – во II, у 3 (30 %) – в III

Родоразрешение происходило в сроке 38, 5 недель, в 5 случаях проводились естественные роды, в 5 кесарево сечение. Стоит отметить, что необходимость кесарева сечения

аргументировалась осложнённым акушерско – гинекологическим анамнезом, а не онкологическим диагнозом. Все новорождённые были доношенными, 8/8-8/9 по АПГАР. Средний вес – 3400г, рост – 52,2 см. 9 пациенткам рекомендовалось подавление лактации бромкриптином/каберголином, 1-грудное вскармливание. Вопрос о лактации у таких пациенток до сих пор остаётся дискуссионным и открытым.

Во второй группе средний возраст пациенток составил 35, 1 лет. Рак молочной железы в среднем был выявлен в 25, 3 недель беременности. У 9 пациенток (60%) заболевание было в I стадии, у 3 (20 %) – во II, и у 3 (20 %) – в III. Здесь наши данные разошлись с литературными о запоздалой диагностике рака во время беременности.

Дальнейшая тактика лечения выбиралась индивидуально для каждого случая. Если заболевание выявлялось в I стадии в третьем триместре и согласно гистологическому исследованию не обнаруживалось признаков особой агрессивности опухоли, лечение откладывалось на несколько недель после родов.

В случае обнаружения I стадии во втором триместре – пациенткам в ближайшие сроки проводилось хирургическое лечение, а курсы адъювантной полихимиотерапии по схеме фторурацил-доксорубин-циклофосфамид - после родов.

В случае выявления заболевания во II-III стадии, независимо от триместра беременности, проводилось хирургическое лечение с несколькими курсами полихимиотерапии по представленной выше схеме с продолжением лечения после родов. Доказано, что данный набор препаратов не оказывает тератогенного действия на плод.

К сожалению, не у всех пациенток удавалось остановить прогрессирование заболевания используя данную схему. И в таких ситуациях краеугольным камнем стоял вопрос времени. Времени, которое нужно ребёнку, чтобы окончательно сформироваться, и времени, которое нужно будущей матери для как можно более раннего начала лечения. В сложившейся ситуации особенно важно сотрудничество и согласованность действий акушеров-гинекологов, онкологов и женщины.

Средний срок родоразрешения в данной группе составил 35, 8 недель. Здесь предпочтение отдавалось родоразрешению путём кесарева сечения. У 7 новорождённых, несмотря на проводимую профилактику дексаметазоном, развился респираторный дистресс синдром, 4 из них потребовалось проведение искусственной вентиляции лёгких. Средний вес – 2720 г, рост – 47,6 см. Все новорождённые были без видимых пороков развития. Пациенткам рекомендовалось подавление лактации, но одна из них настояла на грудном вскармливании.

Выводы.

1. Беременность, протекающая у пациенток с РМЖ в анамнезе, отличается лишь регулярным наблюдением у онколога и подавлением лактации сразу после родов.

2. В случае активного протекания болезни на фоне беременности зачастую возникает необходимость как можно скорее родоразрешить женщину для возможности лечения РМЖ, из-за этого не всегда удаётся получить доношенного ребенка.

Список литературы.

1. Статистика онкологических заболеваний 2007-2016 / А.Е.Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин [и др.]; под ред. О.Г.Суконко // Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, 2017. – 286 с.
2. Breast cancer incidence trends in European women aged 20-39 years at diagnosis. / Merlo DF, Cerpi M, Filiberti R, et al. // Breast Cancer Research and Treatment. - 2012. – 134 - 363–70.
3. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997. / Smith LH, Dalrymple JL, Leiserowitz GS, Danielsen B et al. // American Journal Obstetrics and Gynecology. - 2001. – 184 - 1504–13.

Раздел 2. Внутренние болезни

AORTIC BLOOD PRESSURE AND STIFFNESS IN PREGNANT WOMEN TAKING INTO ACCOUNT BODY MASS INDEX

Adzege F.M.

**Scientific adviser: assistant professor Sergeeva O.V.
Stavropol State Medical University**

Relevance: Central pressure (CP) is regarded as a more significant predictor of cardiovascular (CV) events compared with peripheral pressure. It is crucial to determine the level of CP during pregnancy, which is now estimated as a kind of diagnostic test for risk of future CV events in a woman's life.

Purpose: To investigate CP in the first trimester of pregnancy taking into account body mass index (BMI).

Materials and methods.

Parameters of CP and vascular stiffness were studied in 67 women (21-28y.o) in the first trimester of pregnancy with the help of hardware-diagnostic complex BPLad Vasotens Office ("Petr Telegin", Nizhny-Novgorod). The pressure measurement results are presented as medians with 10-90 percentiles. Taking into account values of body mass index (BMI) 3 groups of patients were allocated:

1st – overweight/obese women

2nd – normal weight women

3rd – underweight women

Data were processed using software package "Statistica 10.0" (StatSoft Inc).

Results:

Peripheral systolic and diastolic BP in the three groups were 132/87; 119/76 and 114/69 mm Hg respectively. Mean haemodynamic BP in these groups was equal to 101; 90 and 85 mm Hg respectively. Peripheral pulse pressure, in contrast, tended to decrease with increasing BMI - 36; 43; 47.5 mm Hg respectively. Indicators of vascular stiffness were also different in the selected groups. The value of propagation velocity of the reverse pulse wave was highest in the first group (11.8 m/s) compared with second (8.7 m/s) and third (of 8.45 m/s) groups. Maximum values of augmentation index (75 AiX) were in women with obesity, the lowest - in women with normal weight. As well as on the periphery such markers of CP as systolic, diastolic, mean pressure were characterized by the greatest values in women with obesity. In contrast, pulse pressure amplification (PPA) in the first group was the smallest - 137; 182; 187%, respectively.

Conclusion.

A specific profile of figures – peripheral as well as central hemodynamics is associated with the body weight of pregnant women. These data are useful to consider during antenatal management of pregnant women starting from the first trimester of pregnancy.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДОРСОПАТИЙ В СТАЦИОНАРЕ

Абдусаламова П.М., Гасанова А.М., Манышева К.Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Б.А. Абусуева

Дагестанский государственный медицинский университет

Патология костно-мышечной системы находится на 3 месте в структуре временной утраты трудоспособности [2]. До 80% людей в течение жизни испытывают боль в пояснично-крестцовой области, из них почти 20% страдают от хронической боли, а у 10% она вызывает социальную дезадаптацию [1]. Дорсопатия отрицательно сказывается на качестве жизни пациентов, становясь причиной увольнения с работы и выхода на инвалидность. По данным ВОЗ, свыше 4% населения земного шара страдает от различной патологии позвоночника и суставов. Главную роль

среди них играют дорсопатии, ведущим клиническим проявлением которых является болевой синдром – дорсалгия. Цель исследования – определить эффективность лечения дорсопатий у стационарных больных методом клинико-инструментального исследования.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе отделений вертеброневрологии и хирургической вертебрологии Республиканской клинической больницы Республики Дагестан. Пациентам проводили клинико-инструментальное обследование с использованием индивидуальных карт больных, специально разработанных при участии кафедры нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии Дагестанского государственного медицинского университета. Клиническая часть включала оценку соматического и неврологического статуса с определением глубоких и поверхностных рефлексов, симптомов натяжения нервных стволов, оценки состояния тонуса паравертебральных мышц, границ нарушения поверхностной и глубокой чувствительности, пальпации паравертебральных точек и перкуссии остистых отростков позвонков, для определения локализации болевого синдрома. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале боли. Инструментальная часть включала проведение нейровизуализационного исследования – магнитно-резонансной или компьютерной рентгеновской томографии, в отдельных случаях – электронейромиографического исследования. В исследование были включены 50 человек, из них 30 женщин (60%) и 20 мужчин (40%). Средний возраст пациентов для женщин составил 46 лет, для мужчин – 44 года. Статистическую обработку проводили с применением программы Microsoft Excel 2003 на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение. Распределение обследованных больных по полу и возрасту было следующим: в возрасте от 19 до 44 лет женщин – 13 (43,33%), мужчин – 9 (45%), в возрасте от 45 до 71 года женщин 17 (56,67%), мужчин – 11 (55%). В сельской местности проживали 26 женщин и 16 мужчин, в городах – по 4 пациента каждого пола. При распределении пациентов по месту проживания было обнаружено, что дорсопатии встречались чаще у больных из сельской местности, что подтверждает ведущую роль умеренной и высокой бытовой физической нагрузки в развитии данной патологии. Распределение больных по социальному статусу: работающих 7 женщин и 3 мужчин, пациентов с установленной группой инвалидности – 4 женщины и 1 мужчина. Остальные пациенты нигде не работали. У 17 мужчин (85%) и 26 женщин (86,6%) имела место дорсопатия пояснично-крестцовой локализации, у остальных пациентов – шейной локализации. Во время опроса и при осмотре наиболее частыми жалобами при поражении шейного отдела, помимо локального болевого синдрома, были головные боли и шум в ушах, а при поражении поясничного отдела – иррадиация боли по задне-наружной поверхности нижней конечности (одной или обеих) и функциональный блок.

При клиническом неврологическом обследовании наиболее часто у пациентов выявлялись: ограничение подвижности в соответствующем отделе позвоночника, напряжение прямых мышц спины и длинных мышц шеи, болезненность при пальпации паравертебральных точек и перкуссии остистых отростков позвонков, гипестезия (редко – гиперестезия) в зоне иннервации корешков спинного мозга с парестезиями. Функциональный блок присутствовал у 10 мужчин и 8 женщин, парез разной степени выраженности – по 3 пациента каждого пола. Клинический диагноз дорсопатии был подтвержден инструментально: у 24 больных были выявлены протрузии межпозвоночных дисков, из них у 54,17% они сочетались с одной или несколькими грыжами. У 7 пациентов диагностическими находками явились грыжи Шморля иной (отличной от болевого синдрома) локализации. В 43 (86%) случаях дорсопатия имела хроническое рецидивирующее течение. Из них лечение в анамнезе получали 17 пациентов. В 52 % случаев пациенты с хронической болью не получали лечения стационаре, часто не обращались своевременно за медицинской помощью, прибегая к лечению «народными методами». Причиной позднего обращения со слов обследованных являлось отсутствие доверия к проводимому лечению.

В результате лечения было отмечено значительное уменьшение болевого синдрома и восстановление двигательной активности у 7 пациентов (14%), уменьшение боли в состоянии покоя – у 4 (8%), без эффекта в результате лечения остались 39 больных (78%). Наиболее часто используемой группой препаратов были (по убыванию): нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), витамины группы В (как отдельные витамины, так и мультивитаминные комплексы), миорелаксанты, трициклические антидепрессанты, глюкокортикоиды (ГК), анальгетики, антихолинэстеразные препараты, спазмолитики, антигистаминные препараты.

Выводы При анализе результатов стационарного лечения дорсопатии установлено, что применение НПВС дало положительный эффект в виде снижения болевого синдрома в 23% из 47

случаев, ГК – в 22% из 27 случаев. В целом, терапию, проводимую пациентам, нельзя назвать комплексной и индивидуально подобранной, что подтверждается низкой её эффективностью.

Список литературы

1. Нурмухамбетова Б.Р., Кужыбаева К.К. остеохондроз позвоночника и медикаментозная терапия / Вестник КазНМУ. – 2014. - №2 (1). – С. 181–183.
2. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Дорсопатии – новый взгляд на проблему диагностики и лечения / Современная ревматология. – 2010. – №1. – С. 28–31.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА КИРОВА И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ К ПРИЕМУ СТАТИНОВ

Агалакова Д.С.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Синцова С.В.
Кировский государственный медицинский университет**

В современном мире у многих людей повышенный уровень холестерина. Врачи говорят об эпидемии атеросклероза, связывая ее с избытком холестерина в крови. По последним данным, повышенный уровень его имеют 60% россиян, 20% из них уже требуется безотлагательная медицинская помощь. По данным ВОЗ, около 23% случаев преждевременной смерти связано именно с повышенным уровнем холестерина. Целью нашей работы является оценка приверженности пациентов города Кирова и Кировской области к приему статинов с помощью разработанной нами анкеты. Для достижения цели были обозначены следующие задачи:

- 1) Оценить знания жителей г. Кирова и Кировской области об уровне своего холестерина.
- 2) Оценить осведомленность жителей г. Кирова и Кировской области о факторах риска развития атеросклероза.
- 3) Оценить комплаенс к приему статинов жителей г. Кирова и Кировской области.
- 4) Разработать рекомендации по профилактике повышенного холестерина.

Материалы и методы. В опросе приняло участие 230 человек в возрасте от 17 до 91,5 лет, из них 152 женщины и 78 мужчин. Анкетирование проводилось на базах НУЗ ""Отделенческая клиническая больница

на станции Киров ОАО ""РЖД"", КОГБУЗ ""Кировская областная клиническая больница"" и КОГБУЗ ""Кировский областной клинический перинатальный центр"" с помощью разработанной нами анкеты.

Результаты анкетирования представлены качественными данными в виде относительных величин (%).

Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты. Средний возраст респондентов, принявших участие в анкетировании $51,7 \pm 1,2$ лет, из них средний возраст женщин равен $49,7 \pm 1,6$ лет, а мужчин - $55,6 \pm 2,0$ года.

Большинство опрошенных 139 человек (60%) знают свой уровень холестерина, из них 88 женщин (63%) и 51 мужчина (37%). Средний уровень холестерина равен $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л (одинаково у женщин и мужчин). При этом у 78 человек (56%) повышенный уровень холестерина, средний повышенный уровень холестерина равен $6,2 \pm 0,1$ ммоль/л, у женщин - $6,3 \pm 0,1$ ммоль/л и у мужчин - $6,1 \pm 0,1$ ммоль/л.

Основной причиной повышенного холестерина, по мнению респондентов, является неправильное питание (так считают 65% опрошенных), избыточный вес (47%), малоподвижный образ жизни (42%), проблемы с печенью (21%), курение (16%). Некоторые респонденты указали другие, не перечисленные в анкете, причины: наследственность; неправильный обмен веществ; излишнее употребление сладкого, кофе, пива и другого алкоголя, жирной и высокоуглеводной пищи; стрессы; напряженная, нервная, тяжелая работа; болезни (сбой в иммунной системе, сахарный диабет, инфекции в организме, травмы позвоночника), гинекологические операции, операции на щитовидной железе, удаление желчного пузыря, и даже невозможность съездить на море. 50 человек (21%) затруднились ответить на этот вопрос.

При оценке наследственной предрасположенности к гиперхолестеринемии, было выяснено, что 61% респондентов не имеют родственников с повышенным уровнем холестерина, 13% не знают ответ на данный вопрос.

Мировая статистика приводит неутешительные данные, что огромное количество заболеваний связаны с повышенным уровнем холестерина. У большинства опрошенных нами пациентов встречается сразу несколько заболеваний, связанных с повышением уровня холестерина: у 116 опрошенных (50%) артериальная гипертензия, у 63 (27%) - ожирение, у 52 (22%) - сахарный диабет, у 46 (20%) - ИБС, у 39 (17%) – атеросклероз различной локализации, у 4 (2%) - дислипидемия.

Учитывая такое количество тяжелых заболеваний у опрошенных пациентов, только по данным анкетирования, должны принимать статины 149 человек (65%). Однако опрос показал, что принимают статины всего 65 человек (28%) со следующими заболеваниями: сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение, ИБС, атеросклероз различной локализации.

Большинство опрошенных (72%) не принимают статины, из них 98 (74%) их не назначали, 10 (8%) получают большое количество препаратов от других заболеваний и не хотят принимать статины, у 5 (4%) были побочные действия (боли в желудке, аллергическая реакция, обострение панкреатита). Среди других причин, по которым статины не принимаются, были: забывчивость, высокая стоимость препарата, нет необходимости, наличие катаракты, закончился курс.

Чаще всего используют группы статинов: аторвастатин (10 мг, 20, 40 мг) - 81% опрошенных, розувастатин (5 мг, 10, 20 мг) - 9%, симвастатин (20 мг, 25, 100 мг) - 8%, эзетимиб 10 мг - 2% опрошенных.

У пациентов, принимающих статины, до приема препаратов в среднем уровень холестерина был $6,5 \pm 0,2$ ммоль/л, а на фоне приеме препаратов - $5,1 \pm 0,1$ ммоль/л.

Выводы. Наше исследование показало, что большинство опрошенных респондентов следят за своим уровнем холестерина, в основном это женщины. Однако, несмотря на то, что пациенты знают, что у них повышен уровень холестерина и имеются тяжелые заболевания, связанные с этим, они не принимают статины. Причем большинство респондентов утверждают, что препараты им не назначали.

Кроме того, даже среди тех пациентов, которые принимают статины, у большинства не достигнут целевой уровень холестерина.

Все полученные нами данные говорят, о том, что в нашем регионе необходимо проводить более интенсивную работу среди населения по проблеме гиперхолестеринемии.

Также наши данные помогут разработать индивидуальные подходы к пациентам с гиперхолестеринемией.

В ходе анкетирования мы проводили со всеми пациентами беседы о вреде повышенного уровня холестерина, о мерах профилактики и необходимости приема статинов. Мы раздавали пациентам разработанный нами буклет ""Гипохолестериновая диета"".

Список литературы.

1. Антонова М. Как снизить холестерин / Антонова М. - СПб.: Вектор, 2011 - 96 с.
2. Беленков Ю.Н. Кардиология. Национальное руководство: краткое издание / Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 848 с.

КОМОРБИДНЫЙ ФОН У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ

Алёхин И.О., Добрынина И.С., Зуйкова А.А.

Научный руководитель: Добрынина И.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Настоящее исследование посвящено изучению закономерности развития когнитивных расстройств при сахарном диабете 2 типа, и их влияние на тактику ведения пациентов в амбулаторном звене с учётом высокой коморбидности при данной патологии.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 110 больных, страдающих сахарным диабетом (СД) 2 типа. Оценка когнитивных функций проводилась с помощью шкал и тестов:

MMSE, FAB и теста рисования часов (ТРЧ) [2,4]. Диабетическая нейропатия оценивалась по шкале NSS, степень комплаентности – по MMAS – 8 [5]. Оценка психического состояния проводилась с помощью HADS-шкалы [3]. Оценка коморбидности осуществлялась по индексу Charlson. При статистической обработке данных использовались t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, а также методы Pearson и Spearman [1].

Результаты: Возраст пациентов составил от 44 до 86 лет (средний $64,68 \pm 1,52$ лет). Из общей совокупности обследуемых женщины составили 65,9% ($65,2 \pm 2,01$ лет); мужчины – 34,1% ($63,6 \pm 2,34$ лет). В исходной группе по данным MMSE у 36,4% исследуемых – преддементные когнитивные нарушения, у 9,1% - деменция легкой степени выраженности. Интерпретация FAB показала наличие нарушений праксиса у 22,7%, а по данным ТРЧ - у 27,3% исследуемых.

Корреляционным методом была обнаружена обратная умеренная связь между возрастом и показателями MMSE, FAB, ТРЧ ($p < 0,05$; $r_{mmse} = -0,62$, $r_{fab} = -0,66$, $r_{трч} = -0,57$). Также отмечена незначительная разница вышеуказанных показателей ($p > 0,05$) между мужчинами (MMSE= 27 ± 2 , FAB= $16,7 \pm 1,33$, ТРЧ= $9,67 \pm 0,82$) и женщинами (MMSE= $27,09 \pm 2,66$, FAB= $16,52 \pm 1,45$, ТРЧ= $9,41 \pm 0,98$).

Длительность СД варьировалась от года до 20 лет и в среднем составила $7,97 \pm 0,77$ лет. При анализе была выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь между ней и показателями когнитивных функций ($p < 0,05$; $r_{mmse} = -0,34$, $r_{fab} = -0,42$, $r_{трч} = -0,37$), что связано с возникновением позднего осложнения СД – диабетической микроангиопатии церебральных артерий.

При оценке индекса коморбидности Charlson средний уровень составил $4,68 \pm 0,56$. Среди коморбидных состояний, отмеченных в исследуемой группе, артериальная гипертензия 2-3 степени (MMSE= $24,38 \pm 3,42$, FAB= $14,75 \pm 1,39$, ТРЧ= $8,125 \pm 1,13$) и инсульт в анамнезе (MMSE= $24,5 \pm 1,4$, FAB= $14,8 \pm 0,6$, ТРЧ= $8,3 \pm 0,54$) в большей степени снижали когнитивные показатели, по сравнению с пациентами без данных патологий ($p < 0,05$).

Среди поздних осложнений СД, диабетическая ретинопатия (MMSE= $24,2 \pm 1,51$, FAB= $15,2 \pm 0,72$, ТРЧ= $8,5 \pm 0,47$) и синдром диабетической стопы (MMSE= $24 \pm 1,23$, FAB= $14,4 \pm 0,45$, ТРЧ= $8 \pm 0,5$) в большей степени усиливали когнитивный дефицит ($p > 0,05$). Также была обнаружена обратная зависимость между степенью диабетической нейропатии по NSS и когнитивными показателями ($p < 0,05$; $r_{mmse} = -0,36$, $r_{fab} = -0,41$, $r_{трч} = -0,47$).

Оценка комплаентности по MMAS-8 позволила сделать вывод о том, что снижение когнитивных показателей сопровождается аналогичным уменьшением приверженности к лечению ($p < 0,05$; $r_{mmse} = 0,5$, $r_{fab} = 0,55$, $r_{трч} = 0,48$). В ходе статистической обработки данных выявлена сильная отрицательная корреляционная связь между значениями MMAS и показателями индекса коморбидности Charlson ($r = -0,704$; $p < 0,01$).

В ходе анализа результатов по HADS были сделаны следующие наблюдения: у 31,8% исследуемых с субклиническими признаками тревоги ($p < 0,05$; $r_{mmse} = -0,34$, $r_{fab} = -0,42$, $r_{трч} = -0,32$) и у 25% с аналогичными признаками депрессии ($p < 0,05$; $r_{mmse} = -0,39$, $r_{fab} = -0,41$, $r_{трч} = -0,38$) заметно увеличение доли когнитивных расстройств по сравнению с пациентами без измененного психического статуса. При этом с увеличением показателя коморбидности увеличивался и уровень тревожности пациентов ($r = 0,46$; $p < 0,05$).

Выводы:

1. Доля когнитивных нарушений нарастает в старших возрастных категориях, но не зависит от пола.
2. Длительное течение СД увеличивает когнитивную дисфункцию, при этом декомпенсация заболевания приводит к ускорению этого процесса.
3. Среди поздних осложнений сахарного диабета наибольшее влияние на когнитивный дефицит оказывают диабетическая ретинопатия, нейропатия и синдром диабетической стопы.
4. Нарастание когнитивного дефицита сопровождается снижением комплаентности, а также увеличением тревожно-депрессивных черт среди пациентов.
5. С увеличением коморбидности увеличиваются тревожно-депрессивные черты обследуемой когорты и снижаются показатели приверженности к назначенной терапии.

Список литературы:

1. Калаева Е. А. Теоретические основы и практическое применение математической статистики в биологических исследованиях и образовании: учебник / Е. А. Калаева, В. Г. Артюхов, В. Н. Калоев // – Воронеж : Издательский дом ВГУ, 2016. – 284 с.

2. Мелёхин А. И. Использование теста рисования часов в скрининг-обследовании когнитивного дефицита / А. И. Мелёхин // Национальные приоритеты России. – 2014. – № 2. – С. 186-198.
3. Связь тревожно-депрессивных расстройств с когнитивными нарушениями у пациентов с сахарным диабетом. / И. В. Гацких [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2018. – № 2. – С. 94–99.
4. Сосина В. Б. Недементные когнитивные нарушения у больных сахарным диабетом 2-го типа / В. Б. Сосина, В. В. Захаров, Н. Н. Яхно // Неврологический журнал. – 2010. – № 4. – С. 25-30.
5. Tan X. Review of the four item Morisky medication adherence scale (MMAS-4) and eight item Morisky medication adherence scale (MMAS-8) / X. Tan, I. Patel, J. Chang // Inov Pharm. – 2014. – Vol. 5, № 3. – Art. 165.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И РЕГУЛЯЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА ЭЛАСТИНА И КОЛЛАГЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Амелина А.В. Наденна Ю.А., Королева В.И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет

Введение. Заболевания сердечно-сосудистой системы на современном этапе развития общества продолжают удерживать лидирующую позицию в структуре смертности населения. Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшей медико-социальной проблемой. У 40% взрослого населения развитых стран мира определяется повышенный уровень артериального давления (АД) и у 25-30 % - наблюдается стойкая артериальная гипертензия. Ремоделирование сосудистой стенки, в основе которого лежит нарушение ее эластических свойств, определяет поражение сосудов, как органа-мишени при артериальной гипертензии. В этой связи выявление ранних признаков поражения артериального русла представляется крайне важным для своевременной профилактики сосудистых осложнений у этой категории больных.[2;3]

Цель исследования - определить особенности изменения параметров эластичности сосудистой стенки и специфику регуляции метаболизма эластина и коллагена в ее структуре.

Материалы и методы: В исследование включено на группе (114 человек, $58,2 \pm 3,11$ лет, мужчин - 102, женщин - 12) больных АГ II-III степени тяжести с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) по SCORE, не получавших систематическую гиполипидемическую терапию, уровень холестерина которых не достигал целевых значений. Больные получали гипотензивную терапию метопрололом 100-150 мг/сут., индапамидом 1,5 мг/сут., при тяжелой степени АГ терапия дополнялась эналаприлом 20-40 мг/сут. Уровень АД приближался к целевым значениям. Эластичность стенок магистральных артерий оценивалась методом объемной сфигмографии («VaSera-1000», FukudaDenshi): с определением индекса аугментации (AI) (отношение скорости прямой и отраженной пульсовой волны на плечевых артериях), характеризующее растяжимость стенки артерии; сердечно-сосудистый индекс CAVI (Cardio-AnkleVascularIndex), не зависящий от величины АД и характеризующий эластичность стенки артерий между клапаном аорты и артерией правой голени. В сыворотке крови методом твердофазного ИФА набором BCM Diagnostics, Bioscience определялся уровень матриксной металлопротеиназы-1,9 (ММП-1,9), регулирующих деградацию коллагена и эластина, а также тканевой ингибитор матриксной металлопротеиназы-1 (ТИМП-1), регулирующий активность коллагеназ. В качестве группы сравнения использовались здоровые лица в возрасте 40-50 лет без АГ, в количестве 40 человек. [1]

Статистическая обработка результатов проводилась с оценкой достоверности по методу Стьюдента и программу «Statistic 6,0» с учетом различий частотных (бинарных) показателей arcsin-преобразования частот по Фишеру.

Результаты: установлено, что у больных АГ уровень ММП-1 составлял $287,4 \pm 29,6$ мг/мл, ММП-9 $178,3 \pm 12,3$ мг/мл ТИМП-1 $238,7 \pm 19,3$ мг/мл, что превышало значения у здоровых лиц соответственно $82,7 \pm 7,4$, $96,4 \pm 9,3$, $518,7 \pm 21,3$. Величина AI и CAVI составляли соответственно

1,37±0,05 и 7,46±0,18 у здоровых лиц - 0,79±0,02 и 6,4±0,13. У больных АГ отмечено наличие корреляционной связи величины ММП-1 и ММП-9 с величиной САVI: 0,73 ±0,08 и 0,70±0,06. У здоровых лиц значимых корреляционных связей ММП-1,9 с САVI не обнаружено.

Выводы:

1. У больных АГ высокого ССР эластичность артерий в сравнении со здоровыми лицами (по индексам AI и САVI) существенно ниже.

2. У больных АГ, включенных в исследование отмечено, в отличие от здоровых лиц, существенное повышение активности ММП-1 и ММП-9 и снижение ТИМП-1. Соотношение ММП-1/ТИМП-1 у больных -1,20, у здоровых -0,15

Список литературы:

1. Оттева, Э.Н. Артериальная ригидность – маркер развития сердечно-сосудистых заболеваний / Э.Н. Оттева, Е.В. Клинова, О.Г. Гарбузова и др. // Клиническая медицина. – 2012. - № 1. - С.5-11

2. Состояние параметров жесткости сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией на фоне комплексной терапии цитопротекторами и сартанами/ В.П. Михин, Ю.А. Болдырева, М.А. Черныгина, Н.И. Громнацкий//Архивъ внутренней медицины.- 2015. №5(25) . – С.40-44

3.Effects of statin therapy on arterial stiffness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial./UpalaS, WirunsawanyaK, JaruvongvanichV, SanguankeoA//. International Journal of Cardiology,-15 January 2017, № 227.- Pages 338-341

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА: ПОДБОР ТЕРАПИИ НА УЧАСТКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Ануарбек А.С., Альмуханова К.К.

Научный руководитель: Исаева К.К.

Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Введение. По данным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) во всех странах мира насчитывается более 120 млн больных сахарным диабетом (СД) и примерно такое же число больных, у которых диабет не выявлен. По оценкам экспертов, число больных на нашей планете к 2020г. может возрасти свыше 280млн человек. В перечне поздних осложнений СД синдром диабетической стопы (СДС) занимает лидирующую позицию. СДС – патологическое состояние стоп больного СД, который возникает на фоне поражения периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов, и создает условие для формирования острых и хронических язв, костно-суставных поражений и гнойно-некротических процессов.

Цели исследования: Изучение микробного пейзажа поражений стоп при СД, подбор терапии для лечения СДС.

Материалы и методы: Микрофлора (МФ) охарактеризована классическим микробиологическим методом – бакпосевом с определением чувствительности к АБ. Материал исследования – из гнойного отделяемого.

Результаты: комплексное исследование проведено у 30 больных состоящих на диспансерном учёте с диагнозом СД с СДС в ГП г.Алматы. Возраст больных от 43 до 88 лет, в среднем – 68,4 лет. Длительность СД – 8,7 лет; СДС – 2,2 месяца в среднем. Оценка степени тяжести СДС по Вагнеру составила с 4 стадией –12 больных и с 3 стадией – 10. У остальных 5 стадия (n=3), 2 стадия (n=4), 0 стадия (n=1). Подбор антибактериальной терапии исходил из микробного пейзажа и этапности лечения, где выявили преобладание полимикробных ассоциаций в гнойном отделяемом у всех больных. Выделено 380 изолятов из 30 образцов тканей, в среднем 3,8 на случай. Микробный пейзаж: S.aureus–80,0%, S.epidermidis–33,3%, S.saprophyticus–10,0%, E.coli–36,6%, E.blattae–13,3%, Klebsiellaspp.–16,6%, P.aeruginosa 30,0%, Enterococcus spp.–10,0%, Candida spp.–10,0%, Str.pyogenes–3,33%, Str.viridans–3,33%, P.vulgaris–3,33%, P.mirabilis–6,66%, C.freundii–6,66%, Cit.koseri–3,33%, C.Laurentii–3,33%.

В подборе антибактериальной терапии было рекомендовано использование ступенчатой терапии.

Этап 1: До получения результатов посевов – назначать эмпирически антибиотики широкого спектра действия с учетом возбудителей, наиболее часто выделяемых из гнойно-некротических очагов у больных СД.

Этап 2: Коррекцию АБТ осуществлять с учетом динамики общего состояния пациента и гнойно-некротического очага, а также полученных данных видового состава микрофлоры.

Этап 3: Возможность переходить с парентерального пути использования на энтеральный.

К метициллину были чувствительны 70% штаммов *S.aureus*, к ванкомицину – 100%; *Enterococcus spp.* были чувствительны к ванкомицину. Восприимчивость грамотрицательных микроорганизмов к ципрофлоксацину составила 50%. В качестве препаратов выбора целесообразно применение для монотерапии: имипенем/целастин, меропенем, пиперацillin + тазобактам, тикарциллин/клавуланат. В режиме комбинированной терапии – фторхинолоны или цефалоспорины III, IV поколения, клиндамицин; клиндамицин, аминогликозид (нетилмецин). Целенаправленная антибактериальная терапия, а также своевременное оперативное вмешательство на гнойном очаге и его дальнейшее адекватное местное медикаментозное лечение позволяют применять антибиотики курсами (10-15 сут) до достижения отчетливого клинического результата. Дальнейшее лечение открытой раны возможно проводить под повязками с препаратами, обеспечивающими антимикробный эффект непосредственно в ране (антисептики), которые позволяют в короткий срок добиться элиминации патогенных микроорганизмов из раны за счет широкого антимикробного действия. Длительность антибактериальной терапии у пациентов с глубокими некрозами или гангреной на фоне хирургического лечения составляли курсами – до 10 недель.

Выводы: Основные возбудители поражений при СДС: *S.aureus*, *E.coli*, *Candida spp.*, *P.aeruginosa*, *Klebsiella spp.*; *C. laurentii*, считавшийся сапрофитом, могут быть этиологическими агентами при СДС.

Сохранение функционально активной конечности является одной из основных задач в лечении гнойно-некротических поражений нижних конечностей у больных СД. Реабилитация больных СД с СДС должна быть ранней, начинаться на стационарном этапе и основываться на междисциплинарном подходе. Необходимо активное включение в состав реабилитационной бригады ортопедов, психологов, среднего медицинского и технического персонала. Обучение управлению заболеванием является важным звеном в интегральной системе реабилитации больных СД.

Список литературы:

1. Бреговский В.Б. Профилактика синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом // Справочник поликлинического врача. □ 2015. □ №4-5. □ 30-33 с.
2. Будашеев В.П. Микробный пейзаж ран у больных сахарным диабетом / В.П. Будашеев Е.Г. Григорьев, С.А. Лепехова, Г.Ф. Жигаев // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 4 (80), Часть 2. – 16-21 с.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике // Сахарный диабет. 2010. № 3.

ОСТЕОАРТРОЗ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Анциферова Е.Ю., Страхова Н.В., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: проф., д.м.н. А.А. Зуйкова

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Остеоартроз и гипертоническая болезнь - заболевания, характеризующиеся огромным медико-социальным значением, и представляющие собой серьезную терапевтическую проблему для лечащих врачей [1,2]. Данные коморбидные состояния несомненно влияют не только на

течение и прогрессирование каждой нозологии, но и на выраженность тревожно-депрессивного синдрома и показателей качества жизни в целом [3,4].

Целью работы являлось провести сравнительный анализ качества жизни, степени выраженности тревожно-депрессивного синдрома, а также изменений в углеводном и липидном профилях между пациентами с остеоартрозом и гипертонической болезнью и лицами с отдельной нозологической формой.

Материалы и методы. Материалом для исследования стало обследование 54 пациентов в возрасте от 47 до 79 лет ($64,5 \pm 11,1$), среди которых лиц мужского пола - 12(22,2%), женщин - 32(77,8%). Все больные разделены на 3 группы: в 1 группе, основным диагнозом которой является - остеоартроз. Во 2 группе, где преобладающей нозологией стала гипертоническая болезнь, 16 человек и, наконец, 3 группа пациентов с коморбидной патологией - остеоартроз и гипертоническая болезнь, составляет 23 человека.

Были проведены антропометрические измерения с вычислением индекса массы тела (ИМТ) и определением степени ожирения. Дополнительно использованы - индекс Lequesne, визуальная аналоговая шкала (ВАШ), рентгенологические критерии стадий остеоартроза (J. Kellgren, J. Lawtence), индекс Charlson, опросники SF-36 и HADS.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакетов прикладных программ SPSS Statistics 20.0. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Сравнение I и III групп пациентов, у которых наблюдается остеоартроз, показало, что деформация суставов наблюдалась у всех пациентов с различной степенью выраженности. При этом рентгенологические изменения у 23 человек соответствовали II стадии(60,5%), у 8 пациентов - I стадии(21,05%), у 6 больных - III стадии(15,7%),наконец, лишь у 1 человека отмечалась IV стадия(2,75%). В обеих группах чаще всего поражался коленный сустав(42,1%).

Оценка выраженности боли проводилась по шкале ВАШ, результаты которой показали, что болевой синдром наиболее выражен в III группе пациентов и составил $51,7 \pm 18,9$ мм., в I группе значительно меньше- $27,7 \pm 16,2$ мм.

Интерпретация результатов лабораторных исследований наглядно отразила, что у пациентов с остеоартрозом отмечается повышение лишь показателей липидного спектра - ОХС, ЛПНП, ЛПВП. Исследование изменений анализа крови у больных III группы продемонстрировало повышение у них только ЛПНП и ЛПВП. И только для

пациентов с гипертонической болезнью характерно стойкое повышение исследуемых показателей - глюкозы, креатинина, всех показателей липидного спектра.

Анализ шкалы тревоги и депрессии HADS отразил, что пациенты с остеоартрозом больше подвержены тревоге в субклинической стадии. У пациентов II и III исследуемых групп отмечаются субклинически значимые и тревожные, и депрессивные расстройства, с большей выраженностью симптоматики у больных с сочетанной патологией.

Полученные данные опросника качества жизни SF-36 свидетельствуют о том, что во всех исследуемых группах отмечается снижение показателей духовного и физического здоровья. У пациентов с коморбидной патологией данные изменения являются наиболее выраженными. Показатели GH, PF, SF, MN соответствуют среднему уровню качества жизни (диапазон значений от 40 до 60%), в то время как, RP, RE, VT, BP относятся уже к пониженному уровню качества жизни (показатели варьируются от 21 до 40%).

Выводы. У лиц с остеоартрозом и гипертонической болезнью определяется больше факторов риска, чем у пациентов других групп. Тревножно - депрессивный синдром субклинической стадии в равной мере наблюдается и у лиц с сочетанной патологией, и с отдельным кардиоваскулярным заболеванием. Сравнительный анализ больных наглядно показал, большую выраженность и интенсивность боли у лиц с сочетанием нескольких заболеваний.

Список литературы.

1. Шукурова, С.М. Факторы кардиометаболического риска у больных с остеоартрозом / С.М. Шукурова, Г.Н. Каримова, З.Д. Хамроева, М.Ф. Ахунова // Вестник Авиценны. – 2014. - № 2(59). – С. 88-92.
2. Москалева, К.А. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на территориальном терапевтическом участке города Воронеж / К.А. Москалева, Н.В. Страхова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14. - № S2. – С. 79.

3. Страхова, Н.В. Состояние гемодинамики у больных артериальной гипертонией и постинфарктным кардиосклерозом / Н.В. Страхова, О.Н. Красноручкая, Ю.А. Котова // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2016. – Т. 31. - № 1. – С. 47-49.

4. Rahman, MM, Kopec JA, Cibere J, Goldsmith CH, Anis AH. The relationship between osteoarthritis and cardiovascular disease in a population health survey: a cross-sectional study. Br Med J Open. 2013;3(5): e002624. doi:10.1136/bmjopen-2013-002624

АНАЛИЗ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ, И ТИПА ЛИЧНОСТИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ВЛИЯНИЕ ЭТИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ДАННОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ

Бабикова А.Л., Пантеева Е.В., Ведерников А.А.

Научный руководитель: проф. д.м.н. Волкова С.Ю.

Тюменский государственный медицинский университет

Введение. Хроническая сердечная недостаточность в анамнезе у большинства пациентов обуславливает снижение качества жизни, изменение психоэмоционального статуса, в частности в виде тревожно- депрессивных расстройств. Неблагоприятное влияние депрессии и тревоги на качество жизни больных обуславливает снижение их приверженности к терапии. Снижение уровня качества жизни оказывает влияние на патофизиологические изменения сердечно-сосудистой системы. Понятие качества жизни включает в себя главные составляющие: физическое и эмоциональное благополучие больного. Эти показатели более доступны практической медицине, терапевту на приеме. Оценка физического и эмоционального благополучия у больных с ХСН разных возрастных групп представляет большое научное и практическое значение. Возможность коррекции вышеуказанных нарушений в процессе проведения комплексной фармакотерапии является актуальной задачей современной кардиологии.

Цель: Выявления уровня тревоги и депрессии, распространенности типа личности Д (дистрессорный) у амбулаторных пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также их влияние на приверженность пациентов к назначенной терапии качество жизни пациентов. А так же терапии психических состояний, на изменение этих параметров.

Материал и методы. В исследование были включены 114 человек, наблюдающихся на базе ММАУ «городская поликлиника №5» с ССЗ, и сопутствующей ХСН, из них 27,2% мужчин и 72,8 % - женщин, средний возраст – $71 \pm 2,1$ лет. Всем пациентам исходно проведено скрининговое обследование, включающее госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), тест для определения приверженности к лечению, тест на выявление психотипа (DS-14), опросник для определения качества жизни (SF-36). Проведена школа для пациентов с хронической сердечной недостаточностью, и в зависимости от уровня тревоги, депрессии, или совокупности состояний, проведено лечение анксиолитиками (афобазол, пантогам актив), или антидепрессантами (золофт, вальдоксан). И проведена повторная оценка показателей через 4 мес. Статистическая обработка результатов исследования, составление регистров для длительного динамического наблюдения осуществлялись с применением пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007.

Результаты: В основном в группе были представлены пациенты с ХСН 2а – 19,2%, ХСН 1 – 80,8% Согласно опроснику HADS субклиническая тревога выявлена у 23,9 % наблюдаемых, клиническая тревога выявлена у 13,8 % , в основном среди женщин (82,4% от подгруппы). Субклиническая депрессия выявлена у 18,5% пациентов (62% женщин), клиническая депрессия у 13,8 %, также в основном среди женщин (85% от подгруппы). Психотип Д выявлен у 29 пациентов (25,66%), из них 75,8%- женщин. Оценивая приверженность к терапии можно отметить, что среди наших пациентов в основном отмечена высокая – 89,4% и средняя-10,6%.

Выводы: Исходя из полученных результатов, целесообразно продолжить изучение влияния уровня тревоги и депрессии, а так же поведенческого типа личности (психотипа) на течение ХСН, а так же определить индивидуальный подход к лечению и коррекции психологических особенностей, для повышения комплаентности у пациентов с ХСН, в зависимости от индивидуальных психологических характеристик.

В возрастной группе 30-60 лет у 100% женщин уровень тревоги соответствует норме, среди них большее количество женщин имеют высокий (50%) уровень физического, низкий (83%) уровень эмоционального функционирования. В возрастной группе 61-75 лет без тревоги большее

количество женщин имеют средний (48%) уровень физического и низкий (57%) уровень эмоционального функционирования, в 87% случаев наблюдается средний уровень общего состояния здоровья. Среди женщин с субклинически выраженной тревогой имеют средний (43%) уровень физического и низкий (79%) уровень эмоционального функционирования, 64% средний уровень общего состояния здоровья. При клинически выраженной тревоге - средний (40%) уровень физического и низкий (70%) уровень эмоционального функционирования, в 80% средний уровень общего состояния здоровья.

В возрастной группе 76-88 лет без тревоги большее количество женщин имеют средний (61,5%) уровень физического и низкий (46%) уровень эмоционального функционирования, в 85% случаев наблюдается средний уровень общего состояния здоровья. Среди женского пола с субклинически выраженной тревогой большее количество женщин имеют высокий (50%) уровень физического и низкий (83%) уровень эмоционального функционирования, по 33% случаев приходится и на высокий, и на средний уровень общего состояния здоровья. Среди женщин этой возрастной категории с клинически выраженной тревогой большее количество имеют средний (66,6%) уровень физического функционирования, по 33,3% случаев приходится на высокий, выше среднего и низкий уровни эмоционального функционирования. В 100% случаев наблюдается средний уровень общего состояния здоровья.

Список литературы.

1. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья// Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.
2. Напалков Д.А. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания/Н.Ф. Нуралиева, Д.А. Напалков// Вестник РАМН. –2014. –№9-10. –С. 21-26.
3. Разводовский Ю.Е. Депрессия у пожилых пациентов кардиологического стационара: гендерные особенности/ ю.Е. Разводовский, Е.В. Переверзева, О.Н. Нечай, М.О. Вэлком, В.А. Переверзев// Тюменский медицинский журнал.-2016. - Том 18, №2.- С. 3-7
4. Тювина Н.А. Депрессии у больных артериальной гипертензией, осложненной хронической сердечной недостаточностью/ Н.А. Тювина, В.А. Люсов, С.Н. Молчанов, Д.Б. Гаева// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.- 2013.- №2.- С. 56-60.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ II И III ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ В ОТДЕЛЕНИИ КАРДИОЛОГИИ №1 РКБ РД

Байрамова Э.Ф.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Абдулкадырова С.О.

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. Сердечнососудистые заболевания (ССЗ) на сегодняшний день представляют наиболее острую проблему современной медицины, так как смертность от патологии сердца и сосудов стоит на первом месте наряду с опухолями. Наиболее часто встречаемой формой ИБС (около 69-79 % случаев) является стабильная стенокардия напряжения. Распространенность стенокардии напряжения зависит от пола и возраста, в связи, с чем она была выбрана в качестве основной патологии для изучения гендерных особенностей. Так, среди населения в возрасте 45-54 года стенокардию напряжения регистрируют у 2-5% мужчин и 0,5-1% женщин, а в возрасте 65-74 года - у 11-20% мужчин и 10-14% женщин.

Одной из главных причин возникновения стенокардии напряжения у подавляющего большинства больных является атеросклероз коронарных артерий. Также существуют некоронарогенные причины, к которым относят артериальную гипертензию, ГКМП, стеноз устья аорты, анемии, изменения в свертывающей и противосвертывающей системы крови, тиреотоксикоз, а также недостаточное развитие коллатерального кровообращения.

Цели исследования. Целью исследования является анализ гендерных особенностей стенокардии напряжения II и III функциональных классов в отделении кардиологии №1 РКБ РД.

Материалы и методы исследования. В исследование включены истории болезней 34 пациентов (50% женщин, 50% мужчин) с ИБС на базе ГБУ РД «РКБ» отделения Кардиологии №1 с 25.07.2018г. по 25.08.2018г.

Для проведения данного исследования нами была разработана анкета, включающая в себя следующие разделы: возраст, пол, профессия, факторы риска (курение, употребление алкоголя, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, уровень холестерина, наличие психоэмоционального перенапряжения), длительность течения заболевания, результаты ЭКГ, ЭхоКГ, коронарографии.

Результаты исследования. Среди женщин в возрасте от 55 до 80 лет у 10 из 17 выявлена стабильная стенокардия напряжения 2 функционального класса, а у 7 – стенокардия напряжения 3 функционального класса. Среди мужчин в возрасте от 55 до 80 лет у 9 из 17 выявлена стабильная стенокардия напряжения 2 функционального класса, а у 8 – стенокардия напряжения 3 функционального класса.

В зависимости от клинических признаков стенокардии напряжения среди мужчин преобладает клиника типичной стенокардии напряжения, а среди женщин – атипичная.

При анализе длительности заболевания было выявлено у 73% женщин наличие заболевания более 7 лет, а 55% мужчин не более 5 лет.

У 2 из 34 больных, принявших участие в исследовании, выявили употребление алкоголя и курение.

У всех обследованных женщин уровень холестерина находился в диапазоне от 4,2 до 7,9 ммоль/л, а среди мужчин в диапазоне от 4.1 до 7.3 ммоль/л.

При вычислении ИМТ и среди женщин, и среди мужчин выявляется избыточная масса тела.

У 15 из 17 женщин имеется гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертензия 3 степени, выявленная на протяжении 7 и более лет до появления стенокардии. У 12 из 17 мужчин имеется гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертензия 3 степени, выявленная на протяжении 5 лет до появления стенокардии.

83% обследованных женщин часто испытывают стресс, в то время как среди мужчин стрессам подвержены только 48%.

Нарушения проводимости и рубцовые изменения на ЭКГ встречаются гораздо чаще у мужчин (43%), чем у женщин (27%).

При анализе ЭхоКГ у женщин преобладает поражение клапанного аппарата и гипертрофия ЛЖ.

Коронарография была проведена 13 из 34 пациентов (7 женщин, 6 мужчин).

Среди мужчин у 3 пациентов выявлено поражение 3 сосудов и стеноз более 50%, а среди женщин у 6 пациентов поражение 3 сосудов и стеноз более 50 %.

Выводы.

1. Факторы риска (артериальная гипертензия, уровень холестерина, наличие психоэмоционального перенапряжения) преобладают у женщин, чем у мужчин.
2. Продолжительность заболевания стенокардии напряжения II и III функциональных классов больше у женщин, чем у мужчин.
3. На ЭКГ у мужчин, в отличие от женщин преобладают нарушения проводимости и рубцовые изменения.
4. На ЭхоКГ у женщин преобладают поражения клапанного аппарата и гипертрофия ЛЖ.
5. По результатам коронарографии поражение сосудов и стеноз более 50 % преобладают у женщин, в отличие от мужчин.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР ПАЦИЕНТА

Биногорова З.Х., Шемилова М.Р., Куготова А.М.

Научный руководитель: Камбачокова З.А.

Кабардино – Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Жалобы при поступлении: На головную боль, головокружение, шум в ушах, слабость, чувство сердцебиения, боли за грудиной, одышку, особенно проявляющиеся при повышенном артериальном давлении.

Детализация основных жалоб:

Головная боль ноющего характера в области затылка, появляется при повышении артериального давления.

Головокружение и слабость по словам больной присутствуют постоянно, усиливаются при повышении артериального давления.

Шум в ушах - постоянный, не мешает различать отдельные звуки, усиливается при повышении артериального давления.

Сердцебиение, чувство сдавления за грудиной возникают после небольшой физической нагрузки (подъем на 1-2 этаж), проходят после отдыха.

Боли за грудиной сжимающего характера, иррадиируют в левый сосок, ключицу, лопатку, возникают после психоэмоционального напряжения, небольшой физической нагрузки (подъем на 1-2 этаж), снимаются Верапамилем. Так же появляются в ночное время, нарушая сон, купируются Верапамилом.

Одышка смешанного характера, появляющаяся после небольшой физической нагрузки (подъем на 1 этаж), проходящая после отдыха

Исходя из анамнеза жизни можно выделить следующие предрасполагающие факторы для развития сердечно-сосудистой патологии: отягощенная наследственность (отец, бабушка по отцовской линии страдали ИБС, умерли от инфаркта миокарда, брат и дети страдают ИБС), постоянные стрессы и психоэмоциональное перенапряжение, возраст больной — 68 лет, наличие в анамнезе болезней сердца, гипертоническая болезнь с 1999 г.

Вывод: Анализируя данные, полученный при проведении объективного обследования, можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система, так как отмечается некоторое расширение границ относительно тупости сердца влево на 1,5 см. При аускультации тоны сердца глухие. Все это говорит о гипертрофии левого желудочка и аортальной конфигурации сердца.

Предварительный диагноз: Исходя из жалоб больной на сердцебиение, боли за грудиной сжимающего характера, купируемые приемом нитроглицерина, шум в ушах, головные боли, повышенное АД, одышку смешанного характера, возникающую после незначительной физической нагрузки (подъем на 1 этаж), проходящую после отдыха, предполагаем, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система.

Учитывая жалобы больной на головную боль, головокружение, шум в ушах, снижение зрения, чаще связанные с повышением артериального давления, можно сказать, что в патологический процесс вовлечена центральная нервная система.

В связи с жалобами на одышку смешанного характера и сухой кашель по ночам можно говорить о вовлечении в патологический процесс дыхательной системы.

На первое место выходят основные жалобы больной: боли за грудиной сжимающего характера, одышка, головные боли. Они говорят о том, что главной пораженной системой является сердечно-сосудистая. Это подтверждается анамнезом заболевания и анамнезом жизни больной. Из анамнеза заболевания ясно, что заболевание имеет начало в 1999 году, когда на фоне перенесенного психоэмоционального перенапряжения больная впервые стала отмечать вышеописанные симптомы. Заболевание носит прогрессирующий характер, т.к. состояние больной стабильно ухудшается, несмотря на терапию: Энап, Верапамил. В настоящий момент можно отметить очередное ухудшение состояния, что стало причиной госпитализации больной. Из анамнеза жизни выявлено множество предрасполагающих факторов к развитию сердечно-сосудистой патологии: наследственный фактор (отец и бабушка по отцовской линии страдали ИБС, умерли от инфаркта миокарда), постоянные стрессы и психоэмоциональные перегрузки, возраст больной- 68 лет, наличие в анамнезе болезней сердца и повышение АД с 1999.

ЭКГ: Описание: Синусовый ритм, ЧСС 60 в', R1>R2>R3- левограмма, депрессия сегмента ST на 1-2 мм в I, II, AVL, V -V, высокий и широкий T.

Заключение: Ритм нормальный, нормокардия, признаки гипертрофии левого желудочка, ишемия переднебоковых отделов миокарда, трофические нарушения в миокарде. Рентгенограмма грудной клетки от:

Описание: На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции определяется следующее. Трахея расположена по центру. Ключицы расположены симметрично. Ребра имеют косое направление, позвоночник без деформаций. Правый купол диафрагмы на 2 см выше левого. Ткань легких нормальной рентгенологической плотности. Легочный рисунок усилен в центральных отделах. Определяется незначительное расширение корней легких. Тени сосудов верхних долей по диаметру меньше таковых нижних долей. Костно-диафрагмальные синусы свободные. Значительно расширена дуга левого желудочка и достигает точки среднелучичной линии, помимо этого определяется расширение дуг легочного ствола и левого предсердия. Правый

желудочек не увеличен, его тень достигает правой парастернальной линии. Сердце аортальной конфигурации.

Заключение: со стороны органов дыхания патологических изменений не выявлено, определяется гипертрофия левых отделов сердца- сердце аортальной конфигурации.

Ежедневное маниторирование артериального давления выявило его повышение, максимально до 170/90 мм рт ст. Это подтверждает предварительный диагноз: гипертоническая болезнь. Поскольку у больной имеются ел. осложнения и факторы риска: отягощенная наследственность, ГЛЖ, ожирение, ангиопатия, то больной можно поставить III стадию болезни, риск 4.

Т.е. основываясь на вышеперечисленном, можно поставить следующий клинический диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий), НКІ ст. Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит. Двухсторонний деформирующий гонартроз, медленно прогрессирующее течение.

Список литературы:

- 1.Трубников Г.В. «Методические основы познания терапии», Барнаул, 1997
1. Никитин Ю.П. «Все по уходу за больным», Москва, 1999
2. Окорочков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов», Витебск, 1997
3. Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. «Электрокардиография и фонокардиография». М. «Медицина», 1984 г.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Биногерева З.Х., Дадаев М.Х., Кантлокова З.А.

Научный руководитель: Камбачокова З.А.

Кабардино – Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Вопрос особенности патологии ЛОР-органов у лиц молодого возраста актуален и не теряет своего значения в связи с высоким уровнем заболеваемости и обращаемости пациентов к врачам общей практики и оториноларингологам.

Материалы и методы исследования:

Всего было обследовано 165 пациентов в возрасте 15-29 лет .Всех обследуемые по возрасту были разделены на 3 возрастные группы с учетом особенностей статистической отчетности .I группа –подростки (юноши и девушки) в возрасте от 15 до 17 лет (58 человек ,35,1%);II группа – лица мужского и женского пола 18-21 года (79 человек ,46,0%);III группа –молодые люди мужского и женского пола от 22 до 29 лет(28 чел,18,9%);Возрастные группы между собой практически не отличались по гендерному признаку.I группу представили юноши-41,18%,девушки -58,82%,II группа : мужчины -46,81%,девушки -53,19%,III группа : мужчины -49,3, девушки -50,7%В данном исследовании осмотр пациента проводился по стандартной схеме.Исследование околоносовых пазух (ОНП) с помощью ультразвукового сканнера Sinus Echoscop Digital-5,производства фирмы «Otopront» (Германия); проверка слуха шепотной ,разговорной речью ,камертонами ,с помощью тональной пороговой аудиометрии в обычном и расширенном диапазоне частот на клиническом аудиометре фирмы «Simens» SD-50,тимпанометрии и исследования акустического рефлекса на аппарате фирмы «Maico» ST-20.При необходимости проводили лабораторное ,рентгенологическое или комплексное микробиологическое исследование отделяемого из уха ,горла и носа. Заполнялась специально разработанная анкета.Результаты рассчитаны и статистически обработаны,проведен корреляционный анализ ,рандомизация исследования ,рассчитан коэффициент ранговой корреляции .

Результаты исследования:

Острые и хронические заболевания ЛОР –органов диагностируются у 44,93 % молодых людей в возрасте 15-29 лет.В структуре общей ЛОР –заболеваемости у молодых людей на 1-ом месте стоит патология глотки -49,4%, на 2-ом –патология носа и околоносовых пазух -37,2%, на 3-ем-заболевание уха 11,2% и на 4 –ом месте –патология гортани 2,2%.

Среди хронической патологии глотки у молодых людей чаще всего регистрируется хронический тонзиллит – у 10,6% прикрепленного контингента, при этом, простая форма диагностируется – в 88,9%, токсико-аллергическая I-8,0%, токсико-аллергическая II – в 3,1 % случаев; на 2-ом месте – хронический фарингит (у 7,2% прикрепленного контингента); на 3-ем месте – гипертрофия небных миндалин (у 1,18%). В группе хронической патологии носа и околоносовых пазух у молодежи лидирует хронический ринит (у 11,54%), среди которого чаще всего выявляется вазомоторный (46,9%), далее-аллергический (круглогодичный и сезонный), гипертрофический (21,03%) и субтропический (2, 83%). Хроническая патология околоносовых пазух встречается у лиц молодого возраста не так часто -0,19% прикрепленного контингента. В структуре хронической патологии уха (у 0,82%) чаще всего имеют место заболевания слуховой трубы (63,93%), реже – хронический средний отит (24,05%) и хроническая нейросенсорная тугоухость (12,02%).

Адекватное диспансерное динамическое наблюдение за лицами молодого возраста, страдающими хроническими заболеваниями ЛОР–органов, включающее: проведение необходимого комплекса обследований ,регулярных плановых курсов консервативного лечения ,оздоровительных мероприятий и своевременное определение показаний к хирургическому лечению –позволило снять с диспансерного учета в связи с выздоровлением или улучшением 88,8% пациентов с хронической патологией глотки ; 63,59% -с хронической патологией носа и околоносовых пазух ; 50,0%- с хронической патологией среднего уха ; 78,57% -с хроническими заболеваниями гортани ; 1,54% -с хронической нейросенсорной тугоухостью.

В структуре острой оториноларингологической заболеваемости лидирует патология носа и околоносовых пазух (79, 4%). В последнее время имеет место увеличение количества обращений к отоларингологу по поводу острого воспаления околоносовых пазух (с 2013 по 2018 гг. на 64,8%), преимущественно за счет острого гайморита, комплексное лечение которого с учетом клинических и микробиологических исследований, с применением защищенных аминопенициллинов и фторхинолонов ,антигистаминных и муколитических средств ,проведением пункции верхнечелюстных пазух,использованием лекарственных средств для местного лечения и физиотерапевтических процедур –позволяет добиться благоприятного прогноза, повышает эффективность лечения ,сокращает сроки временной нетрудоспособности пациентов на 4-5 дней ,снижает риск развития рецидивирующей формы течения заболевания .

По данным медицинских осмотров, у 14 человек (9% исследуемого контингента) была зарегистрирована хроническая тугоухость, при этом кондуктивная была выявлена в 65% случаев, нейросенсорная – в 10,05% ,смешанная – в 2,78% , минимальная нейросенсорная – в 22 ,17 % . Проведение при этом тональной пороговой аудиометрии в обычном расширенном диапазоне частот, импедансометрии позволили впервые выявить кондуктивную тугоухость в 63 ,1 % , нейросенсорную тугоухость – в 75,8 % МСНТ- в 100%. Причиной развития хронической нейросенсорной тугоухости чаще всего являются разовые или длительные акустические травмы , в частности прослушивание громкой музыки ,частое использование плееров.

Включение в комплексную терапию при всех острых формах ЛОР –патологии современных препаратов растительного происхождения (Тонзилгон ,Синупрет и др.) способствует сокращению срока выздоровления пациента (на 3-5 дней),предотвращает развитие рецидивов .Они могут использоваться при лечении хронической патологии ЛОР –органов, особенно у лиц, состоящих на динамическом диспансерном наблюдении.

Список литературы.

- 1.Зарубин,М.М. Лечение болезней ЛО органов .Новейший справочник /М.М. Зарубин .- М.:Феникс ,2007.-240 с.
- 3.Лучихин, Л.А. Болезни уха ,горла и носа / Л.А.Лучихин .-М.:Эксмо ,2010.-450 с.
- 4.Мчелидзе,Т. Оториноларингологический словарь /Томас Мчелидзе .-М.: Диалект ,ЭЛБИ-СПб,2007.-504 с.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЯХ

Бобоев М. М

Научный руководитель: Мадумарова М.М
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность: В нашей республике в последние годы уделяется большое внимание развитию детского спорта. Задачами медицинского обеспечения спорта являются использование средств физической культуры и спорта для повышения уровня состояния здоровья людей, изучение путей воздействия этих средств на организм и проведение анализа возникающих при этом изменений, как положительных, так и отрицательных. Всё это и определяет большую и всё увеличивающуюся роль, которую играет медицина в развитии физической культуры и спорта.

Цель: оценить состояние здоровья школьников, занимающихся в спортивных секциях.

Материалы и методы: Обследовано 90 школьников в возрасте от 7 до 16 лет, средний возраст детей $12,5 \pm 0,5$ лет, которые были разделены на 3 группы. В 1-ую группу включены школьники, систематически занимающиеся в спортивных секциях - 30, во 2-ую группу - дети, занимающиеся физкультурой только в школе - 30, в 3-ю группу - дети, не занимающиеся физкультурой - 30. В 1-ую группу были включены школьники, занимающиеся в спортивных секциях 3 и более лет. Обследованы следующие показатели состояния здоровья: оценка физического развития, состояние сердечно-сосудистой системы по результатам ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты: Выявлены отклонения от нормы антропометрических показателей: максимальные значения дисгармоничного физического развития с дефицитом массы тела были выявлены у школьников в 3-ей группе и составили 46,6%, во 2-ой группе - 33,3%, в 1-ой группе - 16,6%. Дисгармоничное физическое развитие с избытком массы тела чаще выявлено в 3-ей группе - 36,6 %, во 2-ой - 23,3 %, в 1-ой - 20%. Гармоничное физическое развитие достоверно преобладало у школьников 1-ой группы - 63,4%, во 2-ой - 43,4%, в 3-ей группе - 16,8%. Стандартный ЭКГ скрининг проведен всем, синусовая аритмия выявлена у 74,4% школьников в трёх группах, чаще в 1-ой группе. Учитывая это, обследуемые школьники первой группы были разделены на две подгруппы: 1-ая подгруппа с физиологическими изменениями функции сердца, как следствие адаптации к физическим нагрузкам — 19 (63,3%); 2 подгруппа с патологическими изменениями функции сердца, вызванных чрезмерной физической нагрузкой - 11(36,6%). После физической нагрузки в первой подгруппе спортсменов отмечалась тахикардия с сохранением правильного ритма сердца. В 2-ой подгруппе отмечалась синусовая аритмия, характеризующаяся постепенным учащением и урежением ЧСС. У одного школьника из этой подгруппы отмечалась полная блокада правой ножки пучка Гиса, у двоих неполная блокада правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой левой передней ветви ножки пучка Гиса. При ЭхоКГ у этих спортсменов отмечались такие патологические изменения как гипокинезия стенок, гипертрофия межжелудочковой перегородки.

Вывод: Параметры физического развития у школьников - спортсменов достоверно выше, у большинства отмечается гармоничное физическое развитие. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы с учётом выявленных нарушений требует мониторинга.

БЕЛКОВО-ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ ПРИ АУТОИММУННЫХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Бобоев М. М

Научный руководитель: Мадумарова М.М.
Андижанский государственный медицинский институт

В отчете иммунизации сосудисто-тканевым гомоантигеном в содержании липидов крови возникали отчетливые сдвиги, выявлявшие определенные закономерности. Отмечается увеличение фосфолипидов и НЕЖК после гомоантигенной стимуляции / $P < 0,01$ /. Концентрация свободного холестерина и триглицеридов, начиная с периода гомоантигенной стимуляции и в течение всего периода исследований характеризуются постепенным нарастанием их количества,

достигая своего максимума к концу исследования $P < 0,001$. Со стороны эфиров холестерина проявляются незначительные колебания их количества в период гомоантигенной стимуляции, на 15-е и 30-е сутки после последнего введения антигена. Начиная с 45-ой сутки исследования концентрация эфиров холестерина постепенно нарастает достигая своего максимума на 90-е сутки. Общие липиды характеризуются постепенным нарастанием в течение всего периода исследования $P < 0,001$. Нарушение липидного обмена и колебания отдельных его тестов в начальные периоды сенсibilизации можно рассматривать как одно из проявлений общей реакции организма, возникающей в процессе развития болезни, или защитный механизм сосудистой стенки в ответ на антигенное воздействие, возможно, вызывающего некоторое усиление внутрисосудистого липолиза и увеличение количества гепарина. Увеличение концентрации липидов во второй половине экспериментального аутоиммунного процесса, возможно, происходит из-за понижения активности энзимной сосудистой стенки в результате развития в них дегенеративных процессов. Проведенные исследования показали, что уровень общего белка сыворотки крови начиная после последнего введения гомоантигена и в течении всего периода исследования имеет тенденцию к увеличению его количества, достигая своего максимума на 90-е сутки $P < 0,001$. Это увеличение общего количества белка возможно обусловлено не истинным увеличением протеинов крови, а в определенной степени гиперлипемией [3,5] в результате нарушения образования комплекса холестерина с белками в сторону его усиления. Это дает основание рассматривать изменение синтеза белка как один из компонентов компенсаторной реакции организма обеспечивающий в определенный отрезок времени нормализацию нарушившихся обменных процессов при развитии аутоиммунного атеросклеротического процесса. Возможно, что одним из проявлений изменения биосинтеза белка гомоантигенной сенсibilизации, является появление определенных антигенных изменений в ткани сосудов, которые в свою очередь могут приводить к появлению иммунологических реакции, возникающих в ходе развития атеросклеротического процесса. Следует также учитывать, что усиление синтеза общего количества белка, вероятно тесно связано с увеличением содержания отдельных фракций глобулинов (α, β) в следствии усиленного их синтеза. Со стороны белковых фракций выявлено незначительное уменьшение альбуминов α_1, α_2 глобулиновой фракции, удерживающихся до конца, исследования $P < 0,001$, постепенное увеличение в течение всего периода исследования α, β глобулиновой фракции $P < 0,001$. Относительное или абсолютное уменьшение альбуминов и α_1, α_2 фракции глобулинов, вероятно обусловлено снижением скорости их синтеза печени при сенсibilизации ангиоантигеном. Кроме того уменьшения количества альбуминов, возможно, происходит из-за ускоренного их распада – гиперкатаболическая гипопроотеинемия. Увеличения содержания α, β фракции глобулинов на фоне гипоальбуминемии в ранние стадии гомоантигенной сенсibilизации можно оценить как компенсаторное ускорение их синтеза, вызванное на начальное снижение онкотического давления. Дальнейшее увеличение содержания α и β глобулинов тесно связано с увеличением синтеза противососудистых антител, либо с усиленным образованием неспецифических γ -глобулинов. Исследования выявили следующие изменения со стороны липопротеидов сыворотки крови. После гомоантигенной стимуляции отмечается незначительное увеличение α и уменьшение β фракции, которые вновь возвращаются к фоновому уровню на 15-е сутки исследования после последнего введения антигена. Начиная с 45-го дня исследования концентрации β фракции липопротеидов постепенно увеличивается, а α фракции уменьшается, достигая к концу исследования своих максимумов $P < 0,001$. Изменения липопротеидов разделенных на полиакриламидном геле характеризуются также незначительным нарастанием α фракции продолжающиеся по 60-е сутки исследования $P < 0,02$. Начиная с 75-го дня исследования концентрация (активность) α фракции начинает уменьшаться, с постепенным нарастанием β -фракции, которое достигает своего максимума на 90-е сутки исследования $P < 0,001$. Тенденция к снижению содержания β липопротеидов в первые дни сенсibilизации сосудисто-тканевым гомоантигеном можно объяснить резким повышением концентрации гепарина в крови, активизирующий липопротеиновую липазу, переводящие крупные молекулы липопротеидов в более мелкодисперсные. В основе стойкого повышения содержания β -липидопропротеидов крови в поздние этапы экспериментального аутоиммунного атеросклеротического процесса лежат многие факторы, в том числе нарушения процесса биосинтеза и трансформации липопротеидных комплексов, постоянно происходящего в организме, в результате торможения распада β -липидопропротеидов из-за замедления их кругооборота, понижение активности липопротеиновой липазы, что может быть обусловлена как дефицитом гепарина, являющегося ко-фактором этого фермента, так и наличием его ингибиторов.

Выше сказанное свидетельствует о том, что липопротеиновый спектр крови повышается вследствие тех же причин, которые вызывают гиперхолестеринемию и гипертриглицеридемию, поскольку большая часть этих компонентов входит в состав β – липопротеидов. Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что повышенный по сравнению с нормой уровня свободного холестерина, триглицеридов, общего белка сыворотки крови, сдвига в белковых фракциях и β - липопротеидов, прежде всего об ускоренном эндогенном их синтезе при аутоиммунном атеросклеротическом процессе.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИЙ HCV В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Бобоев М. М

Научный руководитель: Мадумарова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Во многих регионах мира складывается неблагоприятная ситуация по парентеральным вирусным гепатитам (ВГ). По данным ВОЗ, в мире количество инфицированных вирусом гепатита С (HCV) составляет не менее 500 млн. человек, при этом более 170-200 млн. из них являются больными хроническим гепатитом С (ХГС) (5,6,7). Маркеры HCV - диагностированы у 1-3% населения земного шара. В США HCV инфицировано более 4 млн. человек. Эпидемиологическая ситуация по вирусному гепатиту С в Узбекистане также не спокойная (1,23*4,7). Страдающие HCV - инфекцией являются основной причиной развития хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. При этом в 60-70% случаев и более исходы данной инфекции, развивающиеся в поздние сроки (спустя 15-25 лет после инфицирования) являются причиной смерти больных. Отсутствие до сих пор специфической профилактики гепатита С, известные сложности лечения определяют сложность и актуальность данной проблемы медицины (9,12,15).

Цель исследования.

Установление широты распространения ВГС и его генотипов среди здоровых детей и взрослых, а также разных групп риска в г. Андижане относящиеся, как и вся Ферганская долина к гиперэндемической зоне по заболеваемости вирусными гепатитами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Под наблюдением находились 977 человек (570 взрослых и 402 детей) составляющие 4 группы. В I группу вошли 260 практически здоровых детей в возрасте от 1 до 14 лет организованные в детские ясли, сады и школы. 2-ю группу составили 104 практически здоровых взрослых, в возрасте 18-50 лет. 3-ю группу составили 471 кадровые доноры постоянно сдающие кровь в станцию переливания крови, г. Андижана. В 4-ю группу вошли 142 детей - пациенты реанимационного отделения, находящиеся там с тяжелыми формами ОКИ, сепсиса и других заболеваний. Обследованные дети и взрослые в указанных выше группах отрицали в анамнезе перенесенные парентеральные вирусные гепатиты.

У всех наблюдаемых наряду с общеклиническими обследованиями проведенного стандартного набора лабораторных исследований, определяли антитела к гепатиту С (анти- HCV) методом иммуноферментного анализа (ИФА)- 3 поколения.

С целью изучения распространения различных генотипов ВГС в г Андижане была проведена индикация РНК ВГС методом RT-PCR в сыворотках крови, положительных на анти ВГС с последующим генотипированием выделенных образцов РНК ВГС (лаборатория НИИ иммунологии г.Ташкент). Исследовано 80 образцов по 20 образцов с каждой обследованной группы.

Результаты обследования и их обсуждение.

Результаты исследования показали, что в 1- группе практически здоровых детей анти HCV обнаружены у 14 (53%) а среди обследованных здоровых взрослых у 7 (6,6%).

Среди кадровых доноров анти HCV выявлены у 90 лица среди больных реанимационного отделения, относящиеся к группе высокого риска анти - HCV выявлен больше всех у 36(25.3%).

Результаты изучения генотипов ВГС показали, что наибольшее разнообразие генотипов ВГС отмечены в группе пациентов реанимационного отделения, где у 70,0% выявлен генотип 1 и почти равномерно выявлялись генотипы 1а, 2а. 3а (соответственно: 10,5; 8,5 и 11%). А среди кадровых доноров генотип 1в выявлен в 80,0%, генотипы 1а соответственно – 9,5 и 10,5%.

Среди здоровых детей и взрослых были выявлены только 2 генотипа. Преобладающим генотипом у них был 1в (80,0% и 90,0% соответственно). Генотип 1а встречался реже (20,0 и 10% соответственно).

Выводы.

1. У пациентов с риском парентерального инфицирования выявлена высокая частота обнаружения анти - ВГС.

2. Наиболее высокие показатели выявляются у часто болеющих детей, пациентов реанимационного отделения, взрослых кадровых доноров и сравнительно низкие у практически здоровых детей и взрослых.

3. Высокий уровень носительства и многообразие генотипов ВГС объясняется множественностью источников инфекции, проведенными у них большого количества парентеральных манипуляций, включая переливания крови и ее препаратов по сравнению с группами практически здоровых детей и взрослых.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В НЕЙТРОФИЛАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В У ДЕТЕЙ

Бобоев М. М

Научный руководитель: Мадумарова М.М

Андижанский государственный медицинский институт

Между лейкоцитами периферической крови и печенью в физиологических и патологических условиях существует тесная взаимосвязь. Состояние метаболизма лейкоцитов периферической крови может отражать степень нарушения обменных процессов в организме.

Цель исследования

Изучить морфофункциональные изменения ферментов в нейтрофилах периферической крови при вирусном гепатите у детей.

Материалы и методы

У 88 детей больных ВГВ была одновременно исследована активность СДГ, ЛДГ, Г-6-ФДГ и α -ГФДГ, которые связаны с разными видами обмена - гликолизом, синтезом жирных кислот, пуринов, пиримидинов, холестерина, стероидов.

Обследования больных проводились на фоне общепринятой базисной терапии с учетом степени тяжести течения и периода болезни. Диагноз установлен на основании клинико-эпидемиологических, биохимических и серологических данных. На ИФА определялись HBsAg, HBcAg, анти - HBc IgM и анти - HBc, на ПЦР определены ДНК HBV.

Результаты

Результаты проведенных цитохимических исследований сопоставлялись с данными обследования 50 здоровых детей, служивших контролем. В разгаре заболевания (I-II декада) отмечено изменение активности ферментов в зависимости от тяжести течения ВГВ. При легкой форме ВГВ (у 15 – 17%) выявлено повышение активности ЛДГ, Г-6-ФДГ и α -ГФДГ, при одновременном понижении активности СДГ ($P < 0,001$). При среднетяжелой форме заболевания (у 46 -52,2%) и особенно при тяжелых формах (у 11 -12,5%) наблюдается статически достоверное угнетение активности СДГ и Г-6-ФДГ и α -ГФДГ ($P < 0,001$). Наряду с этим возрастала активность ЛДГ.

Стойкое и глубокое снижение активности дегидрогеназ (менее 50% от контроля и даже до нулевого уровня) было выявлено у 6 больных (6,8%) с фульминантной формой ВГВ, осложнившейся ОПЭ.

Полное подавление дегидрогеназной активности в нейтрофилах (до 0) отмечено в случаях, закончившихся летальным исходом (у 4-х детей). При угасании клинических симптомов (III - IV декада) выявлена тенденция к повышению активности СДГ, α -ГФДГ, Г-6-ФДГ и снижение - ЛДГ ($P < 0,05$). В период реконвалесценции (V - VI декада) данные показатели приближались к границам нормы, а к VII-VIII декаде - нормализовалась активность ЛДГ.

Сопоставляя полученные данные, можно сделать заключение, что при ВГВ резко нарушается аэробный путь превращения углеводов (СДГ), страдает α -глицерофосфатный (α -ГФДГ) и пептозофосфатный (Г-6-ФДГ) шунты, а также компенсаторно, в силу принципов

обратной функциональной связи активизируется гликолиз (ЛДГ). Это свидетельствует о резких сдвигах энергообмена, приводящих к накоплению лактата и метаболическому ацидозу, стойкому снижению активности дегидрогеназ - прогностический неблагоприятный показатель течения ВГВ.

Обсуждение

Таким образом, состояние метаболизма лейкоцитов периферической крови может отражать степень нарушения обменных процессов в организме. Изученные цитохимические тесты, отражающие течение ВГВ могут быть использованы для оценки степени тяжести заболевания и эффективности проводимой терапии и прогноза заболевания.

Выраженные сдвиги в метаболизме нейтрофилов периферической крови выявлены при ВГВ. Нормализация показателей метаболизма нейтрофилов отмечена лишь к 5-6 й декаде заболевания, явно отстающая от темпов клинического выздоровления, и главным образом при легкой форме болезни. Низкий уровень МП О, КБ, Г -6-ФДГ при относительно удовлетворительном состоянии является прогностическим неблагоприятным критерием, указывает на нарушение процессов восстановления важного звена в единой цепи неспецифической резистентности организма.

Результаты исследования НСТ - теста у детей больных ВГА и ВГВ, независимо от степени тяжести заболевания, как в разгар заболевания, так и в период реконвалесценции не превышали контроля ($P>0,05$). При наличии у больных ВГА и ВГВ с сопутствующей патологией (хронический бронхит, ринит, лакунарная ангина, пневмония, остеомиелит, пиелонефрит), осложнившие течение болезни, выявлено статистически достоверное повышение НСТ - теста ($T^*<0,001$) в разгар заболевания с последующим снижением показателей в период реконвалесценции.

Выводы

1. На основе полученных данных можно предположить, что изменения метаболизма нейтрофилов обусловлены инфекционно - токсическим влиянием, действием возбудителя на мембраны и органоиды клетки.

2. Изученные нами тесты характеризуют состояние важного метаболического звена, с которым связаны защитные бактерицидные функции нейтрофилов.

3. Они могут служить дополнительными критериями оценки степени тяжести течения и эффективности проводимой терапии, имеют определенное диагностическое и прогностическое значение.

РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ ГОШЕ 1 ТИПА

Ботвиненко В.С.

Научный руководитель: доцент, к.б.н. Колдаева Е.В.

Кировский государственный медицинский университет

Болезнь Гоше является орфанным заболеванием, это наиболее часто встречающееся наследственное заболевание, которое характеризуется накоплением глюкоцереброзидов в клетках системы фагоцитирующих мононуклеаров. Болезнь относится к болезням группы накопления. Для болезни Гоше характерна фенотипическая гетерогенность, тяжесть заболевания варьирует [3]. Распространенность в популяции составляет от 1:40000 до 1:60000 у представителей всех этнических групп; наибольшая распространенность заболевания достигается в популяции евреев-ашкенази 1:450 [5]. Болезнь Гоше наследуется по аутосомно-рецессивному механизму [2]. Ген болезни Гоше расположен на длинном плече хромосомы 1 в локусе q21 -1q21 [1]. Выделяют 3 типа заболевания, Тип 1 - наиболее частый клинический вариант болезни Гоше и встречается как у детей, так и у взрослых. Средний возраст больных в момент манифестации заболевания составляет от 30 до 40 лет [5]. Пациенты с данным заболеванием являются участниками государственной программы «7 нозологий», согласно которой пациенты с 7 наиболее редкими заболеваниями, могут рассчитывать на бесплатное обеспечение жизненно важными препаратами [4].

Цель и задачи: Изучить клинические проявления и течение болезни Гоше 1 типа в зрелом возрасте у пациентки М.

Материалы и методы: нами проанализированы жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, данные объективного осмотра пациента. Диагноз был подтвержден в ходе наблюдений в ГБ№15 Санкт-Петербурга (18.06.2006 года).

Результаты: 18.06.03 Пациентке М. выставлен диагноз гиперспленизм, метроррагия, рецидивирующие носовые кровотечения. Во время госпитализации в клинику акушерства и гинекологии в возрасте 25 лет пациентки М. по поводу первых срочных родов была выявлена спленомегалия (8*8 см), анемия (Hb 62г\л), тромбоцитопения ($80 \cdot 10^9/\text{л}$). На дородовом отделении осмотрена гематологом, изменения ОАК рассматривались как анемия беременных, тромбоцитопения иммунного генеза. Роды осложнились гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде, разрывании шейки матки 1 степени с двух сторон, проводилось ушивание разрывов, трансфузионной эритроцитарной массы. Ребенок родился здоровым. Пациентке М. гематологом назначена терапия преднизолоном. В возрасте 26 лет выполнена спленэктомия (25*20см). Нормализация показателей клинического анализа крови. Сохраняется гепатомегалия (24,5*12,9 см)

Наблюдалась у гематолога. В миелограмме, в возрасте 28 лет, - нормоклеточный пунктат, выявлено 6,8% клеток Гоше. Диагностирована болезнь Гоше 1 типа. В ходе генеалогического исследования не выявлено евреев-ашкенази. При сборе семейного анамнеза симптомов болезни Гоше не обнаружено. Молекулярно-генетического анализа проведено не было. Проводилась гемотрансфузионная терапия. По данным ферментативного исследования диагноз подтвержден. (Активность В-D-глюкозидазы 2,7 нмоль/4мУФ\мг белка\час активность хитотриозидазы 13641,2 нМ\мл\час). По данным УЗИ органов брюшной полости печень увеличена (КРВ 16,4 см). Правосторонний нефроптоз 1-2 степени. На рентгенограммах бедренных костей - типичная булавовидная деформация. В возрасте 28 лет началась заместительная терапия препаратом Cerezyme, доза: 3200ЕД. После 2 курса заместительной терапии снижение дозы до 2800 ЕД. Пациентка М. с 2006 года и по настоящее время регулярно (2раза в месяц в\в) применяет препарат Имиглуцераза (Церезим).

Состояние пациентки М. стабилизировалось: в ходе исследования 06.02.2008 печень не увеличена, КВР 141мм, структура однородная, среднезернистая, изоэхогенная, очаговых образований нет. Селезенка удалена. На рентгенограммах бедренных костей от 19.03.2008 умеренно выраженное булавовидное утолщение.

Клинические проявления болезни Гоше соответствовали описываемым в литературе.

Вывод: На сегодняшний день метод фермент заместительной терапии является основным лечением болезни Гоше. Данный метод изменил качество жизни пациентки М., теперь она обычный здоровый человек с полноценной жизнью. В перспективе переход от внутривенного введения препаратов на таблетированную форму (Церестел). Пациентка М. является участником государственной программы «7 нозологий». Согласно которой обеспечивается лечением с 03.11.06 года по приказу Минздравсоцразвития России №1047н.

Список литературы.

1. Белоусов, Ю.Б. Орфанные болезни и орфанные лекарства / Ю.Б. Белоусов // Семейная медицина и общая терапия. — 2009. № 20 -С. 59-60.
2. Букина, Т.М. Болезнь Гоше: патогенез и клинические проявления / Т.М. Букина, А.А. Басистова, М.Б. Белогурова и др. // Вопросы гематологии, онкологии и иммунологии в педиатрии. — 2008.-№4.- С.36-42.
3. Гундобина О.С., Гольцова Н.В. Диагностика и лечение болезни Гоше у детей. Клинический пример // Доктор.Ру. -2011.-№2(61).-с.32-36.
4. Давыдова А.В. Сибирский медицинский журнал / А.В.Давыдова // Лизосомные болезни накопления: Болезнь Гоше. -2009. -Т88. -№5. -с.9-14.
5. Межрегиональная Благотворительная Общественная Организация инвалидов «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям». «Первый Российский журнал о людях с редкими болезнями». -2014.-№4.-с.32-36

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

Бочарова А.А., Котова Ю.А., Шевцова В.И.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

На сегодняшний день сахарный диабет 2-го типа является наиболее распространенным эндокринологическим заболеванием. Количество больных с каждым годом неуклонно растет. По состоянию на 2016 год в нашей стране зарегистрировано 11 миллионов человек, страдающих данным заболеванием. Российская Федерация входит в пятерку стран-лидеров по заболеваемости сахарным диабетом [3].

У больных сахарным диабетом возникают нозогенные психологические изменения, в том числе такие эмоциональные реакции, как страх, гнев, тревога, появляются замкнутость, обеднение контактов с людьми, пассивность, усиливается тревожность, страх негативного отношения со стороны других, страх перед тяжелыми осложнениями сахарного диабета [1,2,5].

Изучение психологической картины пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа очень важно, так как отношение больного к своему заболеванию напрямую связано с дальнейшим течением болезни и успехом в терапии [6].

Цель исследования – изучить типы отношения к болезни у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, изучить их психологическое состояние.

Материалы исследования. В исследование было включено 32 пациента, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, среди которых 22 женщины, средний возраст которых составил 66,4 лет, и 10 мужчин, средний возраст – 55,2 лет.

Для диагностики типов отношения к болезни был использован личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), который разработан с целью определения типов отношения к болезни у больных хроническими соматическими заболеваниями сотрудниками Института им В.М.Бехтерева [4].

Выраженность тревоги и депрессии оценивалась в баллах с помощью шкалы Hospital Anxiety and Depression scale (HADS).

Полученные результаты. Установлено, что среди опрошенных в 15,6% случаев отмечались эргопатический и апатический типы, в 12,5% случаев – паранойяльный и тревожный типы, несколько реже встречались гармоничный, ипохондрический и анозогнозический типы (по 9,4%) и значительно реже – сенситивный (6,3%), неврастенический (3,1%), эргоцентрический (3,1%), эйфорический (3,1%).

Необходимо отметить, что лишь у 53,1% опрошенных был диагностирован один доминирующий тип отношения к болезни.

В тех случаях, когда в структуре внутренней картины болезни присутствовали два типа отношения к болезни (46,9%), чаще всего наблюдалась комбинация с неврастеническим (35,3%) и ипохондрическим (17,6%), реже с апатическим (11,8%) типами.

При тестировании пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа при помощи госпитальной шкалы HADS было выявлено, что доля пациентов, не имеющих признаков тревоги и депрессии, составила всего 21,9% (71,4% мужчины и 28,6% женщины). Субклинически выраженная депрессия наблюдалась у 28,1%, а клинически выраженная – у 34,4% обследованных. Исходя из этого, симптомы депрессии различной степени выраженности были выявлены у 62,5% пациентов. Субклиническая тревога выявлена у 31,3%, а клинически выраженная – у 15,6% обследованных. Суммарно тревога различной степени выраженности была диагностирована у 46,9% пациентов. Абсолютное большинство больных с различно выраженным уровнем тревоги и депрессии – женского пола (80%).

Установлено, что у пациентов с повышенным уровнем депрессии (по результатам шкалы HADS) чаще отмечались такие типы, как тревожный, апатический, ипохондрический, эргопатический, сенситивный.

У пациентов с низким уровнем депрессии – анозогнозический, эргоцентрический, паранойяльный.

В анамнезе 75% обследованных имеются данные об осложненном течении сахарного диабета 2 типа (ангиопатия, нейропатия, ретинопатия). У данных пациентов наиболее часто диагностировались такие типы отношения к болезни, как апатический, тревожный, паранойяльный и ипохондрический.

Выводы. Анализ результатов данного исследования сделал возможным выявить определенные психосоматические взаимосвязи между наличием тревожно-депрессивных расстройств пациентов и типов их отношения к болезни.

Выводы. Наиболее часто встречающимися типами отношения к болезни у пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, были: эргопатический (15,6%), апатический (15,6%), паранойяльный (12,5%) и тревожный (12,5%). При повышенном уровне депрессии характерными типами стали: тревожный, апатический, ипохондрический, эргопатический и сенситивный; при низком – анозогнозический, эргоцентрический и паранойяльный. У пациентов с осложненным течением сахарного диабета наиболее часто встречались такие типы отношения к болезни, как апатический, тревожный, паранойяльный и ипохондрический. Зная особенности внутренней картины болезни, психологический статус каждого пациента, принятие или непринятие своего состояния, возможности адаптации, лечащий врач может выбирать и корректировать свой подход к общению с пациентом и рассчитывать на удовлетворительный результат.

Список литературы.

1. Бобров, А.Е. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа / А.Е. Бобров, М.Н. Володина // РМЖ №1 от 27.02.2018. – С.28-33.
2. Гутова, Т.С. Психологическое исследование особенностей отношения к болезни у мужчин и женщин, больных сахарным диабетом 2 типа / Т.С. Гутова // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. - 2015. - №1 – С. 144-147
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. - 2016. №2. - с. 104-112
4. Личко А.Е. Личностный Опросник Бехтеревского института // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Ленинград: Медицина, 1983. - С. 14
5. Сницер, Ю.С. Психологические особенности больного сахарным диабетом / Ю.С. Сницер // Молодой ученый. – 2016. - №8.4. – С.8-10
6. Петрова, М.М., Рачко Т.А. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом / М.М. Петрова, Т.А. Рачко // Бюллетень сибирской медицины. - 2006. - №4. – С. 144-147

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ФУТБОЛЬНОЙ КОМАНДЫ В ПРЕДСОРЕВНОВАТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ГОДИЧНОГО ЦИКЛА С ПРАКТИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ПО КОРРЕКЦИИ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА

Брынцева Е.В., Куприянова Н.Ю.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Гаврилова Е.А.

Врачебно-физкультурный диспансер Красногвардейского района

Введение. Совершенствование оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы на данный момент является основным фактором для повышения эффективности тренировочного процесса и роста спортивных результатов. Именно от адекватной адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам зависит работоспособность мышечной системы [2]. Наиболее используемыми в практике спортивного врача являются показатели анализа variability сердечного ритма (ВСР).

Для оценки ВСР используют метод ритмокардиографии (РКГ). Он позволяет индивидуально измерить соответствие физических нагрузок функциональному состоянию организма спортсмена [1].

Таким образом, цель данного исследования – это оценка функционального состояния спортсменов в предсоревновательный период годичного цикла с помощью РКГ.

Материалы и методы. Для изучения функционального состояния организма спортсменов были включены 20 футболистов (18-23 года) одной из любительских команд г. Санкт-Петербурга. Статистическая обработка ВСР проводилась с помощью программы Cardiomood, а съем происходил датчиками Polar H10.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования спортсмены были разделены на три группы: хорошо тренированные – 11 человек, средний уровень тренированности – 5, перетренированные – 4 человека. Средняя ЧСС 69 ударов в минуту и средний индекс напряжения по команде 59,8.

Также спортсмены были разделены по группам, предложенным Н.И.Шлык. 1 группа характеризуется неустойчивостью вегетативной реактивности и низкими адаптивными возможностями кардиорегуляторных систем. У этой группы гиперкинетический тип кровообращения, что приводит к большему напряжению адаптационных механизмов и рассматривается многими авторами как патологический [3] с более высоким риском перетренированности. К этой группе были отнесены 3 спортсмена, 2 из которых отнесены к среднему уровню тренированности и 1 перетренированный.

3 группа по Шлык у спортсменов отражает нормальный уровень тренированности. У таких спортсменов регуляторные системы более устойчивы к выполнению физических нагрузок благодаря эукинетическому типу кровообращения, который является наиболее благоприятным при адаптации к тренировкам и способствует повышению работоспособности [3]. К этому типу отнесено 17 спортсменов.

При динамическом анализе ВСР у одних и тех же игроков установлен важный факт, что за три года систематических занятий футболом игроки I группы так и не приблизились по показателям ВСР к игрокам III группы. Полученные результаты анализа ВСР свидетельствуют о наличии разной устойчивости организма юных спортсменов I и III групп к однотипным физическим нагрузкам. Тренер должен знать об индивидуально-типологических особенностях организма спортсменов I и III групп и с учетом этого планировать физические нагрузки.

У большинства игроков (у 14 из 20) присутствует напряжение регуляторных систем. То есть тренировка проходит не на функциональном резерве организма, а на морально-волевых качествах (спортсмен заставляет себя тренировать, несмотря на истощение). Это хорошо видно по активности гуморальных волн (VLF в прил.2), которые у команды составляют в среднем 43,4% при относительной норме до 30%. Это говорит об истощении функциональных резервов организма.

Волны, отвечающие за выносливость, в целом по команде снижены до 20% при норме более 30% у 17 игроков. Необходимо изменить структуру тренировок. На 2 недели ввести режим ОФП со снижением нагрузок на 50% от настоящей. Дополнительно игрокам необходимо принимать фармакологическую поддержку.

Выводы. Индекс напряжения регуляторных систем по Баевскому соответствует норме для здоровых лиц, но у спортсменов высшего эшелона обычно находится в значении до 40. Индекс напряжения больше 100 выявлен у 3х спортсменов, что косвенно свидетельствует о перетренированности спортсменов.

Практические рекомендации на основе анализа данных ритмокардиографии.

1. В структуре тренировочного процесса должны присутствовать разминка и заминка в виде бега в среднем темпе в течение 15 минут. Это способствует повышению функционального резерва организма.

2. Наиболее эффективными методами тренировки для этой команды являются интервальный, на втором месте – переменный и на третьем – повторный.

3. Для четкого понимания лучшего метода тренировок необходим повторный съем ритмокардиограммы в начале подготовительного периода и через 8 недель с предоставлением плана тренировок исследователю.

4. Необходимо сочетать микроциклы развивающего (12-15 дней) и поддерживающего (3-5 дней) характера. Направленность развивающего микроцикла должна быть в определенного последовательности: аэробная, смешанная, алактатная, гликолитическая, смешанная. Поддерживающий микроцикл должен быть аэробной направленности. (Для контроля за уровнем нагрузок во время тренировок необходимо использование современных пульсометров).

5. Перетренированные спортсмены нуждаются в отстранении от тренировок на 2 недели, далее постепенное восстановление тренировок в течение 1 месяца.

6. Спортсмены с 1 типом по Шлык имеют большую вероятность возникновения перетренированности, у них более низкие показатели выносливости, их организму требуется большие метаболические и энергетические затраты. Их необходимо чаще менять и выводить на конкретные моменты игры.

Список литературы

1. Гаврилова Е.А. Ритмокардиография в спорте: монография. — СПб: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. — с. 16-21.
2. Захарова А.А., Махарова Н.В., Пинигина И.А., Халыев С.Д.

Вариабельность сердечного ритма как показатель адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся спортом,

Acta Biomedica Scientifica. 2007. № 3. с. 83-84.

3. Шлык Н.И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков, спортсменов. Ижевск: Удм. ун-т, 2009, с. 140-145

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Волоцкая Н.И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бессалова Е.Ю.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского

Сосудистые заболевания мозга являются актуальной медицинской и социальной проблемой, в 20% приводящей к потере трудоспособности и инвалидизации населения [1]. Среди них одно из первых мест занимают острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Направленное выявление факторов риска позволит усовершенствовать профилактические методы и существенно снизить заболеваемость ОНМК, а также повысить качество жизни больных, перенесших церебральный инсульт [2]. Цель исследования: Оценить роль социальных факторов и образа жизни у больных ОНМК.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни больных ОНМК на базе первичного сосудистого отделения ГБУЗ РК "Симферопольская городская клиническая больница №7". Изучали частоту встречаемости немодифицируемых факторов, таких как наследственность, пол, возраст, и модифицируемых - нарушение питания, ожирение, вредные привычки, образование, профессия, метаболические заболевания - сахарный диабет, артериальная гипертензия. Статистическую обработку данных проводили согласно общепринятым методам описательной статистики, используя ПО MS Excel 2016.

Результаты: В структуре исследуемой совокупности выявлена встречаемость заболевания у 5 % лиц младше 40 лет, 39% случаев выявлено у лиц в возрасте 41-60 лет, 58% случаев у лиц старше 60 лет. Среди трудоспособных пациентов ОНМК встречаются чаще у мужчин, в 63,5% случаев, чем у женщин - 36,5%. Установлена встречаемость ОНМК у пациентов в возрасте старше 61 года - у женщин 51%, у мужчин - 49%. Наиболее значимым среди модифицируемых факторов установлена артериальная гипертензия. Прямая, статистически значимая корреляционная связь установлена у пациентов всех возрастных категорий между уровнем САД и ДАД и развитием нарушений мозгового кровообращения ($r = 0,68$, $p=0,03$). Роль же наследственности, как общеизвестного не модифицируемого фактора риска, не была установлена, т.к. результаты исследования по этому фактору не являлись статистически достоверными. Также опосредованно, становясь причиной дислипидемии, влияют на вероятность возникновения острых сосудистых нарушений головного мозга несоблюдение диеты и метаболический синдром. У 21% обследованных пациентов уровень гликемии превышал норму, как натощак, так и после нагрузки. Стрессовые ситуации также можно отнести к опосредованным факторам риска (у 13% пациентов). Хронический стресс - нагрузки приводят к гиперкатехоламинемии, оказывая как непосредственное влияние гормонов стресса на АД, так и опосредованно, на уровень гликемии, являясь контринсулярными. У 30% пациентов наблюдались вредные привычки, а 24% больных указали на тяжелые условия труда в анамнезе.

Выводы: Данные, полученные в результате исследования, свидетельствуют о том, что структура факторов риска развития ОНМК неоднородна. Выявлено, что в трудоспособном возрасте частота развития ОНМК и, соответственно, риск заболевания выше у мужчин, но, среди пациентов старше 61 года заболеваемость на 6% выше у женщин. Наиболее важным в профилактике инсультов является модификация образа жизни и профилактика метаболических и органических нарушений в организме, а также достижение полного контроля в течении артериальной гипертензии.

Список литературы:

1. Инсульт: принципы диагностики, лечения и профилактики /Под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. – М.: Интермедика, 2002. – 208с.
2. Бельская Г.Н. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебробазилярной системе. / Бельская Г.Н., Лукьянчикова Л.В.// Журнал неврологии и психиатрии. – 2013; – № 2. –С. 24-28.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2014 ПО 2017 ГОДЫ

Гаджикулиева М. Н., Капитула Г. Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Основными причинами смертности от неинфекционной патологии в современном мире являются сердечно-сосудистые, онкологические и цереброваскулярные заболевания. На 2017 год первое место в структуре общей смертности в России занимает ишемическая болезнь сердца (25,03%), на втором месте – онкологическая патология (15,43%), на третьем – цереброваскулярные заболевания (14,51%). Более того, ожидается, что вследствие демографического старения населения и недостаточного контроля основных факторов риска количество пациентов с инсультом будет увеличиваться.

Интерес к выяснению причин цереброваскулярных заболеваний (особенно инсультов) у молодых больных, связан с тем, что этиология их заболеваний отличается от причин больных пожилого возраста, и часто остается невыясненной. Частота инсультов в молодом возрасте колеблется, согласно данным различных исследований, от 2,5 до 10% всех инсультов популяции. Также определенное место занимают наследственные сосудистые заболевания.

За последние годы отмечена высокая частота сочетания ОНМК и клинически выраженных депрессий. Депрессия после инсульта, как правило, отличается стойкостью, она регистрируется через год у 30-60% пациентов. Многие авторы отмечают значительный рост инвалидизации и летальности среди больных с выраженной депрессией после инсульта.

Вести статистические наблюдения заболеваемости в каждом отдельно взятом регионе России необходимо для того, чтобы выявить возможные причины цереброваскулярных нарушений, составить прогноз на ближайшие годы, а также, увидеть перспективы развития в лечении некоторых заболеваний.

Материалы: Статистические отчеты Министерства здравоохранения Кировской области за 2014 – 2017 года. Методы: аналитический, аналитико-статистический, синтез связей, обобщение данных, систематизация информации, классификация, публикация полученных данных.

Результаты: Проанализировав данные первичной цереброваскулярной заболеваемости (ЦВЗ) в Кировской области за 2014-2017 год, можно с уверенностью сказать, что:

Показатель первичной заболеваемости (ПЗ) ЦВЗ в 2014 составляла 802,1 (на 100 тыс. населения), после чего ПЗ постепенно увеличивалась до 2015 года. Затем было выявлено резкое снижение ПЗ ЦВЗ до 757,8 в 2016 году. После спада в 2016 году обладает тенденцией к росту.

При сравнении ПЗ населения трудоспособного и старше трудоспособного возраста было выявлено, что у последних обнаружение ЦВЗ в 5,6 раз чаще, чем у трудоспособного населения Кировской области.

По показателям ЦВЗ можно выделить семь основных параметров: субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, инсульт неуточненной этиологии (как кровоизлияние или инфаркт), закупорка и стеноз прецеребральных, церебральных артерий, не приводящее к инфаркту мозга, другие ЦВЗ и последствия ОНМК;

Среди ЦВЗ в Кировской области наиболее частыми являются: инфаркт мозга и внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние.

Пик субарахноидальных кровоизлияний приходится на 2014 год, после чего, их количество уменьшилось на 0,9. Далее мы наблюдаем прирост в течении двух лет в количестве 0,5.

Наибольшее количество внутримозговых и других внутричерепных кровоизлияний приходится на 2015 год - 59,2, после чего мы наблюдаем спад до минимальной точки в 2017 году - до 48,6.

За последние четыре года наблюдаем прогрессирующее снижение количества инфарктов мозга: в 2014 году показатель составлял 334, в 2015 г. - 328,8, в 2016 г. - 317,8, а в 2017 г. - 307,9.

Количество инсультов неуточненной этиологии так же уменьшилось за последние четыре года в 79 раз: В 2014 году - 15,9, затем резкое снижение до 2,4 в 2015 году, после чего количество инсультов продолжало уменьшаться в 2016-2017 гг. до 0,2

За последние четыре года увеличился в 3 раза показатель характеризующий закупорку и стеноз прецеребральных и церебральных артерий, не приводящих к инфаркту мозга.

Так же возрос показатель обнаружения других ЦВЗ таких как церебральный атеросклероз, прогрессирующая сосудистая лейкоэнцефалопатия и т.д.: в 2014 году показатель составлял 5751,1, а в 2017 году - 6064,5.

На основании проведенной работы, можно сделать вывод, что в Кировской области происходит возвращение к уровню 2014 года первичной заболеваемости после скачка в 2015 году, что может быть обусловлено как деятельностью Кировского регионального сосудистого центра (РСЦ), который делает доступной высококвалифицированную помощь больным с ОНМК в Кировской области.

С целью повышения эффективности лечения больных с инсультом в РСЦ необходимо увеличить уровень информированности населения об опасности ЦВЗ и симптоматики данных патологий; с этой же целью необходимы проводить обучающие мероприятия в отношении алгоритмов действия медицинских специалистов «первого контакта» (диспетчерские службы скорой помощи, бригады скорой помощи, врачи первичного звена и т. д.) при обращении пациентов с данной патологией, а также обучать взрослое население визуальной диагностике уже случившегося инсульта.

Кроме того, необходимо повышение доступности и качества процесса реабилитации у больных с ОНМК после выписки из РСЦ, особенно касательно пациентов с выраженными двигательными и когнитивными нарушениями вызванными последствиями ОНМК.

Список литературы:

1. Вишневский А. Г., Андреев Е.М., Тимонин С.А. «Влияние болезней системы кровообращения на демографическое развитие Российской Федерации» Аналитический вестник № 44 2015 стр. 61
2. Ю.В. Кислицын, С.А. Татаренко «Эпидемиология инсультов в Кировской области (по результатам деятельности Кировского регионального сосудистого центра в 2016 году)» Медицинский альманах №50 2017; 22:614.22 (470.342).
3. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. «Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий» Фундаментальные исследования №8, 2012

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНУКЛЕАЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЕ

Гайсанова Р.Д, Мурадова Е.Ю, Головкина Ю.А

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кореньяк Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: В настоящее время, несмотря на достигнутые успехи в лечении и диагностике, глаукома остается одной из актуальнейших проблем в офтальмологии. По данным ВОЗ в настоящее время около 67 миллионов человек страдают от этого заболевания. В России глаукома занимает первое место среди причин слепоты и слабовидения. Большое количество разработанных хирургических методов говорит об актуальности проблемы.

Цель работы: Оценить эффективность трансклеральной лазерциклокоагуляции при неоваскулярной глаукоме на глазах с остаточными зрительными функциями.

Материал исследования: Проведён ретроспективный анализ 25 историй болезни и протоколов операций больных неоваскулярной глаукомой по данным КМХГ СтГМУ за 2015 год.

Методы исследования: Сбор анамнеза и жалоб больного, консультация терапевта, эндокринолога, визо- и рефрактометрия с узким зрачком, измерение ВГД, биомикроскопия

радужки с узким зрачком, осмотр угла передней камеры с узким зрачком, осмотр глазного дна в условиях медикаментозного мидриаза, ОСТ ДЗН, флюоресцентная ангиография.

Выводы: Необходима преемственность в работе офтальмолога, эндокринолога, терапевта с целью раннего выявления неоваскулярной глаукомы.

Проведение трансклеральной лазерциклокоагуляции показано для:

- устранения болевого синдрома,
- сохранения остаточных зрительных функций.
- снижения ВГД,
- сохранения органа зрения с целью эстетической функции.

ПРОБЛЕМА ГИПЕРТЕНЗИИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Галькова И. Ю., Евсеева М. Е., Итальянцева Е. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М. Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Среди всех факторов сердечнососудистого риска артериальная гипертензия (АГ) занимает особое место, т.к. вносит наибольший вклад в показатели смертности и инвалидизации во всем мире [7]. Но даже на современном этапе существуют проблемы с диагностикой АГ на ранних её этапах. Офисные цифры АД слабо связаны с одним из важнейших прогностических факторов - гипертрофией левого желудочка [5,8].

Между тем, ряд работ демонстрирует связь показателей АД во время физических нагрузок (ФН) с поражением органов-мишеней [6,7]. Уже доказано, что неадекватное повышение АД в ответ на нагрузку является неблагоприятным прогностическим фактором СС смертности даже при нормальных офисных цифрах АД [7]. Выделяются прогностически неблагоприятные типы реакции АД и ЧСС на ФН у лиц без АГ. Установлено, что люди с такими типами реакции отличаются высоким риском развития и стабилизации АГ через 4-8 лет [8].

Перспективным является изучение особенностей реакции на ФН у молодых людей с семейным анамнезом, отягощенным по раннему развитию СС заболеваний. Одним из наиболее доказанных и оптимальных способов моделирования нагрузки является велоэргометрическая проба (ВЭМ), которая нашла к настоящему времени широкое применение в клинической практике для выявления ишемической болезни сердца [1,3]. Однако опыт её использования с целью оценки гемодинамических ресурсов на ранних этапах сердечнососудистого континуума практически отсутствует.

Цель. Изучить реакцию на ФН у лиц молодого возраста в зависимости от наличия или отсутствия ОН.

Материалы и методы. В исследование были включены 46 студентов СтГМУ (юношей) в возрасте от 18 до 23 лет, средний возраст $20 \pm 0,2$ года.

Обследование включало опрос и осмотр студентов, антропометрию, анкетирование по ФССР. Учитывались случаи СС заболеваний у близких 1 и 2 линии родства, возникшие до 55 лет у мужчин и 65 лет у женщин. Все обследуемые были разделены на 2 группы: с ОН и без ОН. Индекс массы тела студентов в двух группах сопоставим.

Критерии исключения: заболевания СС, эндокринной и нервной систем, черепно-мозговая травма в анамнезе, профессиональные спортсмены, употребление любых лекарственных препаратов, курение, а также противопоказания к ВЭМ: выраженная близорукость и т. д.

ВЭМ осуществлялась на велоэргометре TUNTURI E-20, запись и обработка данных - с помощью «АПК Валента». ЭКГ регистрировалась во время нагрузки и восстановительного периода в отведениях по Небу. Применялся протокол со ступенчато возрастающей (каждые 3 мин) нагрузкой: 75, 125, 175 Вт [1].

Статобработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6,0.

Результаты и обсуждение. Значения офисного АД у всех обследуемых были в диапазоне до 140/90 мм. рт. ст. У студентов с ОН чаще возникала необходимость в преждевременном прекращении пробы из-за усталости, делающей невозможной продолжение пробы, головокружения, а также из-за чрезмерного повышения АД. (23,9%)

В то же время патологические типы реакции АД по гипертоническому и дистоническому типу наблюдались только в группе с ОН (21,7%). В результате сравнения результатов ВЭМ у студентов с отягощенной наследственностью и без нее оказалось что на первых двух ступенях нагрузки САД практически не различается, но на высоте нагрузки САД выше у студентов с ОН на 9 мм. рт. ст. (разница достоверна). Также достоверно чаще был затянут период восстановления АД после нагрузки в группе с ОН.

Представленные данные говорят о диагностической значимости ВЭМ в аспекте её использования для раннего выявления лиц, чреватых в будущем по развитию стабильной АГ.

Заключение. 1. У студентов с ОН чаще выявляются патологические типы гемодинамической реакции на физическую нагрузку. У студентов группы с ОН ССС хуже приспосабливается к нагрузке, так как их изменения ЧСС и АД разнонаправлены, а адаптация мало или вообще неэффективна.

2. При проведении профилактической деятельности среди такого организованного коллектива, как вузовская молодёжь, следует целенаправленно выявлять в ходе первичных медосмотров и скрининговых исследований лиц с ОН. Именно в этой группе проводить ВЭМ и при выявлении нарушений её гемодинамического обеспечения формировать особую группу риска, предназначенную для дальнейшего проведения комплексной индивидуализированной профилактической программы.

Список литературы

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии. -Москва, 2003.-2-е изд.-296 с. В.П.Лупанов-М.: МЕДпресс-информ, 2007. 3-е изд. перераб. и доп. -328 с.: ил.
2. Вилков, В.Г. Нагрузочные тесты при диагностике артериальной гипертензии. Лекция 2. Проба с физической нагрузкой / В.Г.Вилков // Южно-Российский медицинский журнал. 2016. - № 3-4. - С. 77-82.
3. Глезер Г. А., Москаленко Н. П., Глезер М. Г. Велозргометрическая проба в оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы и почек // Кардиология. — 2013. — № 7. — С. 39—45.
4. Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Никулина Г.П., Батурина М.В., Памукче С.В., Найманова З.Н., Литвинова М.В.Особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста по данным работы центра студенческого здоровья. Артериальная гипертензия, 2010, № 3, том 16, стр.270-277.
5. Alison, T.G. Prognostic significance of exercise-included systemic hypertension in healthy subjects/ T.G. Alison, M.A. Corderio, T.D. Miller et al. // Am O Cardiol. -1999.-№ 83. -P.371.
6. Kjensen, S.E., Mundall R, Sandvik L, Erikssen G, Thaulow Y. Exercise blood pressure predict cardiovascular death and myocardial infarction. Blood Press Monit/ 1997; 2:147-153
7. Lim, P.O. Blood pressure determinats of left ventricular wall thickness and mass index in hypertension: comparing office, ambulatory and exercise blood pressures./ Lim, PO; Donnat PT; MacDonald TM// O Hum Hypertens-2009.-15.-3. 627-33
8. Lauer M.S., Francis G.S., Okin P.M., Pashkow F.J., Snader C.E., Marwick T.H. Im-paired chronotropic response to exercise stress testing as a predictor of mortality // JAMA. 2009. -№281.- P.524-529.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У НИКОТИНЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гаспарян Ш.Г., Хорошунова Е.А.

Научный руководитель: к.м.н. Калинкина Т.В.

Читинская государственная медицинская академия

В последние десятилетия в литературе значительное внимание уделяется качественному и количественному составу циркулирующих эндотелиальных клеток, который рассматривают как предиктор сердечно-сосудистых заболеваний, в первую очередь - атеросклероза. Количество циркулирующих эндотелиоцитов отражает соотношение между процессами повреждения и восстановления сосудистой стенки. Известно, что повышение сосудистого тонуса увеличивает пролиферативный потенциал эндотелиоцитов, а воздействие никотина нарушает функцию эндотелия. Исходя из этого, цель исследования - изучение состава циркулирующих

эндотелиальных клеток у больных с гипертонической болезнью в зависимости от наличия никотиновой зависимости методом проточной цитофлюориметрии.

Материалы и методы. Обследованы 54 больных, а именно 18 женщин и 36 мужчин, с гипертонической болезнью 1-2 стадии, наблюдающихся в кардиологическом отделении Дорожной клинической больницы ст. Чита II. Средний возраст больных составил $42 \pm 9,4$ года. Диагноз верифицировался на основании тщательного анализа клинических данных, а также клинико-инструментальных исследований, включавших суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию, ЭКГ по общепринятым методикам. Более того, исследуемые были разделены на 2 группы в зависимости от наличия курения: некурящие (23 пациента, 43%) и курящие (31 больной, 57 %), средний показатель индекса курения - 4,9 пачка/лет. В контрольную группу вошли 35 здоровых людей: 12 женщин и 23 мужчины. Средний возраст обследуемых, вошедших в контрольную группу, составляет в среднем 38 лет $\pm 5,4$ год без вредных привычек и признаков сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний.

Циркулирующие эндотелиальные клетки (ЦЭК) определяли методом проточной цитофлюориметрии на аппарате ВТ 5000 с антителами к CD146+, CD45-, также использовался ионный краситель 7AAD для выявления живых и мертвых клеток эндотелия. Определялось количество CD146+CD45- клеток на 500000 клеток крови. Изучались изменения СЕС, СЕС Living/Dead (ЦЭК живые/мертвые). Данные обрабатывали с помощью программ СХР Cytometer и Kaluza. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Exell 2010, использовался критерий Манна-Уитни.

Результаты. В группе курящих наблюдалось значительное по-вышение ЦЭК: 92,54 [92,44; 93,78], $p < 0,001$, при этом значительно увеличен процент мертвых ЦЭК: 42,67 [38,63; 43,62], $p = 0,005$. В то же время, у некурящих пациентов с гипертонической болезнью, количество циркулирующих эндотелиальных клеток и мертвых ЦЭК превышало таковое у лиц контрольной группы 32,45 [23,01; 18,62] и 5,61 [3,21; 1,2], $p < 0,001$ соответственно, но было на 64% меньше, чем у никотинзависимых больных.

Заключение. Таким образом, у курящих пациентов с гипертонической болезнью увеличивается количество циркулирующих эндотелиальных клеток со значительным процентом мертвых эндотелиоцитов, что может потенцировать развитие атеросклероза у данной категории больных и прогнозировать риск сосудистых катастроф.

Список литературы:

1. Гаврилюк Е.В., Пехова К.А., Михин В.П., Иммунометаболические нарушения при гипертонической болезни различной степени тяжести [Текст] // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - Т. XIX, № 1. - с. 172-174.
2. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пре-смотр) // Системные гипертензии. - 2010. - № 3. - с. 5-26
3. Руда М.М. Циркулирующие предшественники эндотелиальных клеток у больных с ишемической болезнью: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва. - 2009. - с. 25
4. Синьков А.В. Оценка прогностической значимости факторов общего сердечно-сосудистого риска для развития инфаркта миокарда у больных артериальной гипертензией [Электронный ресурс] // Забайкальский медицинский вестник. - 2011. - № 2. - с. 12-14.
5. Hirschi K.K., Ingram D.A., Yoder M.C. Assessing identity, phenotype, and fate of endothelial progenitor cells // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. - 2008. - 28. - P. 1548-1595.
6. Lang D. Homocysteine - induced inhibition of endotheliumdependent relaxation in rabbit aorta Role for superoxide anions // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. - 2000. - P. 367-373.

РОЛЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ В ТЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА

Гергова Д. А.

Научный руководитель: д.м.н. Эльгарова Л. В.

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова

Последние десятилетия характеризуются ростом распространенности системных васкулитов, одним из которых является гранулематоз Вегенера (ГВ) - редкое аутоиммунное воспалительное заболевание, ассоциированное с антителами к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА). В данной статье представлен клинический случай диагностики ГВ у 42-летней женщины.

ГВ - редкое (25-60 случаев на 1 миллион населения) аутоиммунное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, ассоциированное с АНЦА. Среди возможных причин возникновения ГВ наиболее вероятным считают микробный или вирусный фактор, заболевание может развиваться и у совершенно здоровых людей. ГВ чаще встречается в 40-65 лет, по данным российских исследователей, у женщин в 1,6 раза чаще, чем у мужчин [1].

Приводим клинический случай ГВ у 42-летней женщины, поступившей ревматологическое отделение ГKB № 1 с жалобами на боли в межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, боли и припухание голеностопных суставов, ночные ноющие боли в суставах различных групп, непродолжительную утреннюю скованность, сердцебиение и одышку, потливость, повышение температуры тела, общую слабость. Считает себя больной после ОРВИ - сохранились заложенность носа, ушей, сухой кашель, повышенная температуры тела, в ОАК выявлено снижение Hb (117 г/л) и ускорение СОЭ (36 мм/ч), на ФГ ОГК – уплотнение корней легких и петрификат слева. Месяц спустя начали беспокоить боли и припухание правого голеностопного сустава, отечность правой стопы и петехиальная сыпь в нижней трети правой голени. На фоне приема антигистаминных препаратов кожный синдром купировался. Вскоре присоединились боли в левом голеностопном суставе, межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность. Через два месяца наряду с суставным синдромом появились сухой кашель, одышка, субфебрильная температура, потливость. При лабораторном исследовании: Hb - 99 г/л, СОЭ - 60 мм/ч, РФ +, СРБ - 5 мг/л. Выставлен диагноз «ревматоидный артрит» и назначен метипред в дозе 8 мг/сут, от приема которого пациентка самостоятельно отказалась через 4 дня. Далее после дообследования (АЦЦП, АМЦВ, скрининг АНА) госпитализирована в ревматологическое отделение ГБК №1. Из анамнеза жизни: наблюдается у эндокринолога по поводу узлового нетоксического зоба I ст. Объективно при поступлении: ожирение 2 степени (ИК - 37,9 кг/м²), голени пастозны, с единичными петехиальными высыпаниями. Болезненность и незначительная припухлость проксимальных межфаланговых суставов I и II пальцев левой кисти, объем движений в них сохранен. Отечность медиальных отделов стоп, более выраженная справа, боль при активных движениях. ЧДД - 20 в мин. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 98 в минуту, АД – 140/80 мм рт. ст. На 2 день госпитализации у пациентки на фоне нарастающей одышки (ЧДД 24 в минуту, SpO₂ 89-90%), субфебрильной лихорадки (37.4 – 37.80 С) возникло кровохарканье, купированное на 4 сутки.

Изменения в анализах при обследовании: ОАК. Hb –100 г/л, тромбоциты- 176 тыс., СОЭ -67 мм/ч; ОАМ: удельный вес - 1010, белок -0,1 %, лейкоциты -2-5 в п/зрения, эритроциты -5-6 в п/зрения, оксалаты кальция; БАК: креатинин -81 мкмоль/л, СРБ -24 мг/л, РФ- 24 Ед/мл; коагулограмма: ПТИ- 94%, МНО-1,08, β-фибриноген+; Д-димер–отриц.; АНФ- 1:160, АНЦА IgG - 1:160, АТ к миелопероксидазе, IgG - 1,34 ед/мл (норма < 20), АТ к протеиназе 3, IgG - 175,09 ед/мл (норма < 20). *Mycobacterium tuberculosis complex* (кач) ДНК - не обнаружены. АЦЦП < 0,5 ед/мл (норма <5). МСКТ ОГК: КТ-данные в пользу интерстициальных изменений в обоих легких, при наличии клиники не исключаются признаки интерстициального отека легких. Легочная гипертензия. Умеренная медиастинальная лимфаденопатия. МСКТ придаточных пазух носа: КТ-признаки левостороннего пристеночно-гиперпластического гайморита (неравномерное утолщение слизистой оболочки нижних отделов левой верхнечелюстной пазухи до 3 мм), искривления носовой перегородки.

С учетом перечисленных данных был поставлен клинический диагноз: Гранулематоз с полиангиитом, ассоциированный с АНЦА (анти-PR-3), тяжелое обострение с поражением верхних дыхательных путей (левосторонний пристеночный гиперпластический гайморит), легких (кровохарканье, очаги интерстициального поражения обоих легких), почек (изолированный мочевого синдром).

Начата иммуносупрессивная терапия: метипреднизолоном (в/в капельно по 500-1000 мг) с циклофосфамидом (в/в капельно 1000 мг) с последующим переходом на таблетированный метилпреднизолон (40 мг/сут) и пульс-терапию циклофосфамидом каждые три недели. На фоне терапии была достигнута положительная клиничко- рентгенологическая динамика: уменьшились одышка, сосудисто-интерстициальные изменения в легких, повысилась пневматизация легочной ткани; в лабораторных данных - исчезновение лейкоцитурии и эритроцитурии.

Заключение. Диагностика ГВ зачастую представляет определенные трудности. Роль ранней диагностики сложно переоценить, так как от своевременной постановки диагноза во многом зависит и эффективность лечения. Позднее выявление и начало терапии повышает риск генерализации болезни и значительно ухудшает прогноз. В представленном клиническом наблюдении яркая клиническая картина позволила своевременно верифицировать заболевание, назначить современную болезнь-модифицирующую терапию и приостановить прогрессирование ГВ.

Список литературы.

1. Клименко С.В. Гранулематоз Вегенера: клинические особенности современного течения, прогностические факторы, исходы // Автореферат ... канд. мед. наук.- 2008.- 20 с.
2. Бекетова, Т.В. АНЦА-ассоциированные системные васкулиты/ под ред. академика РАН Насонова Е.Л. – 2014. - С. 20- 25.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ СУБТИПОВ ОСТЕОАРТРИТА

Горохова В.А., Шепеляева Л.С., Лаврухина А.В.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.Ю. Широкова
Ярославский государственный медицинский университет**

Остеоартрит (ОА) представляет собой самую частую форму заболеваний суставов и одну из главных причин нетрудоспособности [2]. ОА на сегодняшний день рассматривается не как единая болезнь, а как синдром, объединяющий несколько различных субтипов заболевания: метаболический, посттравматический, гормональный, генетический, микрокристаллический и др. [1]. Препаратами первой линии для лечения ОА любого субтипа являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), улучшающие качество жизни пациентов. Однако длительный прием этих лекарственных средств не всегда вызывает ожидаемый положительный эффект параллельно с достаточно часто встречаемыми нежелательными явлениями в виде диспепсии, повышения артериального давления, изменениями в системе гемокоагуляции. НПВП при необходимости длительного приема применяются перорально, всасываясь в системный кровоток через стенку кишечника и направляясь к терапевтическим мишеням в виде циклооксигеназы-2, образующейся в очаге воспаления. На процесс всасывания НПВП могут оказывать влияние различные факторы, среди которых особое место занимает кишечная микробиота. Поддержание нормальной микрофлоры кишечника очень важно для осуществления обмена разных необходимых организму веществ. Нормальная микрофлора участвует в синтезе витаминов группы В и К, незаменимых аминокислот, усвоении кальция, выведении токсинов, определяет состояние слизистой кишечника и регулирует как клеточный, так и гуморальный иммунитет. Баланс микрофлоры может нарушаться при возрастных изменениях, частых ОРВИ, инфекционных болезнях кишечника, аллергиях, приеме наркотических средств, гормональных и нестероидных противовоспалительных лекарств (парацетамол, аспирин, ибупрофен), онкоболезнях, СПИДе, на вредном производстве.

Цель исследования: оценить выраженность дисбиотических изменений кишечного микробиоценоза у пациентов с остеоартритом при различных его субтипах.

Материалы и методы: На клинической базе кафедры госпитальной терапии с профпатологией ЯГМУ обследовано 40 больных с остеоартритом. Пациенты равнозначно распределены в 2 сравниваемые группы с метаболическим и посттравматическим субтипами этого заболевания. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, длительности ОА, но

различались по индексу массы тела (ИМТ). Для выполнения научно-исследовательской работы была разработана карта статистического опроса пациентов с оценкой ИМТ, наличия желудочно-кишечной диспепсии, клиники суставного синдрома. В клинко-бактериологической лаборатории ГУЗ ЯО «Инфекционная клиническая больница № 1» г. Ярославля всем пациентам проведено исследование кишечного микрорейзажа и клинического анализа крови. На основании этого рассчитан индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ) как маркер системного субклинического воспаления и фактор прогноза развития различных заболеваний: кардиоваскулярных по типу атеросклероза, гипертензии и сахарного диабета [3], что является актуальным для пациентов с ОА, который часто течет на фоне коморбидных состояний. Исследуемые показатели обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Анализ микробиоты (микрофлоры) традиционно включает в себя следующие виды колоний микроорганизмов: основную или облигатную, добавочную или факультативную и случайную или транзитную колонии. В норме преобладает облигатная или главная микрофлора кишечника. Облигатная состоит из: бифидобактерий, лактобацилл, бактероидов, зубактерий, эшерихий (*e.coli*) - кишечных палочек, фузобактерий и т.д.. Состав факультативной группы весьма variabelен. Сюда входят лакто-зоотрицательные энтеробактерии, стафилококками, протей, грибы и др. Многие из них находятся там более длительно, но в норме патогенного действия не проявляют. Транзитная микрофлора представлена флавобактериями, ацинетобактерами, некоторыми псевдомонадами. Подсчет облигатной и кишечной микрофлоры у пациентов обеих групп выявил, что при метаболическом субтипе ОА обнаружено меньше облигатной микрофлоры ($-10,9\%$, $p < 0,05$) и больше транзитной микрофлоры ($+44,8\%$, $p < 0,05$) по сравнению с посттравматическим ОА. Анализируя карту статистического опроса, выявлено, что пациенты с метаболическим ОА имели более выраженные диспептические расстройства по сравнению с посттравматическим ОА (70% против 30%). Подсчет индекса соотношения нейтрофилов к лимфоцитам показал, что в обеих группах он не отличался от нормы ($2,47 \pm 0,65$), но имел разную тенденцию к изменению и был больше в группе с метаболическим ОА ($2,84 \pm 0,58$ против $2,01 \pm 0,54$).

Заключение. Выявлены существенные изменения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника у пациентов различных клинических субтипов остеоартрита. Данные изменения сочетаются с разной степенью выраженности желудочно-кишечной диспепсии. Более высокий показатель ИСНЛ в группе с метаболическим остеоартритом, возможно, является показателем, отражающим наличие неспецифического субклинического воспаления, что требует дальнейших исследований с целью персонализации терапии.

Список литературы

1. Алексеева, Л.И. Новые подходы к ведению больных с остеоартрозом в реальной клинической практике/Л.И. Алексеева//Практическая медицина. - 2015.- Т. 2, №3 (88). - С. 77-80.
2. Широкова, Л. Остеоартроз: современные концепции и роль метаболических нарушений в повреждении суставных компонентов/Л.Широкова, М.Мокроусова, С.Симионова, К.Широкова, Р.Буланов, Е.Андрейченко//Врач. -2013. - №10. – С. 8-10.
3. Liu, X. Blood neutrophil to lymphocyte ratio as a predictor of hypertension/X. Liu, O. Zhang, H. Wu, H. Du, L. Liu//Am. J. Hypertens. - 2015. - №28 (11). - P. 1339-1346.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЬНОГО С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Гусейнова Н.Р.

Научный руководитель: ассистент Агеева К.А.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении внебольничных пневмоний, ежегодно в нашей стране регистрируются 1,5 миллиона случаев пневмонии, летальность от которых превышает 20 человек на 100 тыс. населения [1,2]. На долю атипичных респираторных патогенов (*Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* и *Chlamydophila pneumoniae*)

приходится более 15% случаев заболевания [3]. Таким образом, заболеваемость атипичными пневмониями растет, что определяет актуальность проблемы и ставит врача перед важностью ранней диагностики и лечения данного заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ истории болезни следующего пациента: Больной К., 51 год, поступил в приемное отделение 28.08.2018 с жалобами на сухой кашель, одышку при небольшой физической нагрузке, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании и кашле, озноб, резкую слабость, потливость. Заболел 4 дня назад, когда появились озноб, выраженная слабость, головная боль. 25.08.18 поехал на рыбалку, где переохладился. Отмечал озноб, общую слабость, отсутствие аппетита. Принимал НПВС. 26.08.18 присоединился жидкий стул. Ночью 27.08.18 вернулся домой. Жена отметила нарушение речи, шаткость походки, заторможенность в действиях, что связала с употреблением алкоголя. Утром 28.08.18 Т тела 40,2С, сохранялось нарушение речи и шаткость походки, 3ды кашицеобразный стул. Больной принимал НПВС, Т тела снизилась до 38С. Днем был вызван участковый терапевт. Больной направлен в стационар, где был осмотрен неврологом, выполнено КТ головного мозга, легких. Данных за ОНМК не получено. На КТ – картина полисегментарной пневмонии справа. Направлен в пульмонологическое отделение согласно листу маршрутизации. Аллергологический анамнез: на аспирин – крапивница. Наследственность отягощена: у матери гипертоническая болезнь, ОНМК. Вредные привычки отрицает, ненормированный рабочий день, сон по 4 ч/сут. Контакт с инфекционными больными отрицает.

Общее состояние средней тяжести. Т тела 36,5С. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Сознание ясное. Контактен, в месте и времени ориентирован. Речь смазана. Кожные покровы и слизистые бледные, акроцианоз. Периферические ЛУ не увеличены. В легких дыхание ослабленное везикулярное, справа крепитация по всей задней поверхности легких ниже угла лопатки. ЧДД 22 в мин. SpO₂– 94%. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС 90 уд/мин. АД 130/80 мм рт ст. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, б/болезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул 1 р/сут, кашицеобразный. Диурез в N. Предварительный ДЗ: Внебольничная полисегментарная плевропневмония справа, неуточненная, тяжелое течение. Осложнения: Дыхательная недостаточность I ст. Соп.: Острая энцефалопатия.

Результаты и их обсуждение. В лабораторных анализах: Crea– 176 мкмоль/л, Urea– 8,9 ммоль/л, СРБ – 422 мг/л, АСТ – 78 Ед/л. В ОАК – Leu – 10,3x10⁹/л, СОЭ – 115 мм/ч. На Rg-грамме легких: неоднородное интенсивное затемнение ниже 3-го межреберья. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 90 уд/мин. Горизонтальная ЭОС. Признаки перегрузки правого предсердия. Наджелудочковые экстрасистолы. В связи с большим объемом поражения легких, признаками полиорганной недостаточности госпитализирован в АРО. На 3 день в стационаре состояние ухудшилось - усилился кашель, одышка, общая слабость на фоне терапии (цефтриаксон 4,0 г/сут, левофлоксацин 1000 мг/сут в/в), ЧДД 28 в мин, SpO₂-92%(на инсuffляции O₂). На Rg-грамме легких отрицательная динамика: справа увеличение протяжения затемнения от I межреберья, стал сниженным в прозрачности и неже- карональный отделотдел, слева появился фокус неравномерного затемнения в среднем поле, снижение прозрачности нижнего л/поля, корень бесструктурен, в\долевые сосуды расширены. На УЗИ плевральных полостей справа – увеличение количества свободной жидкости до 150-200 мл, слева 50-70 мл. Таким образом, была заподозрена атипичная пневмония и назначен экспресс-тест на антигены атипичных возбудителей: тест на *Legionella pneumophila* (+). ДЗ: Двусторонняя полисегментарная плевропневмония, бактериальной этиологии (*Legionella pneumophila*), осложненная двусторонним выпотом, тяжелое течение. Симптом полиорганной недостаточности: нефрит, миокардит, нарушение ритма по типу наджелудочковой экстрасистолии. Дыхательная недостаточность II

Скорректирована антибактериальная терапия: левофлоксацин=> моксифлоксацин 400 мг/сут в/в, цефтриаксон 4,0 г/сут. На 5 день – клинически положительная динамика, однако, на Rg-грамме от 1.09.18 отрицательная динамика – справа увеличение протяжения затемнения справа на верхушечный сегмент, слева на периферические отделы легкого в проекции 2-4 межреберий спереди. Правый корень на фоне затемнения не определяется, левый расширен, бесструктурный. На 8 - положительная динамика: состояние стабильное, сохраняется сухой кашель, одышка при небольшой физической нагрузке. Дышит самостоятельно. Аускультативно в легких дыхание ослабленное везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. На Rg-графии легких от 10.09.18 положительная динамика: двусторонняя полисегментарная плевропневмония в фазе разрешения. Больной переведет в пульмонологическое отделение, где

была продолжена антибактериальная терапия. 30.09.18 пациент выписан с положительной динамикой.

Выводы: Таким образом, данное клиническое наблюдение показывает важность и необходимость ранней диагностики пневмонии, что позволяет своевременно назначить адекватную этиотропную терапию, избежать развития осложнений и сократить сроки пребывания больного в стационаре.

Список литературы:

1. Чучалин, А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. - М.: Медицина, 2010. - 106 с.
2. Чучалин, А.Г. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств / А.Г. Чучалин, А.Н. Цой, В.В. Архипов // Consilium medicum. - 2002. - №12. - С. 620-644.
3. Cunha B.A. // Clin. Microbiol. Infect. 2006. V. 12. Suppl. 3. P. 12.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛЕРГЕНА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО РЕКОМБИНАНТНОГО «ДИАСКИНТЕСТ» У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Гятова К.А., Сафонова В.В., Болотокова А.В.

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Туберкулез в Российской Федерации остается актуальной проблемой, которая заслуживает особого внимания и требует комплексного подхода. Ежегодно заражается микобактериями туберкулеза 280-290 тыс. детей и подростков. Отмечается распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, что позволяет инфекции в условиях пренебрежения мерами профилактики поражать все слои населения.

Цель исследования. Проанализировать результаты применения аллергена туберкулезного рекомбинантного «Диаскинтест» у больных с различными заболеваниями органов дыхания методом проведения пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении «Диаскинтест» (ДСТ).

В Российской Федерации впервые в мировой практике на базе двух рекомбинантных белков ESAT-6/CFP-10 разработан препарат Диаскинтест, предназначенный для постановки внутрикожной пробы. В основе его лежит реакция организма на специфические белки, встречающиеся только в вирулентных штаммах микобактерии туберкулеза. В литературе за последние годы появилось довольно большое количество публикаций, освещающих опыт применения Диаскинтеста в клинической практике. Эти публикации подтверждают высокую чувствительность Диаскинтеста у больных туберкулезом, которая, по данным различных авторов, составляет у взрослых от 78,4% до 81,5%. При этом, чувствительность Диаскинтеста при всех формах специфического процесса составляет 93,3%, а при туберкулезе органов дыхания — от 84,8% до 92,0%. Также Диаскинтест хорошо зарекомендовал себя в дифференциальной диагностике туберкулеза с другими заболеваниями. Установлено, что при наличии ВИЧ-инфекции чувствительность Диаскинтеста снижена и, по данным различных авторов, составляет от 33,3% до 43,5%. Дальнейшее изучение и сопоставление результатов применения Диаскинтеста у больных туберкулезом и лиц с заболеваниями неспецифической этиологии установило возможность его применения для дифференциальной диагностики туберкулеза. На основании проведенных исследований были сформулированы показания для назначения препарата Диаскинтеста, одним из которых является дифференциальная диагностика туберкулеза и нетуберкулезных заболеваний легких.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении «Диаскинтест» (ДСТ) у 336 пациентов, поступивших в отделение дифференциальной диагностики ГКУЗ «ПТД» МЗ КБР в 2017 году с подозрением на туберкулез органов дыхания. Средний возраст больных составил $37,1 \pm 1,1$ года. Сроки с момента заболевания до поступления в стационар составили от 1 до 6 мес. Следует отметить, что 2/3

пациентов до госпитализации в ПТД находились на стационарном обследовании и лечении в других лечебных учреждениях.

Диагнозы «туберкулез» и «микобактериоз» у всех больных подтверждены бактериологически; опухоли легких, саркоидоз и орфанные патологии во всех случаях подтверждены гистологически. Острые и хронические НЗЛ установлены на основании анамнестических, клинических, лабораторных, лучевых и инструментальных методов, согласно актуальным рекомендациям Российского респираторного общества. Никто из обследованных больных ранее туберкулезом не болел. Всем больным постановку кожной пробы проводили однократно в первые 2-3 дня после поступления в отделение. Постановку пробы и оценку ее результатов проводили согласно инструкции по оценке тестов в России [1]. К «отрицательному» результату (ДСТ-) относили отрицательную и сомнительную реакцию на введение ДСТ, к «положительному» результату (ДСТ+) – положительную и гиперэргическую реакции.

Результаты и обсуждение. Результаты проведения ДСТ у больных с заболеваниями легких (n=336). Результат ДСТ(+/-): острые и хронические неспецифические заболевания легких, абсолютный процент: ДСТ (+)12 (11,2); ДСТ(-)95(88,8); туберкулез, абсолютный процент: ДСТ(+)-61(57,5); ДСТ(-)45(42,5); рак, абсолютный процент: ДСТ(+)-31(37,3); ДСТ(-)52(62,7); саркоидоз, абсолютный процент: ДСТ(+)-0(0); ДСТ(-) 22(100); прочие, абсолютный процент: ДСТ(+)-2(11,1); ДСТ(-) 16 (88,9); всего, абсолютный процент: ДСТ(+)-106(31,5); ДСТ(-)230 (68,5); Результаты проведения ДСТ у больных туберкулезом органов дыхания (n=106). Результат ДСТ(+/-): инфильтративный туберкулез, абсолютный процент: ДСТ(+)-26(61,9); ДСТ(-) 16(38,1); очаговый туберкулез, абсолютный процент: ДСТ(+)-12(57,1); ДСТ(-) 9(42,9); диссеминированный туберкулез, абсолютный процент: ДСТ(+)-10(50); ДСТ(-)-1 (50); туберкулема, абсолютный процент: ДСТ (+) 10 (62,5); ДСТ (-) 6 (37,5); туберкулезный плеврит, абсолютный процент: ДСТ(+)-1(33,3); ДСТ(-) 2(66,7); фиброзно-кавернозный туберкулез, абсолютный процент: ДСТ(+)-2(100); ДСТ(-) 0(0); цирротический туберкулез, абсолютный процент: ДСТ(+)-0(0); ДСТ(-)-1(100); генерализованный туберкулез, абсолютный процент: ДСТ(+)-0(0); ДСТ(-)-1(100); всего, абсолютный процент: ДСТ(+)- 61(57,5); ДСТ(-)-45(42,5); Результаты проведения ДСТ у больных раком легкого (n=83). Результат ДСТ(+/-): немелкоклеточный рак, абсолютный процент: Всего: ДСТ(+)-26(33,7); ДСТ(-)-51(66,3); I-II стадия: ДСТ(+)-10(27,0); 27(73,0); III-IV стадия: ДСТ(+)-16(40,0); 24(60,0); мелкоклеточный рак, абсолютный процент: ДСТ(+)- 5(83,3); ДСТ(-) 1(16,7); всего, абсолютный процент: ДСТ(+)-31(37,3); ДСТ(-) 52(62,7).

Заключение. В нашем исследовании чувствительность ДСТ для больных туберкулезом составила 57,5% и существенно не зависела от клинико-рентгенологической формы процесса. Обращает на себя внимания большое число (37,3%) положительных результатов ДСТ(+) у больных раком легкого. У всех больных саркоидозом результат ДСТ был отрицательный, что можно считать дифференциально-диагностическим критерием при проведении обследования больных с патологией легких. Чувствительность ДСТ у больных с МК формой рака легкого оказалась в 1,5 раза выше, чем у больных туберкулезом.

Список литературы.

1. Инструкция по применению «ДИАСКИНТЕСТ». Аллерген туберкулёзный рекомбинантный в стандартном разведении, раствор для внутрикожного введения. Утверждена 19.06.2008 г., № 01–11/99–08.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРУЦЕЛЛЕЗА ЗА 2015-2017ГГ ПО ДАННЫМ ГУЗ ЦПБ СО СПИД И ИЗ МЗ КБР

Дадаев М.Х., Кадиев Р.Х., Биногерова З.Х.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Нагоева М.Х.

**Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова,
Республиканская клиническая больница**

Бруцеллез в течение долгого времени является актуальной проблемой здравоохранения ряда регионов юга России с животноводческой ориентацией сельского хозяйства, одним из которых является и Кабардино-Балкария. Стабильно высокие показатели заболеваемости бруцеллезом

населения республики, наибольшее его распространения среди лиц самого активного возраста, длительная, а зачастую и полная потеря трудоспособности больными, отсутствие эффективных методов лечения и профилактики бруцеллеза определяют необходимость дальнейшего изучения отдельных звеньев его патогенеза.

Материалы и методы исследования:

Проведен анализ заболеваемости бруцеллезом и выяснена доля бруцеллеза на территории КБР с 2015-2017гг. В работе использовали 93 истории болезни пациентов ИО-4 ГБУЗ. Были использованы аналитические и статистические методы обработки.

Результаты исследования:

Нами проанализировано 93 случаев бруцеллеза в возрасте от 21 до 80 лет за период 2015-2017гг. Основными неблагополучными районами являются: Черекский -29,0%, Нальчик-19%, Баксан-11,8%, Лескенский -8,6%. Основной возраст инфицирования был 45 - 65 лет (51,6), 25 - 45 лет (26,8%), 65 лет и старше (18,2%), 21 - 25лет (2,8%). В большей степени случаи бруцеллезов были зарегистрированы среди мужского (78,5%) пола. Сельское население достоверно чаще заболело (73,1%) по сравнению с городскими жителями (26,9%).

Заражение бруцеллезом могло осуществиться как при уходе за больным бруцеллезом поголовьем, так и при употреблении в пищу продуктов животноводства (чаще это молоко, рассольный сыр, творог). Основными путями передачи бруцеллеза в КБР являлись: контактный (27), пищевой (17), не указан путь передачи в 49 случаях.

Нами была использована классификация, предложенная Г.П. Рудневым (1955г).

По результатам клинико-лабораторного исследования все больные разделены на 4 группы:

I группа- 68 человек с хроническим бруцеллезом (73,1%); II группа- 10 человек с острым бруцеллезом (10,7%); III группа – 7 человек с резидуальным бруцеллезом (7,5%); IV группа -6 человек с подострым бруцеллезом (6,5%).

По характеру очаговых поражений преобладала комбинированная форма (локомоторная + нервная) бруцеллеза.

При госпитализации были выделены следующие клинические синдромы: артритический (83), астено-вегетативный – у 20, лимфопролиферативный (27), поражение нервной системы (83).

Больные жаловались на постоянные боли, иррадиирующие в поясницу, крестец, ягодицы и бедра, как при сидении, так и при ходьбе. Определялась болезненность при пальпации в области крестцово-подвздошных сочленений. Доминирующие симптомы заболеваний: у 36,8% от всех заболевших –подъем температуры до 380-390 С, слабость, суставные боли-89,2%, повышенная потливость-56,9%, раздражительность -21,5%.

Диагностика бруцеллеза включала сочетание эпидемического анамнеза, анализа клинических проявлений, серологических реакций (Реакция Райта –1:200-1:6400 положительная у 60% больных, Реакция Хеддельсона – резко положительная у 67,7% больных, у 10-х больных не проводилось исследование, РПГА с бруцеллезным диагностикумом 1:200-1:1600 положительная у 52,6% больных и в 22 случаях не проводилась, кожно-аллергическая проба Бюрне не проводилась ни одному больному.

Учитывая высокую частоту встречаемости обострения хронических заболеваний, чаще использовали схему антибактериальными препаратами. АТ была представлена сочетанием двух препаратов из разных групп (Цефалоспарин 3 поколения + Левомецитин) и проводилась у 35 больных (35,3%), монотерапия (Левомецитин, Цефипим, Гентамицин, Ципрофлоксацин) наблюдалась в 24 случаях (24,8%), у 56 больных (60,2%) этиотропная терапия вообще не проводилась, что идет в разрез со стандартом оказания медицинской помощи. Кроме антибактериальной терапии, применялась патогенетическая терапия, включающая десенсибилизирующие, антиоксидантные, иммунокорректирующие, нестероидные противовоспалительные средства.

Госпитализация заболевших проводилась, в большинстве случаев, своевременно: 68,2% больных были помещены в стационар на 1-3 день от начала заболевания. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность госпитализации 14 койко-дней.

Доля заболеваемости бруцеллезом в КБР по сравнению с российскими показателями составили: в 2015 г.– 1,4%, в 2016 г. -0,5%, в 2017 г. -1,3%. Таким образом, наблюдается тенденция нарастания доли заболеваемости бруцеллезом в КБР по сравнению с РФ

Вывод: КБР является одним из крупных животноводческих республик, где сохраняются эпизоотическое неблагополучие по бруцеллезу. Заболеваемость бруцеллезом на территории КБР выявлена в основном в Черекском районе. Основная доля заболевших жителями

сельской местности. Чаще болеют мужчины от 45-65 лет. Анализ показал, что источником инфекции являлись овцы и крупный рогатый скот. Преимущественный путь передачи-контактный. При анализе диагностических мероприятий выявлено, что не все больные были обеспечены серологическими методами диагностики. При сопоставлении лечения больных в стационаре со стандартами оказания медицинской помощи больным с бруцеллезом выявило грубое нарушение в виде не назначения АТ, а также не соответствие схеме АТ в виде монотерапии.

Список литературы

- 1) Атласова Х.В. Эпидемиологические аспекты бруцеллеза. Ретроспективный анализ заболевания бруцеллеза в РФ и РС(Я)./ Атласова Х.В./ National Youth Medical Forum. 2016
- 2) Бабанов С.А., Профессиональный бруцеллез сельскохозяйственных рабочих/ Бабанов С.А., публикация, Самара, 2015 г, 5с.
- 3) Бутаев Т.М. Эпидемиологическая ситуация по бруцеллезу в Республике Северная Осетия-Алания / Т.М. Бутаев/ Инфекция и иммунитет 2012, Т. 2, № 1-2. - С. 124.
- 4) Лямкин Г.И. О заболеваемости бруцеллезом в российской федерации/ Г.И. Лямкин / Инфекция и иммунитет 2012, Т. 2, № 1-2. - С. 166
- 5) Хацуков К.Х. Эпиднадзор за бруцеллезом в Кабардино-Балкарской республике/ К.Х. Хацуков / Инфекция и иммунитет 2012, Т. 2, № 1-2. - С. 208

ДЕРМАТОСКОПИЯ КАК МЕТОД РАННЕЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Дзагахова А.В., Джабиева Л.П., Техова А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Цебоева М.Б.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Меланомы - одна из самых злокачественных и часто метастазирующих опухолей кожи с высоким риском летальности. По данным некоторых авторов ежегодный рост заболеваемости меланомой кожи в России составляет 10%. (О.В.Каприн, В.В.Старинский, Г.В.Петрова 2016). Известно, что в ¼ случаев меланомы развивается на фоне уже существующих невусов. Однако определить риск или начало малигнизации меланоцитарного образования визуальным осмотром не всегда представляется возможным, особенно на стадии меланомы *in situ*, а любая инвазивная методика меланомы должна быть радикальной, ввиду опасности пролиферативной активности этой агрессивной опухоли, что далеко не всегда обосновано и влечет за собой проблемы гипердиагностики. Таким образом, давно назрела необходимость внедрения современных неинвазивных методов обследования пациентов с новообразованиями кожи, которые могут применяться в амбулаторной практике не только врачами онкологами, но и дерматологами, косметологами.

Цель. Изучить эффективность дерматоскопии, как метода неинвазивной диагностики новообразований кожи.

Материалы и методы

Было осмотрено 45 человек в возрасте от 3 до 72 лет с различными кожными образованиями. Для диагностики использовался дерматоскоп Heine delta 20 T, имеющий 10-16 кратное увеличение. Осмотр производился в режимах иммерсии (с использованием масла для дерматоскопии) и поляризации.

Результаты исследования

Средний возраст обследуемых составил 43,4 лет. Всего было описано 198 образований - 2 и более у каждого обратившегося. Из них 59 меланоцитарных невусов, 4 дерматофибромы, 7 контагиозных моллюсков, 5 вульгарных бородавок, 9 плоских бородавок, 2 невуса Ядассона, 24 папилломы, 6 кератопапиллом, 49 себорейных кератом, 8 очагов актинического кератоза, 1 базальноклеточная карцинома, 10 очагов актинического лентигио, 14 гемангиом. В структуре меланоцитарных невусов преобладали дермальные (29), доля пограничных невусов составила 11, смешанных (эпидермо-дермальных) - 7, 1 невус Рида, 2 голубых невуса, 2 средних врожденных меланоцитарных невуса, 5 галоневусов, 1 диспластический невус, 1 невус Шпилус. Причинами

обращения были: в 16 случаях травматизация «родинки», в 20 - удаление образования из эстетических соображений и лишь 9 человек пришли на диагностику. В возрастной категории пациентов до 12 лет (11 человек) преобладали образования, представленные меланоцитарными невусами (19), и немеланоцитарными доброкачественными образованиями (11). В группе от 13 до 25 лет (14 человек) выявлены: меланоцитарные невусы (27), немеланоцитарные доброкачественные образования (29). У пациентов старше 25 лет (20 человек) образования были представлены меланоцитарными невусами (13), немеланоцитарными доброкачественными образованиями (95) и базальноклеточной карциномой (1). Пациент 34 лет с диспластическим невусом направлен в онкологический диспансер. Пациенту 67 лет с базальноклеточной карциномой диагноз был подтвержден в онкологическом диспансере, как цитологическим методом диагностики, так и гистологическим после эксцизионной биопсии.

Выводы

Дерматоскопия является неинвазивным современным методом исследования и имеет большое значение в ранней диагностике, дифференциальной диагностике любых новообразований кожи, может использоваться для диспансерного наблюдения и профилактических осмотров, особенно части населения, имеющей меланоцитарные невусы.

Список литературы.

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 896 с.
2. Дерматовенерология / Под ред. А. А. Кубановой. - М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2010. - 428 с. - (Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов)
3. Миченко А. В., Иванов О. Л., Львов А. Н., Халдин А. А. Дерматоскопия в дифференциальной диагностике дерматозов: обзор литературы и клинические иллюстрации, 2009 г.

ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Жариков К. М., Нафиков А. В., Шаров Е. К.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Копылов В. Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. Печень играет ключевую роль в первичном и вторичном гемостазе. Она является местом синтеза всех факторов свертывания и их ингибиторов за исключением фактора Виллебранда и отвечает за элиминацию комплексов «активированный фактор – ингибитор». Заболевания печени приводят к сложным комплексным нарушениям в системе гемостаза.

Цель исследования. Изучить геморрагический синдром при заболеваниях печени, рассмотреть изменения лабораторных данных и принципы лечения.

Материалы и методы. Анализ учебно-методических пособий, статей.

Результаты. Анализ литературы и научных статей показал, что система гемостаза – это комплекс механизмов, которые обеспечивают сохранение жидкого состояния крови, предупреждение и остановку кровотечений, а также влияет на целостность кровеносных сосудов. Свертывающая, противосвертывающая (антикоагулянтная) и фибринолитическая системы принимают активное участие в ее функционировании. Малейшие колебания в работе одного из звеньев приводят к компенсаторным сдвигам в деятельности остальных, и расстройство функциональных взаимосвязей может привести к критическим патологическим состояниям, заключающимся в гемокоагулопатии или тромбообразовании.

Печень играет ведущую роль в процессах свертывания крови, а заболевания этого органа тесно связаны с коагуляционными нарушениями. Нарушенный синтез витамин-К-зависимых факторов происходит из-за внутрипеченочного холестаза, ухудшения утилизации витамина К, снижения его абсорбции, нарушения диеты. У обследуемых с патологией печени наблюдается хроническая активация свертывания крови и фибринолитической системы, естественные ингибиторы которой так же нарушены. У больных можно обнаружить сниженный синтез факторов свертывания, дисфибриногеномию, тромбоцитопению, различного характера тромбоцитопатии, повышенное потребление ингибиторов при их сниженном синтезе, повышение ТАП, снижение альфа2-антиплазмина.

При хронических заболеваниях печени в зоне некроза происходит синтез тканевого фактора, снижается выделение основных регуляторных белков (ПС, ГПП, PS, АТIII), а также нарушение клиренса активированных факторов свертывания. При острых поражениях клеток печени некротизированные клетки выделяют тканевой фактор, прокоагулянты, ФНО, ИЛ-1, эндотоксины, и аккумулируют все факторы в расширенной портальной системе, в которой низкая скорость кровотока. Вследствие этих явлений происходит активация свертывания крови и фибринолитических систем, образуется тромбин и плазмин. Вышеуказанные нарушения могут привести к синдрому диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Геморрагический синдром при хроническом вирусном гепатите выявляется у 8% пациентов, при циррозе печени он диагностируется в 7 раз чаще – у 65 %. Клиника данного синдрома проявляется в виде носовых, маточных, желудочно-кишечных (ректальных и пищеводных) кровотечений, кровоточивости десен и кожных геморрагий – синяков или петехиальных (точечных) кровоизлияний.

Лабораторная диагностика:

- пролонгированное протромбиновое время (ПВ);
- показатели тромбоцитов 80 000-120 000/мкл;
- повышение уровня продуктов деградации фибрина (ПДФ);
- низкий уровень фибриногена;
- увеличенное активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ);
- снижение факторов II, V, VII, IX, X, XI, XII, XIII, КР, НК, фибриногена;
- ФVIII: С в пределах нормы, ФВ: Аг повышен;
- низкий уровень плазминогена;
- снижение АТIII, PS, ПС, альфа2-антиплазмина;
- повышение α 2-макроглобулин и ингибитор активатора плазминогена.

Лечение предполагает: коррекцию дефицита витамина К; введение свежезамороженной плазмы (6—8 доз), при обильном кровотечении — каждые 6—12 часов; введение тромбомассы, концентратов АТ - III, десмопрессина при патологических тромбоцитах. С целью купирования острой печеночной недостаточности назначаются глюкокортикоиды, гепатопротекторы, иммуноглобулины.

Выводы. Заболевания печени приводят к сложным комплексным нарушениям в системе гемостаза, при этом сохраняется баланс между свертывающей и противосвертывающей системами со сниженным резервом, и этот баланс легко нарушается в ту либо другую сторону, поэтому у пациентов с тяжелыми поражениями печени могут развиваться не только кровотечения, но и тромбозы. Снижение выработки факторов свертывания крови печеночными клетками играет ключевую роль в изменениях гемостаза при заболеваниях печени.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Ильин М.Ю., Никулин Е.А., Рыбалко Я.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ласков В.Б.

Курский государственный медицинский университет

Нарушения высших психических функций, в том числе когнитивные нарушения (КН) – частое осложнение, возникающие у пациентов с различными формами сердечнососудистой патологии. Немаловажным предрасполагающим фактором является пожилой возраст пациентов. Наиболее частой патологией, при которой наблюдаются КН, – это ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и артериальная гипертензия (АГ). Особенно внимательно следует наблюдать за неврологическим статусом пациентов с коморбидными формами сахарного диабета и ожирением [1, 2].

По результатам предшествующих исследований, в которых было задействовано несколько сотен пациентов стационара, страдающих патологией сердечно-сосудистой системы, у более 83,4% больных обнаружены КН на основании субъективных ощущений. После обследования с применением стандартных нейропсихологических тестов у более 68% пациентов предшествующие данные были верифицированы. [3].

Согласно данным, полученным рядом независимых исследований, наиболее серьезные КН, вплоть до деменции, обнаруживаются у трети пациентов, перенесших ОНМК на фоне повышенного артериального давления [3-8].

Из вышесказанного следует, что проблема возникновения КН у пациентов с патологией сердечнососудистой системы имеет высокую степень социально-экономической значимости, в том числе из-за частой необратимости негативной неврологической симптоматики.

Цель работы: оценка степени КН, выявление возрастно-половой и нозологической зависимости развития неврологических нарушений, у пациентов, страдающих различными формами ИБС.

Материал и методы исследования. Было проведено исследование психического статуса по шкале MMSE (Краткая шкала оценки психического статуса), МОСА (Монреальская шкала оценки когнитивных функций) 30 пациентах в возрасте от 40 до 85 лет, находящихся на лечении в кардиологическом отделении БСМП г. Курска в 2018 году с диагнозом ИБС.

Для оценки психического статуса пациентов нами была применена шкала краткого исследования психического статуса MMSE, МОСА. Каждому пациенту было предложено пройти пробу. Статистическая обработка проведена с использованием программного обеспечения SPSS.

Результаты исследования. В обследуемой группе пациентов выявлены следующие особенности возрастно-полового состава: с возрастом число больных увеличивается (10% в возрастной группе 40-49 лет и 30% пациентов обоих полов в группе 60-69 лет) и прослеживается тенденция к превалированию пациентов мужского пола над женским (67% обследуемых – мужчины). При этом у мужчин в возрасте 60-69 лет ИБС встречается на 23.4% чаще, чем у женщин.

После проведения оценки психического статуса выявлено, что при более легкой форме ИБС (стабильной стенокардии) большинство испытуемых имеют незначительные когнитивные нарушения: у 23,3% процентов обследуемых выявлены преддеменционные когнитивные нарушения и деменция легкой степени выраженности, согласно шкале MMSE. При более тяжелой форме ИБС (инфаркт миокарда) 10 % пациентов имеют когнитивные нарушения умеренной степени выраженности.

После оценки неврологического статуса с применением шкалы МОСА определено, что 23,35% пациентов со стабильной стенокардией, 23,35% с инфарктом миокарда и 50% больных с нестабильной стенокардией имеют нарушение когнитивных функций. Следовательно, нестабильную стенокардию следует выделить как наиболее опасное заболевание, вызывающие неврологические осложнения.

Вывод. Проведенное исследование позволяет сделать выводы о наличии зависимости между возрастом и полом пациентов с тяжестью психических расстройств: с возрастом количество больных увеличивается, что связано с прогрессирующим атеросклеротическим поражением, также прослеживается тенденция к общему увеличению количества больных мужчин, по сравнению с женщинами.

Выявив зависимость между формой ИБС и тяжестью психических и двигательных расстройств определено, что нестабильная стенокардия вызывает нарушение когнитивных функций у наибольшего количества обследуемых. Высокая социальная значимость проблемы когнитивных нарушений у больных с различными формами ИБС определяет необходимость проведения дальнейших исследований в сфере профилактики неврологических осложнений.

Список литературы

1. Казакова Е.К., Котов А.С. Когнитивные расстройства у пациентов с нарушением ритма сердца.// Клиническая геронтология. 2013. № 11-12. С. 10-13.
2. Липовецкий Б.М. О когнитивных нарушениях у больных после ранее перенесенного ишемического мозгового инсульта.// Международный научно-исследовательский журнал. №4. 2014. 82-83
3. Соколова Л.П., Шмырев В.И. Некоторые особенности метаболизма и функциональной активности головного мозга при когнитивных нарушениях различного генеза.// Профилактическая и клиническая медицина. 2011. № 3 (40). С. 134-144.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Исаева З.Х.

**Научный руководитель: к.м.н. Абдулкадырова С.О.
Дагестанский государственный медицинский университет**

Актуальность проблемы: Язвенная болезнь на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем здравоохранения, ее осложнения по-прежнему являются частыми причинами смертности населения в мире, несмотря на то, что ее распространенность постепенно снижается, в связи, с широкомасштабной эрадикацией *H. pylori*. Данной болезнью чаще страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что и обуславливает социальную значимость проблемы. Современный ритм жизни, неправильное питание, обилие ненатуральных продуктов, «быстрая еда» и нарушение режима питания вызывают нарушения пищеварения, что снижает качество жизни. Доказано, что табакокурение и злоупотребление алкоголем увеличивает риск развития язвы.

Цель исследования: сравнить особенности режима питания и пищевых предпочтений у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) со здоровыми людьми.

Материалы и методы: обследовано 50 больных ЯБДК и 50 условно здоровых добровольцев. Всем обследуемым предлагалось ответить на вопросы, касающиеся особенностей питания и отношения к вредным привычкам. Анкетирование больных с ЯБДК было проведено на базе РКБ отделение гастроэнтерологии г.Махачкалы.

Результаты: выявлены статистически значимые различия по отношению к кратности приема пищи, употребления свежих овощей и фруктов, ночным перекусам. Среди курящих больных ЯБДК был более продолжительный стаж курения. 12% больных ЯБДК постоянно соблюдало диету, 76% - только при обострениях заболевания, в связи с усилением болевого и/или диспепсического синдрома при нарушении диеты, 4% редко и не в полном объеме придерживались правильной диеты, а 8% - никогда не соблюдали диету. Наиболее тяжело воспринимались исключение из рациона мучных изделий, жаренных блюд, цитрусовых фруктов и копченостей.

Выводы: для больных ЯБДК характерны более частый прием пищи, ночные перекусы, игнорирование завтрака, регулярного употребления свежих овощей и фруктов, еды «всухомятку».

СОСУДИСТАЯ РИГИДНОСТЬ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Итальянцева Е.В.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Любое инфекционно-воспалительное заболевание (ИВЗ) в последнее время всё чаще рассматривается кардиологами не только как возможная причина для развития перикардита, эндо- и миокардита, но и как предпосылка для начала атеросклеротического поражения сердечно-сосудистой (СС) системы [1]. В аспекте атеросклероза наиболее аргументировано на текущий момент выглядит значение *Helicobacter Pylori*, а также вирусной, хламидийной и микоплазменной инфекций [2,3]. Очаговая же хроническая инфекция (ОХИ), включая хронический тонзиллит (ХТ), остается до сих пор не изученной в плане её возможной взаимосвязи с атеросклерозом.

Цель – изучить параметры сосудистой ригидности и функционирования миокарда у лиц молодого возраста на фоне наличия у них хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ).

Материал и методы исследования.

В рамках основной группы обследованы 52 пациента (мужчин 17, женщин 35), направленных на оперативное лечение по причине наличия у них ХДТ в краевую клиническую больницу СК и городскую клиническую больницу №3 г.Ставрополя. Обследованные пациенты были в возрасте от 18 до 28 лет. В контрольную группу вошли 76 лиц сопоставимые по полу, возрасту и профилю основных ФР без наличия ОХИ. Кроме изучения особенностей профиля ФР проводили аппаратно-диагностическое обследование сосудистой системы для оценки влияния

ОХИ на показатели показатели васкулярной ригидности. Выявленные ФР оценивали с учётом их критериальных параметров в соответствии с последними Европейскими рекомендациями (2016) по профилактике СС заболеваний [1]. Опросник, разработанный врачами центра студенческого здоровья СтГМУ включал в себя более 100 вопросов, касающихся текущих жалоб со стороны различных органов и систем, анамнеза заболеваний и пр. Представленные медицинские карты также подвергались анализу за предшествующий период жизни. Инструментальное исследование проводили с помощью аппаратно-диагностической системы BPLab (ООО "Петр Телегин", Н-Новгород) на основе комплекса программ Vasotens Office [4], предполагающего проведение расширенного контурного анализа свойств пульсовых волн на уровне аорты и плечевой артерии. Данные обработаны с помощью программного обеспечения «Statistica 10.0» (StatSoft Inc, USA). Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты

Анализ полученных данных показал, что параметры сосудистой жёсткости как аорты, так и периферических артерий у представителей второй группы с наличием тонзиллита заметно отличаются от лиц из контрольной первой группы без присутствия какой-либо ОХИ в сторону повышения указанных параметров. При этом особо значимые различия коснулись показателей со стороны аортальной стенки - индекс аугментации в аорте $AI_{\text{ао}}$ составил $3,88 \pm 0,31$ против $1,04 \pm 0,08\%$ в контроле, т.е. различия достигали почти 4х-кратного уровня. Со стороны показателей артериальной жёсткости также зафиксированы существенные различия, но они были менее значимыми. При этом значение систолического, диастолического, среднего и пульсового артериального давления как в плечевой артерии, так и в аорте у больных ХДТ оказалось несколько ниже по сравнению с контролем. Средние показатели ЧСС составляли $79 \pm 1,46$ против $78 \pm 2,59$. Снизился также показатель максимальной скорости нарастания давления в аорте dp/dt у лиц основной группы по сравнению с контрольной группой – почти на 20%. Этот параметр характеризует сократительную функцию миокарда, с одной стороны, и аортальный статус, с другой стороны. При этом произошло некоторое увеличение продолжительности периода изгнания ED, что говорит о тенденции к развитию начинающейся диастолической дисфункции миокарда. Имеет место также некоторое снижения показателя эффективности субэндокардиального коронарного кровообращения SEVR.

Выводы

1. Данные инструментального обследования сосудистого статуса у молодых людей с наличием ХДТ свидетельствуют о заметных его сдвигах в сторону повышения индекса аугментации в плечевой артерии на 35%, скорости распространения пульсовой волны в аорте на 12% и индекса аугментации в аорте почти в 4 раза по сравнению со сверстниками без каких либо ИВЗ.

2. У молодых пациентов, страдающих хроническим тонзиллитом, выявлена тенденция к развитию скрытой дисфункции левого желудочка. Эта дисфункция выражается в снижении максимальной скорости нарастания АД почти на 20% и некотором увеличении периода изгнания левого желудочка.

3. Исследование плотно-эластического статуса у молодых пациентов подтверждают теорию развития пожизненного «инфекционно-воспалительного груза» в плане повышения сосудистой ригидности и изменений функционирования миокарда в условиях наличия очаговой хронической инфекции начиная с молодого возраста.

Список литературы.

1. 1. 2016 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Eur Heart J. – 2016. - №37, - P. 2315–2381.
2. Шарипова Е.В., Поражение сердечно-сосудистой системы при вирусных инфекциях / Е.В. Шарипова, И.В. Бабаченко, А.С. Левина // Журнал инфектологии. - 2017. - № 4. - С. 14-23.
3. Купрюшин А.С., Современные представления о роли микроорганизмов в индуцировании и развитии атеросклероза. / А.С. Купрюшин, Д.Г. Чудаева, М.Г. Федорова, И.В. Латынова, Ж.С. Вишнякова, Н.В. Купрюшина, А.А. Ефимов // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2016. - № 2. - С. 113-117

4. Васюк, Ю.А. Согласованное мнение российских экспертов по оценке артериальной жесткости в клинической практике / Ю.А. Васюк [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – № 2. – С. 4–19.

**ПРОФИЛЬ УГРОЗ ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ СТГМУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ЕЖЕГОДНОГО СКРИНИНГА В РАМКАХ АКЦИИ «НЕДЕЛЯ ПЕРВОКУРСНИКА-2018»
Итальянцева Е.В., Галькова И.Ю., Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Широкое распространение хронических неинфекционных заболеваний среди населения с тревожной тенденцией сохранения высоких показателей инвалидизации и смертности от их осложнений требует коренного пересмотра подходов к осуществлению борьбы с указанными заболеваниями [1,2]. Следует как можно быстрее переходить от методов реактивной медицины к технологиям предиктивной, превентивной, персонализированной и партисипативной медицины или 4П-медицины [3,4]. Если первая подразумевает оказание помощи больному с уже развившейся патологией, то вторая модель нацелена на предупреждение самого появления этой патологии с позиций новых знаний в области метаболизма, протеомики и других сфер современных научных достижений. С таким подходом полностью совпадает принцип осуществления массовой доклинической диагностики, ориентированный на молодёжную популяцию [5,6]. Необходимо накопление соответствующей базы больших данных по причине её практически полного отсутствия на текущий момент не только в России, но и за рубежом.

Цель - изучить профиль угроз здоровью студентов-первокурсников СтГМУ 2018года с учетом факультета и пола.

Материалы и методы

Проведен скрининг ресурсов здоровья первокурсников СтГМУ в рамках ежегодного внутривузовского мероприятия «Неделя первокурсника-2018» [5]. Всего прошли обследование 555 студентов трех факультетов, из них 177 юношей и 378 девушек, в возрасте от 17 до 24 лет. Обследование включало в себя: анкетирование, антропометрию, выявление стигм дигэмбриогенеза, регистрацию показателей периферической гемодинамики. Студенты – медики ответили на вопросы анкеты, касающиеся их общего самочувствия, перенесенных заболеваний, наследственного анамнеза, поведенческих факторов риска и пр. Для выявления признаков дисплазии соединительной ткани были выбраны синдром запястья и синдром большого пальца в связи с их доступностью определения в рамках скринингового обследования. Также были произведены замеры антропометрических показателей исследуемых с целью выявления отклонений в виде избытка и дефицита массы тела. Для определения артериального давления и пульса использовались автоматические тонометры фирмы OMRON.

Полученная информация внесена в единую электронную базу данных, на основе которой произведен анализ исходного уровня здоровья студентов, и выявлен профиль угроз сердечно - сосудистому статусу первокурсников 2018г. Данные, полученные при проведении вышеуказанного мероприятия, дополняют общую базу центра студенческого здоровья, которая формируется и анализируется сотрудниками центра в течение 9 лет [5].

Результаты

Результаты проведенного анализа данных показали, что пятая часть молодежи, поступающих на 1 курс университета, имеют тот или иной вариант повышения АД от прегипертензии до АГ 2 степени. Каждый третий первокурсники имеет отклонение от нормальной массы тела либо в сторону ожирения и избыточной массы тела, либо в сторону дефицита.

Встречаемость артериальной гипертензии/прегипертензии (АГ/ПГ) в целом среди юношей на трёх факультетах составила 37,1%, а среди девушек – 11,9%. Ожирение/избыточная масса тела у всех обследованных юношей составила – 23,2%, а у девушек – 11,3%. Встречаемость случаев повышенного АД в виде АГ/ПГ в 3 раз выше среди юношей по сравнению с девушками на трех факультетах. Подобные особенности выявляются при анализе индекса массы тела студентов. Ведь ожирение и избыточная масса тела встречаются в 2 раза чаще среди юношей по сравнению с девушками на трех факультетах.

Наличие отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям отмечают от 22 до 51% респондентов. При чем максимальная частота наследственной отягощенности представлена у студентов педиатрического факультета.

Положительный ответ на вопрос о привычной интоксикации в виде курения дали в 7, 16,2 и 22,9% случаев юношей лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов соответственно и в 0,9, 1,8 и 3,2% случаев девушек тех же факультетов. В среднем по трем факультетам курение отмечают 15,3% юношей и 1,6% девушек.

Нерациональное питание по переизбытку животных жиров встречалось в среднем по трем факультетам в 23,4% случаев, а по недостатку растительной клетчатки – в 42,8% среди всех опрошенных.

Плохую переносимость психо-эмоциональных нагрузок все обследованные девушки отмечали в 5,5 раза чаще по сравнению с однокурниками противоположного пола. Гиподинамию отмечали девушки в 2,5 раза по сравнению с юношами.

Выводы.

1. В 2018г. у поступивших в СтГМУ молодых людей достаточно чётко прослеживается ассоциированность между частотой встречаемости таких основных модифицируемых ФР, как повышенное АД, ожирении/избыточная МТ и курение с гендерной принадлежностью.

2. В условиях проведения массового скрининга различные формы повышенного АД встречаются каждого четвертого юноши и у каждой восьмой девушки. Избыточная масса тела либо дефицит регистрируются у каждого пятого юноши и каждой девятой девушки. Вредную привычку в виде курения имеют каждый шестой-седьмой юноша, и как минимум каждая сотая девушка.

3. Представленные данные, полученные Центром здоровья о особенностях студенческого профиля ФР следует учитывать всем университетским структурам, включая деканаты, воспитательный отдел и ФОК, при планировании внутривузовской программы действий профилактической направленности.

Список литературы.

1. Шляхто Е.В. и др. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ) Обоснование и дизайн исследования / Коллектив авторов // Профилактическая медицина. – 2013. - №6. – С.25-34.

2. Кобякова О. С., Деев И. А., Лукашова А. М., Старовойтова Е. А., Куликов Е. С. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции студентов / Кобякова О. С., Деев И. А., Лукашова А. М., Старовойтова Е. А., Куликов Е. С. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. - №15. – С.74–80.

3. Санер Х. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний посредством физической активности и тренировок: нагрузка как лекарство / Санер Х. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — Москва, 2013. — № 6. — С. 17—23.

4. Evseyeva M.E., Rostovtseva M.V., Gal'kova I.Yu., Rusidi A.V. About correlation of socio-psychological status and factors of cardio-vascular risk at young contingent. В книге: Breaking down the barriers (EUSUHM 2013) poster abstracts. 2013. С. 37.

5. Evseyeva M.E., Eremin V.A., Eremin M.V., et al. Center for student's health: the main directions of work at the present stage / M.E. Evseyeva, V.A. Eremin, M.V. Eremin, et al. // Preventive Medicine. – 2013. - №16(1). – P.8-12.

6. Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Кошель В.И. Сердечно-сосудистое здоровье студентов: аспекты скрининга, углублённой диагностики и формирования профилактической среды ВУЗА / М.Е.Евсеева, М.В.Ерёмин, В.И. Кошель // WSCHODNIO EUROPEJSKIE CZASOPISMO NAUKOWE. -2016. -№1. - С. 97-100.

АЛЬБУМИН/КРЕАТИНИНОВЫЙ ИНДЕКС - ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кадысова М.Б., Юдин М.С., Загиппарова А.Е.

Научные руководители: к.м.н. Тауешева З.Б, к.м.н. Гусейнова З.К.

Карагандинский государственный медицинский университет

Актуальность: Диабетическая нефропатия- грозное осложнение сахарного диабета, поэтому ее ранняя диагностика позволяет избежать развитие терминальной стадии почечной недостаточности,и тем самым продлить жизнь больных. Показано, что развитие нефропатии при СД имеет этапность- от доклинических структурных повреждений почек в первые годы болезни до диффузного или узелкового гломерулонефрита через 15- 20 лет течения СД. В современной практике для ранней диагностики используются три основных критерия: УЗИ, СКФ, протеинурия. Как правило СКФ придается более весомое значение в постановке диагноза, так как оно является отражением функциональной способности почек. На данном ретроспективной исследовании было отмечено, что при неизменном СКФ, у большинства пациентов в анализах мочи наблюдалась протеинурия.

Цель: Своим исследованием мы хотим доказать необходимость определения альбумин/креатининового индекса в клинической практике в качестве рутинного метода для пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы.

Обследовано 40 пациентов (30 женщин (75%), 10 мужчин (25%)) в возрасте от 40 до 80 лет, страдавших сахарным диабетом II типа в сочетании с артериальной гипертензией. Обследование включало сбор анамнеза (наследственность по СД, наличие сопутствующих заболеваний) и клинический осмотр. Лабораторные методы исследования: определение глюкозы в крови натощак, скорость клубочковой фильтрации (креатинин), ОАМ (протеинурия). Инструментальные методы: УЗИ почек.

Статистическая обработка полученных результатов, осуществлялась с помощью методов вариационной статистики с использованием Microsoft Excel.

95% пациентов с СД 2 из выборки имеют ХБП, из них 14 (35%) пациентов с 1 стадией ХБП, 12 (30%) пациентов со 2 стадией ХБП.

Нормальный уровень протеинурии 0,033 г/л – 2 человека, 38 человек (95%) со значимой протеинурией, что является критерием повреждения почек.

Результаты.

В общей выборке пациентов с СД 2 типа (n=40) определена корреляция наличия протеинурии как признака ХБП по коэффициенту корреляции Пирсона с $r = -0,172$, т.е. слабая обратная связь. После чего из выборки выделены пациенты с ХБП 1-2 степени с СКФ от 131 до 64,3 мл/мин/1,73м² с протеинурией, которая являлась критерием включения в диагноз ХБП. Также рассчитан коэффициент корреляции протеинурии и СКФ по критерию Пирсона, $r = 0,36$, что является слабой прямой связью.

Вывод.

При решении вопроса о внесении в клинический диагноз хронической болезни почек 1 и 2 стадии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа нельзя основываться на разовом определении протеинурии без расчета альбумин-креатининового индекса, т.к. данным исследованием показана слабая связь между наличием протеинурии, определенной количественно в общем анализе мочи, и СКФ, рассчитанной по СКД-EP1 на базе ГБ 1 г. Караганды.

Список литературы:

1. Коган-Ясный В. М. Сахарная болезнь; Государственное издательство медицинской литературы - М., 2011.
2. Дедов И. И., Шестакова М. В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия; Медицинское информационное агентство - М., 2012.
3. Гарднер Дэвид, Шобек Долорес. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 2; Бином - М., 2011.
4. Гитун Т. В. Диагностический справочник эндокринолога; АСТ - М., 2015.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ: АКНЕ И ГИРСУТИЗМ

Казьмина И.Б., Кошель М.В., Сотникова А.Ю., Одинец А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Акне – это хроническое кожное заболевание полиэтиологической природы. Одной из основных причин формирования данной патологии является гиперандрогения.[1]

Гиперандрогения – это патологический процесс, обусловленный избыточными эффектами андрогенов на организм женщины. Одним из клинических проявлений гиперандрогении является гирсутизм.

Гирсутизм – это состояние, наблюдаемое у женщин, характеризующееся ростом терминальных волос в андрогензависимых зонах (щеки, верхняя губа, грудь, подбородок, предплечья, нижняя часть живота, спина, крестец, внутренняя поверхность бедер, голени).

Условно состояния, вызывающие данное клиническое проявление можно разделить на андрогенные и неандрогенные. К андрогенным относят: СПКЯ (в анамнезе наследственность, нерегулярные менструации, ожирение, бесплодие, диабет, гипертония), гипотиреоз (слабость, повышение массы тела, аменорея), синдром HAIR-AN (сочетание гиперандрогении, инсулинорезистентности и черного акантоза), врождённая гиперплазия надпочечников вследствие недостаточности 21-гидроксилазы (сольтерную, простую вирильную, неклассическую с поздним дебютом, и скрытую), гиперпролактинемия (аменорея, галакторея, бесплодие), андрогенпродуцирующие опухоли (вирилизация и быстрый рост волос в течение 3-6 месяцев), синдром Кушинга («горб буйвола», снижение слуха, гипертония, стрии), гипертекоз. Андрогензависимые формы гирсутизма встречаются от 75 до 85 % случаев.[6]

К неандрогенным причинам относят: акромегалия (аменорея, галакторея, бесплодие). Также выделяют идиопатический гирсутизм, который является вторым наиболее распространенным диагнозом гирсутизма после СПКЯ и составляет по разным данным от 5 до 25%. [6]

С целью диагностики гирсутизма в 1961 году была создана специальная шкала Ferriman-Gallwey (F-G).[5]

Данная шкала включает оценку характера оволосения в 9 областях. Оценка каждой области проводится от 0 до 4.

Полученное в ходе осмотра гирсутное число от 1 до 7 характеризует нормальное оволосение, от 8 до 12 — пограничное оволосение, более 12 — гирсутизм.

К другим причинам гирсутизма относят: прием препаратов, стимулирующих рост волос (миноксидил, антидепрессанты, иммуномодуляторы, глюкокортикостероиды), этнические особенности. Андрогензависимые формы гирсутизма встречаются от 75 до 85 % случаев.[4]

Также выделяют конституциональный гирсутизм, имеющий в своей основе наследственную предрасположенность и большинством авторов рассматривается как вариант нормы, у таких пациенток развитие гирсутизма связано с чувствительностью фолликула к 5-α редуктазе и полиморфизмом андрогеновых рецепторов. Семейный гирсутизм является распространенным у представительниц средиземноморских, кавказских народов и реже встречается у представительниц Северной Европы и Азии. [3] Таким образом необходимо учитывать гетерогенность гирсутизма: возраст пациента, прием отдельных групп препаратов, характер оволосения у ближайших родственников и национальную принадлежность. В случае, если указанные выше факторы развития гирсутизма исключены, то у пациенток с акне данный признак должен рассматриваться как показание к расширенному эндокринологическому обследованию. [2] Таким образом оценка индекса Ferriman-Gallwey должна использоваться в рутинной оценке состояния кожных покровов у пациенток с акне.

Список литературы.

1. Чеботарев В.В. Поздние акне у женщин: особенности течения заболевания/В.В.Чеботарев, И.Б.Казьмина, М.В.Кошель, А.В.Одинец, А.О.Коробейникова//Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. -№4. – С. 544-547.

2. Побочные эффекты фототерапии у пациентов с поздними акне Казьмина И.Б., Сотникова А.Ю., Полетаева М.В.

В сборнике: НЕДЕЛЯ НАУКИ - 2017 МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОГО МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ. 2017. С. 104-105.

3. Гирсутизм у девочек и подростков./Смирнов В.В., Накула А.А. //Лечащий врач. -2017. - №3. –С.25.

4. Рагимова З. Э., Каиль-Горячкина М. В. Междисциплинарные аспекты андрогензависимой дерматопатии (обзор литературы)//Consilium Medicum. Дерматология. 2016, 3: 56-62.
5. Yildiz BO, Bolour S, Woods K, Moore A, Azziz R. Visually scoring hirsutism. Hum Reprod Update. 2010;16(1):51–64.
6. Rosenfield RL. Clinical practice. Hirsutism. N Engl J Med. 2005;353(24):2578–2588.

МЕХАНИЧЕСКИЕ АКНЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

**Казьмина И.Б., Кошель М.В., Сотникова А.Ю., Одинец А.В.
Ставропольский государственный медицинский университет**

В настоящее время выделяют различные формы угревой сыпи. Среди многочисленных форм акне – хронического кожного процесса, проявляющегося повышенным салоотделением, формированием комедонов, папул, пустул, преимущественно на коже лица, верхней трети туловища – себорейных зонах, в основе патогенеза которого лежит нарушение процессов ороговения, выработки кожного сала. В последние годы отмечается увеличение удельного веса механических акне. Классическая форма механических акне, при которой воспалительные элементы появляются в ответ на травматизацию кожи, встречаются крайне редко, как правило, это пациенты с ранее имевшими место более легкими формами других вариантов акне. В этом случае травматизация способствует развитию более выраженной воспалительной реакции, а также формированию вторичных элементов – длительно существующих пятен, рубцов, не характерных для данной формы угревой сыпи. К признакам механических акне относят: вторичные пятна, эскориации (линейные дефекты кожи), эскориированные папулы, а также рубцы, которые не соответствуют характеру течения воспалительного процесса.

Цель исследования: изучить особенности течения механических акне у пациенток старше 25 лет.

Материалы и методы.

Исследование проводилось у 62 пациенток с диагнозом поздние акне. В 1 группу были включены, с использованием методов рандомизации, 31 пациентка с диагнозом акне в возрасте от 18 до 25 лет и во 2 группу - 31 пациентка в возрасте от 25 лет и старше. У всех пациенток выявляли вышеуказанные признаки механических акне. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждения.

В 1 группе распределение по степени тяжести выглядело следующим образом: I степень встречалась у 5 человек (16%), II степень тяжести у 11 человек (36%), III степень тяжести у 13 человек (42%) и IV степень тяжести была выявлена у 2 пациенток (6%). У пациенток 2 группы следующим образом: I степень - у 3 человек (10%), II степень тяжести у 14 человек (45%), III степень тяжести у 9 человек (29%) и IV степень тяжести была выявлена у 5 пациенток (16%). Таким образом 1 и 2 группа оказались сопоставимыми по степени тяжести. Также у пациенток 1 и 2 группы выявляли наличие признаков механических акне. Среди пациенток 1 группы вторичные пятна встречались у 8 пациенток (26%), эскориации (линейные дефекты кожи) – у 14 человек (45%), эскориированные папулы – у 13 пациенток (42%), рубцы у 9 (30%). У пациенток 2 группы распределение признаков механических акне выглядело следующим образом: вторичные пятна – у 13 пациенток (42%), эскориации – у 18 (58%), эскориированные папулы – у 20 пациенток (65%), рубцы у 14 (45%). Таким образом признаки механических акне встречались у пациенток 2 группы достоверно чаще. Статистически значимого различия при сопоставлении встречаемости указанных признаков у пациенток с одинаковой степенью тяжести 1 и 2 групп выявлено не было.

Выводы.

Полученные результаты позволяют утверждать, что у пациенток с поздними акне компонент механические акне встречается достоверно чаще, что вероятно связано не только с выраженным психоэмоциональным компонентом заболевания, но также с сформировавшейся в течение длительного времени привычкой травмировать, в том числе воспалительные элементы, то есть

развивается так называемая «привычка», которая может быть расценена как легкая форма патомимии. Это может быть основанием для включения в схему лечения пациенток старшей возрастной группы с целью повышения эффективности терапии седативных препаратов, транквилизаторов, антидепрессантов.

Список литературы.

1. Побочные эффекты фототерапии у пациентов с поздними акне. Казьмина И.Б., Сотникова А.Ю., Полетаева М.В. Сборник: Неделя науки – 2017 Материалы Всероссийского форума с международным участием.
2. Чеботарев В.В. Поздние акне у женщин: особенности течения заболевания/В.В.Чеботарев, И.Б.Казьмина, М.В.Кошель, А.В.Одинец, А.О.Коробейникова//Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. -№4. – С. 544-547.
3. Потекаев Н.Н., Горячкина М.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения рефрактерных акне у женщин //Клиническая дерматология и венерология. 2012. №1. С.72-78.
4. Acne mechanica.Mills OH Jr, Kligman A.Arch Dermatol. 1975 Apr;111(4):481-3.
5. Acne mechanica: probable role of IL-1 α .Bettoli V, Toni G, Zauli S, Virgili A.G Ital Dermatol Venereol. 2016 Dec;151(6):720-721.

**ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ КАК КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ, ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К
ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Калиева М.А. , Н.В. Страхова, Ю.А. Котова

Научный руководитель: д.м.н., профессор А.А. Зуйкова

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

В настоящее время ожирение рассматривается как хроническое рецидивирующее заболевание, ассоциирующееся с рядом серьезных осложнений [1]. Кардиоваскулярная патология является ведущей при рассмотрении заболеваний, ассоциированных с наличием избыточной массы тела и ожирения [2, 3]. Тревножно-депрессивные расстройства через патофизиологические механизмы вызывают тромботические осложнения у больных с ИБС, что связано с двукратным увеличением риска развития инфаркта миокарда [5]. Изменения в психическом статусе в виде тревоги и депрессии формируют патологическое пищевое поведение. Эффективное лечение и профилактика ожирения возможны только при высокой комплаентности пациента, что является проблемой с учетом эмоционально-личностных особенностей лиц данной категории [4].

Цель исследования: установление влияния ожирения как сопутствующей патологии на качество жизни, тревожно- депрессивные расстройства и приверженность к лечению у больных со стенокардией.

Материалы и методы: В исследование приняли участие 50 человек на базе ГУЗ Липецкая городская поликлиника № 4 с основным клиническим диагнозом: «ИБС: стабильная стенокардия напряжения», из них 35 женщин и 15 мужчин. Все пациенты были разделены на две группы по принципу наличия ожирения как сопутствующей патологии. В первую группу (стабильная стенокардия) были включены 22 человека, средний возраст составил $53,64 \pm 7,22$ лет. Во вторую группу (стабильная стенокардия и ожирение) – 28 человек, средний возраст составил $60,68 \pm 6,08$ лет. Для анкетирования больных использовались: опросник по качеству жизни SF-3636, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS1, шкала комплаентности Мориски-Грин. Всем больным был проведен сбор анамнеза, антропометрия с расчетом индекса массы тела, биохимическое исследование крови.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием SPSS Statistics 20.0. При сравнительном анализе использовался U-критерий Манна-Уитни, при корреляционном анализе – коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты исследования. При сравнении среднего балла тревоги и депрессии по шкале HADS была выявлена тенденция увеличения тревоги и депрессии с повышением ИМТ ($p < 0,05$ по U- критерию Манна-Уитни). При корреляционном анализе была выявлена сильная положительная корреляционная взаимосвязь (тревога- $r = 0,736$, $p = 0,01$; депрессия- $r = 0,731$, $p = 0,01$.)

Средние значения всех компонентов качества жизни в группе пациентов с ожирением ниже (Группа стенокардия PF=75,23;RP=95,45;BP=80,18;GH=60,64;VT=76,14;SF=92,61;RE=86,36; MN=75,82. Группа стенокардия+ожирение PF=50,18;RP=67,86;BP=48,82; GH=38,68;VT=43,21;SF=63,79;RE=71,43; MN=47,86). При анализе данных была установлена сильная отрицательная корреляционная связь ИМТ и всеми компонентами качества жизни пациентов (PF $r=-0,786$, $p=0,01$; RF $r=-0,789$, $p=0,01$; BP $r=-0,801$, $p=0,01$; GH $r=-0,738$, $p=0,01$; VT $r=-0,861$, $p=0,01$; SF $r=-0,758$, $p=0,01$; RF $r=-0,772$, $p=0,01$; MN $r=-0,838$, $p=0,01$; физический компонент здоровья $r=-0,863$, $p=0,01$; психический компонент здоровья $r=-0,815$, $p=0,01$). На снижение качества жизни пациентов второй группы оказывает влияние также функциональный класс стенокардии напряжения, на что указывает отрицательная корреляционная связь между функциональным классом стенокардии и значениями шкал SF-36 (PF $r=-0,642$, $p=0,01$; RF $r=-0,524$, $p=0,01$; BP $r=-0,610$, $p=0,01$; GH $r=-0,328$, $p=0,01$; VT $r=-0,584$, $p=0,01$; SF $r=-0,608$, $p=0,01$; RF $r=-0,353$, $p=0,01$; MN $r=-0,544$, $p=0,01$; физический компонент здоровья $r=-0,629$, $p=0,01$; психический компонент здоровья $r=-0,546$, $p=0,01$). Также выявлена прямая сильная корреляционная связь между общим баллом по шкале Мориски –Грин и ИМТ ($r=0,838$, $p=0,01$), баллом тревоги по шкале HADS ($r=0,732$, $p=0,01$), баллом депрессии по шкале HADS ($r=0,832$, $p=0,01$), ФК стенокардии ($r=0,611$, $p=0,01$). При изучении взаимосвязи компонентов качества жизни и комплаентности больных с ожирением была установлена обратная сильная корреляционная связь между суммарным баллом по шкале Мориски-Грин и физическим и психическим компонентами здоровья по опроснику SF-36 ($r=-0,854$, $p=0,01$) и ($r=-0,844$, $p=0,01$) соответственно.

Выводы. Установлена прямая корреляционная зависимость между качеством жизни, выраженностью тревоги и депрессии и комплаентности пациентов с ожирением. С повышением индекса массы тела, возрастанием функционального класса стенокардии напряжения, качество жизни пациентов снижается. С возрастанием ИМТ тревожно-депрессивных расстройств усиливаются. С возрастанием ИМТ, ФК стенокардии, наличием тревожно-депрессивных расстройств больные имеют меньше мотивации придерживаться назначенному лечению.

Список литературы.

1. Бирюкова, Е.В., Эффективная фармакотерапия ожирения - залог успешного лечения заболеваний, связанных с лишним весом / И.В. Соловьева, Е.В. Бирюкова // Эффективная фармакотерапия. –2013. – № 49. – С. 18-27.
2. Белякова, Н.А., Пищевое поведение, образ и качество жизни, а также психологический статус больных с алиментарно-конституциональным ожирением / Н.А. Белякова, М.Б. Ляникова, Н.О. Милая // Тверской медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 31-45.
3. Маслова, В.Ю. Анализ факторов, определяющих приверженность антигипертензивной терапии на амбулаторно-проликлиническом этапе / В.Ю. Маслова, О.Н. Красноручкая, Д.Ю. Бугримов, Г.М. Кучерук // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 66. – С. 59-63.
4. Страхова, Н.В. Расстройства тревожно-депрессивного спектра у диспансерных больных с хронической сердечной недостаточностью / Н.В. Страхова, А.А. Зуйкова, Е.С. Булавина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16. - № 2. – С. 309-313.
5. Шимохина, Н.Ю. Состояние систем гемостаза и иммунитета у больных острым коронарным синдромом в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами / Н.Ю. Шимохина, А.А. Савченко, М.М. Петрова, М.С. Черняева // Кардиология. – 2015. – Т. 55. – № 8. – С. 12-20.

КОМОРБИДНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Карамурзова Д.Х.

Научный руководитель: Хасаева М.А.

Кабардино-Балкарский университет им. Х.М.Бербекова

В статье содержится особенности течения рассеянного склероза у больных с сопутствующей соматической патологией (бронхолегочной и сердечно – сосудистой), в том числе, специфика течения рассеянного склероза у больных с вредной привычкой (курение).

Цель исследования: Изучение особенностей течения рассеянного склероза у больных с сопутствующей соматической патологией (бронхолегочной и сердечно – сосудистой), в том числе, специфику течения рассеянного склероза у больных с вредной привычкой (курение).

Рассеянный склероз (РС) – достаточно широко распространенное дизиммунно-нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы, которое поражает в основном лиц молодого возраста и почти с неизбежностью приводит на определенной стадии своего развития к инвалидизации. Эта болезнь хроническая, в большинстве случаев прогрессирующая, непредсказуемая в течении и в настоящее время неизлечимая [5].

Причина РС остается неясной. Заболевание наиболее распространено на территориях с прохладным и влажным климатом, в связи с чем до сих пор обсуждается его связь с какими-либо факторами внешней среды: составом воды, почвы (недостаточностью микроэлементов - кобальта, марганца, цинка, йода), продуктов питания (употребление большого количества животных жиров), освещенностью [1,2]. В последнее время большое внимание уделяется содержанию в крови витамина D. Помимо того что витамин D влияет на содержание кальция в костях и поддержание метаболизма фосфора, он играет роль в иммуномодуляции и клеточной дифференциации. В частности, его активная форма может угнетать Th1-лимфоциты и увеличивать популяцию Th2-лимфоцитов, которые продуцируют противовоспалительные цитокины [4]. Наиболее вероятным является положение о полигенной основе предрасположенности к РС, т.е. генотип больных РС складывается из множества независимых генов, каждый из которых вносит свою лепту в риск развития РС. Большое значение в формировании предрасположенности к РС имеет определенный набор аллелей генов главного комплекса гистосовместимости, располагающегося на 6 хромосоме [1,3].

Нами был проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни ТО 1 г. Нальчик за период 2016-2017 гг. с диагнозом «Рассеянный склероз». 25 больных имели сопутствующую патологию (бронхолегочную и сердечно-сосудистую). Сравнительную характеристику проводили, используя шкалу EDSS, показывающую степень инвалидизации больных с РС.

При исследовании в группе больных с сопутствующей патологией было достоверно обнаружено, что у этих больных РС протекал тяжелее. Было выявлено, что степень инвалидизации у всех этих больных по шкале EDSS составляла 4 и выше, в то время как, у больных без сопутствующей патологией степень инвалидизации у всех по шкале EDSS составляла от 2-2,5. Кроме того, отмечалось частота обострения у больных с сопутствующими заболеваниями больше в разы.

Список литературы.

1. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Рассеянный склероз: достижения десятилетия. 2007 г., 4-13.
2. Ишманова С.А. Экзогенные и эндогенные факторы, определяющие особенности клиники и течения рассеянного склероза: Автореф. дисканд. мед. наук, Казань, 2003 г.
3. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. Монография. М:Изд-во «Нефть и газ» 1997 г., 430.
4. Гусев Е.И., Завалишин И.А. А.Н.Бойко. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания (руководство для врачей). Монография. М:Миклош 2004 г.
5. Т.Е.Шмидт, Н.Н.Яхно. Рассеянный склероз. Москва. «МЕДпресс-информ». 2012 г.

СЛУЧАЙ ИЕРСИНИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ИНФЕКЦИОНИСТА

Картаева Я.О., Джирро А.

Научный руководитель: Маркосян Н.С.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

В настоящее время инфекционные заболевания распространены достаточно широко и наносят обществу значительный социально-экономический ущерб [2]. Иерсиниозы – это группа острых инфекционных заболеваний, с поражением различных органов и систем, склонностью к развитию обострений и рецидивов [1]. Иерсиниоз характеризуется острым началом, повышением температуры тела до 39–40°C, поражением желудочно-кишечного тракта. У части больных появляется сыпь, гиперемия ладоней и стоп с последующим пластинчатым шелушением. Иногда

на первый план выступают симптомы поражения печени: боли в правом подреберье, гепатомегалия, желтуха, потемнение мочи, обесцвеченный кал [3].

Материал и методы: был проведен анализ 18 медицинских карт взрослых пациентов с диагнозом иерсиниоз, госпитализированных в ГБУЗ РМ «Республиканская инфекционная клиническая больница» (РИКБ).

Результаты и обсуждение. Нами проанализированы медицинские карты 18 пациентов, госпитализированных в РИКБ в 2014–2016 гг. с диагнозом иерсиниоз. В 89% случаев зафиксирована генерализованная форма заболевания, смешанный вариант течения. У 2-х человек (11%) наблюдалось рецидивирующее течение процесса: вначале развился аппендицит, а затем появлялись симптомы гастроэнтерита.

При генерализованной форме иерсиниоза в 22,2% наблюдалась лимфоаденопатия. В 5,5% случаев увеличивались углочелюстные, заднешейные, подмышечные лимфоузлы. У 5,5% больных реагировали на инфекцию подчелюстные, заднешейные лимфоузлы; затылочный лимфаденит отмечался в 5,5% случаев. У одного пациента (5,5%) на фоне генерализованной лимфоаденопатии (увеличение заднешейных, подмышечных, паховых лимфоузлов) в левой углочелюстной области отмечался бубон размером 3 см в диаметре, что потребовало проведения дифференциальной диагностики с банальным лимфаденитом, туляремией, инфекционным мононуклеозом.

Приводим пример данного клинического наблюдения:

Больной М. (37 лет) заболел 7.03.2016, когда появилась головная боль, повышение температуры тела до 38°C, боль в суставах и мышцах, увеличение лимфатического узла в углочелюстной области слева. С 8.03.2016 по 11.03.2016 находился на стационарном лечении в районной больнице, где получал ванкомицин, лефлобакт, дисоль, аскорбиновую кислоту, цефепим. С подозрением на гнойный лимфаденит 11.03.2016. госпитализирован в Мордовскую республиканскую клиническую больницу. 12.03.2016. появилось желтушное окрашивание кожи и склер, эритематозная сыпь на коже спины. 14.03.2016. переведен в РИКБ с диагнозом: «Лептоспироз? Инфекционный мононуклеоз? Туляремия?».

Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести, температура тела 38,7 С. На коже туловища, спины, живота единичные элементы пятнистой сыпи до 1,5 см в диаметре, кожные покровы и склеры иктеричны. В подчелюстной области пальпируется бубон диаметром 3 см, болезненный при пальпации; заднешейные, подмышечные, паховые лимфоузлы 1–1,5 см, безболезненные. В зеве – яркая гиперемия. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 105 и 55 мм рт. ст. Язык густо обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги. Моча темная, стул светлый.

В общем анализе крови от 15.03.2016 наблюдался лейкоцитоз (16,2x10¹²/л), ускорение СОЭ (28 мм/ч), нейтрофилы – 83%, лимфоциты – 12%, моноциты – 5%, в биохимическом анализе крови от 15.03.2016: общий билирубин – 78,8 мкмоль/л, прямой билирубин – 66 мкмоль/л, непрямого билирубин – 12,8 мкмоль/л, АЛТ – 351 ЕД/л, АСТ – 297 ЕД/л, щелочная фосфатаза – 321 ЕД/л, ревматоидный фактор – 27,9 ЕД, прокальцитонин – 6 нг/мл. Исследование крови на следующие инфекции (ВИЧ, бруцеллез, туляремия, вирусы герпеса 1, 2, 6 типов, токсоплазмоз, малярия, лептоспироз, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, маркеры вирусных гепатитов В и С) – отрицательно. Анализ крови на иерсиниоз ОЗ, О9 (ИФА) от 18.03.2016, 23.03.2016, 06.04.2016 – отрицательно.

Больному были назначены антибиотики (цефепим, цiproфлоксацин, гентамицин, азитромицин, доксициклин), дезинтоксикация (глюкозо-солевые растворы), гепатопротекторы (ремаксол, карсил). На фоне лечения отмечалась лихорадка в течение 21 дня. При проведении УЗИ органов брюшной полости от 15.03.2016: признаки гепатоспленомегалии, диффузных изменений паренхимы печени. На 20 сутки от начала заболевания иктеричность кожи и склер исчезла, на 26 сутки размеры печени, лимфатических узлов нормализовались, но появилось крупнопластинчатое шелушение кожи кистей рук и стоп, что позволило консилиуму врачей выставить диагноз: «Иерсиниоз. Генерализованная форма. Смешанный вариант. Средней степени тяжести. Иерсиниозный гепатит».

Заключение. В некоторых случаях иерсиниоза отмечается генерализованная лимфоаденопатия с формированием углочелюстного бубона. Отрицательные результаты серологического исследования можно объяснить отсутствием лабораторного диагностикума к более редким серологическим вариантам иерсиний или более поздним появлением антител.

Список литературы.

1. Маркосьян, Н. С. Эпидемиологические аспекты иерсиниоза в Республике Мордовия / Н. С. Маркосьян, Е. С. Брехова // Сб. научн. тр. /Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема – Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2017. – С. 139–143.
2. Павелкина, В.Ф. Оптимизация патогенетической терапии при заболеваниях вирусной и бактериальной этиологии / В.Ф. Павелкина, А.А. Еровиченков, С.Г. Пак // Фарматека. – 2010. – №4 (198). – С. 64 – 71.
3. Юшук, Н. Д. Заразные болезни человека / Н. Д. Юшук, Ю. Я. Венгеров, С. С. Кряжева – М.: ОАО Издательство «Медицина», 2009. – С. 78 – 79.

СИНДРОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ковригина Д.В., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

В настоящее время в мире растет доля пожилых и старых людей. По данным Росстат общая численность населения России на 1 января 2018 года составляет 146880432 человека. К 2023 году ожидается увеличение этих цифр до 27,2%[1]. Эти изменения вызывают интерес к социальным и медицинским проблемам лиц пожилого и старческого возраста. Оценка их состояния крайне важна, так как процессы старения могут влиять на клиническую картину болезни и результаты терапии. Эти пациенты составляют группу повышенного риска развития осложнений основного заболевания и замедления восстановления [3]. У пациентов старше 60 лет часто обнаруживаются сочетания наиболее важных общегериатрических синдромов, один из которых нарушение нутритивного статуса [7]. Он складывается из нарушения переваривания и снижения всасывания [6]. Нарушение питания способствует наступлению «старческого одряхления», и присоединению другой патологии. Для лиц старше 60 лет на его долю приходится 20% при отсутствии сопутствующей патологии, а при полиморбидных состояниях до 40% [4]. Низкий статус питания может сопровождать болезни желудочно-кишечного, усугубляя течение патологического процесса и повышая смертность [2]. Большинство общегериатрических синдромов остаются нераспознанными врачами общей практики, значит, не проводятся мероприятия по их коррекции и профилактике [5]. Целью исследования являлось определить частоту встречаемости синдрома нарушения питания среди лиц пожилого и старческого возраста на участке у врача общей практики. Оценить частоту приемов пищи, сбалансированность питания и причины, которые оказывают влияние на пищевое поведение.

Задачи.

1. Определить распространенность синдрома мальнутриции среди лиц пожилого и старческого возраста.
2. Сравнить частоту полных приемов пищи в день у лиц с нарушением нутритивного статуса и у лиц без данной патологии.
3. Оценить качество питания, ориентировочное количество белковой пищи, овощей и фруктов в рационе.
4. Выявить влияние психологического стресса и ежедневного приема лекарственных препаратов на развитие синдрома нарушения питания.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе ГУЗ «Липецкая городская поликлиника №1». В период прохождения летней практики были опрошены 94 человека старше 60 лет при помощи мини-опросника нутритивного статуса (MNA). Критерием выборки явилось обращение за помощью к участковому врачу.

Результаты. В ходе исследования были выделены две группы: первая – лица с синдромом мальнутриции (56,4%), вторая – без нарушения питания (43,6%). За последние три месяца сократилось потребление пищи из-за потери аппетита, проблем с жеванием или глотанием в первой группе у 77,3% опрошенных, во второй – 23,5%, а потеря веса отмечается у 71,1% и 13% соответственно. Среднее значение индекса массы тела при белково-энергетической недостаточности составило 17,8 кг/м², без нарушения питания 24,4 кг/м². Два полных приема пищи в день наблюдается у большинства пациентов первой группы (90,7%), во второй группе количество приемов пищи составило три и более ежедневно у 69,2% опрошенных. Белковую пищу

и молочные продукты ежедневно не употребляют в 95,4% и 82,8% случаев соответственно. Низкое потребление овощей и фруктов было выявлено у 72% лиц с синдромом мальнутриции, у 68,6% лиц без нарушения питания. Самостоятельно питаться способны все опрошенные. Психологический стресс за последние три месяца наблюдается у 81,8% пациентов первой группы и у 78,3% второй группы. Ежедневно принимают более трех лекарственных препаратов по поводу основного заболевания 73,4% лиц с синдромом нарушения питания и 42,6% лиц без данной патологии. Была выявлена достоверная зависимость между наличием психологического стресса, приемом лекарственных препаратов и развитием синдрома мальнутриции.

Выводы.

1. Недостаточность питания довольно распространена среди пациентов старших возрастных групп (56,4%).

2. Сниженное потребление белковой пищи при недостаточном питании больше на 12,6 % случаев.

3. Количество полных приемов пищи в сутки у пациентов с синдромом мальнутриции в большинстве случаев два (90.7%), в то время как у лиц не страдающих этой патологией три (69.2%).

4. Больше половины пациентов с синдромом мальнутриции принимают более трех лекарственных препаратов ежедневно (73,4%).

5. Большая распространенность синдрома мальнутриции среди пациентов на участке врача общей практики доказывает необходимость внедрения скрининговых программ для оценки правильности и сбалансированности питания с целью коррекции лечебного процесса, восстановления функциональной активности и улучшения качества жизни.

Список литературы.

1. Белоусова О.Н., Жабоева С.Л., Хмельницкий А.В. Подходы к созданию программ персонализированной профилактики гериатрических синдромов // Научные ведомости. – 2017. - No 5. – С. 254.

2. Василевская С.А., Мараховский Ю.Х., Калачик В.П. Мальнутриция: верификация, антропометрические и лабораторные характеристики // Проблемы здоровья и экологии. – 2009. – No 2(20). – С. 66-74.

3. Воронина И.В., Лузина А.В., Остапенко В.С., Рунихина Н.К, Ткачева О.Н. Гериатрические синдромы у пожилых пациентов при стационарном лечении // Московская медицина. – 2016. – No S1(12). - С. 94-95.

4. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Журавлева А.В., Перелыгин К.В., Гурко Г.И. Основные клинические синдромы в гериатрической практике // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. - No 2-1(117). - С. 100-104.

5. Киселева Г.В., Рафальская К.А. Распространенность гериатрических синдромов у пациентов врача общей практики // Оригинальные исследования. -2017. –Т.21. – No 4. – С. 21-28.

6. Линецкий Ю.В., Линецкая К.Ю., Воронин К.А. Синдром мальассимиляции его лечение у больных хроническим панкреатитом // Мистецтво лікування. – 2014. - No 4. – С. 3-15.

7. Сатардинова Э.Е., Кривецкий В.В, Губарев Ю.Д., Козлов К.Л. Распространенность факторов риска синдрома мальнутриции у пациентов с неврологической патологией // Современные проблемы науки и образования. – 2017. - No 2. – С. 43.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АНЕМИЙ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Колупаева Е.И., Котова Ю.А., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Количество людей с сахарным диабетом (СД) неуклонно растёт, к 2014 году составило 422 миллиона человек [7] Так же известно, что эта болезнь часто становится причиной почечной недостаточности, инфарктов, слепоты, инсультов и ампутаций нижних конечностей и может приводить к преждевременной смерти. [5,1,2] В России число случаев смерти женщин в пожилом и старческом возрасте с СД почти в два раза превосходит мужскую часть населения с тем же

недугом.[9] Доказано, что анемия частое осложнение диабетического поражения почек. Из литературных источников известно, распространенность ДН составляет 20–40 % среди пациентов с данной патологией и является одной из основных причин развития ХПН. [6] При уменьшении скорости клубочковой фильтрации $<60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$, данная патология встречается приблизительно у 20% людей болеющих СД.[3] Анемия развивается из-за уменьшения выработки эритропоэтина, в свою очередь, это способствует снижению выработки эритроцитов в красном костном мозге.[10,4] Анемический синдром проявляется: слабостью, повышенной утомляемостью, одышкой, ухудшением аппетита, снижением качества жизни. У больных сахарным диабетом симптомы анемии выходят за рамки представленных последствий.[8]

Цель:

Изучить распространённость анемий у женщин с сахарным диабетом второго типа и диабетической нефропатией.

Задачи:

1.Изучить распространённость анемического синдрома у больных сахарным диабетом второго типа с диабетической нефропатией.

2.Сравнить данную патологию с частотой развития анемии у женщин страдающих СД2 без почечной патологии

3.Сравнить с частотой анемического синдрома у женщин с хронической болезнью почек (ХБП)

Материалы и методы:

Было проанализировано 57 медицинских карт женщин страдающих СД2 и 15 карт женщин страдающих хронической болезнью почек недиабетической этиологии.

Критерии отбора для исследования:

- 1) женский пол
- 2) продолжительность течения СД2 не менее десяти лет
- 3) возраст от 55-65 лет
- 4) верифицированность диагноза СД2
- 5) подтверждённая хроническая болезнь почек
- 6)для ХБП: снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до уровня $< 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$,сохраняющееся в течение трех и более месяцев

Результаты и обсуждения:

Было проанализировано 57 амбулаторных карт лиц женского пола с СД2 и 15 карт женщин с верифицированным диагнозом хроническая болезнь почек. Достоверное снижение эритроцитов и гемоглобина у 36,8 % пациенток, живущих с СД2, у 15,8% наблюдалось диабетическое поражение почек и анемический синдром, ДН без анемического синдрома обнаружилась у 5,2% женщин. Анемия лёгкой степени наблюдалась у 47,6 % пациенток с СД2 без поражения почек, средней степени тяжести наблюдалась у 9,5% больных с сахарным диабетом второго типа. У 44,4% пациенток с ДН наблюдалась лёгкая степень анемии, при СКФ $\geq 59-90 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ - 11,1% , при СКФ $45-59 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ - 33,3%. У 55,6% анемия средней степени тяжести , из них при СКФ $45-59 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ - 11,1% , при СКФ $30-45 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ - 44,4%. Тяжелой формы данного заболевания обнаружено не было. Из 15 пациенток с хронической болезнью почек у 80% встречается анемический синдром, при СКФ $45-59 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$, 16,6 % -анемия лёгкой степени, у 8,4 % средней степени тяжести. При СКФ $30-45 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ у 25% анемия лёгкой степени, у 50% отмечается средней степени. Тяжелой степени выявлено не было.

Выводы:

- 1) У $\frac{1}{2}$ женщин с СД2 в возрасте от 55 до 65 лет наблюдается анемический синдром.
- 2) При диабетическом поражении почек чаще наблюдается более тяжёлая степень анемии.
- 3) Чем ниже скорость клубочковой фильтрации, тем чаще встречаемость анемии средней степени тяжести, как у женщин с диабетическим поражением почек, так и у больных с ХПН не связанной с СД.

Список литературы.

1.Кондрацкая И.Н., Сахарный диабет 2 типа критерии постановки диагноза. Принципы первичной антигипергликемической терапии // Проблемы эндокринной патологии , 2015;54: 119-122

2. Корзун Ю.В., Соколова Л.К., Анемия в развитии сосудистых осложнений при сахарном диабете: причина или следствие?// Международный эндокринологический журнал; 2014; 6:66-70

3. Мартынов С.А., Шестакова М.В., Шилов Е.М., Распространенность анемии у больных сахарным диабетом первого и второго типа с поражением почек // Сахарный диабет, 2017, 5 (20): 318-328

4. Рукавицын О.А. Анемия хронических заболеваний: отдельные аспекты патогенеза и пути коррекции // Онкогематология, 2016, 11(1) :С. 37-46.

5. Шестакова А.А., Тупицына Л.С., Изменчивость показателей креатинина у женщин с диагнозом «сахарный диабет типа 1» и «сахарный диабет типа 2» // Вестник современных исследований, 2018; 1.1 (16): 28-30

6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2007 // Diabetes Care. 2013; 30 (1): 4-41.

7. Freeman J.S. The increasing epidemiology of diabetes and review of current treatment algorithms // J. A. Osteopath Assoc. 2013; 10 (110): 572.

8. Thomas M. Anemia in diabetes: marker or mediator of microvascular disease // Nat. Clin. Pract. Nephrol., 2007; 3 (1): 20-30.

9. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels: International Diabetes Federation; 2017

10. Thomas M., Unrecognized anemia in patients with diabetes: a cross-sectional survey. // Diabetes Care, 2013; 26, 1164-1169.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СОХРАНЕНИИ КАЧЕСТВА ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Колхидова З.А., Бадриев Г.Б., Кокаев Г.С., Хестанова Р.А.

Научный руководитель: д.м.н. Датиева Ф.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Нарушение развития соединительной ткани, индуцированное полигенными точечными мутациями - недифференцированная дисплазия соединительной ткани (нДСТ) приводит к расстройствам гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровне. Степень выраженности нДСТ утяжеляет течение соматической патологии, усиливает проявление процессов, обусловленных ДСТ, что распространяется на деятельность большинства систем организма и зависит, в том числе, от условий окружающей среды.[2] В эпоху персонифицированной медицины только спектр профилактических мероприятий позволит снизить частоту осложнений и повысить качество здоровья населения.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 200 здоровых студентов-добровольцев СОГМА в возрасте от 17 до 22 лет. Распространенность признаков нДСТ оценивали с использованием анкеты, разработанной на основе оценочной таблицы Т.И. Кадуриной и Л.Н.Абакумовой (2010), В.В. Чемоданова (2015)[4], Национальных рекомендаций (2016)[2], состоящей из 50 вопросов. В анкету было включено информированное согласие на обработку и анализ данных. Обработка анкетных данных проводилась в оценочной таблице MS Excel. В результате, по сумме баллов сформированы три степени выраженности клинических признаков нДСТ: 0-12 баллов – лёгкая степень (вариант нормы); 13-23 балла - средняя степень; более 23 – высокая степень.

На втором этапе путем объективного осмотра с помощью оценочной таблицы, разработанной В.Г. Арсентьевым[1], сформировали 2 группы по 30 человек: с легкой степенью (вариант нормы) и выраженной степенью.

На третьем этапе обеим группам исследовали микроциркуляцию, оценили вегетативный статус и уровень тревоги и депрессии.

Обработка анкетных данных проводилась в SPSS 20.0 и MS Excel. Анализ показателей микроциркуляции и вегетативного статуса проводили в MS Excel.

Результаты и обсуждение. У респондентов диагностирован высокий уровень выявляемых признаков нДСТ: у 12,5% признаки легкой степени тяжести (вариант нормы), у 24,5% - умеренной, у 63% - выраженной степени. Гендерный анализ показал, что средняя степень выраженности у девушек встречается в 3 раза чаще и относительно здоровых респондентов среди них в 1,5 раза меньше. У 54% обследуемых отягощенный семейный анамнез, что при ассоциации с ДСТ является предиктором для развития острых гемодинамических осложнений. В нашем

исследовании доклинические признаки синдрома дисплазии соединительной ткани сердца (частые кардиалгии, чувство «нехватки» воздуха) отмечалось у 1/3 респондентов.

Сравнительный анализ показателей микроциркуляции показал достоверное снижение перфузии у респондентов с выраженной степенью проявления нДСТ.

Оценка вегетативного статуса исследуемых проводилась по таблице Вейна. Из группы с нДСТ у 85% исследуемых была диагностирована дисфункция вегетативной нервной системы.

Уровень тревожности и депрессии оценивались по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» с соответствующей оценкой в баллах. В результате более чем у половины лиц с нДСТ выявились субклинически и клинически выраженные тревога и депрессия.

нДСТ индуцирована точечными полигенными мутациями, которые нарушают нормальный метаболизм и формирование-структуру соединительной ткани. Это ведёт к расстройствам гомеостаза: в первую очередь нарушается вегетативная регуляция, которая ведет к снижению перфузии, развитию хронической гипоксии и воспаления. Нарушение баланса элементов – микроэлементоз влечёт следующие нарушения: например, при дефиците магния возрастает активность металлопротеиназ, которые вызывают ремоделирование коллагеновых волокон, ведущее к деградации СТ, также замедляется синтез всех структурных компонентов СТ, ухудшаются механические свойства соединительной ткани, снижается мышечный тонус, развивается астенизация и остеопения хроническое воспаление.[3]

На данный патологический фундамент накладывается воздействие внешних факторов, таких как: нерациональное питание, дефицит макро и микроэлементов, гиповитаминозы, белково-энергетическая недостаточность; несбалансированные физические нагрузки, в т.ч. неправильный режим труда и отдыха; стресс, загрязнение среды.

На этом фоне в ранние сроки происходит манифест клинических проявлений практически во всех системах организма.

Влияние внешних фактов на данные проявления усугубляет их течение и ведет к развитию осложнений: аритмии, разрыв аневризмы, тромбофлебит, тромбозы, кровотечения, вторичная артериальная гипертония, бесплодие, вторичный остеоартроз, почечная, дыхательная, сердечная недостаточность, внезапная смерть.[2]

Заключение. В условиях экологического неблагополучия распространенность фенотипических признаков нДСТ встречается чаще, что обусловлено напряжением адаптационно-приспособительных механизмов организма под влиянием внешних факторов, что требует дальнейший скрининг населения на предмет ранней диагностики и распространение методов профилактики. Профилактические методы должны включать средства, повышающие адаптационные резервы организма (фитоадаптогены), рациональную диетотерапию, метаболическую терапию, адаптированную физ. нагрузку.

Список литературы.

1. Арсентьев В.Г., Дисплазии соединительной ткани у детей: этиология, классификация, клиника, критерии диагностики, принципы лечения / Арсентьев В.Г.// Детская медицина Северо-Запада. -2011. - Т. 2, № 3. – С. 43-52
2. Мартынов А. И., Национальные рекомендации российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани / Мартынов А. И., Нечаева Г.И. // Медицинский вестник Северного Кавказа. - Т. 11. - №1. - 2016. – С. 2-76
3. Творогова Т.М., Недифференцированная дисплазия соединительной ткани с позиции дизэлементоза у детей и подростков / Творогова Т.М., Воробьева А.С. // Российский медицинский журнал. -2012. - №24. – С. 12-15.
4. Чемоданов В.В., Анкетирование индивидов в выявлении дисплазии соединительной ткани / Чемоданов В.В., Сесорова И.С., Шниткова Е.В., Краснова Е.Е., Лазоренко Т.В. // Современные проблемы науки и образования (Электронное издание), 2015. -№2. – ч.1

**АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Корнева К.С., Машин В.В., Корнев Д.О.

Научный руководитель: Белова Л.А.

Ульяновский государственный университет

Так как цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) являются важнейшей медико-социальной проблемой современного общества, что связано с их широкой распространенностью (1–4 случая на 1 000 населения в год), высокой смертностью (в России составляет 1,23 на 1000 населения, в течение года после перенесённого инсульта умирает около 50 % больных), высокими показателями временной нетрудоспособности и первичной инвалидизации. Несомненным является факт, что без эпидемиологических исследований в области ЦВЗ невозможно адекватно судить не только о распространенности этой патологии, но и об эффективности лечебно-профилактических мероприятий. Необходимо исследовать распространённость факторов риска (ФР) развития ЦВЗ в популяции. Известно, что примерно 85% объема сосудистого русла мозга приходится на венозные сосуды. В связи с этим становится очевидной значимость изучения ФР развития ЦВЗ не только со стороны артериальной системы, но и венозной для разработки эффективных профилактических программ.

Цель. Оценить распространённость, возможный риск и факторы риска (ФР) развития ЦВЗ среди взрослого населения г. Ульяновска, с целью повышения эффективности первичной профилактики ЦВЗ.

Задачи. 1) Ознакомить взрослое население г.Ульяновска с мобильным приложением «Рискометр инсульта». 2) Оценить 5-летний и 10-летний риск развития инсульта среди лиц, проживающих в г. Ульяновске, с помощью мобильного приложения «Рискометр инсульта». 3) Оценить наиболее распространенные модифицируемые и немодифицируемые ФР развития ЦВЗ у жителей г. Ульяновска. 4) Проанализировать возрастные особенности распространённости модифицируемых ФР развития ЦВЗ. 5) Выявить гендерные различия распространённости ФР развития ЦВЗ. 6) Оценить распространённость конституциональной венозной недостаточности (КВН) как немодифицируемого фактора риска развития ЦВЗ среди жителей г. Ульяновска. 7) Организовать волонтерское движение для активного выявления у лиц трудоспособного возраста ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний, с передачей полученной информации участковым врачам поликлиник для активного наблюдения и лечения. 8) Организация школ и семинаров по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний для взрослого населения г. Ульяновска с высоким риском развития инсультов.

Материалы и методы. В рамках совместного с Научным центром неврологии РАН проекта, для отработки методики, на базе поликлиники г. Ульяновска, обследовано 318 человек (126 мужчин – 39,6%, и 192 женщин – 60,4%) трудоспособного возраста, считавших себя здоровыми, в возрасте 20-70 лет с помощью анкет-опросников и мобильного приложения «Рискометр инсульта». Определялось наличие ФР развития инсульта: модифицируемых (т.е. на которые может влиять врач путем выдачи рекомендаций или сам пациент путем изменения образа жизни - повышенное артериальное давление ($>140/90$ мм. рт.ст.), нерегулярный прием гипотензивных препаратов, курение, злоупотребление алкоголем, фибрилляция предсердий, ИБС, повышение ИМТ, гиподинамия, несбалансированное питание, стресс, сахарный диабет, черепно-мозговые травмы (ЧМТ) в анамнезе, наличие деменции, ухудшение памяти) и немодифицируемых (на которые влиять невозможно, но их необходимо учитывать – возраст, пол, этническая/расовая принадлежность, наследственная предрасположенность к инсультам). Все обследованные разделены на 2 группы: группа А – до 40 лет (114 человек(35,8%)); группа Б – старше 40 лет (204 человека(64,2%)). Оценивалось наличие модифицируемых и немодифицируемых ФР ЦВЗ. Выявлялось наличие признаков конституциональной венозной недостаточности (КВН) как немодифицируемого ФР ЦВЗ. Для обработки результатов использовались Microsoft Office Excel 2007, STATISTICA 10. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента ($p<0,05$). Результаты представлены в виде %.

Результаты. Наиболее частыми модифицируемыми ФР ЦВЗ были несбалансированное питание - 66%, повышение ИМТ - 50,3%, гиподинамия - 54,4% и стресс - 54,4%. Повышение ИМТ встречалось чаще в группе Б (65,2%), чем в группе А (32,5%), $p<0,05$. Гиподинамия выявлена чаще в группе Б (67,7%), чем в группе А (32,5%), $p<0,05$. Артериальная гипертензия (АГ) встречалась

чаще в группе Б (28,2%), чем в группе А (2,6%), $p < 0,05$. В группе Б выявлены сахарный диабет (СД) у 13,7%, ИБС у 32,3%, фибрилляция предсердий (ФП) у 9,3%, в группе А не зарегистрировано этих заболеваний. Такой немодифицируемый ФР, как КВН, встречался чаще, чем наследственная предрасположенность к инсультам: 44% и 24,5% соответственно, $p < 0,05$. Все пациенты переданы участковой службе поликлиники. Население ознакомлено с мобильным приложением «Рискометр инсульта», организовано волонтерское движение для активного выявления у лиц трудоспособного возраста ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Выводы. Среди обследованных нами лиц встречались как модифицируемые, так и немодифицируемые ФР. Установлено, что в популяции преобладают модифицируемые ФР, относящиеся к поведенческим. Среди модифицируемых ФР ЦВЗ у жителей г. Ульяновска наиболее частыми являлись: гиподинамия, несбалансированное питание, повышение ИМТ, вредные привычки и стресс. С возрастом увеличивается частота всех ФР. Результаты проведенного нами исследования также указывают на широкую распространенность такого немодифицируемого ФР, как КВН, особенно среди лиц женского пола, что подтверждает значимость данной патологии и необходимость ранней её диагностики и профилактики. Также по результатам проведенного нами исследования 5 и 10 летний риск развития инсульта среди взрослого населения г. Ульяновска в среднем превысил возрастную норму в 5 раз. При анализе возрастных различий частоты распространенности ФР ЦВЗ наблюдалось увеличение поведенческих (несбалансированное питание, повышение ИМТ, гиподинамия и стресс) и ФР связанных с наличием соматической патологии (СД, АГ, ИБС, ФП). Таким образом, очевидна необходимость активных и эффективных профилактических программ и санитарно-просветительской работы среди взрослого, трудоспособного населения, для улучшения первичной профилактики ЦВЗ.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Королева В.И., Рыбалко Я.В., Никулин Е.А.

Курский государственный медицинский университет

Системные васкулиты – группа заболеваний, для которых свойственно развитие ишемии и некроза тканей вследствие воспаления кровеносных сосудов (первичного или вторичного по отношению к основному заболеванию) [3]. Знание направлений диагностического поиска очень важны для врачей различных специальностей, поскольку ранняя диагностика данного заболевания и дальнейшее правильное ведение пациентов оказывают существенное влияние на прогноз [1, 2].

Цель данной работы – ознакомиться с особенностями течения гранулематоза с полиангиитом (Вегенера).

Материалы и методы исследования – проведен анализ истории болезни пациента 69 лет с диагнозом АНЦА-ассоциированный гранулематоз с полиангиитом (Вегенера).

Результаты и обсуждение. На момент поступления пациент предъявлял жалобы на повышение температуры тела в последний период времени (максимально до $37,7^{\circ}\text{C}$), сопровождающееся чувством жара, без ознобов; похудение в течении года; общую слабость. При детальном расспросе по системам органов также были выявлены: заложенность носа, нечеткость зрения на оба глаза, шум в ушах, одышку при незначительной физической нагрузке.

Считает себя больным в течении года, когда впервые отмечено повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$ в течении полугода, затем $39,5^{\circ}\text{C}$ (июль 2016 года), в последний период времени максимально до $37,7^{\circ}\text{C}$. Наблюдался длительное время ЛОР-врачами по поводу хронического кохлеарного неврита, синуситов. В июле 2017 г. ухудшение состояния: лихорадка до $39,5^{\circ}\text{C}$, боли в поясничном отделе позвоночника. Находился на стационарном лечении в урологическом отделении больницы скорой помощи по поводу хронического пиелонефрита, обострение. Из выписки: в ОАК – анемия ($\text{Hb} - 77 \text{ г/л}$); БАК – повышение креатинина до 452 мкмоль/л ; ОАМ – лейкоциты до 30 в поле зрения, микрогематурия; сонографически – кисты почечных синусов. Проводилась антибактериальная терапия, гемотрансфузия эритроцитарной массы. Однако на фоне проводимой терапии лихорадка сохранилась. Консультирован нефрологом, ревматологом. Проводилось иммунологическое дообследование – АНА-профиль отрицательный. В дальнейшем (август 2017 г.) обследовался в онкологическом диспансере – данных за онкопатологию получено

не было. Проводилось ПЭТ-КТ (23.08.2017 г.) – данных за наличие специфической ткани не получено, однако были выявлены изменения в легких (по типу «матового стекла») и поставлен диагноз: «Сегментарная пневмония н/доли правого легкого с повышенной метаболической активностью». Консультирован фтизиатром, взяты пробы на исключение туберкулезного процесса. Данных за туберкулез получено не было. В динамике в ОАК сохранялась анемия (Hb – 79 г/л), лейкоциты – $8,5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 55 мм/час; в БАК – креатинин – 452 мкмоль/л, мочевиная кислота – 498 ммоль/л, мочевиная – 14,38 ммоль/л, общий белок – 54,2 г/л; в ОАМ лейкоцитурия. 5.09.17 г. выполнена стерильная пункция, осмотрен гематологами: патологии крови не выявлено. DS: хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести. Назначен фенюльс (сорбифер). Направлен на стационарное лечение в нефрологическое отделение областной больницы.

В ходе обследования был получен результат рANCA (АТ к миелопероксидазе), результат: 9,97 МЕ/мл; сANCA (АТ к протеиназе), результат: 180,10 МЕ/мл. Ожидается результат биопсии слизистой носа для исключения болезни Вегенера. Результаты биопсии слизистой носа: ангиофиброзные полипы.

С учетом результатов дообследования на основании клинических критериев: -поражение легких, -поражение почек, -поражение глаз, -поражение ЛОР-органов, а также иммунологического подтверждения заболевания (PR3 «+») следует считать, что имеет место гранулематоз и полиангиит (болезнь Вегенера), серопозитивный по III ст. активности с поражением: почек – хронический диффузный гломерулонефрит, ХБП 2 ст.; легких – инфильтративные изменения нижней доли правого легкого; ЛОР-органов – кохлеарный неврит; глаз – ухудшение зрения вследствие ишемии зрительного нерва; гематологический синдром (анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз).

Заключение. В представленном клиническом случае был рассмотрен вариант гранулематоза с полиангиитом с вовлечением в патологический процесс ЛОР-органов, глаз, легких и почек, а также развитием гематологического синдрома.

Список литературы.

1. Изменения течения заболевания и прогноза гранулематоза с полиангиитом (Вегенера): результаты 40-летнего наблюдения / П.И. Новиков, [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. – 2014. - № 1. – С. 32-37.
2. Моисеев С.В. АНЦА-ассоциированные васкулиты: спорные вопросы классификации, диагностики и оценки активности и современные подходы к лечению / С.В. Моисеев, П.И. Новиков, А.Д. Мешков, Л.В. Иваницкий // Клиническая фармакология и терапия. – 2016. - № 1. – С. 44-50.
3. Тумаренко А.В. / К вопросу о диагностике и лечении системных васкулитов / А.В. Тумаренко, В.В. Скворцов, Д.А. Меднова // Терапевт. – 2015. - № 4. – С. 35-45.

МАССОВАЯ ОЦЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОБЩЕЙ МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ С УЧЕТОМ ПОЛА

Кудрявцева В.Д., Сергеева О.В, Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Доказана более значимая прогностическая роль центрального аортального давления (ЦАД) по сравнению с периферическим давлением в прогнозировании различных сердечно-сосудистых событий по типу ИБС, цереброваскулярной патологии и др.[2]. Поэтому давление в аорте, которое сейчас доступно для оценки неинвазивным способом, полезно использовать при проведении массовых профилактических обследований среди различных групп населения, включая учащуюся молодежь. Такой подход, с одной стороны, обоснован принципом физиологической целостности сердечно-сосудистой системы[4], а, с другой стороны, продиктован доказанным фактом значимой роли центрального давления (ЦД) в повреждении органов-мишеней на доклиническом этапе сердечно-сосудистого континуума[1,3]. Однако, до сих пор не существует ясного представления о распространенности центральной дисрегуляции среди молодежной популяции, включая её ассоциированности с половой принадлежностью представителей такой популяции.

Цель. Выявить встречаемость случаев повышения центрального и периферического давления, а также их комбинаций среди студенческой молодежи.

Материал и методы. В скрининговом обследовании принимали участие 137 студентов Ставропольского государственного медицинского университета из них юношей 75, девушек 62. Средний возраст составил $21,4 \pm 3,4$ года.

Для регистрации центрального артериального давления (ЦАД) и периферического АД применялся программно-диагностический комплекс BPLab Vasotens Office (ООО "Пётр Телегин", Нижний-Новгород). Периферическая артериальная гипертензия (АГ) и прегипертензия (ПГ) определялись с учётом диагностических критериев из национальных рекомендаций по АГ (РКО, 2013).

Исходя из комбинации данных периферического и центрального давления были сформированы 4 группы. Первая группа включала в себя ложную АГ/ПГ (повышенное АД на периферии и нормальное АД в аорте), вторая – скрытую АГ/ПГ (нормальное давление на периферии и повышенное АД в аорте), в третью вошла системная АГ/ПГ (АД было повышено и в аорте, и на периферии), четвертая группа включала в себя системную нормотонию (нормальное давление на периферии и в аорте). Группы были сопоставимы по возрасту и полу. Результаты исследования представлены в виде абсолютных и относительных величин. Обработка данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждение. По данным проведенного нами исследования большинство – 55,5% из общей выборки студентов имели системную АГ/ПГ. Равное количество 20,4% приходилось на скрытую и 18,3% соответственно на системную нормотензию. Ложная АГ/ПГ обнаруживалась лишь у 5,8% всех обследованных.

Так же была выявлена заметная разница между юношами и девушками по представленности у них различных форм повышения АД. Особенно настораживает разница почти в 4 раза у девушек (43,5%) в сравнении с юношами (1,3%) в группе, скрытой АГ/ПГ. Обратно тому, в группе системной АГ/ПГ в 2,2 раза преобладает у юношей, чем у девушек. Ложная же форма АГ/ПГ у девушек вообще не зарегистрирована, зато среди них почти в 2 раза чаще выявлена системная нормотензия.

Представленные выше данные можно косвенно сравнить с результатами исследования 2014г. [5], проведенного на большой выборке населения, включая молодой контингент. Но авторы при этом не ставили задачи сопоставления центральной и периферической гемодинамики. Работы отечественных авторов [4], использовавших метод оценки ЦАД, в основном касались пожилого и даже старческого контингентов. Выполненная работа представляется весьма востребованной, т.к. до этого у молодёжи в основном традиционно выполнялись исследования по оценке периферической гемодинамики [6].

Закключение. Выявлены несомненные гендерные различия во встречаемых вариантах АГ/ПГ. У девушек (43,5%) лидирующим фенотипом АГ была скрытая форма, тогда как у юношей (74,7%) – системная АГ. Наличие у половины студентов скрытой формы АГ/ПГ диктует необходимость внедрять в скрининг помимо обычного измерения АД, измерение аортального давления. Такой подход будет способствовать оптимизации формирования групп СС риска на самой ранней стадии формирования патогенетического континуума, которому соответствуют лица молодого возраста.

Список литературы:

1. Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Щетинин Е.В., Добросельский В.Н., Кудрявцева В.Д. Особенности центрального аортального давления у лиц молодого возраста с учетом проживания. /Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018. Т.17. №3. С. 104-105.
2. Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Добросельский В.Н., Еремин М.В., Ростовцева М.В., Кумукова З.В., Коновалова Н.М. Зависимость аортального давления от пола и факторов риска в молодом возрасте. /Вестник Российской военно-медицинской академии. 2015. №1 (49) С. 124-130.
3. Милягин В.А., Комиссаров В.Б. Современные методы определения жесткости сосудов. /АГ. 2010 №2
4. Котовская Ю.В. Кобалова Ж.Д. Изолированная систолическая артериальная гипертензия в разных возрастных группах. /Кардиология. 2015; 55(9)
5. Herbert A., et al. Establishing reference values for central blood pressure and its amplification in a general healthy population and according to cardiovascular risk factors. /Eur Heart J. 2014 Nov 21; 35(44): 3088-90.

6. Евсеева М.Е., Мищенко Е.А., Ростовцева М.В., Галькова И.Ю., Чудновский Е.В., Русиди А.В.С., Смирнова Т.А. Суточный профиль артериального давления у лиц молодого возраста с признаками предгипертензии. Артериальная гипертензия. 2013. Т. 19. № 3. С. 263-269.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ФОРМОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Курбанова А.Р., Зиганшин А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Эпилепсия - сравнительно часто встречающееся заболевание среди хронической патологии нервной системы (распространенность в мире 5-10 случаев на 1000 населения по данным Sander J.W. 2009), характеризующееся наличием повторных, преимущественно непровоцируемых эпилептических приступов с нарушением двигательных, вегетативных и когнитивных функций, приводящее к быстрой социальной дезадаптации пациентов. Фармакорезистентная эпилепсия определяется как персистирование припадков, несмотря на лечение двумя адекватно подобранными и хорошо переносимыми противоэпилептическими препаратами с различными механизмами действия, используемыми в монотерапии или в комбинациях в максимально переносимых дозировках. Частота фармакорезистентной эпилепсии в развитых странах, придерживающихся современных стандартов лечения, достигает 30 - 40% от общего количества пациентов с эпилепсией. Согласно рекомендациям Международной противоэпилептической лиги при первичной постановке диагноза эпилепсии обязательным является проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга (за исключением идиопатических форм эпилепсии с четко очерченной клиникой и ЭЭГ-картиной). Это связано с тем, что более чем в 60% случаев первичной эпилепсии заболевание развивается на фоне морфологических изменений в ткани головного мозга, которые можно выявить при проведении МРТ. Реабилитация больных эпилепсией является актуальным и перспективным направлением. Одним из основных принципов реабилитации больных фармакорезистентной формой эпилепсии является детальное изучение структур головного мозга, выявление патологий, которые могли бы послужить причиной эпилептических пароксизмов, не поддающихся терапии антиконвульсантами, а также определение потребности в хирургическом лечении.

Цель работы: выявить наиболее вероятные этиологические факторы в возникновении фармакорезистентной эпилепсии.

Материал и методы: на базе городской клинической больницы №18 г. Казани с использованием МР-томографа Siemens с напряженностью магнитного поля 3 Тесла в период с 01.01.2018 по 31.08.2018 было обследовано 82 пациента с фармакорезистентной формой эпилепсии. Протокол исследования включал стандартные программы МРТ головного мозга (T2 – ax, cor; FLAIR – ax; DWI – ax; T1 – sag), а также прицельную нейровизуализацию медиобазальных отделов височных долей тонкими срезами с возможностью постпроцессинговой обработки и получения изображения в различных плоскостях. Среди специализированных программ использовались изотропные *spr iso*, *da-fl iso*, взвешенные по T2, перпендикулярно продольной оси гиппокампа с толщиной среза 2 мм, а также 3D T1 *mpage* – изотропные импульсные последовательности с получением изображений высокого разрешения медиобазальных отделов височных долей перпендикулярно и параллельно продольной оси гиппокампа.

Результаты: По завершении исследования были сформированы следующие возрастные группы: пациенты до 10 лет – 25 человек (30,5%), 11-25 лет – 31 человек (37,8%), 26-60 лет - 25 человек (30,5%), старше 60 лет – 1 человек (1,2%). Количество мужчин составило 38 (46%), женщин – 44 (54%). Анализ результатов МРТ показал, что в 50 % случаев изменений структуры головного мозга выявлено не было, в 20% были обнаружены очаговые изменения вещества головного мозга различного характера, среди которых очаги в лобных долях составили 33%, в теменных долях – 11%, другой локализации – 56%. Склерозные изменения гиппокампа были выявлены в 14% случаев, последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) диагностировались среди 2% обследованных. Ангиома, туберозный склероз, родовая травма и кортикальная дисплазия височной доли составили по 1%, другая патология головного мозга была обнаружена в 10% случаев. В структуре патологии головного мозга у пациентов до 10 лет

преобладали очаговые изменения (21%), также были выявлены склерозные изменения гиппокампа (7%), туберозный склероз, родовая травма и кортикальная дисплазия височной доли диагностировались исключительно в этой группе пациентов и составили по 4%, другая патология в 14% случаев. Среди обследованных в возрасте 11-25 лет наиболее часто встречались склерозные изменения гиппокампа (24%), очаговые изменения и другая патология головного мозга были обнаружены одинаково часто - по 12%. В группе 25-60 лет были выявлены такие отклонения как очаговые изменения (23%), склерозные изменения гиппокампа (8%), последствия ОНМК (4%), ангиома (4%) и другая патология (4%). В группу старше 60 лет вошел лишь один пациент, у которого были обнаружены последствия ОНМК и очаговые изменения головного мозга.

Выводы: В ходе нашей работы с помощью метода нейровизуализации нам удалось выявить возможные этиологические факторы в возникновении фармакорезистентной эпилепсии, ими оказались: склероз гиппокампа, кортикальная дисплазия височной доли, ангиома, туберозный склероз, последствия ОНМК. Обнаруженные структурные изменения головного мозга создают условия для поисков альтернативных способов лечения и реабилитации. Основными из них являются хирургическое лечение, гормональная терапия и высокие дозы иммуноглобулинов, кетогенная диета, стимуляция блуждающего нерва. Согласно ряду авторов (Григорук П.Т. 2003, Рябokonь Н.С. 1980) ближайшие и отдаленные результаты успешного хирургического лечения составляют 30-35% и 25-31% соответственно. По данным мировой статистики хирургическое лечение является гораздо более эффективным, нежели консервативное, оно позволяет не только избавиться от эпилептических приступов, но и значительно улучшить психическую деятельность пациентов.

Список литературы.

1. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология в 4-х томах. 2008-2012.
2. Никифоров, А. С. Частная неврология [Текст] : учеб. пособие / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 768 с.
3. <http://www.ruans.org/Files/Pdf/Guidelines/epilepsy.pdf>
4. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

ТРИХИНЕЛЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА – ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭПИЗОТИЧЕСКИЙ РИСК, ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ

Кутенко В.С., Низолин Д.В.

Научный руководитель: Карташев В.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Трихинеллез – широко распространенная природно-очаговая паразитарная инвазия, возбудителем которой являются нематоды рода *Trichinella*. В конце XIX века летальность при трихинеллезе была весьма высокой: из 3800 заболевших по результатам ретроспективного изучения 150 вспышек умерли 282 (7,4%) человека [1].

За предшествующие два с половиной десятилетия, вплоть до 2011 года, в мире было зарегистрировано 65818 случаев трихинеллеза, причем у 42 пациентов заболевание закончилось летальным исходом [2].

Цель исследования. Оценка заболеваемости трихинеллезом среди жителей Ростовской области и риска заражения при употреблении инфицированного мяса по данным ветеринарной службы Ростовской области, а также – определение наиболее значимых факторов риска и прогноза тяжести течения трихинеллеза.

Материал и методы исследования. Проанализированы данные Центра гигиены и эпидемиологии в Ростовской области Роспотребнадзора о числе зарегистрированных случаев трихинеллеза в 1994-2015 годах. Изучены результаты освидетельствования мяса сельскохозяйственных животных службами и филиалами Ростовской областной ветеринарной лаборатории и Ростовской областной станции по борьбе с болезнями животных за указанный выше период. Выполнен анализ 158 архивных историй болезни больных трихинеллезом, которые в период с 1994 по 2015 год находились на стационарном лечении в инфекционном отделении №5 МЛПУЗ «Городская больница №1 им Н.А. Семашко г. Ростова-на-Дону».

С целью оценки прогноза и факторов риска все больные были разделены на две группы. В первую группу были включены 54 (34%) пациента с «легкой» формой болезни. Вторую группу составили 104 (66%) больных с выраженными проявлениями трихинеллеза. Все наблюдавшиеся пациенту получали терапию мебендазолом в стандартной дозировке, при тяжелом течении больным назначали дексаметазон, также по показаниям проводилась и симптоматическая терапия.

Для статистической обработки полученных в ходе анализа данных был использован критерий хи-квадрат и относительный риск (ОР) с 95% доверительным интервалом (ДИ), при уровне значимости $p < 0,05$. Вычисления были выполнены с помощью программы MS Excel-2010.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам проведенного мониторинга Центра гигиены и эпидемиологии в Ростовской области Роспотребнадзора за период с 1994 по 2016 годы на территории Ростовской области было зарегистрировано 223 случая трихинеллеза человека. Наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдался в период с 1995 по 2000 годы, с пиком в 1997 и 1999 г. годах.

Для клинического анализа были доступны 158 архивных историй болезни больных трихинеллезом. Среди них лиц мужского пола было 82 (52%), женского – 76 (48%). Возраст больных находился в диапазоне от 10 лет до 75 лет включительно. Наиболее многочисленными были пациенты возрастных групп 30-39 лет ($n=59$, 37%) и 40-49 лет ($n=32$, 20%). Больные в возрасте 20-29 лет и 11-19 лет составили 18% и 16%, соответственно.

У подавляющего числа пациентов ($n=153$) причиной заражения было потребление в пищу мясных продуктов из свинины в сыром (сало, бекон) или термически недостаточно обработанном виде. Продолжительность инкубационного периода варьировала от 4 до 36 дней, и в среднем составила 23 дня. Многократное употребление мяса было одним из факторов риска тяжелого течения болезни. Из 54 легко болеющих всего 20 (37%) человек употребляли зараженную свинину повторно, а среди тяжело болеющих об этом сообщили 60 (58%) из 104 пациентов (ОР=1,558; ДИ 1,06-2,29; $p=0,024$).

При анализе полученных лабораторных данных было установлено, что лейкоцитоз свыше $11,0 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался у 24 (44%) больных первой группы и у 65 (63%) – второй, то есть являлся еще одним фактором прогноза тяжелого течения трихинеллеза (ОР=1,406; ДИ 1,007-1,963; $p=0,045$).

Другим фактором прогноза тяжести явилось повышенное содержание эозинофилов в крови – более 10%, выявленное у 17 (31%) и 53 (51%) больных 1-й и 2-й групп, соответственно (ОР=1,306; ДИ 1,046-1,631; $p=0,018$). Эозинофилия свыше 50% наблюдалась у 15 (27%) больных и сопровождалась особенно выраженными проявлениями отеочного синдрома (ОР=0,29; ДИ 0,124-0,678; $p=0,004$).

Дополнительно, у пациентов с уровнем эозинофилов 50% и выше были отмечены наиболее высокие титры антител к трихинеллам (хи-квадрат =4,81; $p=0,029$).

Таким образом, в ходе проведенного исследования было установлено, что повторное употребление инфицированного мяса повышает риск развития выраженных форм трихинеллеза в 1,6 раза, уровень лейкоцитов в периферической крови свыше $11,0 \times 10^9/\text{л}$ – в 1,4 раза и эозинофилия – в 1,3 раза.

Обсуждение и выводы. Полученные нами данные вовсе не означают, что решение проблемы трихинеллеза, связанного с употреблением в пищу мяса домашней свиньи, полностью исключает вероятность новых случаев заболевания у людей. Естественным и основным резервуаром инфекции продолжают оставаться дикие животные. [3,4].

Список литературы

1. Neghina R., Moldovan R., Marincu I. et al. The roots of evil: the amazing history of trichinellosis and trichinella parasites // *Parasitol. Res.* 2013. Vol. 110. P. 503-508.
2. Murrell K.D., Pozio E. Worldwide occurrence and impact of human trichinellosis, 1986-2009 // *Emerg. Infect. Dis.* 2015. Vol. 17. P. 2194-202.
3. J. Dupouy-Camet FAO/WHO/OIE Guidelines for the surveillance, management, prevention and control of trichinellosis. / J. Dupouy-Camet, K.D. Murrell. – Paris, France. 2007. – 119 p.
4. Vu Thi N., Pozio E., Van De N. et al. Anti-Trichinella IgG in ethnic minorities living in Trichinella-endemic areas in northwest Vietnam: study of the predictive value of selected clinical signs and symptoms for the diagnosis of trichinellosis // *Acta Trop.* 2014. Vol. 139. P. 93-98.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БИНОДАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Лиунова Ю. Б., Тсермиду М. С.

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница»

Нарушения сердечного ритма и проводимости в большинстве случаев являются лишь синдромом, который встречается при целом ряде различных заболеваний. Однако в случае развития аритмии течение заболевания существенно меняется и, как правило, требуется специальное лечение. Наряду с часто встречающимися нарушениями ритма встречаются и более редкие, которые вызывают определенные трудности в диагностике и лечении. К такому виду нарушений относится бинодальная болезнь сердца.

Бинодальная болезнь - это одновременное нарушение функции синусового (СА) и атриовентрикулярного (АВ) узла. Введенный в 1976 г. J. Renggli термин «бинодальная болезнь сердца» (ББС) подразумевает сочетание синдрома слабости синусового узла (СССУ) и атриовентрикулярной блокады. При этом на ЭКГ регистрируется замещающий ритм или выскальзывающие импульсы на фоне синоатриальной блокады или полной остановки автоматизма синусового узла. Диагностика нарушений ритма сердца и очагов эктопической импульсации основывается на электрокардиографических характеристиках.

Используемые в общей практике клиничко-инструментальные методы диагностики аритмий зачастую не позволяют установить истинную причину прогрессирующих нарушений ритма сердца, что может привести к неправильной интерпретации диагноза, неадекватному выбору метода лечения, ухудшению прогноза заболевания и снижению качества жизни пациентов.

Точных сведений о том, как часто патология СУ может сочетаться с патологией АВ соединения, нет. По данным литературы, присоединение патологии АВ соединения наблюдается у 23-58% пациентов с СССУ. Так, J.J. Rubenstein и соавт. сообщали о том, что у 58% пациентов с СССУ отмечается и 21 поражение АВ узла. H. Vallin и соавт. наблюдали с сочетание поражения двух узлов только у 23% пациентов. M. Fromer и соавторами было продемонстрировано, что частота формирования бинодального поражения составила около 10%. Несмотря на длительный период изучения бинодальной патологии, до сих пор нет единого определения патологии, отсутствуют критерии диагностики, не описаны ее клиничко-электрокардиографические варианты, не существует разработанных критериев прогноза и тактики лечения, имеются лишь немногочисленные сведения об особенностях естественного течения заболевания.

Клиническая картина бинодальной патологии неспецифична и также как и при СССУ пациенты наиболее часто предъявляют жалобы на слабость, головокружения, плохую переносимость физических нагрузок, утомляемость. Неблагоприятными прогностическими признаками являются обмороки, прогрессирующее снижение частоты сердечных сокращений (ЧСС) или неадекватное повышение ЧСС во время пробы с дозированной физической нагрузкой, увеличение количества и длительности пауз ритма, появление дополнительных нарушений ритма и проводимости, а также случаи ББС у близких родственников.

Имплантация постоянного электрокардиостимулятора является одним из основных методов лечения жизнеопасных брадиаритмий, однако, несмотря на широкое применение, простоту и безопасность данного метода лечения, использование постоянной электростимуляции (ЭС) может быть достаточно сложной задачей.

Пациент К., 20 лет поступил в ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница» с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца, внезапные потери сознания, периодические боли в сердце колющего характера. В анамнезе частые ангины, протекающие на фоне высокой температуры.

Врачом-кардиологом по месту жительства установлен диагноз:

Основной: Кардиомиопатия смешанного генеза (тонзилогенная, аритмогенная). Бинодальная болезнь сердца (на фоне ААТ: кордарон 400 мг/сут. + бисопролол 1,25 мг./сут). СССУ. Транзиторная синусовая брадикардия с минимальной ЧСС 32 удара в минуту. Частая (до 40987/сут) одиночная, периодами ритмированная по типу би-, три-, квадригимении, парная (53/сут.), групповая (10/сут.) мономорфная желудочковая экстрасистолия. Неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии с ЧСС до 120 ударов в минуту. Транзиторная АВ II степени Мобитц I с максимальной асистолией желудочков до 2,1 сек. Рефрактерность к ААТ.

Осложнение основного: ХСН 0.

Сопутствующий: Хронический декомпенсированный тонзиллит. Хронический ринофарингит. Двусторонний тубоотит.

Пациент направлен для решения вопроса об имплантации ЭКС, РЧА ЖЭ и проведении тонзиллэктомии. Рекомендован прием амиодарона 200 мг. по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем 2 дня перерыв под контролем пульса.

В отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения пациенту через интродьюсер в полости правого желудочка под рентгенконтролем установлен временный эндокардиальный зонд-электрод ЭВП, налажена временная электростимуляция в режиме DEMAND. После имплантации электрокардиостимулятора состояние пациента стабилизировалось, исчезли приступы синкопе и нарушения ритма.

Таким образом, точное прогнозирование появления нарушений атриовентрикулярной проводимости у пациентов с синдромом слабости синусового узла крайне важно для выбора режима стимуляции, который наиболее выгоден для пациента в плане длительного поддержания сердечной деятельности, максимально приближая ее к физиологической.

Список литературы

1. Бова, А. А. Бинодальная болезнь сердца / А. А. Бова, С. Е. Трегубов // Военная медицина. - 2014. - № 1. - С.110-115.
2. Гришкин, Ю. Н. Дифференциальная диагностика аритмий. СПб: Фолиант, 2000. 181 с.
3. Недоступ, А. В. Как лечить аритмии. Диагностика и терапия нарушений ритма и проводимости в клинической практике / А. В. Недоступ, О. В. Благова // Москва, 2007. 255 с.
4. Сочетанное поражение синусового узла и атриовентрикулярного соединения у детей. Клиническая и электрофизиологическая характеристики и течение бинодальной патологии / Е. С. Васичкина, Т. К. Кручина, Т. М. Первунина и др. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2012. – № 2. – С. 58–67.
5. Трешкур, Т. В. Электрокардиостимуляция в клинической практике / Т. В. Трешкур, Е. А. Камшилова, О. Л. Гордеев // С-Пб.: АОЗТ «ИНКАРТ», 2002. 138 с.
6. Школьников, М.А. Синдром слабости синусового узла / М.А. Школьников, Е.Б. Полякова // Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости сердца у детей / под ред. М.А. Школьниковой, Д.Ф. Егорова. – СПб. : Человек, 2012. – Гл. 5. – С. 206–224.
7. Clinical spectrum of the sick sinus syndrome / J. J. Rubenstein, C. L. Schulman, P. M. Yurchak, R. W. De Sanctis // Circulation. – 1972. – Vol. 46, N 1. – P. 5–13.
8. Fromer, M. Binodal disease: diseased sinus node and atrioventricular block / M. Fromer, L. Kappenberger, W. Steinbrunn // Z. Kardiol. – 1983. – Vol. 72, N 7. – P. 410–413.
9. Vallin, H. Associated conduction disturbances in patients with symptomatic sinus node disease / H. Vallin, O. Edhag // Acta Med. Scand. – 1981. – Vol. 210, N 4. – P. 263–270.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ

**Лукьянченко А.Ю., Булычев М.А., Прокофьева А.А.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Юдина С.М.
Курский государственный медицинский университет**

На сегодняшний день известно более 100 типов вируса папилломы человека (ВПЧ). Чаще всего данный вирус обитает на кожных покровах и слизистых оболочках человека и способна образовывать доброкачественные образования, которые зачастую могут переходить в злокачественную форму. Данная инфекция признана одной из самых распространенных инфекций, способных передаваться половым путем, а около 70% женщин через 3 года после начала сексуальной жизни уже заражены этим вирусом. Также, по данным Росстата, она была выявлена у 30,3% населения европейской зоны России [3].

Актуальность изучения данной проблемы так же связана с тем, что при обследовании женщин, больных раком шейки матки, почти всегда обнаруживается папилломовирусная инфекция (ПВИ), что можно рассматривать данный вирус в качестве основной причины в развитии этого онкогенного заболевания [1,5].

Также известно, что вирус папилломы человека может передаваться от матери к плоду, вызывая при рождении у ребёнка папилломатоз гортани, а также способен вызывать спонтанные аборты у больных матерей [2].

Целью исследования являлось изучение показателей цитокинового статуса пациенток с различными клиническими формами папилломовирусной инфекцией гениталий и их дальнейшая оценка.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 164 больных женщин с ПВИ гениталий, проходившие лечение в отделении гинекологии № 1 Курского областного перинатального центра. В исследование включались пациентки, у которых было выявлен ВПЧ высокого онкогенного риска. Среди них у большинства обследованных женщин (72%) преобладали ВПЧ 18 типа, ВПЧ 16 типа определялся у 17% и ВПЧ 33 типа – у 11% женщин.

В работе использованы данные обследования женщин с папилломовирусной инфекцией гениталий, проведенных врачом акушером-гинекологом, кандидатом медицинских наук Ушаковой Ирины Георгиевны.

Иммунологические исследования проводили в научной лаборатории кафедры клинической иммунологии, аллергологии и фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета, а также в лаборатории Курской областной клинической больницы.

Количественная оценка уровней фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерферона- γ (ИФН- γ), интерлейкина-4 (ИЛ-4) в сыворотке крови больных проводилась с помощью набора реагентов («Вектор Бест», г. Новосибирск) методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с учетом формы распределения изучаемого показателя с помощью таких программ как «Statistica 6.0» и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Для оценки показателей цитокинового статуса пациенток с различными клиническими формами ПВИ была исследована сыворотка крови и проведена количественная оценка содержания ИЛ-4, ФНО- α , ИФН- γ и ИЛ-1 β . Как известно, эти медиаторы могут отражать функциональное состояние макрофагальных и хелперных клеток, а также состояние противоинфекционной защиты и адекватность воспалительного ответа [4].

Было установлено, что при клинической форме ПВИ гениталий отмечается повышение содержания определенных цитокинов в сыворотке крови таких, как ИЛ-1 β , ФНО- α и ИФН- γ в 1,4 раза, а также наблюдается снижение (в 0,85 раз) уровня цитокинов ИЛ-4 относительно нормы.

Субклиническая форма инфекции также сопровождается изменением содержания цитокинов. Отмечается повышение уровня ФНО- α в 1,3 раза, ИЛ-1 β в 1,4 раза и ИФН- γ в 1,3 раза. Уровень ИЛ-4 снижен в 0,8 раз.

При латентной форме заболевания регистрируется увеличение уровня ФНО- α в 1,1 раза, ИЛ-1 β в 1,05 раза, ИФН- γ в 1,02 раза и снижение ИЛ-4 в 0,9 раз.

При оценке цитокинового профиля пациенток с цервикальной интраэпителиальной неоплазией шейки матки отмечается еще более выраженное изменение в содержании цитокинов.

Уровень ФНО-α достоверно превышает значения доноров в 1,5 раза ($42,6 \pm 1,8$ до $64,2 \pm 2,4$ пг/мл), ИЛ-1β – в 1,4 раза ($48,2 \pm 1,5$ до $65,7 \pm 2,2$ пг/мл), ИЛ-4 – в 1,2 раза ($46,0 \pm 2,4$ до $54,2 \pm 2,0$ пг/мл). Содержание ИФН-γ также имело тенденцию к увеличению ($56,3 \pm 2,6$ до $58,2 \pm 1,8$ пг/мл).

Выводы. Таким образом, было установлено, что для женщин с клиническими и субклиническими формами ПВИ гениталий, инфицированных ВПЧ высокого онкогенного риска, и пациенток с ЦИН характерно изменение цитокинового статуса. Особенности цитокинового статуса пациенток с ПВИ гениталий является повышение содержания в периферической крови провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-1β, ИФН-γ), снижение ИЛ-4, более выраженные у пациенток с клинической формой заболевания. Особенности цитокинового статуса пациенток с ЦИН является повышение содержания в периферической крови ФНО-α, ИЛ-1β, ИФН-γ, ИЛ-4.

Список литературы.

1. Киселев, В.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки / В.И. Киселев // - М. - 2004. - 179 с.
2. Папиллома-вирусная инфекция / В.А. Молочков, В.И. Киселев, И.В. Рудых и др. // Пособие для врачей. - М. - 2004. - 43 с.
3. Ушакова, И.Г. Сравнительная оценка эффективности иммунотерапии при папилломавирусной инфекции гениталий у женщин / И.Г. Ушакова // Автореф. дис. ... канд. мед. наук: (14.00.36). - М. - 2009. - с. 37.
4. Benedetti-Pannici, P. Randomised clinical trial comparing systemic interferon with diathermocoagulation in primary multiple and widespread anogenital condylomata / P. Benedetti-Pannici, G. Scambia, G. Baocchi et al. // Obstet. Gynecol. - 2009. - №74(3). - P. 393-397.
5. Dretler, S.P. The eradication of intraurethral condyloma acuminata with 5% 5-fluorouracil cream / S.P. Dretler, L.A. Klein // J. Urol. - 2015. - №113. - P. 195-198.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЖЕНСКИЙ АНАМНЕЗ У ПАЦИЕНТОК СТАЦИОНАРА

Мазурина К.В., Сергеева О.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Вопросы сохранения здоровья женщин на протяжении всей их жизни становятся приоритетным направлением деятельности систем здравоохранения и научных изысканий в развитых странах мира. Поскольку сердечно-сосудистые заболевания остаются главной причиной заболеваемости и смертности женщин, в последние годы вопросам оценки и коррекции их факторов риска уделяется все больше внимания [2,5]. Помимо традиционных ФССР, существует целый ряд специфических «женских» факторов риска, часть из которых ассоциирована с беременностью.

Современные авторы все чаще приходят к выводу, что беременность с осложнениями, включая СЗРП, преэклампсию и преждевременные роды, существенно увеличивает риск будущих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Так, пациентки с преэклампсией имеют 4-кратный риск развития в будущем АГ, 2-кратный риск развития ишемической болезни сердца и повышенный риск инсульта по сравнению с женщинами без преэклампсии в анамнезе. Женщины с гипертензивными осложнениями беременности имеют повышенный относительный риск смерти от ИБС по сравнению с нормотензивными в период беременности женщинами [3,6].

Основным предиктором сердечно-сосудистых нарушений выступает артериальная жесткость. Есть данные, что более жесткие артерии ассоциированы с повышенным риском развития ПЭ и СЗ роста плода [1].

Таким образом, патологическое течение беременности может прогнозировать риск будущих сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний.

Цель: выявить особенности течения кардиоваскулярных атеро-ассоциированных заболеваний у пациенток стационара с учетом женского анамнеза.

Материалы и методы: Проанкетировано 79 женщин - пациенток отделений сосудистого профиля ГБУЗ СК ГKB №3 (средний возраст $63 \pm 2,7$ л). Специально составленная анкета, помимо традиционного опроса по факторам сердечно-сосудистого риска, включала вопросы по особенностям течения беременностей у опрашиваемых, возраст наступления менархе, менопаузы, здоровье потомства и т.д. Клинический диагноз респонденток уточнялся по данным из истории болезни стационарного больного.

По результатам анкетирования с учетом наличия/отсутствия осложнений во время беременности (ГАГ/ПЭ, преждевременные роды, СЗРП) были выделены две группы: 1-я группа ($n=29$) - женщины с осложнениями беременности; 2-я группа (группа сравнения) - женщины без осложнений беременности в анамнезе ($n=50$).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Excell. Для оценки статистической значимости различий в двух группах по одному признаку использовался критерий Манна-Уитни (U – тест). Для сравнения относительных величин использовался критерий Хи-квадрат. Достоверность считалась значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение:

По представленности таких традиционных факторов риска ССЗ, как избыточная масса тела, дислипидемия, гипергликемия, отягощенная наследственность по ранним ССЗ указанные группы не различались ($p > 0,05$). Достоверные различия были выявлены в отношении отягощенной наследственности по преэклампсии. Так в 1 группе она выявлялась в 20,7% случаев, тогда как во 2-й группе - у 12%. Средний возраст наступления менопаузы в этих группах составил 50 и 48 лет соответственно ($p > 0,05$).

Основная группа (с осложнениями беременности) характеризовалась более ранним началом гипертонической болезни - $42 \pm 2,4$ года, тогда как в группе сравнения - $47 \pm 1,9$ лет ($p < 0,05$).

Средний возраст начала ИБС, как и раннее начало развития ИБС (до 60 лет), в двух группах достоверно не различались.

Средний возраст острых атеротромботических событий в двух обследуемых группах составил: ОИМ $55 \pm 2,2$ и $59 \pm 1,6$ лет, соответственно ($p < 0,05$); ОНМК - 58,5 и 54 года, соответственно ($p > 0,05$).

Проведенный корреляционный анализ выявил наличие достоверной связи положительной направленности в отношении раннего начала ГБ и ИБС при наличии осложнений беременности ($r=0,27$ и $0,19$ соответственно).

Выводы: 1) при осложненном течении беременности гипертоническая болезнь развивалась в среднем на 5 лет раньше, ОИМ на 4 года раньше; 2) выявлена достоверная прямая связь осложнений беременности с ранним началом гипертонической болезни и ИБС; 3) прослеживается наследственный характер возникновения такого грозного осложнения беременности, как ПЭ.

Таким образом, беременность нужно рассматривать как период в жизни женщины, тестирующий ее здоровье в настоящее время, а осложнения, возникающие во время нее являются значимым прогностическим фактором развития ССЗ в будущем.

Список литературы.

1. О взаимосвязи женского анамнеза с показателями центрального артериального давления у беременных. Чотчаева А.М., Тамбиева Д.К., Сергеева О.В.

В сборнике: Неделя науки - 2017 материалы всероссийского молодежного форума с международным участием. 2017. с. 186-187.

2.Mito, A., Hypertensive disorders of pregnancy: A strong risk factor for subsequent hypertension 5 years after delivery / Mito, A., Arata, N., Qiu, D., Sakamoto, N., Murashima, A., Ichihara, A., Matsuoka, R., Sekizawa, A., Ohya, Y., Kitagawa, //Hypertension Research 2018 M., 41 (2), pp. 141-146.

3. Umesawa, M. Epidemiology of hypertensive disorders in pregnancy: Prevalence, risk factors, predictors and prognosis / Umesawa, M., Kobashi, // Hypertension Research 2017, 40 (3), pp. 213-220.

4. Catov JM. Early or recurrent preterm birth and maternal cardiovascular disease risk/ Catov JM, Wu CS, Olsen J, Sutton-Tyrrell K, Li J, Nohr EA//Ann Epidemiol. 2010; 20:604-609;

5. Gabbe SG. Obstetrics: Normal and problem pregnancies./ Gabbe SG, Niebly JR, Simpson JL, et al.// 7th ed. New York, NY: Elsevier: 2106;

6. Hibbard JU, Shroff SG. Cunningham FG, Cardiovascular alterations in normal and preeclamptic pregnancy/ Hibbard JU, Shroff SG, Cunningham FG// In: Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy, 4th ed. San Diego, CA: Academic press; 2015: 291-313;

ОЖИРЕНИЕ — БИЧ 21 ВЕКА

Макарова Д.А, Трач И.В.

Научный руководитель: ассистент Коваленко Е.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Цель работы: оценить характер питания, наличие факторов риска ожирения и масштаб данной проблемы среди студентов и школьников. Методы: анкетирование, устная беседа.

На сегодняшний день проблема ожирения приобрела огромные масштабы. Люди, страдающие этим недугом, оказываются в группе риска снижающих качество жизни и ведущих к инвалидности опаснейших патологий: инфаркт, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, инсульт, сахарный диабет, нарушение менструального цикла, бесплодие, половая дисфункция и многих других. По данным врачей-эпидемиологов Всемирной Организации Здравоохранения в настоящее время 13% женского и 11% мужского населения планеты страдают от ожирения. К 2020 году прогнозируется повышение этих долей соответственно до 21 и 18%, а к 2025 году до 50 и 40%. [1]

Ожирение развивается при нарушении баланса между потреблением и затратами энергии в организме. К дисбалансу ведут: избыточная калорийность пищи, гиподинамия, недосыпание, стрессы, генетические нарушения ферментативной активности, эндокринные патологии, прием психотропных и гормональных лекарств.

Существует 2 основные формы ожирения: абдоминальное, которому подвержена мужская часть населения, и бедренно-ягодичное, которым страдают женщины. Есть промежуточная или смешанная форма, при которой наблюдается равномерное жиротложение. По патогенезу выделяют 2 формы ожирения: первичное и вторичное. Первое возникает при нарушениях метаболизма жировых клеток, что ведет к изменению пищевого поведения, психологии и образа жизни человека. Вторичное ожирение является симптоматическим, возникает при эндокринопатиях, суть его заключается в усилении запасов и ослаблении расходов энергии на фоне нормального метаболизма адипоцитов.[2]

Какой же вес следует считать избыточным? Среди множества методов диагностики ожирения наиболее распространенный – определение индекса массы тела (ИМТ): частное от деления массы тела в килограммах на длину тела в метрах, возведенную в квадрат. В норме показатель равен 18,5-24,9. Значение 25-29,9 говорит об избыточной массе тела, >30 – об ожирении. [3]

По данным федеральной службы государственной статистики «Россия в цифрах 2017» в стране наблюдается неуклонный рост людей, страдающих расстройствами питания в период с 1998 по 2015 года. В процентном соотношении доля страдающих ожирением людей в последние годы возросла в 2,17 раза. В период с 2005 по 2015 гг. по Саратовской области патология приобрела масштабный характер: число больных выросло в 3 раза, а по Поволжью в 3,5 раза. В частности, беспокоит своими показателями юное население. [4]

В рамках работы был проведен опрос среди студентов лечебного факультета СГМУ. Анкета содержала 24 вопроса, позволивших оценить характер питания, наличие факторов риска ожирения и масштаб данной проблемы. Среди 100 опрошенных студентов (30 юношей и 70 девушек), ожирения не было выявлено ни у кого, но у 15% из них имеется лишний вес. Ответы на некоторые вопросы анкеты вызывают настороженность, в том числе и факт несоблюдения принципов рационального питания в связи с нехваткой времени из-за частых переездов и длительного учебного дня. Более половины опрошенных юношей пренебрегают занятиями спортом. Около 75% опрошенных так или иначе зачастую употребляют высококалорийную пищу быстрого приготовления в целях экономии времени.

Исследование позволило обратить внимание нашим однокурсникам на свои недостатки в характере питания и образе жизни.

В ходе работы была рассмотрена также проблема детского ожирения, причинами которой являются отсутствие элементарного графика питания, употребление жирных продуктов,

сладостей, газированных напитков. Жареная картошка, сосиски, макароны, пирожки, пицца, пирожное и торты входят в ежедневный рацион современной семьи. Так с детства и прививается неправильный, губительный образ жизни.

В ходе устной беседы были оценены кулинарные предпочтения пациентов школьного возраста педиатрического отделения городской клинической больницы №3 им. С.Р. Миротворцева г.Саратова. Среди небольшого количества опрошенных (15 человек) были получены различные данные. Выяснилось, что чипсы, бургеры, конфеты, газировка нередко фигурируют в рационе детей. Но есть и та часть юного поколения, в чье сознание глубоко укоренилось понимание пользы кисломолочных продуктов, каш, фруктов и овощей. Некоторые ребята были категорично настроены против fastfood, отдавая предпочтение здоровой пище.

Показатели соотношения роста и веса у детей были вполне логичными: те, кто зачастую перекусывают калорийной и, мягко говоря, не очень полезной пищей, имеют более высокие показатели веса, чем того требуют их ростовые показатели.

К сожалению «любимые» мороженое, чипсы, сухарики, сладкая газированная вода, шоколадные батончики и прочая «радость» несут в себе сплошные минусы. Но, несмотря на это, многие родители с полным спокойствием относятся к таким пристрастиям своего ребенка, а иногда даже преподносят эти «вкусности» в качестве поощрительного приза за хорошее поведение или оценки в школе. Детское ожирение – важная проблема. Её можно и нужно решать. А начинать стоит с родителей, школьных столовых, СМИ, которые обязаны прививать своему потомству здоровый образ жизни, рациональное питание собственным примером.

Список литературы.

1. Статья «Ожирение, как ключевая и модифицируемая причина развития сахарного диабета 2 типа», РМЖ (Русский Медицинский Журнал), №7 от 06.04.2009 стр. 450 https://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Oghirenie_kak_klyuchevaya_i_modificiruemaya_prichina_razvitiya_saharnogo_diabeta_2_tipa/
2. «Ожирение» Иркутский государственный медицинский университет <https://studfiles.net/preview/4311195/>
3. http://meduniver.com/Medical/profilaktika/indeks_massi_tela.html
4. Краткий статистический сборник «РОССИЯ В ЦИФРАХ 2017» ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ (Росстат), Москва 2017 http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/rusfig/rus17.pdf

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ СПИРТАМИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2016 ГГ.

Марьина С.Г., Гребенникова Е.И.

Научный руководитель: Жаркин И.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет

На протяжении последних лет неуклонно растет количество летальных случаев вследствие острых отравлений спиртами, что является серьезной социально-значимой проблемой для системы здравоохранения подавляющего числа развитых стран. Данная ситуация может складываться из-за бесконтрольного употребления в больших количествах некачественных алкогольных напитков, реже – в результате суицидальных попыток. По данным литературы, среди пациентов, экстренно поступающих в стационар, 25% находятся в состоянии острого отравления, требующего немедленного оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Кроме того, у 60% людей, подвергшихся отравлению спиртами, развиваются различные неотложные состояния. К ним относятся тяжелые полиорганные недостаточности (острая сердечно-сосудистая, почечная, печеночная, дыхательная) и выраженный токсический шок, вплоть до летального исхода. Таким образом, необходимость работы в рамках данного направления обусловлена серьезной социальной проблемой, остро стоящей как перед системой здравоохранения, так и перед всем обществом в целом. Настоящее исследование представляется актуальным с точки зрения изучения информации в динамике за 2014-16 гг. и выявлении закономерностей об острых отравлениях спиртами

населения Волгоградской области. Целью данной работы является изучение и динамический анализ структуры отравлений спиртами, зарегистрированных на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградской областной наркологической больницы» за 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Для изучения количественного параметра острых отравлений спиртами был проведен анализ 1391 медицинской карты Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградской областной наркологической больницы» в период за 2014-2016 гг. Для реализации поставленной задачи обработка статистических данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2007

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования была установлена «положительная» динамика роста количества отравлений в год. В 2014 году было зарегистрировано 419 острых отравлений спиртами, из них 413 – этанолом, при этом летальности не было зарегистрировано. В 2015 году количество отравлений спиртами увеличилось на 12,9% и составило 481 случай, этанолом – 475, при этом был зарегистрирован 1 летальный исход. За следующий год (2016 г.) острых отравлений спиртами так же стало больше на 2% (491 случай), этанолом – 485 случаев, летальных исходов зарегистрировано не было. В структуре данной нозологии дети до 14 лет и подростки составляли в 2014 г.- 5%, 2015 г.- 11,2% и в 2016 г.- 10,4% от общего количества отравлений спиртами. Подводя все вышесказанное, можно утверждать, что хоть и имеется увеличение количества случаев отравлений, помимо этого наблюдается и тенденция к снижению прироста данного показателя ($\Delta = -10,9\%$) за изучаемый период времени.

Выводы. Таким образом, было выявлено увеличение количества случаев острого отравления спиртами в ГБУЗ «ВОНБ» в период 2014-2016 гг., при этом уменьшение погодового прироста количества случаев отравления ($\Delta = -10,9\%$) показывает активную деятельность медицинских работников Волгоградской области и в частности работников ГБУЗ «ВОНБ» в данном направлении. Для дальнейшего улучшения данных показателей необходимо продолжать работу по выявлению системных дефектов в социально значимой проблеме острых отравлений спиртами и установлению закономерностей их возникновения, а также больше внимания уделять просвещению еще не сформированной группе населения – детям и подросткам. Полученные результаты могут использоваться для широкой санитарно-просветительской работы среди всех слоев населения на амбулаторном уровне, в стационарах и местах массового посещения людей.

Список литературы.

1. Голиков, С.Н. Неотложная помощь при острых отравлениях: Справочник по токсикологии/ С.Н. Голиков.-Москва, 2009. - 310 с.
2. Лужников, Е.А. Неотложная терапия острых отравлений и эндотоксикозов. Справочник/ Е.А. Лужников.-Москва, 2003. — 304 с.
3. Лужников, Е.А., Суходолова, Г.Н Клиническая токсикология/Е.А. Лужников, Г.Н. Суходолова.-Москва, 2008. - 78 с.
4. Марков, В.К. Вредные привычки/Е.А. Лужников, Г.Н. Суходолова.- Москва, 2010.- 38 с.
5. Петров, С.Я., Гольдфарб, Ю.С., Колдаев, А.А. Возможность использования гипохлорита натрия в терапии алкогольной комы /С.Я. Петров, Ю.С. Гольдфарб.- Москва, 2003. — 398-399 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА У ЖИТЕЛЕЙ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Машковцева Т. И., Юферева А. А.

Научный руководитель: к. м. н. Мильчаков Д. Е.

Кировский государственный медицинский университет

Как известно, с возрастом организм человека претерпевает различные изменения особенно в 60 лет и старше. К 2025 году около 50 миллионов людей в данной возрастной категории будут иметь различной степени интенсивности помутнения хрусталика. Целью данного исследования является изучение распространенности катаракты и глаукомы среди населения.

Актуальность

В структуре слепоты и слабовидения возрастная катаракта занимает одно из ведущих мест в мире. Данное заболевание неоспоримо доминирует среди причин обратимой слепоты и инвалидности по зрению и рассматривается как одна из актуальных проблем офтальмологии. По данным ВОЗ, катаракта является самым распространенным заболеванием глаза в мире, приводящим к слабовидению и слепоте. Количество больных по итогам 2012 года в 81 регионе РФ составила 959 345 человек. Данное заболевание возросло, по сравнению с 2011 годом, на 4 111 случаев.

Среди лиц трудоспособного возраста болезни глаз встречаются с частотой 6 505:100000: аномалия рефракция 42%, воспалительные заболевания и наружного сегмента 14,8%, катаракта 8,4%, глаукома 5,5%, дегенерация макулы 1,5%.

Материалы и методы

Для изучения ситуации был использован статистико-аналитический метод с последующей обработкой и публикацией результатов.

Результаты исследования

Катаракта, по данным ВОЗ, является главной причиной слепоты в мире: более 85% всех видов слепоты приходится на людей 50 лет и старше. Международное агентство по предотвращению слепоты считает, что 80% слепоты являются предотвратимыми.

Данное нарушение зрения одно из самых распространенных офтальмологических заболеваний. Данные ВОЗ от 2010 г. констатируют о том, что в мире насчитывается 39 млн слепых людей, причем в 51% случаев причиной слепоты является катаракта. В мире каждый 6 в возрасте 40 лет и старше страдают данной патологией, а к 80 годам – подавляющая часть населения. Учитывая постепенно возрастающую продолжительность жизни, что особенно характерно для экономически развитых стран, прогнозируется рост численности больных катарактой от 22 млн до 40 млн. человек к 2020 году. Увеличение уровня заболеваемости катарактой отмечено практически во всех странах

Распространенность катаракты в России по критерию обращаемости составляет 1201,5 на 100 тысяч населения или в абсолютных цифрах 1742250 человек. В общей структуре глазных болезней в РФ на долю катаракты приходится 6,8%. Начальная стадия катаракты наблюдается у 40% обратившихся в возрасте 55-64 лет к офтальмологу, зрелая - у 5%, среди лиц в возрасте 65-74 лет, соответственно, 70% и 18%, в 75-84 года – начальная стадия – 90%, зрелая – в 50%. По данным на 2013 год в Кировской области болезни глаза и его придаточного аппарата превосходит данные по РФ. Рост заболеваемости глазного аппарата в Кировской области превышает общероссийскую на 12%.

Глаукома, как и катаракта, является одним из наиболее распространенных заболеваний органа зрения, имеет высокую медико-социальную значимость, нередко приводит к слепоте, слабовидению и лидирует среди причин инвалидности вследствие офтальмопатологии.

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) является самой распространенной в мире, на её долю приходится от 75 до 90% всей первичной глаукомы. По данным Алексева В. Н. ПОУГ страдает около 1% всего населения.

В европеоидной популяции распространенность заболевания составляет 1,2%, колеблясь от 0,2% среди 40-летних до 4,3% у лиц старше 80 лет. Из всех пациентов, страдающих ПОУГ, 7% составляют лица моложе 55 лет, 44% — лица в возрасте 55-74 лет и 49% — 75 лет и старше.

В России ежегодно глаукома диагностируется у 1 человека из 1000. Данное число больных с возрастом увеличивается, и достигает в группе старше 80 лет 14%. Общая пораженность населения РФ в возрастной группе старше 40 лет составляет 1,5%. Замечена также тенденция увеличения распространенности ПОУГ с возрастом. Если в 40-45 и 50-60 лет ей страдает соответственно 0,1% и 1,5 2% населения, то в 75 лет и старше - около 10%. В Кировской области число пациентов с глаукомой составляет 14 554 человека, распространенность на 126:10 000 взрослого населения. Таким образом, Кировская область занимает 1 место в ПФО по заболеваниям глаукомы.

Выводы.

Итак, заболевания, связанные с изменением стекловидного тела, занимают лидирующие места как в России, так и в мире. Катаракта и глаукома при отсутствии своевременной диагностики и качественного лечения приводят к инвалидности. Специфической первичной профилактики в настоящее время не разработано, так как в развитии данных патологий большую роль играют возрастные и генетические факторы. Исходя из вышесказанного, для предотвращения роста глаукомы и катаракты, важно ранее выявление и своевременное лечение.

Список литературы.

1. Авдеев Р. В. «Заболеваемость и лечение пациентов с глаукомой в Приволжском федеральном округе» Вестник ОГУ № 12 (173)/декабрь 2014
2. Авдеев Р.В. «Заболеваемость глаукомой в Приволжском федеральном округе в сравнении с общероссийскими показателями»
3. Бранчевский С.Л., Малюгин Б.Э. Распространенность нарушения зрения вследствие катаракты по данным исследования RAAB в Самаре [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL :<http://www.eyepress.ru/article.aspx?12794>
4. Киселева О. А., Робустова О. В., Бессмертный А. М., Захарова Е.К., Авдеев Р. В. «Распространенность первичной глаукомы у представителей разных рас и этнических групп в России и странах СНГ». Журнал «Офтальмология.» — 2013. — Т. 10, № 4. — С. 11–15
5. Нероев В. В. Доклад на Всероссийском общенациональном офтальмологическом форуме 2015 г. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.eyepress.ru/article.aspx?12794> (<http://www.eyepress.ru/article.aspx?19148>)
6. Полапина А. А., Комаровских Е. Н. «Возрастная катаракта как медико-социальная проблема» Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.eyenews.ru/news/item114864>
7. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Кировской области по итогам деятельности за 2013 год

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ "7 ВОПРОСОВ ПРИ ХОБЛ И БА"

Менгельбаева З.Я., Кахриманова А.К.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Малыхин Ф.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет

Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — два самостоятельных хронических заболевания респираторной системы, наиболее распространенные среди населения.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных заболеваний человека. По приблизительным оценкам, во всем мире ХОБЛ страдает около 210 млн. человек. По официальным данным Министерства Здравоохранения РФ в стране насчитывается около 1 миллиона больных ХОБЛ, в то время как по данным эпидемиологических исследований число таких больных в нашей стране может превышать 11 миллионов человек.

Бронхиальная астма наряду с ХОБЛ является довольно распространенным заболеванием. По статистическим данным, на данный момент болеют бронхиальной астмой около 320–350 миллионов человек. По оценкам ВОЗ каждое десятилетие число больных возрастает в 1,5 раза, а к 2025 году прогнозируется увеличение количества заболевших на 100 млн. Несмотря на вполне определенные различия между БА и ХОБЛ по механизмам развития, в клинических проявлениях и принципах профилактики и лечения, эти два заболевания имеют некоторые общие черты. Кроме того, возможно и сочетание этих двух болезней у одного человека.

Известно, что и ХОБЛ, и БА являясь хроническими заболеваниями дыхательной системы, значительно снижают качество жизни пациентов, нередко приводят к потере работоспособности, инвалидности, а у пожилых людей часто сопровождаются синдромом старческой астении. Провести сравнительное изучение распространенности среди больных ХОБЛ и БА пациентов со старческой астенией, а также изменение у них показателей костной и мышечной массы тела и было целью нашей работы.

В ходе исследовательской работы нами были использованы следующие материалы и методы:

1. Анкетирование (с помощью скринингового опросника «7 вопросов. Возраст не помеха»). На каждый вопрос предлагалось ответить «да» или «нет». За каждый положительный ответ ставился 1 балл.

2. Измерение массы тела, жировой, водной, мышечной и костной массы с помощью электронных весов
3. Анализ медицинской документации.
4. Статистическая обработка данных.

В ходе исследовательской работы нами было опрошено и обследовано 52 пациента пульмонологического отделения ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Ставрополя. Все они были разделены на группы по диагнозу (ХОБЛ, БА, ХОБЛ+БА), возрасту (моложе 60 лет и старше 60 лет) и полу.

Пациенты с ХОБЛ составили 65,4% опрошенных (34 человека), с БА-13,5% (7 человек), с ХОБЛ и БА-21,1% (11 человек). В результате проведенного нами исследования установлено, что синдром старческой астении наиболее выражен у пациентов с ХОБЛ в возрасте 60 лет и старше. Также было обнаружено, что женщины в сравнении с мужчинами оказались более подвержены развитию этого синдрома, причем корреляции с диагнозом замечено не было. Что касается результатов измерения мышечной и костной массы, то они показали, что мышечная дистрофия наиболее характерна для пациентов с «синдромом перекреста» как по частоте встречаемости, так и по процентному снижению мышечной массы. Снижение массы костной ткани чаще всего встречалось также у пациентов, одновременно страдающих и ХОБЛ, и БА, однако процентное снижение костной массы наиболее выражено у пациентов с ХОБЛ.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ И СВОЕВРЕМЕННОГО ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Михайлова А.В.

Научный руководитель: Мильчаков Д.Е.

Кировский государственный медицинский университет

В мире страдают миопией 10-90% населения: в России более 15%, в США и Европе-30%, в Азии 80%.[1] В Кировской области среди детей 2,6% с заболеванием глаз, у подростков 7,5%, у взрослых 5,3%.[4] Миопия имеет наследственный характер, но зачастую люди сами способствуют ухудшению своего зрения. В России около 6% детей с заболеванием, из них большинство имеет врожденную аномалию или предрасположенность к ней, лишь малая часть получает развитие болезни по средствам других факторов. Более того с возрастом риск повышения заболевания растет. Пик заболеваемости касается подросткового периода, когда организм начинает активно расти и подготавливаться к репродукции, таким образом увеличивается социальная значимость рациональной коррекции миопии, так как снижение функции зрительной системы может стать в ряде случаев причиной ранней инвалидности.[2] Именно поэтому система здравоохранения весьма озабочена решением проблемы о снижении количества пациентов с миопией.

Материалы и методы исследования

В качестве материала использовали статистические отчеты[4] и интернет-источники[1,2], а метод-статистико-аналитический с предварительной обработкой данных и последующей печатью результатов исследования.

Результаты исследования

Сейчас офтальмологами хорошо изучен вопрос, касающийся возникновения миопии и изменений структур глаза. Причины заболевания делят на две группы: врожденные и приобретенные. Первая связана с нарушениями развития глазного яблока во внутриутробном периоде, вторая-следствие несоблюдения определенных правил.

На данный момент разработан ряд профилактических, диагностических исследований, с помощью которых можно выявить, предотвратить прогрессивный характер заболевания, а также избавиться от этого нарушения. Большинство методов требует материальных затрат.

Изучив цены в офтальмологических учреждениях города Кирова, можно сделать вывод, что стоимость медицинского обследования глаз для постановки миопии составляет 1951руб. (первичный осмотр, офтальмоскопия, рефрактометрия). После пациент может выбрать несколько путей решения этой проблемы:

1) Аппаратное лечение. Длится 10 дней, назначают 3-5 аппаратов. Стоимость около 13800 руб. (электростимуляция, визотроник, фороптер и каскад).

2) Очки-наиболее распространенный вариант коррекции. Дополнительно оплатить услугу “Подборка очковой коррекции зрения” за 693руб., после подобрать оправу и линзы со специалистом. Средняя цена от 2693руб., которая зависит от оправы.

3) Дневные линзы. Пациенту подбирают линзы, цена которых варьируется, как и цена растворов, используемых для них. Если однодневные линзы на месяц, то около 2400 руб. раствор не нужен. Комплект линз на месяц и раствор около 600 руб. Некоторым пациентам требуются капли.

4) Ночные линзы. Пациент спит ночью в них, а на утро видит достаточно четко. В среднем в год выходит 30000 руб. (проверка зрения, линзы на год, чистка 3 раза, раствор 6 флаконов и 12 упаковок капель). Цена зависит от линз, расхода раствора и капель.

5) Лазерная коррекция 50000руб., предварительно нужно пройти диагностику 2500руб., если показания соответствуют, то сдача анализов (кровь на RW, гепатит В и С, кровь на ВИЧ) 1120руб., послеоперационные капли 500 руб. Итого 54120руб.

Выбрав один из методов коррекции, не стоит забывать о методах профилактики.

Выводы.

В результате проведенного исследования установлено, что число пациентов с миопией увеличивается, несмотря на большое количество методов диагностики, профилактики и лечения. Из этого следует, что нужно повышать уровень осведомленности населения об этой болезни.

Родители обязаны следить за здоровьем глаз своих детей, так как в их возрасте возможность скорректировать зрение без помощи очков, линз и операций намного выше.

С экономической точки зрения следует вовремя обращаться к врачу. Именно материальное положение влияет на выбор метода лечения. Наиболее бюджетный вариант лечения при прогрессирующей тенденции является лазерная операция.

Сократ говорил: “Хорошие врачи говорят, что невозможно лечить одни глаза, а необходимо в то же время лечить голову, если желают, чтобы поправились глаза.”[3] Стоит внимательно относиться к своему здоровью и беречь его.

Список литературы.

1. Аккомодация: Руководство для врачей/Под ред. Л.А. Катаргиной. – М.: Апрель, 2012.- С.5-6.

2. Результаты хирургической коррекции миопии высокой степени переднекамерными факичными интраокулярными линзами URL: <http://www.eyepress.ru/article.aspx?14817>

3. Техники восстановления зрения URL: <http://seeactive.by/articles/quotes.html>

4. Состояние здоровья населения Кировской области URL: www.43.rosпотребнадзор.ru/news/detail.php?ID=7329

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА СОМАТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ ОТ ФЕНОТИПА

Морозов А.М., Андреюшин Л.Э., Хорак К.И.

Научный руководитель: Кадыков В.А.

Тверской государственный медицинский университет

Одной из наиболее важных задач здравоохранения в наше время - профилактика заболеваний. Ранняя диагностика способна не только облегчить течение заболевания, но и предотвратить его. Цвет глаз, окраска волос и кожных покровов человека можно рассматривать как факторы риска заболеваний или способность сопротивляться патогенным влияниям.

Цель исследования: установление соответствия между соматической патологией и фенотипом больных.

Материалы и методы: анкетирование и осмотр 1122 больных различной соматической патологией в больницах г. Твери. Из внешних признаков обследуемых нами были оценены цвет глаз, цвет волос и тональность кожи.

Результаты: Согласно результатам исследования аритмия встречалась у 301 человека. Из них в 45% случаев (135 чел.) у больных с зеленой окраской радужной оболочки глаза, и 40% случаев (120 чел.) с голубой, сероглазых (31 чел.), лишь 5% (15 чел.) с карими глазами. При этом большая часть (80%) со светлой тональностью кожи, лишь 20% со смуглой. Светлый окрас волос встречался лишь в 15%, в отличие от темного, который преобладал в выборке.

По результатам исследования стенокардия встречалась в 30% случаев (90 чел.). Из этого числа 58 человек обладали карим окрасом радужки глаз. Наименьший процент пришелся на голубоглазых и сероглазых больных (до 18% - 16 чел.). При этом больше половины опрошенных (60%) имели светлую кожу, а 40% (36 чел.) смуглую. В 85% (77 чел.) случаев люди с темным цветом волос, совсем небольшая доля пришлась на людей, являющимися обладателями светлых волос -15%.

Из 30 человек больных инфарктом миокарда карий (13) и зеленый (9) цвет превалировал над остальными. 90% пациентов имели темную окраску волос и светлую кожу.

Среди 186 пациентов с заболеваниями верхних дыхательных путей выявлено, что в половине (94 чел.) случаев это были обладатели серой окраски радужной оболочки глаз. Преобладали носители светлого оттенка кожи (90%, 167 чел.). Доля людей с темным и русым цветом волос составила 88% (164 чел.), блондинов – 10% (19 чел.) и рыжеволосых – 2% (4 чел.), что дает нам основания достоверно определить зависимость только для брюнетов. 10% (18 чел.) людей пришлось на светловолосых людей со смуглым цветом кожи. Один сероглазый больной бронхиальной астмой.

Язвенная болезнь встретилась в 20 случаях. При этом 16 людей имели голубой цвет глаз со светлыми волосами и кожей. По два человека имели карий и зеленый цвет глаз с темным цветом волос. Светлая кожа доминировала в 19 случаях.

С гастродуоденитом наблюдалось 86 человек. Среди них человека 43% (37 чел.) имели карий цвет глаз, и по 19% - 20% пришлось на другие окраски. Интересно, что из всех опрошенных 59% имели русский цвет волос- это 51 человек, 27 человек (32%) -черный цвет волос. 10 человек (6%) со светлыми волосами, и около 3% (3 чел.) пришлось на рыжеволосых. В 79% случаев (61 чел.) имели светлую окраску кожи, и лишь в 21% случаев (18 чел.) смуглую.

С запорами наблюдалось 104 человека также в гастроэнтерологическом отделении. Мы выяснили, что кареглазые составляли 86% (что составляет 89 чел.). Голубой цвет глаз – 4, серый цвет - 6, зеленый цвет – 5. Брюнеты- 61% (63 чел.). На долю русских пришлось -27 % (29 чел.). На долю блондинов 10% (10 чел.) и 2% (2 чел.) на рыжеволосых.

Нами было опрошено 107 человек с такими заболеваниями как пиелонефрит и цистит. У 82 людей наблюдался зеленый цвет глаз. Это 77%. При этом 90 больных (84%) имели темную окраску волос, а 17 людей (16%) имели светлый цвет волос. Удивительно, что в 90% случаев люди имели светлую кожу.

В эндокринологическом отделении были опрошены больные сахарным диабетом (48 чел.) и зобом (12 чел.). Больные с сахарным диабетом в 40% случаев (19 чел.) были с зеленым цветом глаз, в 29% (14 чел.) с серым цветом, 22% (11 чел.) с голубым, 9% (4 чел.) коричневой окраской радужки. В 50 % случаев люди имели русский цвет волос, в 35% случаев были блондины, и лишь в 15% -брюнеты. В 85% случаев больные имели светлую окраску кожи, а в 15%-смуглую.

У больных с зобом в 7 случаев из 12 встречался зеленый цвет глаз. По 2 случая мы наблюдали как серый, так и голубой цвет глаз, и лишь 1 больной был кареглазым. Из них 9 человек блондинов, 2 брюнета и 1 с русыми волосами. Все больные имели светлый цвет кожи.

Выводы: Люди, имеющие голубой цвет глаз, наиболее подвержены аритмиям, язвенным болезням желудка, склонны к гастродуоденитам, в меньшей степени подвержены заболеваниям эндокринной системы, имеют наименьший риск развития гипертонической болезни.

Люди с зеленым цветом глаз в высокой степени склонны к таким заболеваниям сердечно-сосудистой системы, как аритмии, инфаркт. Сильно характерны пиелонефриты, циститы, а также заболевания эндокринной системы. В наименьшей степени заболевания дыхательных путей и язвенной болезнью желудка.

С карим цветом радужки глаза высокая частота встречаемости стенокардии и инфаркта, а так же гипертонической болезни. Характерны гастродуодениты, кишечная непроходимость однако, низкая степень развития язвенной болезни желудка. Риск развития сахарного диабета и зоба у кареглазых людей ниже, чем у остальных.

У сероглазых сердечно-сосудистые заболевания редки. Наиболее высок риск заболеваний верхних дыхательных путей, наименьший бронхиальной астмы. Риск эндокринологических заболеваний несколько выше, чем у голубоглазых людей.

Люди со светлым тоном кожи подвержены развитию аритмий, стенокардий, инфарктов, не выявлены зависимости при гипертонических болезнях. Они подвержены заболеваниям верхних дыхательных путей, пищеварительной и выделительной систем и сахарного диабета и зоба.

Брюнеты подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Часто русский и темный цвет волос сопоставимы с повышенным риском развития заболеваний верхних дыхательных путей, сахарным диабетом. У блондинов высок риск язвенной болезни желудка, развития зоба, в наименьшей степени гастроэнтеритов. Для черного цвета волос характерны пиелонефриты и циститы.

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Морозов А.М., Кузнеценкова Н.А., Звонарева А.В.

Научный руководитель: Кадыков В.А.

Тверской государственный медицинский университет

По данным ВОЗ, сахарным диабетом (СД) 2 типа страдает 371 млн человек во всем мире. Россия, где число заболевших число достигает 9,6 млн, находится на 4 месте по количеству людей с этим диагнозом. СД приводит к ранней инвалидизации и смертности в связи с развитием полиорганной сопутствующей патологии, что значительно увеличивает социальную значимость проблемы.

Синдром диабетической стопы (СДС) – это тяжёлое осложнение сахарного диабета, которое встречается в различной форме у 40–60% больных, проявляющееся в виде гнойно-деструктивных поражений нижних конечностей (трофические язвы, абсцесс, флегмона, гнойный артрит и тд) и часто приводит к ампутации нижних конечностей. По данным различных источников от 50 до 70% общего количества всех выполненных ампутаций нижних конечностей производится именно у больных сахарным диабетом. В Российской Федерации этот показатель превышает половину случаев. Вероятной причиной этого может быть то, что по меньшей мере у 47% больных лечение начинается слишком поздно. Поэтому крайне важно понять причину такого осложнения, его патогенетические механизмы с целью проведения ранней профилактики.

Цель исследования: выявить факторы приводящие к развитию синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный статистический анализ 72 историй болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа, находившихся на лечении в 2015-2017 году в хирургическом отделении ГБУЗ “Городской клинической больницы” №7 г. Твери.

Результаты: Путем ретроспективного анализа клинических историй болезней нами получены следующие результаты:

Синдромом диабетической стопы страдает преимущественно пациенты пожилого возраста: 50-60 лет- 38%, 61-70 лет- 16%, с 71 и далее- 46%.

Встречаемость СДС не зависит от гендера (51% женщины, 49% мужчины);

Длительность СД у пациентов 2 типа в целом составляет от 15 лет и более;

Основные причины обращения пациентов к врачу - это боль, онемение, гиперемия, а также трофическая язва стопы. Боли, ПХ могут быть следствием хронической артериальной недостаточностью сосудов нижних конечностей.

Большая часть (98%) пациентов жаловались на боли, у 69% пациентов наблюдались раны (язвы), онемение у 85%, почернение конечности у 19%, гиперемия у 65%. Наиболее часто обнаруживалась сниженная чувствительность (55%) нижних конечностей, что соответствует диабетической нейропатии (ДН), что является осложнением СД.

Отсутствие (ослабление) пульсации артерий нижних конечностей свидетельствует о нарушении кровотока. Состояние магистрального кровотока: пульсация на всех уровнях конечности- 19%, ослаблена ниже бедренной артерии- 15%, ниже подколенной артерии- 7%, не определяется ниже подколенной артерии- 48%, нет данных-11%;

Среди сопутствующих патологий наиболее часто встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как гипертоническая болезнь (78%), ишемическая болезнь сердца (46%), атеросклероз (69%), анемия (52%);

Также отмечают заболевания, которые являются осложнением СД и способствуют развитию СДС. ДН (26%), диабетическая ангиопатия (47%), диабетическая нефропатия (34%)- основные механизмы поздних осложнений СД;

Данные клинических и биохимических исследований: у 56% отмечается лейкоцитоз, у 15% протеинурия, глюкозурия у 24%, уровень глюкозы в крови 4-8 ммоль/л – 52%, 8-12 ммоль/л – 32%,

12 и выше моль/л - 4%, все остальные показатели (уровень эритроцитов, холестерин, ПТИ, МНО, ФНГ, креатинин, мочевины) в пределах нормы за некоторым исключением;

Результаты доплерографического исследования: окклюзия передней и (или) задней большеберцовых артерий (ПББА, ЗББА) – 81%, окклюзия правой (левой) бедренной артерии (ПБА, ЛБА) – 8,3%, окклюзия ПББА (ЗББА)+ТАС (тыльная артерия стопы) – 10,7%;

Выявлено 31 случаев ампутаций нижних конечностей на разных уровнях. Все пациенты обращались в больницу с запущенной формой СДС, поэтому больным в 43% случаев проводилась ампутация. Помимо ампутации проводились вскрытие флегмоны (32%), иссечение некротических масс, а также на фоне гнойно-воспалительного процесса стопы антибактериальная, сосудистая, инфузионная терапия (25% в сумме). Также по полученным данным было выявлено единоразовое поступление пациента в больницу после уже случившейся ампутации (рецидив СДС).

У пациентов с СДС показатели анализов в пределах нормы, за исключением лейкоцитоза, который объясняется восприимчивостью больных диабетом к инфекции, и уровня гемоглобина (понижен у пациентов с анемией).

Выводы: При постановке диагноза СДС, врачу не следует опираться только на лабораторные методы исследования, но и в первую очередь учитывать клиническую картину, главным образом проводить тщательный осмотр и пальпаторное обследование, чтобы вовремя выявить СДС на ранней стадии и направить пациента на дальнейшее лечение, тем самым предотвратив нежелательные последствия, в том числе ампутацию нижней конечности. В диагностике СДС также важно использование таких дополнительных методов, как УЗДГ, дуплексное УЗ-сканирование, контрастная ангиография, оценка различных видов чувствительности (вибрационной, тактильной, температурной), рентгенография суставов.

Необходимо путем обучения повысить компетентность врачей в ранней диагностике данного осложнения, уметь правильно назначать дополнительные исследования и правильно вести амбулаторное наблюдение пациентов, болеющих сахарным диабетом 2 типа.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ В ГКБ №21 В ПЕРИОД С 2014 ПО 2016 ГОД

Муслимова В.К.

Научный руководитель: Нуртдинова Г.М.

Башкирский государственный медицинский университет

Нежелательные побочные реакции, в том числе аллергические, на лекарства возникают примерно у 10% жителей планеты и 20% пациентов, находящихся на стационарном лечении [1]. Лекарственная аллергия (ЛА) - одно из самых сложных и тяжелых проявлений аллергии [2]. Наиболее часто реакции гиперчувствительности на медикаменты развиваются у больных в возрасте старше 50 лет, из которых женщин около 63–70 % [3]. Целью исследования является выявление лекарственных препаратов, наиболее часто вызывающих аллергическую реакцию.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с реакциями на лекарственные препараты, находившихся на стационарном лечении в аллергологическом отделении ГКБ №21, г. Уфы с 2014-2016 гг.

Результаты и обсуждение: Проанализировано 244 историй болезней с аллергией на лекарственные препараты, женщин - 166 чел.(68,03%), мужчин - 78 чел.(31,9%). В анамнезе указывают аллергию на лекарственные препараты 140 чел.(57,4%), отрицают - 104 чел.(42,6%). Средний возраст пациентов 48,7±1,12 лет.

Распределение по годам: 2014 год: 93 пациента, мужчин 29 чел. (31,2%), женщин 64 чел.(68,8%), средний возраст 48,3±1,74 лет, отрицают ЛА 36 чел. (38,7%), есть – 57 чел.(61,3%). ЛА чаще всего возникает в ответ на антибактериальные средства- 32 чел. (34,4%), среди которых 65,6% - это β-лактамы (цетриаксон, цефотаксим, амоксициллин). НПВС – 21 чел. (22,6%), гипотензивные и противосудорожные по 5 чел. (5,4%), антисептики – 3 чел. (3,1%), антиферменты и ферменты, иммуномодуляторы, местные анестетики и противовирусные по 2 чел.(2,1%). Витамины, вакцины, гормональные препараты, противопаразитарные, диуретики, гастропротекторы, антимагнетолиты, седативные и снотворные, ноотропы, противоопухолевые по 1 чел. (1,1%). Среди клинических форм выделены следующие: острая генерализованная

крапивница 20 чел. (21,5%), анафилактический шок 20 чел. (21,5%), частый вариант шока – кардиальный, кожный у 75%, кардиальный у 15%. У 13 человек (14%) – острый отек Квинке в сочетании с крапивницей, 11 чел. (11,8%) – острый атопический дерматит, 9 чел. (9,7%) – многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, 8 чел. (8,6%) – геморрагический васкулит, 5 чел. (5,4%) – отек Квинке, поствакцинальная реакция, синдром Лайелла, стоматит по 1 чел. (1,1%).

2015 год: 92 пациента, мужчин 28 чел.(30,4%), женщин – 64 чел.(69,6%), средний возраст 44,7±9,5 года, отрицают ЛА 39 чел. (42,4%), есть – 53 чел.(57,6%). ЛА на антибактериальные средства у - 39 чел. (42,4%), среди которых 71,2%% - это β-лактамы (цефтриаксон, амоксициллин). НПВС – 19 чел. (20,6%), гипотензивные 6 чел. (6,5%),противовирусные – 5 чел.(5,4%), антисептики – 4 чел. (4,3%), витамины,местные анестетики, диуретики, рентгеноконтрастные вещества по 2 чел.(2,2%). Вакцины, ненаркотические анальгетики, спазмолитики, ангиопротекторы, гастропротекторы, миорелаксанты, простагландины, антидоты по 1 чел. (1,08%). Среди клинических форм выделены следующие: острая генерализованная крапивница 31 чел. (33,7%%), геморрагический васкулит 14 чел. (15,2%), анафилактический шок 13 чел. (14,1%), самый частый вариант шока – кардиальный у 53,8%, кардиальный, кожный у 46,1%. У 11 человек (11,9%) выявлен острый отек Квинке в сочетании с крапивницей, 6 чел. (6,5%) – острый атопический дерматит, по 5 чел. (5,4%) – многоформная экссудативная эритема, острый отек Квинке, 3 чел. (3,2%) – многоформная экссудативная эритема, 2 чел. (2,2%) – контактный дерматит, многоформная неэкссудативная эритема, поствакцинальная реакция по 1 чел. (1,08%).

2016 год: 59 пациентов, мужчин 21 чел.(35,6%), женщин – 38 чел.(64,4%), средний возраст 52,7±2,34 лет, отрицают ЛА 29 чел. (49,1%), есть – 30 чел.(50,8%). ЛА на антибактериальные средства у - 29 чел. (49,1%), среди которых 33,9% - это β-лактамы (цефтриаксон, цефотаксим, амоксициллин). НПВС – 11 чел. (18,6%), антидоты – 3 чел. (5,08%), 2 чел.(3,4%) – гормоны, местные анестетики, не установлен препарат по 1 чел. (1,7%) антигипоксанты, противовирусные, витамины, вакцины, ненаркотические анальгетики, противогрибковые, стимуляторы гемопоэза, тиосульфат натрия. Среди клинических форм выделены следующие: острая генерализованная крапивница и анафилактический шок по 12 чел.(20,3%), самый частый вариант – гемодинамический у 41,6%, типичный у 33,3%. У 7 человек (11,8%) выявлен геморрагический васкулит, 5 чел. (8,4%) – острый атопический дерматит, многоформная экссудативная эритема, по 4 чел. (6,7%) – многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, по 3 чел. (5,08%) острый отек Квинке, острая генерализованная крапивница с отеком Квинке, по 2 чел. (3,4%) острый контактный дерматит, дискортицизм, по 1 чел. (1,6%) фиксированный дерматит, многоформная неэкссудативная эритема.

Заключение:

1. ЛА страдают чаще женщины, чем мужчины.
2. В большинстве случаев ЛА возникает у пациентов, имеющих в анамнезе непереносимость других ЛС.
3. Самым распространенным клиническим проявление ЛА - острая генерализованная крапивница, на 2 месте - анафилактический шок, геморрагический васкулит.
4. Наиболее частая причина развития ЛА - антибиотики, среди которых амоксициллин и цефтриаксон чаще вызывают аллергическую реакцию.

Список литературы.

1. Нуртдинова Г.М., Галимова Е.С. Анализ структуры лекарственной аллергии по данным аллергологического отделения ГКБ №21 //Международный научно-исследовательский журнал. – 2015 - №5.- С. 71-72.
2. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология и иммунология: национальное руководство. – Москва, 2014. - 656 с.
3. Anderson JA. Allergic reactions to drugs and biological agents //JAMA. - 1992 - №20. – С.2845–2857.

ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ ХАРАКТЕРИСТИК И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕРЕАЛИЗАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ ПРОФИЛЯ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ И ПОЛА

Низолин Д. В., Кутенко В. С.

Научные руководители: Мкртычева К.Б, Ефремов В. В
Ростовский государственный медицинский университет

Дереализационные расстройства (ДР) – это нарушения восприятия, при которых прежде знакомые явления и предметы кажутся измененными, неестественными, нереальными [1,2]. Анализ результатов проведенных ранее исследований показал отсутствие однозначного взгляда на некоторые аспекты ДР: корреляции частоты встречаемости ДР в здоровой популяции и пола, возраста, расы, уровня образования, индивидуального профиля асимметрии [3,4,5]. Последнее особенно интересно ввиду участия в образовании ДР преимущественно структур правого полушария [6,7]. Несмотря на довольно широкое распространение ДР, исследований, посвященных изучению связи этих расстройств и профиля моторной асимметрии (ПМА) ранее не проводилось. Предметом данного исследования является зависимость характеристик ДР от индивидуального профиля асимметрии.

Материалы и методы: Исследование проводилось в 2 этапа и реализовало следующие задачи: 1 этап – октябрь - декабрь 2017г. - вторичный анализ источников по данной проблематике и проведение пилотного исследования, 2 этап – январь - март 2018г.- проведение прикладного исследования. Выборочная совокупность была отобрана методом типичных представителей с соблюдением критерия включения и составила 347 респондентов, разделенных на группы в зависимости от индивидуального профиля асимметрии – правши (288 чел.), левши (40 чел.), амбидекстры (19 чел.). Критерии включения: отсутствие хронических заболеваний центральной нервной системы и возраст до 35 лет. Критерии исключения: алкогольная или наркотическая зависимость. Основной метод прикладного исследования - интернет-анкетирование. «Электронная» анкета, включающая вопросы закрытого типа, была составлена в соответствии с методикой социологического исследования[8], с соблюдением принципа валидности. Анкета была составлена на основе Кембриджского деперсонализационного опросника и опросника Аннет, используемого для определения индивидуального профиля асимметрии. Анализ полученных данных проходил в два этапа: 1-й – компьютерная обработка данных в программе iAnketa, 2-й – ручной метод систематизации с использованием позиционного кодирования и последующим составлением диаграмм. В анализе данных был использован метод сравнения. Для оценки различий между процентными долями двух выборок был использован критерий Фишера.

Результаты: Феномен жаме вю («никогда не виденное») чаще встречался среди левшей ($\phi^*_{эмп} = 1.879$). Частота встречаемости феномена дежа вю (уже виденное) была примерно одинаковой в исследуемых группах: правши – 96,3%, левши – 97,2%, амбидекстры – 87,5%.

В группе правшей и левшей частоту возникновения «дежа вю» большинство оценило как раз в год – 46,9% и 51,4% соответственно. Длительность «дежа вю» чаще всего в трех группах составила 5-10 сек. (правши – 50,4%, левши – 57,1%, амбидекстры – 42,9%). Наиболее часто «дежа вю» во всех группах развивалось спонтанно (правши – 92,4%, левши – 85,7%, амбидекстры – 100%).

Большинство опрошенных всех группы оценивали эмоции, спровоцированные «дежа вю» как положительные (правши – 60,3%, левши – 60%, амбидекстры – 74%).

Также большая часть опрошенных всех групп не боится наступления «дежа вю» (правши – 96,6%, левши – 97,2%, амбидекстры – 93%).

Феномен жаме вю чаще встречался среди женщин ($\phi^*_{эмп} = 2.34$). У женщин ДР чаще сопровождалась отрицательной эмоциональной реакцией ($\phi^*_{эмп} = 2.31$). Женщины также чаще боялись наступления ДР ($\phi^*_{эмп} = 2.31$).

Других статистически значимых различий в исследуемых группах выявлено не было.

Выводы: анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что характеристики и распространенность ДР не зависят от ПМА. Пол может оказывать некоторое влияние на восприятие ДР и феномена дежа вю в частности.

Список литературы.

1. Brown A.S. A review of the deja vu experience. // Psychologic Bull. 2013. №129.
2. Harper M. A. Deja vu and depersonalization in normal subjects // N.Z.J. Psychiatry. 1969. №3.

3. Naoto Adachi, Takuya Adachi, Michihiro Kimura, Nozomi Akanuma, Yoshikazu Takekawa, Masaaki Kato Demographic and Psychological Features of Deja Vu Experiences in a Nonclinical Japanese Population // The journal of nervous and mental disease. 2017. №4.
4. Bogen J. The other side of the brain II: an oppositional mind. // Bull Los Angeles Neurol Soc. 2014. №32.
5. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Аномальная психология. СПб: Питер, 2004.
6. Власов П.Н., Червяков А. В. Значение феномена дежа вю у здоровых // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/znachenie-fenomena-dezha-vyu-u-zdorovyh> (дата обращения: 12.10.2017).
7. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М.: 2014.
8. Кравченко А.И. Методология и методы социологических исследований: учебник / А.И. Кравченко. – М.: Юрайт, 2014. – 832с

НОВЫЙ МЕТОД СКРИНИНГА ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Низолин Д.В., Яловенко А. А., Аврамова К. И.

Научный руководитель: Джериева И.С.

Ростовский государственный медицинский университет

Диабетическая дистальная полинейропатия (ДДПНП) – комплекс клинических симптомов, характеризующихся диффузным или очаговым поражением периферических нервных волокон и развивающихся в результате сахарного диабета (СД) [1]. Распространенность ДДПНП в популяции больных СД колеблется в пределах 30-34%. В группе риска находятся пациенты СД 2 типа с момента установления диагноза, пациенты СД 1 типа спустя 3 года [1,2]. Все больные с нарушением периферической чувствительности входят в группу риска развития синдрома диабетической стопы, он в свою очередь снижает качество жизни пациента и приводит к его инвалидизации (частота ампутаций - 6,4 на 1000 больных СД) [3,4]. ДДПНП – раннее осложнение СД - на начальных этапах своего развития хорошо поддается компенсации, но ранняя диагностика этой формы диабетической нейропатии затруднена, так как диагностических тестов много и все они требуют профессиональных навыков. Герри Райман и его команда в городе Ипсвич в Великобритании разработали простой и доказавший свою эффективность тест: «Ipswich Touch Test» (ИТТ), который позволяет просто и быстро диагностировать нарушение чувствительности у пациента на этапе скрининга [5,6]. ИТТ могут выполнять не только специалисты, но так же врачи общего профиля и даже пациенты самостоятельно дома [7]. В России информации о данном тесте практически нет, нашими специалистами он не используется.

Материалы и методы: клиническими базами для данного исследования явились терапевтическое отделение городской больницы №4 и кардиологическое клиникой РостГМУ. Исследование проводилось с октября 2017г по март 2018г. В него вошло 42 пациента. Критериями включения были: наличие СД в анамнезе и отсутствие установленного диагноза ДДПНП, критериями исключения: наличие депрессии, тревоги, анемии, алкоголизма, ишемического повреждения конечностей. Каждому пациенту были проведены – анкетирование, ИТТ, филаментный, камертонный тесты, исследование рефлексов, проприоцептивной и температурной чувствительности, а также для выявления критерий исключения - тест на выявление тревоги и депрессии, скрытого алкоголизма, расчет плече-лодыжечного индекса. Для выявления вегетативной нейропатии использовался стандартный опросник. Исследование явилось нерандомизированным наблюдательным параллельным. Результаты оценивались процентным методом и методом ROC-анализа.

Результаты и обсуждение: В исследуемую группу вошли 30 пациентов. У 12 были выявлены критерии исключения. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 66 ± 7 лет. Среднее время проведения ИТТ составило 40 ± 5 сек., стандартных тестов – 155 ± 25 сек. (тест с камертоном – 50 ± 7 сек, филаментный теста – 65 ± 11 сек, исследование рефлексов, проприоцептивной и температурной чувствительности – 40 ± 7). У 14 пациентов результат проведения ИТТ указывал на наличие риска развития диабетической стопы. Чувствительность ИТТ по отношению к тесту с неврологического градуированного камертона 128 Гц (Rydel-Syfel)

составила 83%, специфичность составила 78%. Чувствительность ИТТ по отношению к филаментному тесту составила 91%, специфичность составила 83%.

Коэффициент площади ROC-кривой ИТТ (0,80) выше, чем коэффициент площади ROC-кривой филаментного теста (0,79), что позволяет сделать вывод о большей специфичности ИТТ. Вегетативная нейропатия была заподозрена по результатам опросника у 5 (16%) больных исследуемой группы.

Заключение:

1. Полученные нами данные о чувствительности и специфичности ИТТ совпадают с литературными, что позволяет говорить хорошей воспроизводимости теста.
2. Уровень чувствительности ИТТ высок, а значит, данный тест удовлетворяет нас в качестве метода скрининга ДДПНП.
3. ИТТ прост и удобен, не требует специальных навыков, он может быть использован как врачами общей практики, так и в специализированных отделениях.

Список литературы.

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 8-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2017. С 58
2. Диабетическая дистальная полинейропатия обзор современных рекомендаций/ Бреговский В.Б., Храмлиин В.Н., Демидова И.Ю. и др.// Анналы клинической и экспериментальной неврологии – 2015. – Том 9, №1.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы/ Дедов И.И., Токмакова А.Ю., Егорова Д.Н., Галстян Г.Р.// -М. - 2014. - С 6.
4. Эндокринология: национальное руководство/ под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-медия, 2013. С 422.
5. O'Loughlin A, Dinneen SF - Ann. Intern. Med. - February 17, 2015; 162 (4); JC10
6. Rayman G, Vas PR, Baker N, et al. The Ipswich Touch Test: a simple and novel method to identify inpatients with diabetes at risk of foot ulceration. Diabetes Care 2011; 34: 1517-1518.
7. The Ipswich Touch Test: a simple and novel method to screen patients with diabetes at home for increased risk of foot ulceration./ Sharma S1, Kerry C, Atkins H, Rayman G.// Diabetic Medicine. – 2014. -31(9):1100-3.

ХАРАКТЕРИСТИКА СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУБЪЕКТИВНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Никулин Е.А., Ильин М.Ю., Королева В.И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ласков В.Б.

Курский государственный медицинский университет

Более половины населения земли страдают от вертеброгенной патологии. Острые боли спины наблюдаются в 80-100% случаев. Основные причины болей спины это дегенеративные изменения позвоночного столба.

Пациенты вынуждены ограничивать свою трудовую деятельность, что отрицательно сказывается на качестве жизни. Хронические боли имеют дезадаптивное значение, вызывают патофизиологические реактивные изменения: расстройства функции центральной и вегетативной нервной системы, что приводит к соматическим и психо-эмоциональным нарушениям.

Характер и степень выраженности болевого синдрома определяется особенностями патологического процесса, индивидуальным порогом болевой чувствительности, психологическим состоянием и другими [1,2,3,4].

Количественная оценка выраженности болевого синдрома сложна, т.к. человек оценивает боль субъективно, и имеет важное медицинское значение, что и обуславливает актуальность исследования.

Цель: проанализировать ситуативную тревожность у пациентов неврологического отделения с вертеброгенной болью в спине в зависимости от субъективной выраженности болевого синдрома.

Задачи: Провести клинико-неврологическое исследование группы пациентов неврологического отделения с вертеброгенной болью в спине и оценить выраженность болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы.

1) Изучить ситуативную тревожность в этих случаях с помощью шкалы Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л.Ханина.

2) Сопоставить данные оценки выраженности болевого синдрома и ситуативной тревожности и определить величину корреляции.

Материал и методы исследования. Исследованы 22 пациента с вертеброгенной болью в спине, находящиеся на лечении в областном реабилитационном центре г. Курска.

Методы: анамнестический, анализ медицинской документации, оценка неврологического статуса, визуально-аналоговая шкала боли, тест Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина.

Статистическая обработка полученных цифровых данных с помощью адекватных методов статистического анализа (SPSS, версия 19,0).

Изучение ситуативной тревожности с помощью шкалы Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л.Ханина.

Использована методика субъективной оценки ситуационной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина, которая позволяет определять уровень тревожности, исходя из шкалы.

Ситуативная тревожность (СТ) возникает как реакция на стресс, чаще всего социально-психологический. Личностная тревожность (ЛТ) - дает представление о подверженности личности воздействию стрессовых факторов.

Нами была оценена СТ 22 пациентов. Было выявлено, что у мужчин средний уровень тревожности составлял $34,7 \pm 1,71$; у женщин $45,39 \pm 10,33$. Средний уровень тревоги в группе обследованных пациентов составил $43,45 \pm 10,22$

Сопоставление данных

Интенсивность боли оценивали по визуально-аналоговой шкале ВАШ. Сопоставив полученные сведения с клинической картиной и данными инструментальных методов обследования, определяем степень интенсивности боли от слабой (0-40 %) до сильной (70-100%).

В группе обследованных пациентов наблюдались следующие показатели боли: у мужчин средний уровень боли составлял $41,25 \pm 3,2$; у женщин $71,11 \pm 10,7$. Средний уровень тревоги в группе обследованных пациентов составил $65,69 \pm 15,27$.

Проведен корреляционный анализ для того, чтобы выяснить, имеется ли зависимость между СТ и выраженностью болевого синдрома, указанными параметрами и полом.

Для выбора метода сравнения показателей определили характер выборки и поскольку распределение отличалось от нормального, то для сравнения использован критерий корреляции Спирмена (непараметрический критерий).

Были выявлены статистически значимые прямые средние и сильные корреляционные связи в парах:

уровень тревоги и боли $rs=0,743$ ($p=0,0001$) - высокая

уровень тревоги и пол $rs=0,449$ ($p=0,036$) – средняя

уровень боли и пол $rs=0,669$ ($p=0,001$) – средняя.

Выводы: в группе обследованных пациентов у лиц женского пола болевой синдром был выявлен сильнее и СТ также высокая. Также отмечена прямая зависимость уровня тревоги от уровня боли.

Заключение.

В ходе работы было проведено клинико-неврологическое исследование 22 пациентов с вертеброгенной болью в спине. Произведена оценка выраженности болевого синдрома с помощью ВАШ, определена ситуативная тревожность с помощью шкалы Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л.Ханина.

Среди группы обследуемых выявлено, что из обследованных пациентов мужчины находились во II периоде зрелого возраста, а большинство женщин в пожилом возрасте.

У всех пациентов основной жалобой было наличие болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночного столба. В большинстве случаев определялся компрессионный синдром. Также пациенты предъявляли и другие жалобы.

В группе обследованных пациентов в 100% был поставлен диагноз дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночного столба (ДДЗП), у 14 человек - люмбагия, у 8 человек - люмбоишиалгия.

Оценка тревожности показала наличие у женщин высокого уровня тревожности, а у мужчин – среднего, при этом в группе женщин наблюдался высокий уровень боли, в группе мужчин и в целом в группе пациентов – умеренный уровень.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать выводы о том,

- 1) в группе обследованных пациентов у лиц женского пола болевой синдром был выявлен сильнее и ситуативная тревожность также высокая.
- 2) Имеется прямая сильная зависимость уровня тревоги от уровня боли.

Список литературы.

1. Баринов А.Н. Невропатический болевой синдром при болях в спине // Трудный пациент.- 2011.- № 1.- Том 9.- С. 17–23.
2. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. Ведение пациентов с болью в спине в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.- 2010.- № 4.- С. 65–71.
3. Жангалиева Д.Р. Боль в спине: этиология, патогенез и современное лечение // Вестник КазНМУ, №3(3)- 2014 С.203-205
4. Избранные лекции по неврологии. /Под ред. Голубева В.Л. – М.: 2006. – С. 236–237.

ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ (ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА)

Ойтова З.З., Пиакртова З.М.

Научные руководители: Таова М.Х., Акопян Н.О.

Кабардино-Балкарский государственный университет

ГПА (гранулематоз с полиангиитом) является одним из трудно диагностируемых и прогностически неблагоприятных системных васкулитов. Характеризуется поражением органов-мишеней за короткое время.

Одним из органов-мишеней при ГПА является орган зрения, поражение которого отмечается в 29-60% случаев, в 8% случаев заболевание приводит к необратимой потере зрения [1].

Актуальность.

ГПА встречается довольно редко. Его распространенность в популяции составляет 25–60 на 1 млн, заболеваемость – 3–12 на 1 млн человек. Заболеваемость гранулематозом Вегенера в европейских странах за последние 30 лет возросла в 4 раза[1]. Известно, что в основе патогенеза ГПА лежат разнообразные нарушения клеточного и гуморального иммунитета. Антитела к протеиназе-3 рассматривают как специфические серомаркеры. У 10% больных с гистологически доказанным гранулематозом Вегенера (преимущественно при локальном варианте болезни) АНЦА не определяются[1].

Цель исследования.

Изучить особенности клинического проявления локализованного гранулематоза Вегенера, и необходимость его ранней диагностики.

Материалы и методы.

Материалом исследования послужил клинический случай в городской поликлинике №3 г. Нальчик.

Метод исследования: оценка объективных данных и дополнительных методов обследования, анализ медицинской документации: выписки из амбулаторной карты, стационарных карт - Республиканской клинической больницы, отделения микрохирургии глаза, ФГБОУ «Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца», заключение гистологического исследования, проведенного в «НИИ глазных болезней им. Гельмгольца».

Результаты исследования.

24 апреля 2017 года пациент Х., 1942 г.р., обратился к участковому врачу-офтальмологу с жалобами на слезотечение из обоих глаз, покраснение левого глаза.

Из анамнеза: покраснение появилось в марте 2017 года.

Объективно: слева глаз раздражен, на 13ч. язва конъюнктивы, роговица тусклая, хрусталик частично мутный.

Диагноз: Язва конъюнктивы левого глаза. Начальная катаракта обоих глаз.

Рекомендовано: Тобрекс, Ципромед, Флоксал.

В период с 27 апреля 2017г. по 2 мая 2017г. На фоне получаемой терапии с 24 апреля 2017 года вышеперечисленные жалобы сохранялись, в связи с чем было дано направление в консультативную поликлинику РКБ на консультацию врача-офтальмолога для проведения УЗИ глаз и исключения новообразования.

Заключение УЗИ глаз: выраженное диффузное изменение стекловидного тела левого глаза. Язва конъюнктивы левого глаза.

После консультации у врача-офтальмолога в РКБ г. Нальчика, был выставлен диагноз: Новообразование конъюнктивы левого глаза, и принято решение о направлении на лечение в ФГБОУ «Московский НИИ глазных болезней имени Гельмгольца» Минздрава России.

Выписной эпикриз из ФГБОУ «Московский НИИ глазных болезней имени Гельмгольца» Минздрава России:

стационарное лечение с 19.07.17г. по 26.07.17г.

Диагноз при поступлении: Эпibuльбарное новообразование левого глаза.

Объективно при поступлении: OS – умеренный отек периорбитальных тканей, глаз раздражен, эпibuльбарно, под верхним веком имеется плотный тяж серо-белой ткани с нечеткими границами, расширенными конъюнктивальными сосудами вокруг. Обильное желто-розовое отделяемое из глаза. Положение глаза правильное, подвижность в полном объеме. OD – здоров.

Проведенное лечение: 20.07.17г. операция OS – радиозксцизия новообразования конъюнктивы и роговицы с биопсией и пластикой. Операция и послеоперационный период без осложнений.

Патогистологическое заключение: по гистологической картине больше данных за болезнь Вегенера.

При выписке: OS – умеренно глаз раздражен, скудное количество слизистого отделяемого, под верхним веком имеется бледный рубчик с отечной конъюнктивой вокруг. Уплотнение кортикальных слоев хрусталика, на глазном дне без патологий. OD – здоров.

26 июля 2017г. Был выписан с рекомендациями.

20 февраля 2018 года больной на приеме у офтальмолога с жалобами на боль в левом глазу, слезотечение.

Объективно: левый глаз раздражен, на роговице на 9ч. дефект.

Диагноз: Эрозия роговицы левого глаза. Состояние после операции по поводу новообразования конъюнктивы левого глаза.

Рекомендовано: Неванак, Актовегин, Флоксал.

6 марта 2018 года в связи с сохранением вышеперечисленных жалоб и образованием язвы на роговице на 9ч., был направлен в РКБ на консультацию врача-офтальмолога с диагнозом: Язва роговицы левого глаза.

В период с 7.03.18г. по 20.03.18г. находился на стационарном лечении в ОМХГ РКБ с диагнозом: Язва роговицы левого глаза. Начальная катаракта.

Пациенту была установлена лечебная мягкая контактная линза. 20 марта 2018 года был выписан с улучшением и с рекомендациями.

Таким образом, изучив данный клинический случай, нами был выставлен предварительный диагноз: «Гранулематоз с полиангиитом (Гранулематоз Вегенера), локализованная форма на роговице левого глаза» на основании наличия сложного поражения глаз в виде псевдотумора конъюнктивы и роговицы, с последующим развитием язвы роговицы, и результатов гистологического исследования параорбитальной ткани.

На сегодняшний день пациент не предъявляет жалоб со стороны органов зрения. Объективно: OS – на роговице на 9ч. и эпibuльбарно, под верхним веком имеются бледные рубчики.

Вывод.

Данный клинический случай иллюстрирует локальный вариант гранулематоза с полиангиитом, трудного для диагностики. Изолированное поражение глаз при полиангиите может быть дебютом генерализованного течения болезни, что требует наблюдения за пациентом для своевременного начала цитостатической терапии. Знание направлений диагностического поиска крайне важны для врачей различного профиля, поскольку ранняя диагностика ГПА и дальнейшее правильное ведение пациентов с этим заболеванием оказывают существенное влияние на прогноз [2].

Список литературы.

1. А.А. Баранов, Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с гранулематозом Вегенера-2015г.-сб, с.10.
2. Беловол А.Н., Князькова И.И., Шаповалова Л.В., Гранулематоз Вегенера (гранулематоз с полиангиитом) - 2012г.-с.15

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Остраух А.В.

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент Резникова Е.А.
Волгоградский государственный медицинский университет**

На протяжении последних десятилетий отмечается стремительный рост заболеваний, в основе которых лежит нарушение метаболического статуса. Для снижения риска их возникновения на федеральном и региональном уровнях разрабатываются скрининговые программы, внедряются новые экспресс-методы лабораторной и инструментальной диагностики, которые могли бы заблаговременно выявить повышенный риск развития данной патологии[1]. Именно с этой целью специалистами здравоохранения производится оценка метаболического статуса у потенциально здоровых людей. По результатам обследования формируются диспансерные группы наблюдения, даются советы и рекомендации по модификации образа жизни, при необходимости назначается профилактическая лекарственная терапия, способствующая предотвращению развития заболевания или более позднему его дебюту, а также более легкому контролируемому течению [2].

Цель: исследовать показатели метаболического статуса у лиц разных возрастных групп.

Материалы и методы. В исследование были включены 200 человек в возрасте от 20 до 60 лет, проходившие профилактический медицинский осмотр в «Центре Здоровья» ГУЗ КБ №11 города Волгограда. Из числа обследуемых было сформировано 4 группы по 50 человек: I возрастная группа – лица в возрасте 20-29 лет, из них 19(38 %) мужчин и 31(62%), II группа – от 30 до 39 лет, из них 21(42 %) мужчин и 29(58%), III –от 40 до 49 лет, из них 22(44%) мужчины и 28(56%) женщин, IV –от 50 до 60 лет, из них 16(32 %) мужчин и 34(68%) женщины. В ходе обследования на каждого пациента заполнялся паспорт здоровья, в котором фиксировались данные о состоянии метаболического статуса: уровень гликемии, дислипидемия, проявляющаяся в увеличении атерогенных и уменьшении антиатерогенных показателей, индекс массы тела.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 21.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что дислипидемия в I группе выявлена у 7 человек(14%), из них 3 мужчины(15,79%) и 4 женщины(12,9%), во II - у 4 человек(8%), из них у 1 мужчины(4,7%) и 3 женщин(10,34%), в III группе - у 15 человек(30%), из них у 6 мужчин(27,3%) и 9 женщин(32,1%), в IV - у 19 человек(38%), из них у 2 мужчин(12,5%) и 17 женщин(50%).

По данным лабораторного обследования, гипергликемия имеет место всего у 8 человек(3,5 %), из них 1 мужчина и 7 женщин: 1 женщина(3,45%) из II возрастной группы, 3 человека(6%), из них 1 мужчина(4,5%) и 2 женщины(7,1%) в III возрастной группе и в IV возрастной группе – у 4 женщин(8%).

Сочетание этих двух факторов определяется у 4 человек(2%): во II возрастной группе – у 1 женщины(2%), в III – у 1 мужчины(2%), в IV – у 3 женщин(6%).

Диагноз ожирения по данным осмотра был поставлен 8 обследованным(16%) из I группы, из них 2 мужчин(10,53%) и 6 женщин(19,35%), 2 обследованным(4%) из II группы, из них 1 мужчина(4,76%) и 1 женщина(3,45%), 2 женщинам(7,1%) из III группы и 5 обследуемым(10%) из IV группы, из них 1 мужчина(6,25%) и 4 женщины(11,8%).

Однако обращает на себя внимание наличие в каждой возрастной группе помимо ожирения избыточной массы тела. Предожирение выявлено у 16 человек(32%) из I группы, из них у 3 мужчин(15,79%) и 13 женщин(41,91%), из II группы - у 7 человек(14%), из них 1 мужчина(4,76%)

и 6 женщин(20,69 %), в III группе – у 18 человек (36%), из них у 9 мужчин(41%) и 9 женщин(32,1%), в IV – у 27 человек(54%), из них у 12 мужчин (75%) и 15 женщин (44%).

Выводы. В ходе проведенного исследования было выявлено, что у лиц разных возрастных групп имеют место признаки нарушения метаболического статуса, такие как избыточная масса тела и ожирение, дислипидемия, гипергликемия, а также их сочетание. Формирование и накопление метаболических нарушений у лиц молодого и среднего возраста приводит к повышению риска сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

Список литературы.

1. Учамприна, В.А. Комплексный подход в лечении метаболического синдрома / В.А. Учамприна, Т.И. Романцова// Ожирение и метаболизм. – 2014. – № 1. – С. 32-37.

2.Дробижев М.Ю. Ожирение и избыточная масса тела: болезнь и предболезнь / М.Ю. Дробижев// Эффективная фармакотерапия. – 2009. – №6. – С. 42-49.

ВЛИЯНИЕ РОЗУВАСТАТИНА НА ЖЕСТКО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Панькова А.С., Ильин М.Ю., Никулин Е.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет

Согласно данным ВОЗ в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирает 17 миллионов человек, и данные показатели неуклонно растут. При это существует прямая зависимость частоты артериальной гипертонии (АГ) и возраста: согласно статистике среди 20-29 лет- 7,1%, а среди 50-59 уже 34,4%, т.е. каждый третий. По данным ССМ РФ около 44 % взрослого населения ты страдают гипертонией. Большинство факторов риска реализуют своё действие посредством дисфункции факторов, регулирующих нормальный тонус сосудов, в частности увеличивается жесткость сосудистой стенки за счет дисбаланса метаболизма коллагена и эластина.[1, 3, 5]

Цель исследования: определить сравнительную плеотропную эффективность розувастатина и аторвастатина в отношении функциональной активности сосудистого эндотелия у больных высокого и очень высокого сосудистого риска у больных в амбулаторной практике.

Материалы и методы: исследование проводилось среди больных II-III тяжести (114 человек, 58,2 ±3,11, мужчин – 102, женщин – 12), получающих систематическую гипотензивную терапию и в течении не менее одного года аторвастатин 20 мг/сут, проходивших лечение амбулаторно.

Критерии включения: очень высокий или высокий риск (SCORE), уровень холестерина (ХС) и ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП), превышающий целевой.

Совместно с гиполипидемической терапией больные получали метопролол 100-150 мг/сут, индапамид 1,5 мг (Арифон ретард), при тяжелой степени АГ в терапию включался эналаприл 20-40 мг/сут. Дозовые режимы указанных средств определялись эффективностью терапии. После включения в исследования аторвастатин был заменен на розувастатин (Розукард, Зентива, группа Санофи) 10 мг/сут. С последующим увеличением дозы через каждые 6 недель до 20 мг/сут (24 человек) и 40 мг/сут (7 человек), в тех случаях, когда уровень холестерина не приближался к целевым значениям

В сыворотке крови методами твердофазного иммуноферментного анализа с использованием стандартных тест-систем ELISAs (BCM Diagnostics, Biosciences) оценивался уровень перед применением розувастатина, на шестой месяц терапии, затем спустя год применения. Производилась оценка функционального состояния сосудистой стенки исходя из показателей регулирующих степень деградации коллагена, эластина - уровень MMP-1 (Matrix Metalloproteinase-1) матриксной металлопротеиназы-1, TIMP-1 (Tissue inhibitor of metalloproteinase-1) тканевой ингибитор матриксной металлопротеиназы-1, остеопонтина, а также маркеров воспаления – С-реактивного белка(СРБ). [2, 4, 5]

Статистическая обработка результатов включала метод Стьюдента и программу «Statistic 6,0». С учетом различий частотных (бинарных) показателей arcsin-преобразования частот по Фишеру.

Результаты: В ходе исследования пациентов, получавших на амбулаторном этапе комплексную терапию с применением розувастатина, наблюдалось равномерное снижение содержания ММР-1 с начального $287,4 \pm 29,6$ мг/мл в дебюте терапии до $169,7 \pm 11,7$ мг/мл к 6 месяцу терапии, потом к 12 до $154,5 \pm 10,4$ мг/мл, показатель TIMP-1 с $238,7 \pm 19,3$ мг/мл, на 6 месяц терапии $176,4 \pm 24,8$ мг/мл, $170,9 \pm 25,2$ мг/мл к 12 месяцу.

Соотношение ММР-1/TIMP-1 поэтапно приближается к оптимальному (исходный показатель составлял $1,2 \pm 0,07$ мг/мл, спустя 6 месяцев $0,96 \pm 0,06$ мг/мл, на 12 месяце $0,9 \pm 0,05$ мг/мл). $P < 0,05$ – в сравнении с исходным значением. При этом снижение значения ММР-1/TIMP-1 свидетельствует об уменьшении степени деградации эластина.

Отмечает уменьшение концентрации СРБ исходные с $3,57 \pm 0,26$ мг/мл до $2,63 \pm 0,29$ мг/мл к $2,31 \pm 0,31$ мг/мл (на 6 и 12 месяц соответственно).

Концентрация остеопонтина в процессе лечения имела снижалась показателя от $59,7 \pm 6,7$ мг/мл до $44,3 \pm 5,8$ мг/мл к 6 месяцу и до $41,3 \pm 5,4$ мг/мл к 12 месяцу. Полученные показатели согласуются с полученными ранее данными.

Выводы:

1. Замена аторвастатина на розувастатин у больных АГ с высоким сердечно-сосудистым риском сопровождается снижением уровня ММР-1, TIMP-1, ММР-1/TIMP-1, остеопонтина, что свидетельствует о возможном улучшении эластичности артериальной стенки.

2. Терапия розувастатином в сравнении с аторвастатином оказывает более выраженное противовоспалительное действие, что подтверждается снижением уровня СРБ.

Список литературы.

1. Гиполипидемическая и плеотропная эффективность Розукарда у больных артериальной гипертензией с высоким сердечно-сосудистым риском в условиях длительного амбулаторного наблюдения / В.П. Михин, Ю.А. Жилыева, В.В. Воротынцева и др. // Российский кардиологический журнал. – 2016. - №12. – С.90-96.

2. Состояние параметров жесткости сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией на фоне комплексной терапии цитопротекторами и сартанами / В.П. Михин, Ю.А. Болдырева, М.А. Черныгина, Н.И. Громнацкий // Архивъ внутренней медицины. – 2015. – №5(25). – С.40-44.

3. Фатеева, В.В. Маркеры эндотелиальной дисфункции при хронической ишемии мозга / В.В. Фатеева, О.В. Воробьева // Журнал неврологии и психиатрии. – 2017. – №4. – С.106-110

4. Mitsiou E. Effect of low (5mg) vs high (20-40 mg) rosuvastatin dose on 24h arterial stiffness, central haemodynamics, and non-alcoholic fatty liver disease in patients with optimally controlled arterial hypertension/ Mitsiou E // Curr Vasc Pharmacol. – 2017.

5. Momiyama Y., Associations between plasma osteopontin levels and the severities of coronary and aortic atherosclerosis / Momiyama Y., Ohmori R., Fayad Z.A. // Atherosclerosis.– 2010.– Vol. 210 (2).– P. 668–670.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СТРЕСС У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Пахотин С.В., Киласханова П.М., Фарсиянц С.А.

Научный руководитель: Барабаш И.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Стресс – это комплексная приспособительная реакция всего организма. Понятие стресса возникло для обозначения неспецифической биологической реакции в ответ на неблагоприятное воздействие. В ходе многочисленных исследований были выявлены статистически значимые связи между стрессом и различными проблемами, такими как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, но не мало важную проблему составляет влияние стресса на питание, причем питание рассматривается как промежуточное звено между стрессом и медицинскими исходами.

Целью данного исследования является оценка распространенности различных уровней психоэмоционального стресса, а также изучение связи между стрессом и типами пищевого поведения с использованием международных валидированных инструментов у лиц молодого возраста.

Задачи: 1. Выявить наличие и степень выраженности стресса у лиц молодого возраста в процессе обучения в высшей школе.

2. Изучить связь между уровнем стресса, типами и характером пищевого поведения у лиц молодого возраста в зависимости от гендерных особенностей в процессе обучения в медицинском университете.

Материалы исследования

В анкетировании приняли участие 400 студентов СтГМУ обоего пола в равном соотношении по 100 студентов с 1 по 4 курс. Возраст обследованных: женщин (200 чел.) – $20,6 \pm 1,6$; мужчин (200 чел.) – $20,8 \pm 1,5$

Методы исследования

Уровень стресса оценивался с помощью международного опросника восприятия стресса PSS-10 (Perceived Stress Scale-10), который был переведен на русский язык.

Пищевое поведение оценивали по голландскому вопроснику пищевого поведения DEBQ (The Dutch Eating Behaviour Questionnaire), включающему 33 вопроса.

Методы статистического анализа данных проводили с помощью электронной программы Microsoft Excel

Результаты исследования:

- на 1-м курсе: в большей мере умеренный стресс, и почти в равной степени интенсивный и легкий;

- на 2-м курсе преобладает легкий стресс, уровень умеренного и интенсивного стрессов не превышает в общем 10-12 %;

- на 3-м курсе: студенты находятся чаще в умеренном и интенсивном стрессе (в среднем более 50%);

- на 4-м курсе преобладают легкий и умеренный стрессы, исключение составляют лица женского пола, испытывающие часто интенсивный стресс.

Сравнение типов питания у студентов мужского и женского пола.

- на 1-м курсе: у мужчин преобладает экстернальный тип питания (62%), у девушек все типы питания находятся примерно на одном уровне;

- на 2-м курсе: у студентов обоих полов практически в равной степени наблюдаются ограниченный и экстернальный типы питания (36-42%), в меньшей степени эмоциональный тип питания (20-22%);

- на 3-м курсе: прослеживается резкое увеличение эмоционального типа питания у студентов как мужского, так и женского пола, причем у последних он выражен наиболее ярко (48% и 66% соответственно);

- на 4-м курсе: наблюдается переход на ограниченный тип питания, который составляет в среднем 50% у обоих полов.

Были отслежены следующие типы питания у студентов:

- у 48% студентов как мужского, так и женского пола испытывающих легкий стресс прослеживается ограниченный тип питания (48-50% студентов).

- в среднем у 37% студентов, находящихся в умеренном стрессе - у мужчин преобладает экстернальный тип питания (более 51%), и у женщин – эмоциональный (47%).

- при нахождении студентов в интенсивном стрессе у 11,5% мужчин преобладают в равной степени эмоциональный и экстернальный типы питания, у 18% женщин – эмоциональный тип питания (73%).

Выводы

1. Все опрошенные студенты находились в условиях стресса, доминирует легкий стресс.

2. У представителей обоего пола степень выраженности стресса подвержена циклическим изменениям с годичными интервалами вне зависимости от того, какой тип преобладал исходно: максимальное количество лиц с умеренным и интенсивным стрессом наблюдалось на 1-ом и 3-ем курсе, в то время, как на 2-ом и 4-ом курсах их количество резко снижалось, что, вероятно связано с формированием адаптивных реакций на меняющуюся нагрузку в процессе обучения с одной стороны, с другой, с адаптацией к самостоятельной жизни.

3. Стресс влияет на тип пищевого поведения у лиц молодого возраста. Чем сильнее стресс, тем чаще встречается эмоциональный и экстернальный тип пищевого поведения.

На легкий стресс женщины и мужчины молодого возраста однонаправленно реагируют пищевым поведением – доминирует ограничительный тип.

4. Мужчины и женщины молодого возраста по-разному отвечают на умеренный и интенсивный стресс пищевым поведением. На умеренный и интенсивный стресс женщины чаще отвечают эмоциональным пищевым поведением, в то время как у мужчины при умеренном стрессе доминирует экстернальный тип, а при интенсивном стрессе – в равном проценте случаев встречается эмоциональный и экстернальный тип.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МАНИФЕСТНОМ ГИПОТИРЕОЗЕ

Полещук А.В., Оханова К.К., Санин Д.А

Научные руководители: к.м.н. Тауешева З.Б., к.м.н Гусенинова З.К.

Карагандинский государственный медицинский университет

По данным Министерства Здравоохранения Республики Казахстан на 1 января 2017 года на диспансерном учете состояло 51 073 больных с заболеванием щитовидной железы, из них детей до 18 лет - 3 945. В том числе с гипотиреозом на учете состоят всего 35 845 человек [1-3]. Сочетание гипотиреоза с патологией сердечно-сосудистой системы довольно часто встречается в практике врача. Тиреопатии нередко приводят к различным нарушениям деятельности сердечно-сосудистой системы, которые порой определяют клиническую картину заболевания и во многом влияют на характер терапии. При гипофункции в системе кровообращения формируются изменения, способные приводить к стойкому снижению и даже потере трудоспособности [4, 5]. Недостаточное содержание в организме тиреоидных гормонов приводит к дисметаболическим изменениям, способствующим расстройству структурно-функциональных взаимосвязей в различных органах и, в первую очередь, в сердечно-сосудистой системе [6,7].

Цель: Изучить влияние манифестного гипотиреоза на сердечно-сосудистую систему.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели были отобраны 40 амбулаторных карт с патологией сердечно-сосудистой системы, которые проходили стационарное лечение в ГБ№1 г. Караганды, из них 25 (62,5%) женщин, 15 (37,5%) мужчин. Обследуемые были разделены на 2 группы: I группу составили 20 больных страдающих манифестным гипотиреозом в сочетании с поражением сердечно-сосудистой системы, из них 16 (80%) лиц женского пола и 4 (20%) лиц мужского пола, средний возраст в группе составил $61,4 \pm 1,52$, во II группу вошли 20 пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы, из них 11 (55%) мужчин и 9 (45%) женщин, со средним возрастом $70,85 \pm 1,08$. Диагноз был верифицирован на основании клинических, лабораторно-инструментальных методов исследования. Проведена оценка частоты сердечных сокращений (ЧСС), пульса, артериального давления, проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН) согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). Результаты статистической обработки проводились программой Microsoft Office Excel

Результаты и их обсуждения: При анализе данных осмотра у 14 (70%) пациентов I группы отмечалось повышение артериального давления, с максимальным размахом систолического давления от 160 до 90 мм.рт.ст. и диастолического от 90 до 60 мм.рт.ст. Тогда как во II группе артериальная гипертензия наблюдалась у 12 (60%) пациентов, при этом размах артериального давления находился в пределах 220 и 120 мм.рт.ст, диастолического 120 и 80 мм.рт.ст. Нужно отметить, что в I группе у 1(5%) пациента систолическое АД соответствовало 2 степени, у 2 (10%) пациентов диастолическое соответствует 1 степени АГ. Во II группе у 12 (60%) пациентов 3 степень систолического артериального давления, в то время как у 9 (45%) пациентов диастолическое соответствует 2 степени АГ, что говорит о преимущественно систолическом характере АГ.

Среднее значение ЧСС у пациентов I группы 75,6 в минуту, тогда как у II группы - 82,5 в минуту, т.е. у пациентов с гипотиреозом ЧСС находится в пределах нормы.

ХСН I функционального класса (ФК) наблюдалась у 5 (20%) пациентов, ХСН ФК 2 у 10 (50%) пациентов, ХСН ФК3 у 1 (5%) пациента, при этом фракция сердечного выброса по данным ЭХОКС у I группы находилась в пределах 41 % - 65%. Во II группе у 16 (80%) пациентов соответствовала ХСН ФК 1, ХСН ФК 2 у 1 пациента (5%) и у 2(10%) пациентов ХСН ФК 3. Фракция выброса во II группе находилась в пределах 32% - 53%.

Среднее значение фракции выброса в I группе – 53,15%, тогда как во II группе среднее значение составляет – 42,5%.

При оценке липидного обмена среднее значение холестерина в I группе составила 5,86 ммоль/л, триглицеридов – 3,2 ммоль/л во II группе соответственно 4,6 ммоль/л и 1,5 ммоль/л.

Минимальное значение холестерина составило 3,6 ммоль/л, максимальное 7,9 ммоль/л. Минимальное значение триглицеридов составило 0,86 ммоль/л, максимальное 3,5 ммоль/л.

Выводы: 1. Несмотря на удовлетворительные показатели ЧСС, АД, ФВ в I группе отмечается усиление проявлений ХСН по сравнению со II группой.

2. Сопутствующая патология нарушения функции щитовидной железы в виде манифестного гипотиреоза с поражением сердечно-сосудистой системы ведет к выраженному нарушению липидного обмена.

Список литературы.

1. Dillmann W. H. Biochemical basis of thyroid hormone action in the heart // Am. J. Med. – 1990. – Vol. 88, N 6. – P. 626–630.
2. Chapidze G., Dolidze N., Williams M. et al. Peculiarities of lipid profile parameters in cardiac patients with hypoand hyperthyroidism // Georgian Med. News. – 2006. – Vol. 1180–1183.
3. Zondek H. Das myxodemherz // Munch. Med. Wochenschr. – 1918–Vol. 65.–P. 1180–1183
4. Cooper D. An ounce of prevention: a pound of cure // Thyroworld.-2002.- Vol. 5.- № 1.- P. 10.
5. Demers L. M.; Spencer C. A. Laboratory medicine practice guidelines: laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease // Clin. Endocrinol. (Oxf). – 2003. – Vol. 58, N 2. – P. 138–140.
6. Dillmann W. H. Diabetes and thyroid-hormone-induced changes in cardiac function and their molecular basis // Annu. Rev. Med. – 2009. – Vol. 40. – P. 373–394.
7. Klein I., Danzi S. Thyroid disease and the heart // Circulation. – 2007. – Vol. 116, N 15. – P. 1725–1735.
8. Duntas L. H. Thyroid disease and lipids // Th
9. Arya R., Singh A., Sharma A. K. Increase in serum lipid levels of hypothyroid patients may pose a cardiovascular risk but unchanged HDL levels could be a saviour // Int. J. Biotech. Bioeng. – 2012. – Vol. 3, N 3. – P. 109– 116.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНО-МОДИФИЦИРОВАННЫХ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У КУРИЛЬЩИКОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Попко Н. А., Ахмедова С. Р.

Научный руководитель: Бельских Э.С.

Рязанский государственный медицинский университет

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – широко распространенное заболевание, связанное с развитием обструктивного бронхолита и эмфиземы, причиной которых является воздействие токсичных частиц или газов [6]. Патогенез ХОБЛ сложен и включает в себя повреждающие действия окислительного стресса (ОС), дисбаланса в системе протеаз\антипротеаз, воспалительных клеток и воспалительных медиаторов [1,2,5,6]. Главным этиологическим фактором ХОБЛ является курение, которое вызывает смещение нормального баланса между оксидантами и антиоксидантами, способствуя развитию окислительного стресса не только в легких, но и во всем организме [1,2,7]. Оксиданты табачного дыма могут непосредственно повреждать клетки и ткани, инактивировать защитные механизмы и инициировать воспаление, что потенцирует развитие окислительного стресса, обуславливая системный характер ХОБЛ [6,7]. Исследование окислительно-модифицированных белков как продуктов окислительной деструкции, связанных с воздействием курения и развитием дыхательной недостаточностью, возможно, позволит дополнительно характеризовать тяжесть течения заболевания у конкретного больного и оценки эффективности индивидуальной терапии. В связи с этим, целью данной работы стало определение окисленно-модифицированных белков (ОМБ) плазмы крови при различной степени бронхобструкции и гипоксемии при ХОБЛ спектрофотометрическим методом R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой с последующей комплексной оценкой предложенной М.А.Фоминой, Ю.В. Абаленихиной [4,5].

Материалы и методы: Проведённое исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. В исследование было включено 46 пациентов, которые были разделены на три группы. Первая группа выполняла роль контрольной и включала 21 здоровых добровольца, некурящих. В соответствии со классификацией GOLD больные курильщики с ХОБЛ (n=25) были разделены на две группы: вторая группа включала больных с ХОБЛ 2 (n =10, ОФВ1 63 [59,75; 64,5], SaO2 93,5 [89,75; 95]%), третья группа – с ХОБЛ 3 (n =15 ОФВ1 42 [37,5; 44,5], SaO2 92 [90; 94]%). Исследуемые были сопоставимы по полу и возрасту. В плазме крови спектрофотометрически определяли окисленно-модифицированные белки (ОМБ) методом R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой с последующей комплексной оценкой предложенной М.А.Фоминой, Ю.В. Абаленихиной [3,4]. Для определения спонтанных продуктов окислительного повреждения белков производилась оценка исходного уровня окисленно поврежденных белков (спонтанные ОМБ). Статистический анализ проводился с помощью StatPlus Pro 5. Уровень отличий рассматривался как статистически значимый при вероятности ошибки (p) < 0,05, как тенденция при вероятности ошибки (p)<0,1.

Результаты и обсуждения:

Обнаружено увеличение спонтанных ОМБ в группе ХОБЛ 2 (169,4 [109,3; 344,9]) на 117,5 % (p=0,006) по сравнению с контрольной группой (77,9 [63,9; 123]), в группе ХОБЛ 3 (268,11 [168,7; 334,9]) на 244,2 % (p=0,0001) по сравнению с контрольной группой.

Была обнаружена статистически значимая обратная корреляционная связь (-0,66) умеренной силы между выраженностью окислительной деструкцией белков, определяемой по СП ОМБ, и показателями SaO2. Это связано с тем, что при гипоксии снижается активность ферментов антиоксидантной системы (например, каталазы) и нарушается дезактивация активных форм кислорода, вызывающих системное повреждение.

Выводы: Больные курильщики с неинфекционным обострением ХОБЛ характеризуются повышенным уровнем спонтанной окислительной модификации белков. Отмечено наличие прямой корреляционной связи уровня поврежденных белков плазмы крови от тяжести заболевания. Белки признаны главными мишенями для активных форм кислорода (АФК) из-за своей высокой чувствительности к свободным радикалам. Генерация АФК при ХОБЛ изучена и связана с митохондриальной дисфункцией. При увеличении тяжести заболевания, увеличивается и уровень дисфункции, как следствие усиливается количество АФК, вызывающих повреждение белков.

Список литературы.

1. Бельских Э.С., Урясьев О.М., Звягина В.И., Фалетрова С.В. Развитие вторичной митохондриальной дисфункции мононуклеарных лейкоцитов крови у больных хронической обструктивной болезнью легких и хроническим бронхитом // Казанский медицинский журнал. - 2018. - Т. 99. - №5. - С. 741-747. doi: 10.17816/KMJ2018-741
2. Бельских Э.С., Урясьев О.М., Звягина В.И., Фалетрова С.В. Исследование окислительного стресса и функции митохондрий в мононуклеарных лейкоцитах крови у больных с хроническим бронхитом и с хронической обструктивной болезнью легких// Наука Молодых - Eruditio Juvenium. - 2018. - Т. 6. - №2. - С. 203-210. doi: 10.17816/KMJ2018-741
3. Дубинина Е.Е. Продукты метаболизма кислорода в функциональной активности клеток (жизнь и смерть, созидание и разрушение). Физиологические и клинко-биохимические аспекты / Е.Е. Дубинина. - СПб.: Издательство Медицинская пресса. - 2006. - 400 с.
4. Фомина М.А. Способ комплексной оценки содержания продуктов окислительной модификации белков в тканях и биологических жидкостях: методические рекомендации / М.А. Фомина, Ю.В. Абаленихина; ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. Рязань: РИО РязГМУ. - 2014. - 60 с.
5. Agrawal A., Mabalirajan U. Rejuvenating cellular respiration for optimizing respiratory function: targeting mitochondria // Am. J. Physiol. - Lung Cell. Mol. Physiol. 2016. V. 310, № 2. P.103–113.
6. GOLD 2018 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD Available at http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf.
7. Hackett T.L. и др. Oxidative modification of albumin in the parenchymal lung tissue of current smokers with chronic obstructive pulmonary disease. // Respir. Res. BioMed Central Ltd, 2010. V. 11, № 1. P. 180.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ХОБЛ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Попов К.В., Страхова Н.В., Краснорущкая О.Н.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко

В настоящее время, хроническая обструктивная болезнь легких оценивается не как патология лёгких и нижних дыхательных путей, приводящая в дальнейшем к поражению органов других систем организма, а как болезнь, изначально имеющий системный характер. Поэтому не случаен интерес к коморбидным заболеваниям при ХОБЛ, которые могут быть следствием естественного течения данной болезни [2].

Однако результаты исследований по оценке влияния коморбидной патологии на темп прогрессирования ХОБЛ зачастую весьма противоречивы и малочисленны [1]. К тому же влияние лекарственных веществ, используемых для лечения сопутствующей патологии при ХОБЛ, на темп снижения вентиляционной функции лёгких практически не изучено.

В связи с этим целью настоящего исследования стал анализ скорости прогрессирования ХОБЛ у больных с коморбидной патологией на этапе амбулаторно-поликлинического звена. В рамках данной цели была выделена задача выявить нозологии, влияющие на скорость снижения ОФВ1 у пациентов с ХОБЛ, а также оценить влияние медикаментозных воздействий на скорость снижения ОФВ1 у пациентов с ХОБЛ в долгосрочной перспективе.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника №7». В исследование было включено 76 больных, находившихся под диспансерным наблюдением в период с 1.07.2015 по 1.07.2018 с диагнозом ХОБЛ. Критериями включения в исследование являлось наличие коморбидной хронической патологии, по поводу которой они обращались в поликлинику в те же сроки наблюдения.

У всех пациентов, включенных в исследование, была определена скорость снижения объема форсированного выдоха за 1-ую секунду (ОФВ1). Расчет скорости снижения ОФВ1 производился по формуле (Значение ОФВ1 в 2016 году – Значение ОФВ1 в 2017 году) + (Значение ОФВ1 в 2017 году – Значение ОФВ1 в 2018 году) /2.

Статистическую обработку полученных данных проводили в программе IBM SPSS Statistics 20.0 и Microsoft Excel 2010. Сравнительный анализ двух групп количественных признаков проводили с помощью критериев Манна-Уитни, Вилкоксона. Статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

При анализе первичной выборки выявлено, что лишь 44,7% пациентов проходили регулярный диспансерный осмотр и ежегодную оценку ФВД. Средний возраст данной группы больных составил $60,4 \pm 11,49$ лет.

В исследуемой группе был проанализирован характер сопутствующей патологии и определено, что 32,3% пациентов страдают ИБС, 44% - гипертонической болезнью, 41% - остеохондрозом, 35% - хронической инфекцией верхних дыхательных путей, 26% - гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

При оценке темпа прогрессирования ХОБЛ у больных, страдающих ИБС, было выявлено, что скорость снижения ОФВ1 в данной подгруппе составляет $210,8 \pm 58,5$ мл/год, что достоверно выше ($p=0,04$), чем в подгруппе без диагноза ИБС ($118,19 \pm 26,63$ мл/год). Таким образом, подтверждается гипотеза многочисленных научных исследований о том, что ИБС значительно утяжеляет течение ХОБЛ и заметно снижает качество жизни [1,3].

При оценке скорости снижения ОФВ1 у больных с диагнозом синусит был получен более низкий ($p=0,022$) темп прогрессирования ХОБЛ $-103 \pm 26,43$ мл/год, чем в подгруппе без него ($160,2 \pm 32$ мл/год). Объяснить это можно тем, что лечение инфекций верхних дыхательных путей влияет на активность воспалительного процесса в нижних дыхательных путях. Данное заключение подтверждает работа, посвящённая шестилетнему наблюдению за больными с лёгочной патологией, которым проводилось хирургическое вмешательство на околоносовых пазухах [4].

При оценке скорости снижения ОФВ1 в подгруппах больных с другой коморбидной патологией влияния на темп прогрессирования ХОБЛ в отдалённой перспективе разницы не обнаружено.

Далее в нашей работе проведен анализ влияния различных групп препаратов, регулярно принимаемых пациентами, на скорость снижения ОФВ1.

Препараты группы статинов достоверно ($p=0,016$) ускоряли темп снижения ОФВ1: $198,75 \pm 58,2$ мл/год в подгруппе, их принимавших, и $132 \pm 42,8$ мл/год в подгруппе, где статины не назначались, что несомненно коррелирует с влиянием ИБС на скорость снижения ОФВ1. Препараты группы муколитиков же наоборот замедляли ($P=0,048$) прогрессирование ХОБЛ – $117,9 \pm 29$ мл/год против $181,5 \pm 46,5$ мл/год. Анализ других групп препаратов показал, что они не влияют на скорость снижения ОФВ1.

Выводы.

1. У больных ХОБЛ и ИБС темп прогрессирования ХОБЛ оказался на 43,8 % выше, по сравнению с больными ХОБЛ без ИБС.

2. У пациентов с ХОБЛ, страдающих хроническим синуситом, темп прогрессирования ХОБЛ на 35,7 % ниже, чем у больных без синусита.

3. В подгруппе больных, принимавших статины снижение ОФВ1 за три года, оказалось на 33,6% выше, чем в подгруппе, их не принимавших. Также было определено, что муколитики замедляют прогрессирование ХОБЛ (скорость снижения ОФВ1 на 35,1% ниже в подгруппе, регулярно принимавших амброксол и его аналоги в течение трёхлетнего периода).

Список литературы.

1. Скотников, А.С. Системное воспаление и осложнения «сосудистой» коморбидности у больных ХОБЛ / А.С. Скотников, О.М. Дохова, Е.С. Шульгина // Архивъ внутренней медицины. - 2015. - №5 (25). - С.49-54.

2. Страхова, Н.В. Распространенность и взаимосвязь табакокурения и соматических заболеваний: возможности профилактики в амбулаторно-поликлинической практике / Н.В. Страхова, А.А. Зуйкова, С.Е. Михайлова, О.Н. Красноуцкая // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2018. – Т.17. – №1. – С. 265-270.

3. Фомина, К.А. Влияние различных факторов на динамику ОФВ1 у больных с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой. Результаты долгосрочного когортного исследования / К.А. Фомина, К.И. Теблов, Е.В. Жилиев // Терапевт. - 2014. - №2. - С.45-49.

4. Ambrosino P. [et al.]. Subclinical carotid atherosclerosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of literature studies. Ann Med. 2017; 49(6): 513-524. doi: 10.1080/07853890.2017.1311022.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ С УЧЕТОМ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Прохоренко-Коломойцева И.И., Калашникова А.С., Евсеева М.Е.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Распространенность метаболического синдрома (МС) в общей популяции, включая молодой контингент, продолжает неуклонно увеличиваться[1]. Показано, что уже в молодом возрасте дислипидемия играет роль в развитии не только явных сердечно-сосудистых проявлений[2], но также вносит свой вклад в формирование нарушений со стороны органов-мишеней, в том числе у лиц, считающих себя практически здоровыми[3]. Молодые женщины занимают особое место в силу необходимости наличия достаточных ресурсов для успешного завершения возможной беременности и родов. Вместе с тем, отсутствуют единые представления о взаимосвязи выраженности дислипидемии со степенью ожирения у обсуждаемого контингента[4].

Цель: оценить изменения в основных показателях липидограммы у молодых женщин с МС и репродуктивной дисфункцией (РД) с учетом индекса массы тела.

Материал и методы. В исследование включены 49 женщин в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст – $28,4 \pm 0,7$ лет), обратившиеся в Ставропольский эндокринологический диспансер по направлению гинеколога по причине РД. Всем женщинам поставлен диагноз МС. У

обследуемых женщин уровень САД находился в диапазоне от 103 до 170 мм.рт.ст.(среднее значение(СЗ)–131,7±1,9 мм.рт.ст.); ДАД – 58-108 мм.рт.ст.(СЗ–93,4±1,2 мм.рт.ст.).Индекс МТ был на уровне от 26,8 до 52,19(СЗ–33,9±0,7). Для определения липидограммы исследовалась венозная кровь с помощью автоматического биохимического анализатора крови BioSystems А-15(Испания). Выполнялась оценка таких показателей как общий холестерин(ОХ),триглицериды(ТГ), липопротеины высокой плотности(ЛПВП), липопротеины низкой плотности (ЛПНП).Сформировано четыре группы наблюдения обследуемых, исходя из параметров индекса МТ:1ю группу составили 9 женщин, имеющие индекс МТ в диапазоне 25-29,9; 2ю группу–22 женщины с ИМТ от 30 до 34,9; 3ю группу – 12 женщин с ИМТ от 35 и до 39,9 и 4ю группу-6 женщин с ИМТ свыше 40кг/м2.Данные обработаны с помощью пакета программ Excel 2007 (Microsoft, USA).

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа липидограммы было выявлено, что в целом у всех обследованных пациенток показатели ОХС, ЛПНП и ТГ составили в среднем 5,7±0,7; 4,25±0,4 и 1,75±0,2ммоль/л. В то же время неожиданным представляется результат определения ЛПВП, его средний уровень-1,48±0,1ммоль/л.Также несколько парадоксальными выглядят данные оценки указанных параметров в зависимости от уровня индекса МТ. Оказалось, что у представительниц 1ой группы значение ОХ в среднем составило 6,1±0,4, а ЛПНП – 5,0±0,7ммоль/л, что существенно отличалось от соответствующих показателей в 4ой группе, в которой указанные показатели равнялись ОХ-5,2±0,4 и ЛПНП-3,8±0,3ммоль/л. Значения ОХ во 2ой и 3ей группах составили–5,9±1,2 и 5,6±0,2ммоль/л соответственно.При этом ЛПНП во 2ой группе оказались на среднем уровне 4,4±0,3 и в 3ей группе - 3,8±0,2ммоль/л. Однако ТГ у женщин в первой группе регистрировались в диапазоне нормальных значений–1,5±0,2ммоль/л, что нельзя сказать об остальных группах, где этот показатель был повышен и составил 1,8±0,2 – и в 3ей и 4ой группах и 1,9±0,1 во 2ой. Параметры ЛПВП во всех группах имели нормальные значения- выше 1,2ммоль, однако прослеживалась тенденция к уменьшению этого значения от первой к четвертой группе – так, 1ой группе ЛПВП составили 1,7±0,2, а в 4ой группе этот параметр равнялся –1,3±0,1ммоль/л.

Представленные нами результаты согласуются с данными ГалицкойА.В. и ЯкуновойЕ.М.(2015)[4], которые при сравнении липидных показателей в двух женских группах с ожирением и без него не по всем параметрам обнаружили негативные отклонения у носительниц избыточной МТ. В то же время СумеркинаВ.А. с соавторами(2015)[5] сообщают о заметных нарушениях липидного статуса среди женщин при наличии ожирения по сравнению с нормовесными сверстницами. Следует отметить, что при этом возраст описываемых пациенток из вышеупомянутого исследования заметно превышал таковой у обследованных нами молодых женщин.

Закключение. Несмотря на молодой возраст исследуемых женщин, основные показатели липидограммы типа таких её атерогенных компонентов как ОХ, ЛПНП и ТГ оказались в целом на группу выше допустимого уровня. В то же время антиатерогенный фактор типа ЛПВП не продемонстрировал своего снижения и зарегистрирован на уровне даже несколько выше нормы. Показатели ЛПВП проявили ожидаемую взаимосвязь со значением индексом МТ: чем выше он становился, тем меньше в крови определялось «хороших» липидов. Параметры же ОХ и ЛПНП характеризовались совсем другой тенденцией – при нарастании веса тела в четырёх сравниваемых группах значения этих липидов неуклонно снижалось. В меньшей степени указанная межгрупповая динамика выявлена со стороны ТГ. Эти данные целесообразно использовать для оптимизации программы ведения указанной категории женщин в процессе осуществления комплексной коррекции их проблем репродуктивной сферы и профилактики возможных сердечно-сосудистых рисков.

Список литературы.

1. BastienM.,Poirier P.,Lemieux I.,Despres J.P.Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease.ProgCardiovasc Dis.2014.Vol. 56, N4.P.369-381.
2. ЕвсееваМ.Е.,МартыновМ.Ю.,КурбанмагомедоваА.А.,РостовцеваМ.В.,ЕрёминМ.В.,Можейко Р.А. Церебральный инсульт в трудоспособном возрасте: оценка профиля факторов риска и фоновых состояний. Современные проблемы науки и образования.2015.№ 6.С.323-325.
3. EvseyevaM.,Konovalova N.,Rostovtseva M.,Prokhorenko-Kolomoytseva I., Shchetinin E.Impact of overweight on parameters of aortic augmentation index in young adults. Journal of Hypertension.2016.V.34.№ e-Supplement 2.P.e348.

4. Галицкая А.В., Якунова Е.М. Показатели липидного обмена у пациентов с избыточной массой тела и ожирением. Вопросы питания. 2016. Т. 85. № S2. С. 44-45.
5. Сумеркина В.А., Чулков В.С., Чулков В.С., Головнева Е.С., Телешева Л.Ф., Мезенцева Е.А., Никушкина К.В. Оценка состояния системы гемостаза, показателей углеводного и липидного обмена у молодых женщин с абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией. Ожирение и метаболизм. 2015. Т. 12. № 4. С. 29-33.

МАЛОВЕСНОСТЬ ПРИ РОЖДЕНИИ И СОСУДИСТЫЙ СТАТУС ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Роговая А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сергеева О.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время в Российской Федерации рождается 5,9% детей с низкой массой тела. Общеизвестным является факт, что маловесность при рождении может стать причиной сердечно-сосудистых заболеваний в будущем. По данным отдельных авторов, стандартизированный показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у женщин, родившихся с массой менее 2500 г достигает 80% [6].

Так как артериальная жесткость является одним из главных предикторов сердечно-сосудистых заболеваний, то изменения эластических свойств сосудов при беременности могут иметь прогностическую роль в отношении развития как акушерских осложнений, так и сердечно-сосудистых заболеваний в будущем.

Цель исследования: оценить особенности сосудистого статуса при беременности с учетом маловесности при рождении.

Материалы и методы:

Было обследовано 167 беременных женщин, состоявших на учете в ГБУЗ СК «ГКП №1» г. Ставрополя. Средний возраст 28 лет. С учетом срока гестации (до 20-й и после 20-й недели), проводилась оценка сосудистого статуса с использованием аппарата BPLab (Россия) в формате Vasotens 24. Оценивались такие показатели как САД, ДАД, СрАД, время распространения отраженной волны (RWTT), скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao), индекс ригидности артерий (Asi), индекс аугментации в аорте (AIxao).

С учетом информации о весе при рождении были сформированы 2 группы:

- 1) основная группа - женщины с весом при рождении <2500г (N=38, средний возраст 28 лет);
- 2) группа сравнения – женщины с весом при рождении >2500г и <4500г (N=129, средний возраст 28 лет).

Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Microsoft Excel. Так как большинство анализируемых показателей имело неправильное распределение, применялись методы непараметрической статистики. Среднее значение в группах представлено в виде медиан. Достоверность различий оценивалась по критерию Манна-Уитни. Для сравнения относительных величин применялся показатель - χ^2 .

Результаты исследования:

Выделенные группы различались по среднесуточным значениям периферического САД и ДАД, продемонстрировав большие значения в основной группе, чем в группе сравнения (126/80 и 121/72 мм рт. ст. до 20 нед беременности; 119,5/76 и 120/68 мм рт.ст. после 20 нед беременности соответственно) ($p < 0,05$).

Время распространения отраженной волны статистически значимо ниже оказалось в 1 группе в течение всего периода гестации (до 20 нед беременности 136 мс, после 20 нед -140мс); во 2 группе - до 20 нед беременности 170 мс, после 20 нед – 169 мс. Эти данные согласуются с результатами следующего показателя - скоростью распространения пульсовой волны в аорте, которая большие значения имела в основной группе, достигнув достоверных различий после 20 нед беременности (1 группа до 20 нед беременности 9,3 мс, после 20 нед -9,8 мс; 2 группа - до 20 нед – 7,5 мс, после 20 нед – 6,4 мс).

Индекс ригидности артерий в основной группе имел более высокие значения на всем протяжении беременности (1 группа до 20 нед - 137 мм рт. ст., после 20 нед -130 мм рт. ст.; 2 группа - до 20 нед – 122,5 мм рт. ст., после 20 нед -122 мм рт. ст.).

Показатель индекса аугментации в аорте оказался достоверно выше в 1 группе до и после 20 нед беременности (21% и -11%); во 2 группе - 4% и 2,5% соответственно.

Частота развития осложнений беременности (преэклампсия, гестационная артериальная гипертензия, СЗРП, антенатальная гибель плода) в основной группе была в 2,3 раза чаще, чем в группе сравнения.

Заключение:

Таким образом, беременные с низким весом при рождении характеризовались достоверно более высокими показателями сосудистой жесткости как на периферических сосудах, так и в аорте. Осложнения беременности имели место у каждой 10 женщины с низким весом при рождении. Маловесность при рождении может выступать в качестве дополнительного фактора риска развития осложнений беременности, а в перспективе на зрелый возраст как возможный предиктор будущих сердечно-сосудистых заболеваний.

Список литературы.

1. Васильева А.В. «Отдаленный прогноз при артериальной гипертензии в период беременности» - Автореферат; Москва. 2005; 28стр.
2. Кобалава Ж.Д., Кичеева В.А., Котовская Ю.В., Ахмедов Р.Е. «Артериальная ригидность и центральное давление: новые патофизиологические и лечебные концепции» Обзор «Артериальная гипертензия» том 16, №2/2010; с.126-133.
3. Кобалава Ж.Д., Кичеева В.А., Котовская Ю.В., Радзинский В.Е. «Клиническое значение анализа пульсовой волны у беременных: современное состояние проблемы» - Обзор «Артериальная гипертензия» том 16, №2/2010; с.185-190.
4. Ковтун О.П., Цывьян П.Б. «Перинатальное программирование артериальной гипертензии у ребенка» - Вестник РАМН «Актуальные вопросы патофизиологии» №6/2013; с.34-38.
5. Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Шишкова Ю.Н., Строева В.П. «Риск формирования ожирения, артериальной гипертензии и метаболического синдрома в молодом возрасте в зависимости от массы тела при рождении» - «Мать и дитя в Кузбассе» №4 (67)/2016; с.45-51.
6. Halldorsson ThI, Gunnarsdottir I, Birgisdottir BE et al. Childhood growth and adult hypertension in a population of high birth weight.//Hypertension. 2011; №58: P. 8 15.
7. Kaihura C., Savvidou M.D., Anderson J.M., McEniery C.M., Nicolaides K.H. Maternal arterial stiffness in pregnancies affected by preeclampsia // Am. J. Physiol. Heart Circ. Physiol. — 2009. — Vol. 297, № 2. — P. 759–764.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Русанова К.С., Толмачева Т.С., Фарафонова Е.С.

Научный руководитель: Рыбас А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Анемический синдром у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) является актуальной проблемой современной кардиологии, так как установлено существенное значение анемии как фактора риска неблагоприятного прогноза у больных ИБС с наличием ХСН. У пациентов с ХСН анемия встречается чаще, чем в популяции в целом, и ее распространенность колеблется от 15 до 61%. Факт увеличения общей и сердечно-сосудистой смертности при наличии анемии у больных с ХСН подтвержден в большом количестве исследований. Исследование OPTIME продемонстрировало увеличение риска смерти или повторной госпитализации на 12% при уровне гемоглобина менее 12 г/дл. При этом более тяжелый функциональный класс сердечной недостаточности ассоциировался с более низким уровнем гемоглобина. В настоящее время считается, что в основе анемии лежит иммуноопосредованный механизм: цитокины и клетки ретикуло-эндотелиальной системы вызывают изменения в гомеостазе железа, пролиферации

эритроидных предшественников, продукции эритропоэтина и продолжительности жизни эритроцитов. Анемия усиливает симптомы ХСН, ухудшает качество жизни пациента, снижает толерантность к нагрузке и увеличивает частоту госпитализаций. Многие исследователи рассматривают анемию как независимый предиктор смерти у пациентов с острым коронарным синдромом. Потенциальными причинами развития анемии у больных ХСН являются: ишемическое повреждение костного мозга, снижение синтеза эритропоэтина в почках, нарушение захвата эритропоэтина костным мозгом и токсическое действие цитокина тумор-некротического фактора.

Цель работы – изучить распространенность и факторы риска развития анемий у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. В исследование включены 147 пациентов ИБС (50 женщин и 97 мужчин, средний возраст $59 \pm 6,3$ лет). Из исследования исключались больные с хронической почечной недостаточностью, злокачественными новообразованиями, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, острым инфарктом миокарда. Критерии включения: больные с ХСН на фоне стабильной стенокардии напряжения ФК II-III. Анемию диагностировали согласно рекомендациям ВОЗ. Все обследованные женщины находились в менопаузе. Функциональный класс (ФК) ХСН определяли согласно рекомендациям ВНОК и ОССН (2009). Всем пациентам были выполнены следующие исследования: ОАК, ОАМ, маркеры некроза миокарда, коагулограмма, липидограмма, электрокардиография, обзорная рентгенография органов грудной полости, коронароангиография. Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «BioStat». Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Контингент обследованных пациентов включал 147 больных с ХСН на фоне стабильной стенокардии напряжения ФК II-III. Среднее значение гемоглобина (Hb) у обследованных пациентов составило $120,5 \pm 13,8$ г/л. Анемический синдром выявлен у 43 пациентов (29,2%). У 32 больных (75%) диагностирована анемия легкой степени (Hb 90-119 г/л), у 11 больных (25%) – анемия средней степени тяжести (Hb 70-89 г/л). Достоверно чаще анемия определялась у женщин – в 36% случаев, у мужчин анемия выявлялась в 25,7 % случаев ($p < 0,05$). Все пациенты с анемическим синдромом имели сопутствующую артериальную гипертензию (АГ); из них АГ I степени наблюдалась у 17% больных, АГ II степени – в 70% случаев, АГ III степени – у 13% пациентов. У больных старше 60 лет анемия встречалась достоверно чаще ($p < 0,05$). Больные ИБС с ФК III ХСН имели достоверно более низкие значения гемоглобина в сравнении с пациентами, имеющими ФК II ХСН. Анемический синдром у наблюдавшихся нами больных проявлялся усталостью, одышкой и сердцебиением. У больных с сахарным диабетом анемия встречалась достоверно чаще. В группе больных с анемией фракция выброса была достоверно ниже, наблюдалась прямая корреляционная связь между снижением фракции выброса и уровнем гемоглобина – снижение гемоглобина сопровождалось сниженной фракцией выброса (коэффициент корреляции Спирмена 0,936).

Выводы. Полученные нами данные подтверждают сообщение В.Н. Лариной о высокой распространенности анемического синдрома у больных ХСН. В то время нами получены сведения о достоверной корреляционной связи фракции выброса и уровнем гемоглобина. Анемический синдром часто сопутствует ХСН, превалирует у лиц женского пола (36%) и у лиц старше 60 лет (67,4%). Основными факторами риска возникновения анемии при ХСН являются женский пол, пожилой возраст, сахарный диабет. Снижение уровня гемоглобина приводит к снижению фракции выброса у больных ХСН. Анемия у пожилых больных с ХСН негативно влияет на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и усугубляет течение сердечной недостаточности.

Список литературы.

1. Будневский, А. В. Особенности клинического течения анемии у больных с хронической сердечной недостаточностью/ А. В. Будневский, Е.С. Овсянников, С.В. Буточникова // Молодой ученый. – 2015. – №7. – С. 272-276.
2. Копылов, Ф.Ю. Анемии при хронической сердечной недостаточности/ Ф.Ю. Копылов, Д.Ю. Щекочихин // Русский медицинский журнал. – 2011. – №7. – С. 440.
3. Ларина, В.Н. Клинические проявления анемического синдрома и его значение в течении хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста / В.Н. Ларина, Б.Я. Барт // Терапевтический архив. – 2014. – № 3. – С. 53 -58.

4. Эттингер, О.А. Анемия у больных с хронической сердечной недостаточностью: роль дефицита железа и его коррекция / О.А. Эттингер, О.В. Ускова, Г.Е. Гендлин и др. // CONSILIUM MEDICUM. – 2011. – №5. – С. 121-127.

5. Palazzuoli, A. Erythropoietin improves anemia exercise tolerance and renal function and reduces B-type natriuretic peptide and hospitalization in patients with heart failure and anemia / A. Palazzuoli, D. Silverberg, F. Iovine et al. // Am Heart J. – 2012. – Vol. 152. – P. 9-15."

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СИНДРОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Русиди А.В., Фурсова Е.Н., Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Доказана роль дислипидемии как фактора риска в развитии разнообразных сердечно-сосудистых осложнений [1,2]. Однако эти данные получены в основном при изучении пожилых людей, соответствующих позднему этапу развития патогенетического атеросклеротического континуума. Особенности же липидного статуса у молодых людей изучены лишь в единичных работах [3,4]. Тем более отсутствуют какие-либо данные о характере возможных взаимосвязей липидных параметров с наличием признаков раннего сосудистого старения у молодёжного контингента. [5].

Материал и методы. Цель – оценить липидный статус лиц молодого возраста с учётом выявления у них ангиологических признаков раннего сосудистого старения.

Материал и методы. В рамках ежегодного мероприятия «Вуз – территория здоровья» было проведено обследование 243 студента (юношей $n=81$, девушки $n=162$) в возрасте от 19 до 23 лет. Оценивали профиль факторов риска и исследовали сосудистый возраст с помощью аппаратно-диагностического комплекса VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO.,LTD, Япония). При этом оценивали также сердечно-лодыжечный сосудистый индекс - CAVI слева (L) и справа (R). Группы формировали по половой принадлежности, и по наличию/отсутствию синдрома раннего сосудистого постарения (синдром EVA). С помощью комплексных тест-полосок "Липидный профиль" для аппарата CardioChek PA (производитель фирма «Polymer Technology Systems, Inc.», США) оценивали уровни общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ). Полученные данные обработаны с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 22 (USA).

Результаты и обсуждение. Оказалось, что средние показатели ОХС и ХС ЛПНП в общей выборке в среднем составили $3,90 \pm 0,05$ и $2,22 \pm 0,05$, при этом у юношей $3,64 \pm 0,09$ и $2,12 \pm 0,08$, а у девушек $4,05 \pm 0,07$ и $2,28 \pm 0,07$ ммоль/л. Значения обсуждаемых показателей, соответствующие 95 персентили, равнялись в общей выборке в среднем 5,27 и 3,38, при этом у юношей 5,07 и 3,24, а у девушек 5,46 и 3,54 ммоль/л. Установлено также, что случаев синдрома ЕВА всего выявлено из 243 человек у 23, что составило 9,9%. Среди юношей указанные нарушения отмечены у 8 из 81, то есть у 9,9%, а среди девушек у 16 из 162, что также составило 9,9%. Примечательно, далеко не все из указанных носителей признаков раннего сосудистого старения характеризовались наличием значений ОХС и ХС ЛПНП, соответствующих по своему уровню 95 персентилу и выше. Таких было среди юношей по ОХС лишь четыре из восьми, а по ХС ЛПНП – лишь пять из восьми. Аналогичных случаев среди девушек зафиксировано по ОХС лишь семь из 16, а по ХС ЛПНП – лишь шесть из 16.

В доступной научной литературе вообще не оказалось данных относительно взаимосвязи липидного статуса и синдрома раннего сосудистого постарения у молодых людей, что подтверждает новизну и актуальность представленной информации. Сведения же относительно возрастных особенностей липидограммы у молодого контингента явно недостаточны на текущий момент [5]. Поэтому целесообразно рассмотреть возможность включения липидограммы в процесс молодёжного скрининга [6], что несомненно повышает возможности традиционных массовых исследований этой группы населения [7].

Закключение. Представленные выше данные уточняют особенности двух наиболее атерогенных липидных параметров у лиц молодого возраста и высвечивают наличие определенных половых различий этих показателей. Помимо этого установлено, что далеко не все

случаи синдрома ЕВА среди молодых людей характеризовались наличием повышенных уровней ОХС и ХС ЛПНП. Представленные данные имеют практическую значимость для оптимальной организации проведения процесса диспансерных мероприятий среди лиц молодого возраста.

Список литературы.

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза Российские рекомендации VI пересмотр. Москва. Атеросклероз и дислипидемии. № 3, 2017
2. Рекомендации ЕОК/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016 Рабочая группа Европейского общества кардиологов (ЕОК) и Европейского общества атеросклероза (ЕОА) по диагностике и лечению дислипидемий. Российский кардиологический журнал № 5 (145) | 2017
3. Русиди А.В., Фурсова Е.Н., Сергеева О.В., Смирнова Т.А., Евсеева М.Е. Липидный статус и васкулярная ригидность у студенческой молодежи. //Материалы всероссийского молодёжного форума с международным участием. 2017 Издательство: Ставропольский государственный медицинский университет (Ставрополь)
4. С. В. Куземкина, Г. Н. Чупахина. Гендерные и сезонные особенности липидного обмена у лиц разного возраста// Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2014. Вып. 7. С. 120—127.Сергиенко И.В., Аншелез А.А., Кухарчук В.В. Атеросклероз и дислипидемии: современные аспекты патогенеза, диагностики и лечения// Издательство «ПатиСС», Москва, 2017, с. 8-22
5. Evseyeva M.E., Eremin M.V., Koshel V.I., Sergeeva O.V., Rusidi A.V., Fursova E.N. The syndrome of early vascular aging in students and their risk factors// Clinical Cardiology. 2018. Т. 41. № S1. С. 12-13.
6. Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Фурсова Е.Н., Русиди А.В. Синдром EVA и диспансеризация учащейся молодёжи// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т. 16. № S. С. 11b-12a
7. Evseyeva M.E., Rostovtseva M.V., Gal'kova I.Yu., Rusidi A.V. About correlation of socio-psychological status and factors of cardio-vascular risk at young contingent. В книге: Breaking down the barriers (EUSUHM 2013) poster abstracts. 2013. С. 37.

СОСУДИСТЫЙ СТАТУС И ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Салапагрова Ф. Б., Мехтиева Э. Т., Сергеева О. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М. Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Сердечно - сосудистые заболевания стоят на первом месте по распространенности среди населения экономически развитых стран. Эпидемия заболеваний сердечно-сосудистой системы ввиду высокой распространённости, смертности и инвалидности представляет собой одну из самых актуальных проблем современной медицины.

Ежегодно сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной 4,3 млн смертей в Европе в целом и свыше 2 млн в странах ЕС, что составляет соответственно 48% и 42% от общего числа всех случаев смерти. У женщин вероятность смерти от кардиоваскулярной патологии выше, чем у мужчин: в Европе сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной 54% случаев смерти среди женщин и только 43% - мужчин [2]. Одним из факторов повышающим риск развития сердечно-сосудистых заболеваний среди женского населения является развитие сахарного диабета во время беременности, так как в дополнение к гипертоническим расстройствам беременности, гестационный сахарный диабет независимо повысит риск развития сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Цель: оценить основные показатели сосудистой жесткости и профиль некоторых факторов риска на фоне гестационного сахарного диабета.

Материалы и методы: обследовано 70 беременных женщин, состоявших на учете в женской консультации ГБУЗ СК «ГКП №1». Проводилась антропометрия (рост, вес с расчетом ИМТ), анкетирование с целью выявления основных и специфических («женских») факторов риска ССЗ

(возраст менархе, наличие подростковой беременности), оценка углеводного обмена (по данным из индивидуальной карты беременной). Ангиологический статус оценивался с помощью программного обеспечения Vasotens Office к аппарату БиПиЛАБ (BPLab®). Оценивались такие показатели, как САД и ДАД на плече и в аорте, ASI (индекс ригидности), AIX (индекс аугментации) на периферии и в аорте. Основную группу составили 20 женщин с ГСД, группу сравнения – 50 здоровых беременных.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы Microsoft Excell. Для оценки статистической значимости различий в двух группах по одному признаку использовался критерий Стьюдента (Т – тест). Для сравнения относительных величин использовался критерий Хи-квадрат. Достоверность считалась значимой при $p < 0,05$.

Результаты: выделенные группы не различались по возрасту и паритету. Так, средний возраст составил $29 \pm 2,1$ в 1-й группе и $29 \pm 1,8$ лет во 2-й. В среднем у женщин было по 2 беременности и 2 родов в каждой группе. Беременные с нарушением углеводного обмена имели достоверно больший вес при рождении: 3500 ± 93 и 3200 ± 102 грамма соответственно. Средний возраст менархе в обеих группах составил 13 лет, однако в основной группе у 30% женщин начало менструальной функции происходило раньше (до 12л) или позже (после 16 л), в группе сравнения - у 3, 5%. Примечательно, что в 1-й группе более 1/3 женщин имели подростковую беременность, тогда как в группе сравнения указанный факт не отмечался вообще. Выделенные группы различаются по ИМТ, который составил $30,43 \pm 2,3$ и $21,1 \pm 2,6$ кг соответственно. 55,5 % женщин из 1 группы и 12% из 2 группы имели избыточный вес. Отягощенная наследственность по СД у женщин из 1 группы составила 30% по первой линии родства, 40% по второй линии и 30% по первой и второй линии. У женщин из 2 группы такая наследственность не прослеживается.

По систолическому и диастолическому АД как на периферии, так и в аорте, указанные группы достоверно не различались: 116/74 и 117/75 на плече, 104/75 и 106/79 в аорте соответственно. При сравнении показателей сосудистой жесткости, оказалось, что выделенные группы различались по показателям индекса ригидности (ASI), который составил $141 \pm 5,2$ и $121 \pm 4,7$ соответственно ($p < 0,05$); индекс аугментации на периферии (AIX) - $43 \pm 2,2$ и $-59 \pm 2,9$; индекс аугментации в аорте (AIXao) $6 \pm 0,7$ и $-1 \pm 0,1$ соответственно.

Выводы:

Беременные с гестационным сахарным диабетом имеют некоторые особенности профиля факторов риска. Они характеризовались более высоким весом при рождении, у них чаще встречались патологические варианты возраста менархе, достоверно чаще отмечалось наличие подростковой беременности в анамнезе. Каждая вторая женщина с ГСД имела ожирение. У всех у них отмечалась отягощенная наследственность по СД. Беременные с ГСД характеризовались измененными свойствами сосудистой стенки в сторону повышения её жесткости.

Список литературы:

1. Валеева Ф. В., Алиметова З. Р. Ведение пациенток с гестационным сахарным диабетом. Терапия. 2015;4:79-83
2. Tomasz Block, Assam El-Osta. Epigenetic programming, early life nutrition and the risk of metabolic disease/ Atherosclerosis-2017.-С. 33-35.
3. Suegene K. Lee, Jay Khambhati, Tina Varghese, Eric P. Stahl, Sonali Kumar, Pratik B. Sandesara, Nanette K. Wenger, Laurence S. Sperling. Comprehensive primary prevention of cardiovascular disease in women/ Clinical cardiology-2017.-С. 833.

ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТРУКТУРНОЙ АНОМАЛИЕЙ СЕРДЦА – ОТКРЫТЫМ ОВАЛЬНЫМ ОКНОМ

Септа В.Д.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Гладких Н.Н.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Во взрослой популяции распространенность открытого овального (ООО) варьирует от 15 до 35%. У части пациентов ООО протекает бессимптомно и выявляется лишь как эхокардиографическая находка. С другой стороны, известны ассоциации ООО у взрослых

пациентов с такими клиническими состояниями и осложнениями, как парадоксальная венозная эмболия, протромботические нарушения, сердечная недостаточность. Как известно, многим кардиоваскулярным осложнениям предшествует кардиальное ремоделирование миокарда. Данные об особенностях ремоделирования сердца у взрослых пациентов с ООО в литературе отсутствуют.

Цель. Определить особенности ремоделирования миокарда у взрослых пациентов с ООО.

Материал и методы. Обследовано 39 пациентов (17 мужчин, 22 женщины, средний возраст 37 ± 3 лет) с ООО. Критерии включения: наличие ООО; мужчины и женщины в возрасте старше 18 лет; подписание письменного добровольного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: оперативное лечение ООО на момент включения в исследование; наличие врожденных или приобретенных пороков сердца; отказ от участия в исследовании на любом этапе. Проводили трансторакальную двухмерную эхокардиографию (Philips AI33), оценивали структурные, объёмные и функциональные характеристики: диаметр восходящего отдела аорты (Ао), диаметр левого предсердия (ЛП), конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический (КСР) размеры левого желудочка, конечно-диастолический (КДО) и систолический объёмы (КСО), толщину задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), диаметр правого желудочка (ПЖ), фракцию выброса левого желудочка (ФВ), ударный объём левого желудочка (УО), скорость трансмитрального, трансаортального и легочного кровотоков. Рассчитывали массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Данные представлены в виде средней $\pm$ стандартное отклонение. При статистической обработке данных использовали t-критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В зависимости от возрастного признака было сформировано 2 группы пациентов: 1-я ($n=21$; 12 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст $24,23 \pm 2,62$ лет) и 2-я ($n=18$; 5 мужчин, 13 женщин) в возрасте ≥ 31 года (средний возраст $52,83 \pm 14,87$ лет). Отличительной особенностью пациентов 1-й группы была ассоциация с другими малыми структурными аномалиями сердца – пролапсом митрального клапана, аномально расположенными хордами, аневризмой межпредсердной перегородки, а у пациентов 2-й группы – с артериальной гипертензией. У пациентов 2-й группы в сравнении с 1-й группой были достоверно выше показатели Ао ($2,66 \pm 0,47$ и $2,38 \pm 0,31$ см соответственно; $p < 0,05$), ЛП ($3,98 \pm 0,67$ и $3,18 \pm 0,43$ см; $p < 0,05$), КДР ($5,24 \pm 0,57$ и $4,92 \pm 0,51$ см; $p < 0,05$), КСР ($3,53 \pm 0,65$ и $3,03 \pm 0,33$ см; $p < 0,05$), КДО ($133,83 \pm 34,87$ и $108,33 \pm 22,75$ см; $p < 0,05$), КСО ($54,72 \pm 26,77$ и $35,76 \pm 7,74$ см; $p < 0,05$), ЗСЛЖ ($1,02 \pm 0,17$ и $0,77 \pm 0,18$ см; $p < 0,05$), ТМЖП ($1,23 \pm 0,16$ и $0,81 \pm 0,11$ см; $p < 0,05$), ПЖ ($2,66 \pm 0,47$ и $2,24 \pm 0,31$ см; $p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о более выраженном структурно-функциональном ремоделировании миокарда у пациентов старшей возрастной группы. Примечательно, что ФВ левого желудочка у пациентов 1-й группы была ниже, чем во 2-й ($56,72 \pm 14,76$ и $68,0 \pm 3,08$ %; $p < 0,05$). Вполне вероятно, что довольно частая ассоциация в 1-й группе ООО с другими диспластическими кардиальными признаками и обуславливают более низкую ФВ. Не было выявлено различий в показателях УО ($73,86 \pm 15,07$ и $78,56 \pm 13,38$ соответственно для 1-й и 2-й групп; $p > 0,05$), скорости трансмитрального ($94,38 \pm 11,13$ и $90,11 \pm 22,31$ см/с; $p > 0,05$), трансаортального ($137,76 \pm 14,7$ и $145,83 \pm 21,15$ см/с; $p > 0,05$) и легочного кровотоков ($115,33 \pm 16,7$ и $112,67 \pm 16,54$ см/с; $p > 0,05$).

Следует отметить наличие лёгочной гипертензии в более старшей возрастной группе ООО ($38,12 \pm 22,83$ и $25,83 \pm 3,59$ мм.рт.ст. соответственно для 2-й и 1-й группы; $p < 0,05$).

Вывод. Пациенты старшей возрастной группы с ООО характеризовались более выраженными эхокардиографическими изменениями, свидетельствующими о гиперфункции миокарда левого желудочка и лёгочной гипертензии. У пациентов 18-30 лет с ООО отмечена ассоциация с другими кардиальными дисплазиями – пролапсом митрального клапана, аномально расположенными хордами, аневризмой межпредсердной перегородки.

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Синяева А.С.

Научный руководитель: Филиппов Е.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова

Хроническая сердечная недостаточность является важной проблемой в современной кардиологии ввиду неуклонного роста заболеваемости, высокого распространения среди населения (1 случай на 2500 человек) и неблагоприятного прогноза [1]. Большой вклад в этиологию ХСН вносит дилатационная кардиомиопатия (ДКМП), которая имеет небольшую распространенность (5-7 случаев на 100 000 населения в год), но имеет большое медико-социальное значение, так как поражает в основном молодое работоспособное население (46-55 лет), а выживаемость среди населения составляет не более 50%. [2] Еще одной проблемой является отсутствие четких диагностических критериев ДКМП. Данной категории лиц поздно выставляется диагноз и ненадлежащие оказывается медицинская помощь. С этим связан плохой прогноз выживания для этих пациентов. Целью исследования – это на основании реестра больных с ДКМП лечившихся в ГБУ РО ОККД за 2017 год, оценить дефекты оказания медицинской помощи этой категории больных, эффективность их лечения.

Материалы и методы: Критериями включения в исследование явились: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 80 лет, диагноз ДКМП. Период включения: январь -декабрь 2017 года. В ретроспективное исследование вошло 27 пациентов от 38 до 70 лет с диагнозом ДКМП. Комплексное обследование включало оценку истории болезни, изучение анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Диагноз ДКМП устанавливался на основании результатов эхокардиографии: фракция выброса левого желудочка (ФВ)<40%, конечный диастолический размер левого желудочка (КДР) более 6,0 и наличия ХСН.

Статистическая обработка собранного материала проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования: Среди пациентов доля мужчин составляла -78%, женщин 22%.Большее число пациентов оказались трудоспособного возраста 46-55 лет – 40,5%, меньше пациентов приходилось на возраст 56-65 лет-29,5%, на группу 36-45 лет и 66-75 по 19% и 11% соответственно.

Анализ показывает, что чаще всего при ДКМП выявлялся III ФК ХСН в 62% случаев. Тест 6- минутной ходьбы отсутствовал у 100% пациентов.

Среди возможной этиологии ДКМП, указанной в истории болезни, выявлялись: бактериальная -3,7%, химиотерапия -3,7%,неизвестная -70,4%.Злоупотребление алкоголем, отмеченное в анамнезе, выявлялось в 14,8%, но консультация нарколога у пациентов не указана.

При анализе коморбидных патологий выявлено, что ХБП стояла в диагнозе у 33,3% процентов пациентов, но не была посчитана СКФ. При расчете выявлено, что ХБП у 92,6%. Артериальная гипертензия установлена у 14,8 % пациентов, при анализе историй болезни АГ диагностирована у 22,2% больных.

Использование инструментальных методов исследования соответствовало стандартам оказания медицинской помощи при ХСН.[3]

По данным ЭХО-КГ у пациентов увеличены все камеры сердца, ФВ в среднем составила 34% (на ФВ 21-40% приходится 70% пациентов).

В исследовании было выявлено, что пациентам в недостаточном количестве назначались иАПФ (60%) и бета-блокаторы (52%),чрезмерно использовались сердечные гликозиды (30%) и метаболическая терапия (26%). Использование СГ и бета-блокаторов увеличивалось ко 2 ФК ХСН. Диуретическая терапия была использована в 74% случаев и количество назначений увеличивалось с возрастом ФК ХСН. Смертность пациентов составила 77,8%.

Выводы:

- Большинство пациентов с ДКМП трудоспособного возраста (46-55 лет) 40,5%, мужчины в 77% случаев.
- Среди исследуемых чаще выявлялись больные с 3 классом ХСН (62%).
- ХБП не была диагностирована в 59,3% случаев, АГ в 7,4%.

- Инструментальная диагностика проводилась согласно стандартам оказания медицинской помощи при ХСН.
- В лечении ДКМП недостаточно использовались иАПФ, бета-блокаторы.
- Чрезмерно использовались СГ (29,6%) и метаболическая терапия (26%).
- Выживаемость пациентов составила 77,8%.

Список литературы.

1. Алаева Е.Н. Диагностика и лечение дилатационной кардиомиопатии в повседневной клинической практики по данным первого Российского регистра.-Москва,2014.-С.116.
2. Смирнова Е.А.Автореферат Распространенность, факторы риска, прогноз и тактика ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью.Москва,-2012.-С.307.
3. Приказ Минздрава России от 24.12.2018 "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при сердечной недостаточности".

ОЦЕНКА ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Страхова Н.В., Котова Ю.А., Шibaева А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Наиболее часто встречающимся типом ожирения является экзогенно-конституциональное [2]. Оно возникает в ходе нарушения пищевого поведения. Чаще всего это происходит на фоне стресса, неправильного подхода к решению жизненных проблем [1,4]. Под пищевым поведением следует понимать отношение к пище, которое формирует в себе принципы и установки питания. И это определяется местом качественными и количественными характеристиками потребления пищи. В случае адекватного пищевого поведения, прием пищи является способом поддержания энергетического равновесия организма. Что касается патологического пищевого поведения, то оно уже носит нерациональный характер потребления пищи [3]. Чаще всего приводит к развитию таких заболеваний, как нервная анорексия и нервная булимия. Основные типы патологического пищевого поведения это экстернальный, эмоциогенный, ограничительный. При экстернальном типе человек переедает в ответ не на внутренние стимулы, а на внешние. При эмоциогенном он также ест в ответ не на голод, а на эмоциональный дискомфорт. При ограничительном типе переедание возникает вскоре после длительных нерациональных ограничений в еде [3,4].

Материал и методы

В ходе работ были обследованы 50 человек в возрасте от 49 до 79 лет, средний возраст $59,8 \pm 7,8$ лет, с диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ); из них 25 человек с ожирением. Среди них 12% имели нормальную массу тела, 36% имели избыточную массу тела, 26 %-I, 20%-II, 6%- III степени ожирения. Контрольную группу составили 25 больных ГБ без сопутствующего ожирения. Всем больным было определен тип пищевого поведения при помощи голландского опросника DEBQ. Статистическая обработка данных проведена с помощью SPSS Statistics 20.0.

Результаты и обсуждение

После проведения анкетирования лиц по Голландскому опроснику, страдающих ГБ, а также группы лиц, страдающих ГБ и ожирением были выявлены следующие показатели: ограничительный тип пищевого поведения составил 60%, из которых 32% у группы лиц с диагнозом ГБ и ожирением, а 28% у лиц, страдающих ГБ. Эмоциогенный тип пищевого поведения составил 52%, из них 28% у лиц с диагнозом ГБ и ожирением, а 22% у лиц, страдающих ГБ. Экстернальный тип пищевого поведения составил 68%, из них 40% у лиц с диагнозом ГБ и ожирением, а 28% у лиц, страдающих ГБ. Что позволяет нам говорить о том, что у исследуемых нами пациентов данный тип пищевого поведения преобладает. А также, что в нашей основной группе процент отклонения от нормы выше, чем в группе без сопутствующего ожирения.

Было выявлено преобладание ограничительного пищевого поведения у лиц с ожирением. У лиц с нормальной, избыточной массой тела и ожирением балл по шкале эмоциогенного поведения практически не различался и составил $2,35 \pm 0,1$ баллов, $2,328 \pm 0,38$ баллов, $2,319 \pm 0,5$ баллов, соответственно ($p = 0,8$). Балл по шкале ограничительного поведения оказался более высоким в

группе больных с ожирением по сравнению с лицами с нормальной и избыточной массой тела: $2,07 \pm 0,5$ баллов против $1,9 \pm 0,3$ баллов и $1,92 \pm 0,41$ баллов ($p = 0,046$), соответственно. Балл по шкале экстернального поведения оказались нормальными только у больных артериальной гипертензией без нарушений углеводного обмена и составил в среднем $2,72 \pm 0,82$ баллов, у больных с избыточной массой тела и ожирением был снижен - $2,32 \pm 0,41$ баллов и $2,45 \pm 0,5$ баллов, соответственно ($p = 0,034$). Лица с ожирением часто стараются себя ограничивать, в результате чего происходят эмоциональные срывы и отклонения от соблюдения диеты.

Анализ полученных данных показывает, что наибольшие цифры у эмоционального типа, а также, что наибольшее значение у лиц с сахарным диабетом по сравнению с лицами без нарушений углеводного обмена и с нарушением толерантности к глюкозе. Возможно, у лиц, страдающих нарушением углеводного обмена, имеются проблемы с нарушениями эмоционального фона. Нередко люди пытаются найти в еде спасение от плохого настроения, особенно в углеводной пище, что также приводит к нарушению обмена. При сравнении среднего балла ограничительного поведения выявлено преобладание данного типа у лиц с сахарным диабетом. Вероятно, это связано с тем, что люди, у которых уже есть в анамнезе данное заболевание, стараются придерживаться диет, но периодически у них возникают срывы.

Заключение

Нарушение пищевого поведения является огромным фактором в развитии ожирения и связанных с ним заболеваний. Люди, страдающие гипертонической болезнью, склонны к экстернальному типу пищевого поведения. Для лиц, страдающих нарушением углеводного обмена, в большей степени характерен эмоциональный тип пищевого поведения. Необходим постоянный мониторинг особенностей питания у лиц, страдающих ожирением, для предотвращения роста массы тела пациентов. Определение типа пищевого поведения может помочь оптимизации лечения не только медикаментозной терапией, но и психокорректирующей.

Список литературы.

1. Исаченкова, О.А. Пищевое поведение как важный фактор развития ожирения и коморбидных с ним состояний / О.А. Исаченкова // Ожирение и метаболизм. – 2015. Т. 12. – № 4. – С. 14-17.
2. Хатипов, С.Р. Исследование характера пищевого поведения пациентов с ожирением / С.Р. Хатипов, Н.В. Страхова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 66. – С. 264-268.
3. Benzerouk F. Food addiction, in obese patients seeking bariatric surgery, is associated with higher prevalence of current mood and anxiety disorders and past mood disorders / Benzerouk F, Gierski F, Ducluzeau PH, Bourbao-Tournois C, Gaubil-Kaladjian I, Bertin É, Kaladjian A, Ballon N, Brunault P. // Psychiatry Res. 2018 Sep;267:473-479.
4. Koopman, ADM. The Association between Eating Traits and Weight Change after a Lifestyle Intervention in People with Type 2 Diabetes Mellitus / Koopman ADM, Vd Ven M, Beulens JW, Welschen LM, Elders PJ, Nijpels G, Rutters F. // J Diabetes Res. 2018 Jun 3;2018:9264204."

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, С УЧЕТОМ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Тихомирова А.А., Золотарева А.С., Вуколова В.А.

Научный руководитель: Климова А.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Известно, что при возникновении геморрагического инсульта имеются изменения показателей биохимического анализа крови. Однако, на сегодняшний день недостаточно статистических данных, показывающих значимость биохимических показателей крови. Проведя данного рода исследование, можно установить точные математические закономерности, на которые можно ссылаться для составления потенциального прогноза заболевания и коррекции терапии.

Материалы и методы: был произведен подсчет коэффициент корреляции Пирсона для выявления закономерностей между биохимическими показателями крови и исходом геморрагического инсульта. Также было вычислено среднее значения, чтобы продемонстрировать наглядную разницу в показателях сравниваемых групп.

Результаты: Коэффициент корреляции положительный у показателей: глюкоза, белок, билирубин, аланинаминотрансфераза, В-липопротеин, холестерин, креатинфосфокиназа. Коэффициент корреляции меньше 0,3. Показатели: Аспартатаминотрансфераза, Креатинин, Мочевина – показатель корреляции отрицательный.

Между параметрами биохимических показателей крови: глюкоза, белок, билирубин, аланинаминотрансфераза, В-липопротеин, холестерин, креатинфосфокиназа и исходом существует зависимость, но она очень слабая.

Между биохимическими показателями крови: Аспартатаминотрансфераза, Креатинин, Мочевина.

Сравнивая среднее значение биохимического показателя, можно отметить закономерность: у выживших и умерших пациентов среднее значение глюкозы и В-липопротеинов крови находятся на верхней границе нормы, а холестерин и креатинфосфокиназа выше нормы. У выживших пациентов среднее значение билирубина выше нормы, значение мочевины на верхней границе нормы.

У умерших пациентов среднее значение аспартатаминотрансферазы, мочевины выше нормы. Стоит обратить внимание на тот факт, что у женщин в 13 случаях билирубин был выше нормы, в то время как у мужчин ни одного такого клинического случая не наблюдалось.

Выводы: У пациентов, перенесших инсульт, имеются достоверные отклонения в биохимических показателях крови. Стоит отметить, что имеется разница между показателями у выживших и умерших пациентов, однако, существенного влияния биохимические показатели на исход заболевания не оказывают.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСУДИСТОГО И ХРОНОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МОЛОДЕЖНОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Евсеева М.Е

Ставропольский государственный медицинский университет

В последнее время всё активнее разрабатывается проблематика доклинического атерогенеза, который, в свою очередь, связан с вопросом сосудистого возраста (СВ) [1]. Этот показатель сейчас расценивается, как предиктор развития возможных сердечно-сосудистых осложнений в будущем [2]. Имеются доказательства начальных атеросклеротических изменений в артериях уже в молодом возрасте [3]. Но до сих пор недостаточно изучены особенности СВ у представителей молодежной популяции.

Цель: Оценить показатель СВ у лиц молодого возраста и его различия с их паспортным (хронологическим) возрастом (ПВ)

Материал и методы исследования. Обследованы 243 студента (юношей n=81, девушки n=162) в возрасте от 19 до 23 лет на базе Центра студенческого здоровья СтГМУ в рамках проекта «Вуз здорового образа жизни». Использован аппарат VaSera VS-1500 («Fukuda Denshi», Япония), который позволяет оценить такой показатель жёсткости как сердечно-лодыжечный сосудистый индекс или Cardio-Ankle Vascular Index (CAVI) слева (L) и справа (R), не зависящий от уровня растягивающего АД, действующего на стенку в момент регистрации пульсовой волны. Аппарат также даёт заключение о сосудистом возрасте обследуемых, что позволяет выявлять случаи раннего сосудистого старения или синдрома EVA (early vascular aging). Группы формировали по половой принадлежности. Проводили описательную статистику данных, а также перцентильный анализ. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 22 (USA).

Результаты. Оказалось, что встречаемость среди всех обследованных случаев более высокого СВ по сравнению с ПВ, отражающим наличие синдрома раннего сосудистого старения, составила всего 9,8 %. Соответствие этих двух показателей отмечено у 43,0% обследованных

лиц, а более низкий СВ по сравнению с ПВ зарегистрирован у 47,2 % студентов. При этом все носители синдрома раннего сосудистого старения попали в число лиц со значением показателя CAVI на уровне 90 персентиля и выше, но все вошли в группу лиц, соответствующих 95 персентилу и более.

Изучение современной научной литературы по проблеме раннего сосудистого старения показало её ориентацию в основном на изучение лиц зрелого возраста [4]. Лишь в последнее время авторы начали уделять внимание лицам молодого возраста [5,6], что само по себе отражает поиск путей к усовершенствованию своевременной диагностики доклинического атеросклероза.

Заключение. Продemonстрировано наличие старения сосудистой стенки уже в молодом возрасте у каждого десятого молодого человека. Эти данные свидетельствуют о необходимости развития и внедрения среди учащейся молодёжи системы массовой предиктивной диагностики, основанной на использовании инструментального скрининга с целью осуществления дальнейших дифференцированных профилактических вмешательств на раннем этапе развития патогенетического континуума.

Список литературы.

1. Nilsson P.M. Hemodynamic aging as the consequence of structural changes associated with Early Vascular Aging (EVA). *Aging Dis* 2014; 5(2): 109–113.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet* 2017; 389(10064): 37–55
3. Evseyeva M.E., Eremin M.V., Koshel V.I., Sergeeva O.V., Rusidi A.V., Fursova E.N. The syndrome of early vascular aging in students and their risk factors *Clinical Cardiology*. 2018. Т. 41. № S1. С. 12-13.
4. Стражеско И.Д., Акашева Д.У., Дудинская Е.Н., Ткачева О.Н.. Старение сосудов: основные признаки и механизмы. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2012; 11(4): 93–100.
5. Evseyeva M.E., Koshel V.I., Shchetin E.V., Baturin V.A., Fursova E.N. Vascular age and body weight of youngsters: experience of the university health center. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017. Т. 24. № S1. С. S24.
6. Evseyeva M.E., Chudnovsky E.V., Fursova E. Assessment of vascular age as a motivational and diagnostic technology of primary prevention among the youth. В сборнике: Медицинская профилактика, реабилитация и курортная медицина на рубеже III-го тысячелетия Сборник статей международной научно-практической конференции. 2016. С. 296-297.

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА

Ханмурзаева С. Б., Муртазалиева А.М., Микаилова З.М.

Научные руководители: Абусеова Б.А., Ханмурзаева Н. Б.

Дагестанский государственный медицинский университет

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) - болевой синдром в области органов мочеиспускания или дискомфорт в области таза, не связанный с проявлениями нарушений мочеиспускания и/или сексуальной дисфункцией, который продолжается на протяжении не менее 3 месяцев за последние 6 месяцев[1].

Хроническая ишемия головного мозга наиболее распространенная в РФ форма цереброваскулярной патологии. Основные факторы риска ХИМ – артериальная гипертензия, сахарный диабет, микроангиопатии, возраст[2]. Именно хроническая ишемия головного мозга частая причина когнитивных и аффективных нарушений, продящих к снижению качества жизни и нарушению социальной адаптации.

Хроническая боль различного происхождения часто наблюдается у пациентов с когнитивными нарушениями, хотя эпидемиология этих сочетанных состояний не изучена, что обусловлено имеющимися методологическими трудностями[3]. Тревожно-депрессивные нарушения снижают качество жизни больных с когнитивными расстройствами, способствуют их прогрессированию и более раннему наступлению деменции Цель исследования: изучение особенностей клинических проявлений СХТБ у женщин с хронической ишемией головного мозга. Материалы и методы: В исследование были включены пациенты в возрасте от 45 до 65 лет с

жалобами на боли в нижней части живота, поясничной области. Длительность боли не менее 6 мес., наличие хронической ишемии мозга у больных основной группы. Исследование включало неврологическое и нейроортопедическое обследование. Оценка интенсивности боли в соответствии с ВАШ. Показателей качества жизни характеризовал опросник SF-36. Для оценки состояния когнитивных функций: MMSE, тест рисования часов, проба Шульте, шкала Спилбергера-Ханина, шкала Гамильтона. Результаты и их обсуждение: Все обследованные больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 45 женщин, у которых комплексное инструментально-клиническое обследование позволили диагностировать хроническую ишемию головного мозга и СХТБ. Во вторую группу вошли 37 женщин с СХТБ, у которых отсутствовали признаки ишемического поражения головного мозга.

При сравнении основных характеристик двух групп было установлено, что средний возраст пациентов первой группы оказался достоверно выше. Также достоверно чаще среди них встречались больные с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, при этом средние показатели систолического и диастолического артериального давления были выше у больных первой группы.

Значимые различия были выявлены между группами по результатам тестирования когнитивных функций. Результаты выполнения тестов шкалы MMSE, теста рисования часов оказались значительно ниже у женщин первой группы. У них также оказались значительно более высокие показатели выполнения пробы Шульте, что свидетельствовало о трудности концентрации внимания. При оценке состояния аффективных нарушений было установлено, что уровень личностной тревожности не отличался у больных обеих групп. При этом ситуационная тревожность оказалась достоверно выше у женщин первой группы. Аналогичным образом, выраженность депрессивных нарушений оказалась выше у больных первой группы, причем различия носили достоверный характер. При оценке показателей качества жизни у обследованных больных при помощи опросника SF-36 были установлены опеределенные зависимости от наличия хронической ишемии головного мозга. Так, оказалось, что у больных первой группы достоверно были снижены показатели по таким доменам как ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование и социальное функционирование.

Выводы. Указанные особенности структуры изменений качества жизни свидетельствуют о том, что снижение его показателей было обусловлено не столько болевым синдромом, сколько имеющимися аффективными нарушениями и когнитивным снижением в рамках хронической ишемией головного мозга. Вероятно, указанные нарушения обусловлены наличием сосудистого поражения головного мозга, что требует его своевременного выявления и коррекции.

Список литературы.

1. Абусуева Б.А., Камчатнов П.Р., Ханмурзаева С.Б. «Клинические особенности синдрома хронической тазовой боли у женщин различных возрастных групп» - Медицинский алфавит № 26/ 2016, том № 4 стр. 26-30;
2. Абусуева Б.А., Ханмурзаева С.Б., Камчатнов П.Р. «Пациент с поясничной болью и синдромом хронической тазовой боли: вопросы диагностики и лечения» // РМЖ, 2016 № 26 стр.1760-1764;
3. Aghajanyan IG, Allen S. Positive Response to Thermobalancing Therapy Enabled by Therapeutic Device in Men with Non-Malignant Prostate Diseases: BPH and Chronic Prostatitis. Diseases. 2016 Apr 18;4(2). pii: E18. doi: 10.3390/diseases4020018.

АСИММЕТРИЯ АД НА РУКАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В АСПЕКТЕ ЕЁ ВОЗМОЖНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ

Харченко М.Н., Фурсова Е.Н., Евсеева М.Е

Ставропольский государственный медицинский университет

Различие систолического артериального давления (САД) между руками превышающее 10 мм рт.ст., определено как новый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Такая позиция

подтверждена в последних Европейских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии 2018г.[1]. В современной научной литературе в основном присутствуют данные исследований, выполненных по определению соотношения уровней АД на нижних и верхних конечностях в виде лодыжечно-плечевого индекса или ЛПИ [2,3]. В России имеются лишь единичные сообщения о клиническом значении определения различий АД между руками [4,5].

Поэтому цель нашего исследования состояла в изучении распространенности феномена асимметрии систолического артериального давления (САД), превышающей 10 мм рт.ст. на руках у представителей общей молодежной популяции с учетом принятых на текущий момент критериев нормотонии и вариантов повышенного АД.

Материал и методы. Обследовано 66 юношей в возрасте от 19 до 29 лет, которые были разделены на 3 группы с учетом САД на правой руке. Первая группа нормотоники (30 чел. или 45,5%), во вторую группу вошли юноши с прегипертензией (13 чел. или 19,7%) и третью группу составили молодые люди с артериальной гипертензией (23 чел. или 34,4%). Исследование проводилось на базе Центра студенческого здоровья СтГМУ в рамках проекта «Вуз здорового образа жизни». Исследование проводили при помощи аппарата Vasera VS-1500 («Fukuda Denshi», Япония), который позволяет одновременно регистрировать АД на 4 конечностях. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 10.0.

Результаты. Средний уровень САД правой и левой сторон у обследованных нормотоников существенно не различался. САД на правой руке в среднем составило $122,33 \pm 1,04$ мм рт.ст., САД на левой руке - $124,63 \pm 1,58$ мм рт.ст. При индивидуальном анализе уровней АД у 30 нормотоников на правой и левой руках установлено, что разница в уровнях АД отсутствовала или не превышала ± 2 мм рт.ст. у 7 человек (21,9%), еще у 8 нормотоников (26,6%) разница САД на правой и левой руках составляла от 3 до 5 мм рт.ст. Таким образом, почти у половины нормотоников (48,5%) разница САД на правой и левой руке была минимальной. Еще у 8 (26,6%) нормотоников разница в уровнях САД на руках составляла от 6 до 10 мм рт.ст. Разница в уровнях САД на правой и левой руках более 10 мм рт.ст., которая является прогностически значимой, была зафиксирована у 7 (21,9%) обследованных нами лиц с нормальным уровнем АД. В подавляющем большинстве случаев (16,6%) она находилась в пределах 11-15 мм рт.ст. (умеренный уровень асимметрии) и только у 6,6% нормотоников разница в уровнях САД на руках превышала 15 мм рт.ст.

У представителей второй группы средний уровень САД на правой руке составил $133,33 \pm 0,74$ мм рт.ст., на левой руке - $136,63 \pm 3,09$ мм рт.ст. При индивидуальном анализе у 13 обследованных разница в уровнях АД между руками отсутствовала (не превышала ± 2 мм рт.ст.) у 5 человек (38,5%). Еще у 3 (23,1%) разница в уровнях САД на руках составляла от 6 до 10 мм рт.ст. Разница в уровнях САД на правой и левой руке более 10 мм рт.ст., была у 5 (38,5%) обследованных из этой группы. В 3% она находилась в пределах 11-15 мм рт.ст. (умеренный уровень асимметрии), и у 4,5% разница в уровнях САД на руках превышала 15 мм рт.ст.

У носителей признаков АГ средний уровень САД на правой руке равнялся $150,73 \pm 1,41$ мм рт.ст., на левой руке - $146,67 \pm 1,7$ мм рт.ст. При индивидуальном анализе уровней АД разница отсутствовала (не превышала ± 2 мм рт.ст.) у 7 человек (36,8%). Еще у 4 (17,39%) разница в уровнях САД на правой и левой руках составляла от 3 до 6 мм рт.ст. Различия в уровне от 6-10 мм рт.ст. наблюдалась у 5 (21,7%). Разница в уровнях САД на руках более 10 мм рт.ст., была зарегистрирована у 7 (30,4%) обследованных третьей группы. В 3% она находилась в пределах 11-15 мм рт.ст. (умеренный уровень асимметрии), и у 7,5% разница в уровнях САД на руках превышала 15 мм рт.ст. Стоит отметить что более высокий уровень САД чаще отмечался на правой руке.

Представленный анализ гемодинамических показателей отличается от традиционного исследования дисрегуляции АД с помощью традиционных методов исследования [6].

Выводы. Проведенный анализ уровней САД на верхних конечностях среди представителей молодежной популяции в зависимости от их принадлежности к разным вариантам дисрегуляции давления позволил сделать вывод о том, что минимальная разница уровня САД между руками наблюдается у нормотоников. Разница в уровнях САД > 10 мм рт.ст. на руках чаще определяется у лиц с прегипертензией и у носителей признаков АГ. По данным некоторых авторов асимметрия САД в молодом возрасте может быть связана с анатомическими особенностями, с большим влиянием пульсового АД на уровень САД по правой руке, а также с возможным развитием доклинического атеросклероза.

Список литературы:

1. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // European Heart Journal - 2013. - V.34, N28. - P. 2159-2219
2. Милягин В.А., Милягина И.В., Абраменкова Н.Ю. и др. Неинвазивные методы исследования магистральных сосудов. Монография. Смоленск, 2012. – 224с.
3. Евсеева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Щетинин Е.В., Харченко М.Н. К вопросу о паталогическом ЛПИ у лиц молодого возраста. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2018.-Т.17, S2. С.42-43
- 4.Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Ашрафул А., Ежова Н.Е. Различия между руками и ортостатические изменения артериального давления в плечевой артерии у очень пожилых пациентов с артериальной гипертензией на фоне медикаментозной терапии // Артериальная гипертензия. - 2016. - Т.22, №1. С. 5260.
5. Милягина И.В., Погодина М.В., Милягин В.А., Жигунова Е.П., Осипенкова Т.А. Различия уровней систолического артериального давления между руками-новый показатель сердечно-сосудистого риска. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. -2017.-Т.16, №2, С.72-77.
6. Евсеева М.Е., Мищенко Е.А., Ростовцева М.В., Галькова И.Ю., Чудновский Е.В., Русиди А.В.С., Смирнова Т.А. Суточный профиль артериального давления у лиц молодого возраста с признаками предгипертензии. Артериальная гипертензия. 2013. Т. 19. № 3. С. 263-269.

**ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Цуккиев З.К., Бадриев Г.Б., Еналдиева Д.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Еналдиева Р.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Оксид азота, синтезируемым эндотелием сосудов, является не только вазодилатирующим соединением, но и проявляет активность в развитии аллергических реакций, воспалительных процессов, в том числе при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Изменения уровня его метаболитов в крови (нитритов и нитратов) можно использовать для прогноза течения заболевания, а также контроля эффективности лечения больных. В связи с этим актуально исследование функционального состояния эндотелия у больных ХОБЛ.

Цель исследования: оценить динамику уровня нитритов/нитратов сыворотки крови у больных ХОБЛ в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. Обследовали 32 больных ХОБЛ, из них 11 женщин и 21 мужчина. Средний возраст составил 54,9±3,5 лет и длительность заболевания - 18,1±1,3 лет. В контрольную группу (КГ) включили 15 практически здоровых лиц, сопоставимых с больными по полу, возрасту и антропометрическим данным, не страдающих заболеваниями системы органов дыхания. Об уровне оксида азота (NO) судили по суммарному содержанию нитратов и нитритов, которые определяли в сыворотке крови реактивом Грисса при поступлении больных в стационар.

Результаты исследования. О тяжести течения ХОБЛ судили комплексно на основании данных физикального обследования (расспрос, осмотр); результатов спирографии – оценивали объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ) и их соотношение (ОФВ1/ФЖЕЛ), а также данных эхокардиографии (ЭхоКГ). У обследованных больных легкая степень тяжести течения заболевания была у 10 больных (31,2%); средней тяжести – у 18 больных (56,3%) и тяжелое течение заболевания с частыми обострениями, низким соотношением ОФВ1/ФЖЕЛ (менее 0,4) и высокой легочной гипертензией (систолическое давление в легочной артерии более 45 мм рт. ст.) была выявлена у 4 больных (12,5%). Сравнительный анализ изменений уровня оксида азота в крови больных ХОБЛ с лицами контрольной группы показал высоко достоверное снижение суммарных метаболитов оксида азота (нитритов/нитратов) в крови у большинства (67,2%) больных, тесно коррелирующее с тяжестью

течения ХОБЛ. В других случаях уровень нитритов/нитратов был повышен или не отличался от нормальных значений. Таким образом, выявили, что при легком течении заболевания у 6 больных (18,6% всех больных) был повышен уровень метаболитов оксида азота, у остальных наблюдалось снижение количества нитритов/нитратов до $30,06 \pm 2,19$ мкмоль/л против $37,38 \pm 1,41$ мкмоль/л в контрольной группе. При среднетяжелом течении ХОБЛ высоко достоверное снижение нитритов/нитратов до $21,74 \pm 2,31$ мкмоль/л ($p < 0,01$) наблюдалось у 82,7% больных. При тяжелом течении ХОБЛ также у всех больных было выявлено высоко достоверно снижение содержания метаболитов оксида азота. Увеличение доли больных с низким уровнем метаболитов оксида азота при нарастании тяжести течения болезни может быть связано выраженной степенью нарушения функции внешнего дыхания (ФВД) и гипоксией, а также с высокой легочной гипертензией.

Выводы.

1. При госпитализации у больных ХОБЛ выявлен низкий уровень оксида азота, что свидетельствует о развитии у них эндотелиальной дисфункции.

2. Развитие эндотелиальной дисфункции при ХОБЛ зависит от степени тяжести течения заболевания.

3. Чем больше нарушена ФВД и снижено соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ, а также выражена легочная гипертензия, тем больше доля больных с низким содержанием нитритов/нитратов крови.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Цуккиев З.К., Еналдиева Д.А., Бициева Э.Т.

Научный руководитель: д.м.н. проф Еналдиева Р.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Оксид азота является основным вазодилататором, препятствующим тоническому сокращению сосудов, что очень важно для обеспечения нормального внутреннего кровотока у больных гипертонической болезнью (ГБ). Динамику уровня его метаболитов в крови (нитритов и нитратов) можно использовать для прогноза течения заболевания и контроля эффективности лечения этих больных. В связи с чем исследование функционального состояния эндотелия остается актуальной проблемой внутренней медицины.

Цель исследования. Оценить динамику уровня нитритов/нитратов сыворотки крови у больных ГБ в зависимости от тяжести и длительности заболевания.

Материал и методы. Обследовали 27 больных гипертонической болезнью (15 женщин и 12 мужчин) среднего возраста $49,3 \pm 5,1$ лет и длительностью заболевания $8,5 \pm 2,1$ лет и 19 практически здоровых лиц контрольной группы (КГ), сопоставимых с больными по полу, возрасту и антропометрическим данным, не страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС). Об уровне оксида азота (NO) судили по суммарному содержанию нитратов и нитритов, которые определяли в сыворотке крови реактивом Грисса при поступлении больных в стационар.

Результаты исследования. Группа обследованных больных ГБ включала 45,4% лиц мужского пола, 55,6% лиц женского пола, что согласуется с литературными данными о выравнивании заболеваемости ГБ среди мужчин и женщин после 50 лет. На основании анализа распределения больных по степени повышения артериального давления (АД) было установлено, что артериальная гипертензия (АГ) I степени была у 9 больных (33%); II степень – у 16 больных (59,6%) и III степень АГ была выявлена у 2 больных (7,4%). Анализ распространенности таких факторов риска, как ожирение и гиперхолестеринемия, показал, что преобладающими были нарушения в виде избыточной массы тела или ожирения I-II степени ($25 \text{ кг/м}^2 < \text{ИМТ} < 39 \text{ кг/м}^2$) – у 78,3 % больных ГБ; гиперхолестеринемия (общий холестерин $> 6,0$ ммоль/л) была выявлена практически у всех больных ГБ. При электрокардиографическом исследовании признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка выявлены в 82,4% случаев. При ЭХОКГ (эхокардиографическом) исследовании увеличение толщины задней стенки левого желудочка ($\text{ТЗСЛЖ} > 11 \text{ мм}$) установлено у 64,9% больных. Сравнительный анализ изменений уровня оксида азота в крови больных ГБ с лицами контрольной группы показал высоко достоверное снижение суммарных метаболитов NO (нитритов/нитратов) в крови у 78,2% больных. Изучение зависимости степени нарушений эндотелиальной функции и синтеза оксида азота крови от степени

артериальной гипертензии позволило установить, что при АГ I ст. наблюдалось снижение уровня нитритов/нитратов у 52,7% больных и достигало $29,06 \pm 2,19$ мкмоль/л ($p < 0,05$). При АГ II ст. высоко достоверное снижение уровня метаболитов оксида азота наблюдалось у 82,7% больных и достигало $21,74 \pm 2,31$ мкмоль/л ($p < 0,01$) против $37,38 \pm 1,41$ мкмоль/л в контрольной группе. У обоих больных с III ст. повышения АД уровень нитритов/нитратов был также достоверно снижен в сравнении с контрольной группой, но очень незначительно отличался от показателей больных с АГ II степени. Возможно, это обусловлено большей приверженностью (комплаенс) больных этой группы к постоянному приему антигипертензивных препаратов, особенно оказывающих сосудорасширяющее действие за счет модуляции высвобождения NO из эндотелия сосудов (небивололи др.)

Выводы. 1. При госпитализации у больных ГБ выявлен низкий уровень оксида азота, что свидетельствует о развитии у них эндотелиальной дисфункции. 2. Развитие эндотелиальной дисфункции при ГБ зависит от степени повышения АД и наличия факторов риска (ожирения, гиперхолестеринемии и др.) 3. Снижение уровня нитритов/нитратов крови у больных ГБ при госпитализации в стационар свидетельствует о недостаточном контроле уровня АД на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения, по-видимому, в связи с низкой приверженностью (низкий комплаенс) больных к выполнению назначений врачей в условиях поликлиники.

ГИПЕРТЕНЗИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Черникова О. М, Галькова И. Ю., Мищенко Е. А.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М. Е.
Ставропольский государственный медицинский университет**

В последнее время начали появляться исследования, посвящённые изучению взаимосвязи гемодинамического ответа на физическую нагрузку и показателей суточного профиля артериального давления (АД) у лиц, как с исходной гипертензией, так и нормотонией. Однако чаще всего подобные работы выполнены в основном на пациентах с явной сердечно-сосудистой патологией, нередко осложнённой дисфункцией миокарда в той или иной степени.

У молодых же подобные исследования практически не выполнялись. Поэтому точного ответа на вопрос о взаимосвязи изменений суточного профиля АД с гипертензией физической нагрузки (ФН) у лиц с сохранной функцией сердечной мышцы, эффективно обеспечивающей прирост сердечного выброса в ответ на возросшие потребности, до сих пор пока нет.

Следует подчеркнуть, что в Европейских рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертензии (АГ) подтверждается, что у нормотензивных лиц и пациентов с мягкой АГ чрезмерный ответ на ФН действительно является предиктором неблагоприятного долгосрочного исхода. В случаях наличия нормотонии в покое появление АГ нагрузки является показанием для выполнения суточного мониторинга АД (СМАД) из-за высоковероятного наличия скрытой АГ.

Цель работы: изучить возможное диагностическое значение оценки гемодинамического ответа на дозированную нагрузку в аспекте целесообразности последующего назначения СМАД лицам молодого возраста в случае выявления у них чрезмерной гипертензивной реакции при велоэргометрической пробе.

Методы исследования: В исследование были включены 78 студентов СтГМУ (юношей) в возрасте от 18 до 25 лет, средний возраст $21 \pm 0,2$ года. ВЭМ осуществлялась на велоэргометре TUNTURI E-20, запись и обработка данных - с помощью «АПК Валента». СМАД выполнялось с помощью аппарата BPLab. Статобработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 6,0.

Нами проведён анализ результатов СМАД у 31 молодых людей, которые разделены на две группы по результатам ВЭМ-пробы – 1гр. – нормотоники с наличием нагрузочной АГ (15 чел.) и 2гр. – нормотоники без явлений избыточной реакции АД в ответ на нагрузку (16 чел.)

По результатам проведённого суточного мониторинга АД скрытая или маскированная АГ в указанных двух группах наблюдения встречалась у 72,7% и 11,0% случаев соответственно. Различия оказались достоверными. Иными словами, частота встречаемости скрытой АГ по

данным СМАД у юношей с наличием аномальной гемодинамической реакции на физическую нагрузку почти в семь раз выше, чем у сверстников с допустимой реакцией на нагрузку.

Вывод. Эти полученные данные позволяют сделать заключение о целесообразности проведения СМАД у тех молодых людей, у которых в процессе диспансеризации на начальном этапе была выявлена АГ физической нагрузки. Такая последовательность в выборе диагностических мероприятий при проведении массовых обследований молодежи будет соответствовать как клинической обоснованности, так и экономической эффективности.

Список литературы.

1. Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Никулина Г.П., Батурина М.В., Памукче С.В., Найманова З.Н., Литвинова М.В. Особенности суточного профиля АД у лиц молодого возраста по данным работы центра студенческого здоровья. Артериальная гипертензия, 2010, № 3, том 16, стр.270-277.
2. Alison, T.G. Prognostic significance of exercise-included systemic hypertension in healthy subjects/ T.G. Alison, M.A. Corderio, T.D. Miller et al. // Am O Cardiol. -1999.-№ 83. –Р.371.
3. Kjensen, S.E., Mundall R, Sandvik L, Erikssen G, Thaulow Y. Exercise blood pressure predict cardiovascular death and myocardial infarction. Blood Press Monit/ 1997; 2:147-153

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА

Шевченко Е.А., Кокова Р.Р., Загребин Е.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Инвазивная коронарография акцентируется лишь на состоянии коронарных артерий и шунтов, поэтому предпочтение кардиологов пало на МСКТ-коронарографию, с одномоментным расширением протокола до МСКТ-вентрикулографии и МСКТ-ангиографии стики [7; 8; 9].

Результаты могут превысить диагностическую ценность нескольких неинвазивных методов (ЭХО-КГ, ЭКГ) [8], но алгоритм МСКТ-исследований у российских клиницистов остается малоизученным, нет четких критериев выбора и показаний, что ведет к нерациональному использованию [3; 6].

Цель исследования

Показать результативность, диагностические и этиопатогенетические возможности МСКТ-коронарографии

Материал и методы

Выборка: пациенты до 35 лет - 62 чел., средний возраст 28 лет (от 18 до 35 лет); из них мужчины - 62% (38 чел.), женщины – 38% (24 чел.). Сахарный диабет I типа - 3 чел. (2%), II типа – 1 чел.(0,6%).

На первом этапе пациентам выполнялись МСКТ-коронарография на томографе Aquilion CXL, Toshiba (100%, 62 чел.); с автоматическим двухколбовым инжектором Baer MEDRAD Stellant D и ЭКГ-синхронизацией по стандартно принятым протоколам; вторым этапом, при необходимости, - инвазивная селективная коронарография (СКГ) на ангиографическом комплексе AxiomArtis, Siemens (42%, 26 чел.).

Показания: впервые возникшие жалобы кардиологического характера, с неубедительным подтверждением по данным неинвазивной диагностики (ЭХО-КГ, ЭКГ).

Критерии исключения: беременность, положительный аллергологический анамнез на йодсодержащие препараты и наличие обширной кальцификации коронарных артерий (индекс Agatstoun> 400 по Cascore).

По результатам МСКТ-коронарографии у 36 пациентов (58%) коронарной патологии не выявлено; у 26 (42%) выявлена различная коронарная патология. У 6 чел.(9%) - мышечные мостики, из них у 4 чел. – на фоне циркулярной гипертрофии стенок левого желудочка (в анамнезе у всех профессиональное спортивное прошлое; ими пройдено дообследование и динамическое наблюдение с целью верификации диагноза ГКМП); 3 из 4 пациентов выполнена СКГ с целью уточнения, результаты двух методов диагностики полностью совпали.

У 14 чел. (23%) обнаружены явления атероматоза, все они отнесены в группу динамического МСКТ наблюдения.

У 7 чел. (11%) выявлены гемодинамически значимые атеросклеротические изменения коронарных артерий: в 1 случае окклюзия коронарных артерий (1,6%), в 6 (9,6%) случаях стенозы коронарных артерий, превышающие 50% диаметра артерии. Инвазивная селективная коронарография не подтвердила расхождения данных СКГ и МСКТ-коронарографии; по результатам СКГ в 5 случаях выполнено коронарное стентирование с хорошим ангиографическим результатом.

У 2 чел. (3%) выявлен вариант развития в виде нетипичного отхождения коронарных артерий без гемодинамически значимых нарушений кровотока.

У 3 чел. (5%) выявлены врожденные пороки сердца, ранее не выявляемые методом ЭХО-КГ: в 2 случаях - коарктация аорты (в 1 случае потребовавшая планового оперативного лечения) и в 1 случае – открытый артериальный проток (выполнена эндоваскулярная процедура в плановом порядке).

Обсуждение

Результат МСКТ-коронарографии подтвердил тенденцию к «омоложению» сердечнососудистой патологии; впервые выявленная кардиологическая патология у лиц до 35 лет составила 42%, из них стенотические гемодинамические поражения коронарного русла составили 11%.

Расширение протокола в ходе МСКТ-коронарографии до МСКТ-вентрикулографии и МСКТ-ангиографии потребовалось у 14 чел. (23%), что говорит о сложности диагностики при сочетании нозологических единиц.

Расхождения данных МСКТ с данными инвазивной селективной коронарографии не получено, что говорит о высокой чувствительности метода, а молодой возраст пациентов с отсутствием выраженного кальциноза и атероматоза указывает на его максимальную специфичность.

Полнота результатов позволяет выявить этиопатогенетические аспекты проблемы и, в случае необходимости, изменить протокол лечения.

Возможность оценки стенки сосуда, структуры атеросклеротической бляшки, истинных размеров камер сердца с одномоментной оценкой систолической и сократительной функций сердца делает метод МСКТ универсальным и одним из ключевых неинвазивных методов диагностики сердечно-сосудистой патологии.

Заключение.

Неинвазивность, быстрота выполнения, малая лучевая и контрастная нагрузки, высокая специфичность и чувствительность позволяют включить МСКТ в алгоритм обследования пациентов с кардиологическими жалобами, может стать оптимальным и в ряде случаев единственно достаточным для динамического наблюдения методом для пациентов высокой группы риска.

Результаты метода позволяют существенно уменьшить период предоперационного госпитального обследования, а в ряде случаев выполнить все исследования на амбулаторном этапе, что влияет и на экономическую составляющую.

Список литературы.

1. Козина М.Б. Этиопатогенетические показания к комплексному МСКТ-исследованию у пациентов с подозрением на ТЭЛА // Медицинский альманах. – 2017. - (3). – С. 161–164.
2. Buffa V., DeCecco C.N., Cossu L. et al. Preoperative coronary risk assessment with dual source CT in patients undergoing noncoronary cardiac surgery // Radiol. Med. – 2010. – Vol. 115 (7). – P. 1028–1037.
3. Ультроструктурные изменения контрлатерального участка перифокальной зоны локального ишемического очага, вызванного фотоиндуцированным тромбозом префронтальной коры мозга крыс / Мухина И.В., Бугрова М.Л., Романова Г.А., Шакова Ф.М., Продюс П.А. // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2010. № 4. С. 43-48.
4. Шевченко Е.А., Сухова М.Б., Шумаков И.В. Выбор оптимального алгоритма использования компьютерной томографии в практике экстренной кардиохирургии с учетом этиопатогенеза изучаемой патологии // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5.
5. Шевченко Е.А., Сухова М.Б. Этиопатогенетические особенности применения высокотехнологичного и экономически эффективного метода мультиспиральной компьютерной томографии – коронарографии в России на современном этапе // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. С. 98.

6. Cademartiri F., Casolo G., Midiri M. Clinical Application of Cardiac CT. – Springer, 2012. – 380 p.
6. Сумин А.Н., Корок Е.В., Коков А.Н. и др. Возможности МСКТ-коронарографии в диагностике гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26. – № 3. – С. 96-102.
7. Blocked production of thermal shock proteins prevents the cardioprotective effect of adaptation to exercise. Pshennikova M.G., Prodius P.A., Saltykova V.A., Malyshev I.Yu. Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 1998. T. 126. № 3. С. 908-910.
8. Cornily J.C., Gilard M., Bezon E. et al. Cardiac multislice spiral computed tomography as an alternative to coronary angiography in the preoperative assessment of coronary artery disease before aortic valve surgery: a management outcome study // Arch. Cardiovasc. Dis. – 2010. – Vol. 103 (3). – P. 170.
9. Zhi-hui Hou, Bin Lu, Yang Gao et al. Prognostic Value of Coronary CT Angiography and Calcium Score for Major Adverse Cardiac Events in Outpatients // JACC: Cardiovascular Imaging. – 2012. – V. 5, Issue 10. – P. 990-999.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНДОПРИЛА НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СТЕНОКАРДИИ

Шемилова М.Р., Биногерова З.Х., Шемилов Р.Р.

Научный руководитель: к.м.н. Арсагова Е.К.

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Изменение вегетативного статуса является одним из важных звеньев патогенеза ИБС. Ишемия миокарда, являясь важным стрессорным фактором, создает условия для включения нейрогуморальных регуляторных систем: симпатoadреналовой и ренин-ангиотензиновой. Наиболее распространенным и информативным методом оценки состояния вегетативной регуляции сердечного ритма является анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Цель исследования: изучение динамики временных и спектральных показателей вариабельности сердечного ритма при ишемической болезни сердца с различными формами стенокардии и влияние на неё ингибитора АПФ периндоприла. Материалы и методы исследования. Обследовано 110 пациентов на базе ГБУЗ «Кардиологический центр» МЗ КБР, с 2017 по 2018 гг., из них: 74 мужчин (средний возраст $47,2 \pm 0,9$ лет) и 36 женщин (средний возраст $55,3 \pm 8,1$ лет) с различными формами стенокардии. У 22 больных диагностирована стенокардия напряжения II функционального класса, у 26 – стенокардия напряжения III функционального класса, у 20 – стенокардия напряжения IV функционального класса, у 12 – впервые возникшая стенокардия, у 22 больных – прогрессирующая стенокардия, у 8 – вариантная стенокардия. Клиническое обследование больных включало анализ жалоб, анамнеза, данных объективного осмотра. Проводились ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрия с определением спектральной ВСР, чреспищеводная электрокардиостимуляция по показаниям, 24-часовое мониторирование ЭКГ с исследованием временных и спектральных показателей ВСР.

Результаты и их обсуждение. Показатели вариабельности сердечного ритма при стабильной стенокардии напряжения и динамика их при терапии периндоприлом. При оценке изменений вегетативной регуляции ритма сердца у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения до начала терапии периндоприлом были обнаружены как изменения временных и спектральных показателей ВСР, определенных в течение 24 часов, так и изменения спектральных показателей ВСР, определенных в течение 5-минутных интервалов в дневное и ночное время.

При изучении связи изменений суточной ВСР с величиной функционального класса стенокардии установлены отличия показателя SDNN у пациентов со стабильной стенокардией II и III функциональных классов от его значения в группе больных со стабильной стенокардией IV функционального класса.

По результатам анализа было выделено три вида изменений ВСР во время эпизодов ишемии миокарда и, соответственно, эпизоды были разделены на три типа: 1-тип вегетативно-нейтральные эпизоды (36,60%).

2-тип симпатикотонические с выраженным снижением HF и умеренным снижением LF при сохранении абсолютной мощности спектра VLF (33,09%). 3-тип с депрессией всех составляющих спектра и увеличением LF/HF (30,28%). Через 30 дней и 6 месяцев терапии периндоприлом проведено повторное исследование показателей вегетативной регуляции ритма сердца и клиническая оценка состояния пациентов со стабильной стенокардией напряжения. Отмечена хорошая переносимость препарата. После 6-месячной терапии препаратом выявлена позитивная клиническая динамика среднее количество коронарных эпизодов достоверно уменьшилось от $2,11 \pm 0,02$ до $1,62 \pm 0,04$ в сутки, а средняя длительность от $5,23 \pm 0,12$ до $4,12 \pm 0,20$ минут ($p < 0,05$).

Терапия периндоприлом проводилась в течение 30 дней всем пациентам, перенесшим впервые возникшую и прогрессирующую стенокардию с вариантной стенокардией проводилось 6-месячное лечение препаратом. На фоне лечения периндоприлом отмечена позитивная динамика 24-часовых и 5-минутных показателей ВСП в группах с впервые возникшей и прогрессирующей стенокардией.

Выводы: У больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения выявлено достоверное снижение временных 24-часовых и спектральных 24-часовых и 5-минутных показателей ВСП по сравнению со здоровыми лицами. Отмечена связь снижения показателей ВСП с функциональным классом стенокардии.

Список литературы.

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П., Михеева Т.Г. Функциональные пробы в кардиологии. Лекция III, IV // Кардиология. 2015. № 12. - С. 83-93.
2. Агафонов А.В., Туев А.В., Агафонов В.А. Корреляция показателей variability ритма и индексов Баевского: Тезисы форума «Кардиостим-2000». Санкт-Петербург, 10-11 февр. 2016. - С. 12.
3. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. М.: Наука, 2017. - С. 39-93.

АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ВЫГОРАНИЕМ

Шепеленко В.Е., Котова Ю.А., Красноуцкая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

С недавних пор современники отводят значительную роль в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и ожирения психоэмоциональному статусу [1,2]. Исходя из этого, любопытной представляется алекситимия - психологическая характеристика личности, которая определяется снижением, а иногда и отсутствием способности к дефиниции, дифференцированию и экспрессии эмоциональных переживаний и телесных ощущений и которая может проявляться низкой эмоциональной чувствительностью в отношении окружающих людей и отсутствием вовлечённости в обыденную жизнь [1, 3].

Увеличенный уровень стресса наблюдается у тех, кто переживает преимущественно негативные эмоции - тревожность, раздражение, мрачность, враждебность, гнев. Этим людям относят в дистрессорному типу личности, характеризующемуся крайне ограниченным контактом с окружающими, если дело касается чувств, и накоплением недовольства в себе [5].

Стрессовые ситуации встречаются ежедневно в медицинской практике, и не каждый работник здравоохранения может противостоять неурядицам. Медицинский персонал также подвержен развитию язвенной болезни (в большей степени) и ожирения. Алекситимичные персоны и личности с типом Д, занятые в сфере медицинского обслуживания и имеющие данные заболевания в анамнезе, имеют повышенный, чем в других социальных группах, риск эмоционального выгорания [4].

Целью этого исследования было изучение связи между наличием типа Д личности и уровнем алекситимии у пациентов терапевтического профиля, а так же зависимость развития

эмоционального выгорания у медицинских работников с ЯБ и ожирением, которые могут быть обусловлены алекситимией и наличием типа Д.

Материалы и методы. Исследование охватило 41 человека, среди них 30 пациентов, находившихся на лечении в БУЗ ВО «Семилукская РБ им.А.В. Гончарова» в гастроэнтерологическом и эндокринологическом отделениях и 11 врачей и медицинских сестёр стоматологического отделения. Участники были поделены на 3 группы: с ЯБ, с ожирением, медицинские работники.

Всем участникам исследования была проведена оценка: уровня алекситимии с помощью Торонтской шкалы алекситимии (Toronto Alexithymia Scale, TAS-20R); наличия черт личности типа «Д» с помощью опросника DS-14 (Denollet scale); у медицинских работников отдельно совершалась оценка интегрального индекса выгорания с помощью опросника Маслач и Джексон, адаптированного Водопьяновой и Старченковой.

Тип личности Д определялся шкалами отрицательной аффективности и социального ингибирования. Вычисление интегрального индекса эмоционального выгорания происходило с помощью значений трёх шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений». Значения ИИЭВ оценивались от 0 до 1.

Результаты. Среди гастроэнтерологических пациентов: показатели алекситимичности не превышали нормальных значений у 23,8%, из которых 20% тип Д, 80% не тип Д; повышенный и высокий уровни алекситимии были обнаружены у 19,1% и 57,1% соответственно, из которых у 62,5% тип Д, у 37,5% пограничное состояние. Данные говорят о прямопропорциональной зависимости между уровнем алекситимии и наличием типа Д личности.

Среди эндокринологических пациентов: нормальный уровень алекситимии обнаружен у 37,5%, причём 66,7% с типом Д, 33,3% не тип Д; повышенные показатели алекситимичности выявлены у 62,5%, из них 60% тип Д, 20% пограничные показатели, 20% не тип Д.

Среди медицинских работников, страдающих гастроэнтерологической патологией: TAS N - у 87,5% обследуемых, из них 57% с типом Д, 43% пограничное состояние; TAS ↑ - у 12,5% со 100% типом Д. Полученные данные говорят о преобладающем наличии личностей типа Д вне зависимости от алекситимии, которая в этом случае превалирует в нормальных значениях. Результаты полученных интегральных индексов эмоционального выгорания: у 62,5% медработников приближены к 1, а у 37,5% к 0.

Среди медицинских работников с метаболическим синдромом TAS N - у 66,7%, из них 33,3% с типом Д, 66,7% не тип Д; TAS ↑ - у 33,3% со 100% типом Д. Результаты свидетельствуют об обусловленности наличия алекситимии и типа Д. Результаты полученных интегральных индексов эмоционального выгорания у 100% исследуемых приближены к 0.

Заключение. Таким образом, повышенный или высокий уровень алекситимии обнаружен у более чем половины пациентов гастроэнтерологического и эндокринологического профилей, а у медицинских работников в преобладающем количестве показатели алекситимичности оказались в пределах нормы. Наличие типа Д личности (с пограничным состоянием) выявлено в подавляющем большинстве случаев и среди пациентов, и среди медицинских работников.

Список литературы.

1. Северова, Е.А. Алекситимия как феномен, объединяющий некоторые аспекты психической и психосоматической патологий / Охупкин А.С., Даутова М.А., Реутова Е.В. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2016. - Т.15, №4. - С.126-130.
2. Искусных, А.Ю. Алекситимия у студентов. Распространенность, причины и последствия / Искусных А.Ю., Попова Л.И. // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LXVIII междунар. науч.-практ. конф. № 9(66). - Новосибирск: СибАК, 2016. - С. 61-65
3. Кобякова, О.С. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? / Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Пименов И.Д., Хомяков К.В. // Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России). - 2016. - 11с.
4. Силкина, А.А. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом / Силкина А.А., Саншкова М.К., Сергеева Е.С. // Медико-профилактические науки | Гигиена. - 2014. - 4с.

5. Сумин, А.Н. Взаимосвязь типа личности Д и метаболического синдрома по данным исследования ЭССЕ-РФ в Кемеровской области / Сумин А.Н., Райх О.И., Индукаева Е.В., Артамонова Г.В. // Артериальная гипертензия. - 2016. - №22(1). - С. 73-85

ВЛИЯНИЕ ГИМНАСТИКИ ДЛЯ ГЛАЗ НА ОСТРОТУ ЗРЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ РАЗНОГО ПОЛА

Юферева А.А., Машковцева Т.И.

Кировский государственный медицинский университет

Состояние здоровья учащихся вызывает беспокойство многих исследователей. Одним из важных звеньев охраны здоровья является своевременное выявление отклонений для наиболее эффективной организации оздоровительных и профилактических мероприятий.

Среди отклонений в состоянии здоровья особое место занимают нарушения зрения. К окончанию средней школы около 50% учеников страдает различной степенью миопии.

По данным исследований в профилактике близорукости важную роль играет гимнастика для глаз. В связи с этим мы решили провести собственный эксперимент среди учащихся 8х классов с последующей оценкой полученных данных.

Целью нашего исследования является узнать как гимнастика для глаз способна влиять на зрение школьников разного пола.

Задачи:

1. Провести анализ литературы по теме: «Влияние гимнастики для глаз на орган зрения школьников разного пола».

2. Проведение гимнастики для глаз среди учащихся 8х классов в течение месяца.

3. Определение остроты зрения до и после проведения гимнастики и анализ полученных данных.

Материалы и методы:

В начале нашего исследования мы провели проверку остроты зрения среди учащихся 8х классов. Была отобрана группа учеников, имеющих различную степень миопии. Им было дано задание ежедневно в течение 1 месяца выполнять упражнения для укрепления зрения по методике Бейтса. По истечению срока ученики вновь прошли обследование остроты зрения. Полученные результаты были зафиксированы и обработаны по статистическо-аналитическому методу. Всего было обследовано 71 человек. Из них 37 юношей и 35 девушек.

Показатели остроты зрения до выполнения упражнений составили для всех детей на левый глаз $0,9 \pm 0,06$, у.е., на правый глаз $0,8 \pm 0,06$, бинокулярно – $1,1 \pm 0,06$. После выполнения упражнений: левый глаз $1,0 \pm 0,08$, правый глаз $1,0 \pm 0,08$, бинокулярно $1,2 \pm 0,09$. Различия недостоверны.

Значение остроты зрения до выполнения упражнения у юношей: левый глаз $0,9 \pm 0,09$, правый глаз $0,8 \pm 0,08$, бинокулярно $1,0 \pm 0,09$. После выполнения гимнастики: левый глаз $1,0 \pm 0,1$, правый глаз $1,2 \pm 0,1$, бинокулярно $1,2 \pm 0,1$. Различия достоверны для правого глаза., $p < 0,05$

Значение остроты зрения до выполнения упражнения у девушек: левый глаз $0,8 \pm 0,1$, правый глаз $0,8 \pm 0,1$, бинокулярно $1,0 \pm 0,1$. После выполнения упражнений : левый глаз $0,9 \pm 0,1$, правый глаз $1,0 \pm 0,1$, бинокулярно $1,1 \pm 0,1$. Различия недостоверны.

Наблюдается тенденция к росту ОЗ для массива детей в целом и для девушек. ОЗ юношей действительно улучшается.

Выводы.

В ходе исследования среди учащихся средней школы можно сделать вывод, что ежедневная гимнастика для глаз (метод Бейтса) в течение одного месяца улучшает остроту зрения и у юношей и у девушек. Судя по выявленным данным удалось доказать, что чувствительность юношей к зарядке выше, чем у девушек.

Мы считаем, что проведение гимнастики для глаз в средней школе, является неотъемлемой профилактикой миопии и других нарушений зрения.

Список литературы.

- 1.Апрелев А.Е. ,Сетко Н.П., Ясин И.А.А. «Особенности функционального состояния органа зрения у обучающихся средней школы» Медицинский вестник Башкортостана, том 12 №2(68), 2017г
- 2.Горбачева Е.Д. «Проблема развития близорукости среди школьников» // Старт в науке. – 2017. – № 4-1. – С. 5-8 с;
3. Е.А. Оремус, А.Ю. Шikuнов. Как самому восстановить зрение: практические советы и упражнения. М.: ОБРАЗ-КОМПАНИ, 2008, 64 с.
4. Труфанова Л.П.,Фокин В.П., Лукьянова А.В., Борискина Л.Н., Балалин С.В.«Влияние функционального лечения на аккомодацию при миопии» Вестник Волгоградского ГМУ, выпуск 4(52),2014г
- 4.Уильям Бейтс «Улучшение зрения без очков по методу Бейтса» (https://royallib.com/read/beyts_uilyam/uluchshenie_zreniya_bez_ochkov_po_metodu_beytsa.html#866739)

Раздел 3. Анатомия, морфология и судебная медицина

СТРУКТУРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СУБЭПИКАРДИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕН СЕРДЦА У ЛЮДЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛЕВОВЕНЕЧНОМ ВАРИАНТЕ ВЕТВЛЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ СЕРДЦА

Алышева Е. В., Мингалиева О.Н.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Коробкеев А.А.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Патология кровоснабжения сердца продолжает оставаться наиболее актуальной проблемой как практического здравоохранения, так и медицинской науки (Органов Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения 2012). Ангиоархитектоника венечных артерий и вен сердца детально изучена у людей первого и второго периодов зрелого возраста (Басаков М.А., 2010), пожилого и старческого возраста (Федько И.А., 2014). Однако особенности в различных топографических отделах сердца и данные, отражающие структуру субэпикардиального русла в целом у подростков и юношей отсутствуют.

Цель исследования: установить морфофункциональные параметры сосудов сердца, характеризующие структурные взаимоотношения артерий и вен, расположенных подэпикардиально на передней поверхности сердца.

Материал и методы: В комплексном исследовании аутопсийного материала сердец 15 подростков обоего пола использованы анатомические, рентгенологические, гистологические и морфометрические методы. Расчет морфофункциональных показателей осуществлялся с помощью специальной программы «Video-Test-Morpho, 2005» и оригинальных компьютерных программ.

Полученные результаты:

В верхней трети передней межжелудочковой борозды (ПМЖБ) расположена незначительная часть сосудистых разветвлений и слияний основных притоков большой вены сердца (БВС). Субэпикардиальный отдел передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) на большинстве исследованных сердец включает 2 ± 1 генерации. Что касается БВС, то в ее верхней трети сосудистых слияний не наблюдалось. Основной ствол БВС (ОС БВС) расположен справа от разветвлений ПМЖВ. I уровень деления левой венечной артерии (УД ЛВА) расположен в верхнем отделе передней межжелудочковой борозды (ПМЖБ) и дает начало двум дочерним ветвям I(a) ЛВА и I(б) ЛВА. По ходу правой дочерней ветви I УД ЛВА расположен I УД ПМЖВ, с последующим делением на правую и левую дочерние ветви (I(a) ПМЖВ и I(б) ПМЖВ). ОС БВС расположен глубже, чем артериальные сосуды, пересекая их слева направо, с последующим изгибом в область формирования венечного синуса.

В средней трети ПМЖБ расположен ОС I УД ПМЖВ, являющийся одновременно правой дочерней ветвью I УД ПМЖВ. Располагаясь поверхностно над IV уровнем слияния (УС) БВС, в нижней части средней трети ПМЖБ I(б) ПМЖВ дает III УД ПЖМВ с делением на правую III (a) ПЖМВ и левую III (б) ПЖМВ дочерние ветви.

В нижней трети ПМЖБ расположено наибольшее число УС БВС (в среднем 3 ± 2). Дочерние ветви IV и V УД расположены поверхностней и смещены вправо от УС БВС (I БВС, III БВС, II БВС) и их притоков.

Изучение графика динамики параметра R (отношение суммарных площадей просвета венозного русла сердца к артериальному), показало его резкое уменьшение от $3,5\pm 0,3$ мм до $0,5\pm 0,2$ мм на протяжении верхней трети, относительно равномерный диапазон в пределах $0,5\pm 0,2$ мм – $1,0\pm 0,2$ мм в средней, и уменьшение до $0,1\pm 0,1$ в нижней трети ПМЖБ.

Изучение графика изменения параметра Ds (среднее расстояние между артериальным и венозным руслами) показало его увеличение - от $2,2\pm 0,3$ мм до $8,0\pm 0,2$ мм на протяжении верхней трети, увеличением до $11,3\pm 0,1$ мм в средней, и уменьшением до $3,9\pm 0,2$ в нижней трети ПМЖБ.

Анализ графика изменения параметра Sh (среднее расстояние между артериальным и венозным руслами) показал его увеличение - от $+2,7 \pm 0,1$ мм до $8,5 \pm 0,1$ мм в верхней трети, до $10,8 \pm 0,01$ в средней трети, с последующим резким уменьшением до $-6,0 \pm 0,2$ мм в нижней трети ПМЖБ.

Заключение: в результате проведенного исследования установлены особенности топографо-анатомических взаимоотношений сосудов сердца у людей подросткового возраста при левовенечном варианте ветвления венечных артерий.

Список литературы.

1. Коробкеев, А.А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / А.А. Коробкеев, В.В. Соколов - Ставрополь, 2004.- С. 79-96.

2. Лежнина, О.Ю. Динамика изменения общего просвета коронарных сосудов новорожденных при различных вариантах ветвлений венечных артерий//Кардиоваскулярная терапия и профилактика: Материалы Российского нац. конгресса кардиологов.- М., 2005. – Т.4. - №4. – С. 163-164.

СТРУКТУРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СУБЭПИКАРДИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕН СЕРДЦА У ЛЮДЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРАВОВЕНЕЧНОМ ВАРИАНТЕ ВЕТВЛЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ СЕРДЦА

Алышева Е. В., Мингалиева О.Н.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Коробкеев А.А.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Заболевания органов кровообращения продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой как практического здравоохранения, так и медицинской науки (Органов Р.Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения 2012). Взаиморасположение венечных артерий и вен сердца рассмотрена у людей первого и второго периодов зрелого возраста (Басаков М.А., 2010)., пожилого и старческого возраста (Федько И.А., 2014). Данные, отражающие структуру субэпикардиального русла в целом у подростков и юношей изучены недостаточно.

Цель исследования: установить морфофункциональные параметры подэпикардиальных сосудов сердца, характеризующие структурные взаимоотношения артерий и вен, расположенных на передней поверхности сердца.

Материал и методы: В комплексном исследовании аутопсийного материала сердец 16 юношей обоего пола использованы анатомические, рентгенологические, гистологические и морфометрические методы. Расчет морфофункциональных показателей осуществлялся с помощью специальной программы «Video-Test-Morpho, 2005» и оригинальных компьютерных программ.

Полученные результаты:

В верхней трети передней межжелудочковой (ПМЖБ) находится превалирующее число артериальных ветвей. I уровень деления левой венечной артерии (УД ЛВА) делится на две дочерние ветви, одна из которых I (б) ЛВА является началом левой краевой ветви (ЛК). ЛК имеет один уровень деления I ЛК. В нижней части ПМЖБ видимы I УД передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ), дочерние ветви его дают начало II ПМЖВ и III ПМЖВ. Большая вена сердца (БВС) в верхней трети ПМЖБ видимых притоков не имеет, располагается под I (а) ПМЖВ.

В среднюю треть ПМЖБ спускаются дочерние ветви II УД ПМЖВ и III УД ПМЖВ. Венозный ствол расположен несколько левее артериального и в средней части средней трети ПМЖБ имеет IV уровень слияния (УС). IV (а) БВС пересекает IV (б) ПМЖВ, располагаясь при этом под артерией. В самой нижней части средней трети расположен II УС БВС.

Нижняя треть ПМЖБ характеризуется наличием $2 \pm 1,0$ генераций УД ПМЖВ и $3 \pm 1,0$ уровня слияния (УС) БВС. Пересечение сосудов наблюдается в средней части нижней трети на уровне VI ПМЖВ, который пересекает II (а) БВС II УС БВС.

График динамики параметра R (отношение суммарных площадей просвета венозного русла сердца к артериальному) на передней поверхности сердца у людей юношеского возраста при правовенечном варианте ветвления венечных артерий (ПВВВА), указал на его незначительный спуск в верхней трети ПМЖБ от $1,0 \pm 0,2$ до $0,7 \pm 0,1$ с постепенным подъёмом до $1,7 \pm 0,5$, в средней наблюдается плавный спуск до $1,5 \pm 0,1$ и увеличение в нижней трети до $2,3 \pm 0,5$.

Анализ графика динамики параметра Ds (среднее расстояние между артериальным и венозным руслами) выявил его увеличение до $13,5 \pm 0,5$ мм на протяжении верхней трети, последующим подъёмом до $20,4 \pm 0,1$ мм в средней, и до $30,5 \pm 0,3$ в нижней трети ПМЖБ.

Изучение динамики параметра Sh (среднее расстояние между артериальным и венозным руслами), выявило его подъем до $-13,0 \pm 0,2$ мм в верхней трети, дальнейшее увеличение до $20,1 \pm 0,5$ в средней трети, с плавным равномерным увеличением до $30,6 \pm 0,3$ мм в нижней трети ПМЖБ.

Закключение: в результате проведённого исследования установлены особенности топографо-анатомических взаимоотношений сосудов сердца у людей юношеского возраста при правовенечном варианте ветвления венечных артерий.

Список литературы.

1. Коробкеев, А.А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / А.А. Коробкеев, В.В. Соколов - Ставрополь, 2004.- С. 79-96.

2. Лежнина, О.Ю. Динамика изменения общего просвета коронарных сосудов новорождённых при различных вариантах ветвлений венечных артерий//Кардиоваскулярная терапия и профилактика: Материалы Российского нац. конгресса кардиологов.- М., 2005. – Т.4. - №4. – С. 163-164.

ИЗУЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ СКОРОСТИ ПРОПИТЫВАНИЯ СКЕЛЕТНОЙ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ФОРМАЛИНОМ ОТ ЕГО КОНЦЕНТРАЦИИ

Анфилова М.Г., Востриков П.П., Джунковская В.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Иванов А.В.

Курский государственный медицинский университет

Гистологический метод исследования необходим для изучения строения и функции клеток в состоянии нормы и патологии. Известно, что лишённые питания ткани очень быстро начинают претерпевать необратимые изменения, поэтому первым и обязательным условием микроскопической техники является предупреждение и задержка посмертных изменений в тканях путем фиксации взятого для исследования материала. Фиксация представляет собой закрепление, сохранение в обрабатываемом кусочке органа того строения, которое он имел при жизни. Суть фиксации материала заключается в остановке естественных процессов в тканях и клетках. Это необходимо для того, чтобы вовремя купировать процесс гниения и ферментативные изменения в структуре тканей. Чтобы это сделать, необходимо знать зависимость времени фиксации от концентрации фиксатора и температуры окружающей среды. Цель исследования: изучить зависимость скорости пропитывания скелетной мышечной ткани формалином от его концентрации и температуры.

Материалы и методы. В процессе исследовательской работы были использованы следующие приборы и материалы: три термостата с температурами 4°C , 37°C и 58°C ; растворы формалина с концентрациями 1%, 5% и 10%; 9 стеклянных банок по 1,5 л.; скелетная мышечная ткань, порезанная на прямоугольные бруски; линейка; скальпель. Анализ полученных данных проводился в программах Microsoft Excel 2007, Statistica for windows 6.0.

В начале исследования было подготовлено 9 банок раствора формалина различной концентрации: чтобы получить раствор концентрацией 1%, растворяли в 1 литре воды 10 грамм формальдегида, а в остальных банках соответственно 50 грамм и 100 грамм. Далее поместили банки в термостаты на сутки. На следующий день нарезали говяжью мышцу на одинаковые куски и поместили их в банки с раствором, затем поставили банки в термостаты и оставили на сутки. В течение 5 суток каждые 24 часа в одно и то же время производились срезы размером 1-1,5 см., измерение и фотографирование препаратов.

Результаты и обсуждение. В первый день при температуре 58°C и 37°C ткань пропиталась полностью во всех концентрациях, но быстрее всего это произошло в 10% растворе формалина. Фиксация начала происходить только в 10% растворе формалина из-за очень низкого температурного режима.

Во второй день при температуре 58°C ткань фиксации происходила быстрее только в 5% растворе формалина, а при температуре 37°C ткань фиксации происходила быстрее только в 10% растворе формалина. При температуре 40°C ткань пропиталась полностью во всех концентрациях, но быстрее всего в 10% растворе формалина.

На третий и четвертый день фиксации произошла полностью.

Вывод. В результате исследования было выявлено, что зависимость между концентрацией раствора и скоростью проникновения его в ткани прямая. Быстрее всего ткань пропиталась в 10% растворе формалина. Также на скорость проникновения раствора влияла температура, в которой находился раствор. Быстрее произошла фиксация при температуре 37°C. При 4°C скорость проникновения была наименьшая.

Список литературы.

1. Буромский, И. В., Ланцман, М. Н. Посмертные изменения: курс лекций для ВУЗов / И. В. Буромский, М. Н. Ланцман.- 2015.
2. Волков, В. Н., Датий, А. В. Судебная медицина: учебное пособие для вузов / Под ред. проф. А.Ф. Волынского. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2016. — 639 с.
3. Гистология, эмбриология, цитология / Ю. И. Афанасьев, Н. А. Юрина, Я. А. Винников, А. И. Радостина, Ю. С. Ченцов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015
4. Кан, В. Б., Беликов, И. Е. Судебно-медицинское исследование трупов: Судебная медицина: Курс лекций / В.Б. Кан, И.Е. Беликов.- Екатеринбург: Изд-во Уральского юридического института МВД России, 2015.
5. Матышев, А. А., Деньковский, А. Р. Судебная медицина: руководство для врачей / А. А. Матышев, А. Р. Деньковский.- М.: Медицина, 2015.- 488с."

АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТАЦИИ ВЫРЕЗКИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ЧЕЛОВЕКА

Афенов М.Р., Борзенков И.С.

Научный руководитель: Павлов А.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Увеличение продолжительности жизни и гиподинамия влекут за собой неуклонный рост числа заболеваний тазобедренного сустава [Карякина, 2009, Анисимова с соавт., 2014]. В современной хирургической практике выполняется большое количество оперативных вмешательств на структурах тазобедренного сустава. Особое место среди них занимают операции по эндопротезированию его компонентов. При планировании данных операций особое значение придается изучению геометрии вертлужной впадины, важной частью которой является *incisura acetabuli*.

Цель: определить анатомическую изменчивость геометрии вырезки вертлужной впадины таза человека в зависимости от ее параметров.

Задачи. Для достижения поставленной цели нами были определены следующие задачи:

1. Определить основные линейные и геометрические размеры вырезки вертлужной впадины.
2. Выявить корреляционную зависимость размера и пространственного расположения вертлужной впадины от ее линейных размеров и геометрических параметров.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 32 препаратах костей таза человека, взятых из коллекции кафедры анатомии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. В работе использовался метод цифровой фотометрии, заключающийся в измерении объектов по их фотографиям, выполненным в стандартных укладках. Тазовая кость располагалась относительно горизонтальной поверхности таким образом, чтобы плоскость вертлужной впадины была параллельна данной поверхности. После перенесения фотографий в компьютер при помощи программы Universal Desktop Ruler (AVP Soft) выполняли измерения. Определяли следующие

параметры: периметр и площадь вертлужной впадины, длину вырезки вертлужной впадины, угол, определяющий положение вырезки относительно костей таза (α), локализация вертлужной впадины на тазовой кости относительно ее высоты (показатель Т). Показатель Т - отношение расстояния от *spina iliaca anterior superior* до центра вертлужной впадины (НМ) к расстоянию от центра вертлужной впадины до *tuber ischiadicum* (ML).

Для определения угла α на фотографии каждого препарата была построена двухмерная система координат с вспомогательной окружностью, которая примерно повторяла контуры вертлужной впадины. Ось ОХ была построена параллельно верхней ветви лобковой кости и являлась касательной к окружности. Ось ОУ построена перпендикулярно оси ОХ и также является касательной к окружности. Центр окружности лежал в центре вертлужной впадины, располагаясь на перекрещении двух диагоналей. Одна из них соединяла осевой бугорок и лобковую кость, а другая - передневерхнюю подвздошную ость и седалищную бугристость. Из точки ОО проводили луч, проходящий через середину отрезка АВ, соединяющего края вырезки. Далее измеряли угол α .

Все полученные результаты подвергались цифровой обработке и анализу с использованием пакета анализа Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были получены следующие результаты. Средние значения длины вырезки составили $2,25 \pm 0,1$ см. Средние значения периметра вырезки составили $15,59 \pm 0,1$ см. Средние значения площади вырезки составили $20,45 \pm 0,1$ см. Средние значения угла α составили $37,73 \pm 1^\circ$. Значения доли вырезки находятся в диапазоне [14;17] %. Других зависимостей не выявлено.

На основе полученных результатов были построены корреляционные диаграммы. Выявлена прямо пропорциональная зависимость доли вырезки от длины вырезки ($k = 0,77$; связь очень высокая), длины вырезки от периметра ($k = 0,32$; связь средняя), угла α от доли вырезки ($k = 0,32$; связь средняя), а также угла α от показателя Т ($k = 0,68$; связь высокая). Обратная пропорциональная зависимость была выявлена между значениями угла α и периметра ($k = -0,32$; связь средняя).

Рост человека определяется размерами его костей. При нормальном онтогенезе кости и их части развиваются пропорционально. Исходя из этого, косвенно можно предположить, что больший угол α наблюдается у низких людей и, наоборот. Наибольший угол наблюдается при меньшем периметре вертлужной впадины, большей доле вырезки в ней и более низким положением вертлужной впадины в тазовой кости.

Вывод. На основе результатов наших исследований можно сделать следующий вывод. При увеличении периметра апертуры увеличивается длина вырезки и ее доля, что доказывает явление анатомической компенсации [Капанджи, 2014].

В связи с ростом количества заболеваний тазобедренных суставов хирургам-ортопедам необходимо учитывать нормовариантную анатомию вертлужной впадины при проведении операций по эндопротезированию.

Список литературы.

1. Анисимова Е. А. Морфология костных структур вертлужной впадины и бедренного компонента тазобедренного сустава / Е.А. Анисимова, К.С. Юсупов, Д.И. Анисимов, Е.В. Бондарева // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2014. — №10(1). — С.32–38.
2. Капанджи, А.И. Нижняя конечность. Функциональная анатомия /А.И. Капанджи. — 6-е изд. — Москва: ЭКСМО, 2014. — 312с.
3. Карякина Е.В. Асептическая нестабильность эндопротеза тазобедренного сустава у больных коксартрозом / Е.В. Карякина, Е. А. Персова // Саратовский научно-медицинский журнал.—2009.—№5 (3). —С.375–378.

НОВЫЕ МЕТОДЫ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА СОХРАНЕНИЯ И РЕСТАВРАЦИИ ТРУПОВ УМЕРШИХ

Бадриев Г.Б., Бадриева А.Б., Колхидова З.А., Мильдзихов Х.А.

Научный руководитель: к.м.н. проф. Епхиев А.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

У человека постоянным остается только дефис между датой рождения и датой смерти. Зачастую, смерть наступают вследствие ряда причин, которые изменяют цвет кожных покровов, консистенцию, а иногда и форму тела. Для сохранения нормального вида тела умершего либо восстановления до приемлемых кондиций используют бальзамирование, суть которого состоит в пропитывании тканей трупа веществами, уничтожающими микробы и препятствующими посмертному разрушению тканей. Бальзамирование, которое проводят с помощью формалина, не позволяет восстановить нормальный цвет кожи, а лишь препятствует быстрому разложению. Например, тот же желтушный цвет кожи больных, которые умерли от цирроза печени, равно как и посмертные изменения, не позволяют говорить о том, что тело имеет достойный вид для прощания с покойником. В сложившейся экономической ситуации одной из основных задач становится повышение финансовой устойчивости ЛПУ. В спектре медицинских услуг, оказываемых подразделением патологоанатомической службы, по окупаемости лидирует бальзамирование трупов умерших с сохранением либо восстановлением их внешнего вида. В настоящее время бальзамирование проводится только с применением формалина, людьми, чаще всего не имеющими медицинского образования. Качество сохранения цвета и консистенции тканей и органов при этом низкое, поток средств распределяется не в пользу ЛПУ.

Цель исследования: воспроизведение методики бальзамирования для сохранения окраски органов и кожных покровов и предотвращения аутолиза, превосходящим по своим свойствам формалиновую фиксацию; воспроизведение методики восстановления окраски уже подвергшихся изменению тканей и органов. Это позволит, за счет качества услуги, повысить конкурентоспособность подразделений патологоанатомической службы в данном сегменте рынка и привлечь средства в медучреждения.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили трупы белых крыс с различной степенью посмертных изменений, а также крыс, подвергшихся бальзамированию спустя 3-4 часа с момента наступления смерти. Применялись следующие методики бальзамирования: А) Смесь салициловой кислоты, тимола и спирта в водном растворе глицерина (рецепт Д. Выводского);[1] Б) Смесь салициловой кислоты, тимола, раствора глицерина с добавлением 3% раствора перекиси;[2] В) простое бальзамирование формалином, для чего крысе в хвостовую артерию вводился 10% формалин, а также проводились инъекции формалина в мышцы и подкожно. Изучали изменение цвета кожных покровов, консистенции мышечной ткани конечностей.

Результаты исследования. При проведении бальзамирования спустя 4 часа после наступления смерти методом формалиновой фиксации изменения, выражающиеся в потемнении кожных покровов и изменении консистенции мышечной ткани, наступали гораздо раньше, чем при фиксации методикой А. У крыс, подвергавшихся бальзамированию спустя 24 часа, имевших изменения кожных покровов, формалиновая фиксация не приводила к изменению их цвета. При бальзамировании методикой Б цвет кожных покровов спустя 1-1,5 часа приобретал более светлый оттенок, приближающийся к естественной прижизненной окраске кожных покровов. Консистенция мышц становилась мягко-эластичной, восстанавливался рельеф.

Выводы. Применение в процессе бальзамирования сложных составов является перспективным в плане восстановления и сохранения естественных кондиций кожных покровов и мягких тканей трупов, что позволяет рекомендовать данные методы к внедрению в практическое здравоохранение с целью повышения качества оказания населению медицинских услуг, связанных с уважительным отношением к телам умерших и повышению финансовой устойчивости ЛПУ.

Список литературы.

1. Выводцев Д.И. Бальзамирование и способы сохранения анатомических препаратов и трупов животных / Д.И Выводцев 1881 - 15 с
2. Кузнецов Л.Е. Бальзамирование и реставрация трупов /Л.Е. Кузнецов. 1999. - 495 с.
3. Медведев И.И. Основы патологоанатомической техники/ И.И. Медведев 1999 - 494с

4. Минаков П.А. Консервирование и мумификация трупов / П.А. Минаков // Русский антропологический журнал. - 1924. № 13. - 26-27 с.
5. Привес М.Г. Методы консервирования анатомических препаратов / М.Г. Привес: Медгиз, 1956. - 58 с.
6. Томилин В.В. Судебная медицина / В.В. Томилин 1987. - 336 с.
7. Шигеев В.Б. Бальзамирование и реставрация трупов / Руководство. - Смоленск-Москва, 1999. - 496 с.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бобоев М. М

Научный руководитель: Мадумарова М.М

Андижанский государственный медицинский институт

Важное значение для медицины и педагогики имеет составление стандартов физического развития и полового созревания детей и подростков различных регионов. Следует отметить, что разрабатываемые стандарты требуют периодического обновления в связи с процессом акселерации, изменения климатического и экологического условия, режима питания и развития массового спорта.

Цель и задачи исследования. Изучить возрастные, индивидуальные и половые особенности антропометрических параметров частей тела у детей в Андижанской области.

Материал и методы. Материалом исследования служили новорожденные обоего пола, родившиеся от здоровых матерей, здоровые грудные дети, здоровые воспитанники детских садов и учащиеся первых классов средних школ.

Длину каждого пальца изучали путем измерения на тыльной поверхности костей, расстоянию между фаланговой и пальцевой самой дистальной точкой на мякоти каждого пальца с помощью измерительного циркуля. При изучении длины фаланг (проксимальной, промежуточной и дистальной) каждого пальца кисти измерение проводилось следующим образом. Сначала было измерено расстояние между верной точкой основания проксимальной фаланги I пальца до срединной межфаланговой складки и было принято как длина проксимальной фаланги I пальца. Затем измерение проводилось между срединной межфаланговой складкой до мякоти ногтевой фаланги I пальца и было принято как длина дистальной фаланги I пальца. Идентичной последовательностью были изучены длина фаланг остальных пальцев кисти.

В изучении обхватных размеров фаланг пальцев кисти пользовались обыкновенной швейной ниткой и линейкой. Исследование проводилось следующим образом. Сначала взяли нитку необходимой длины и в средней части завязали маленький узелок, который служил точкой начала счета длины обхвата. Затем ниткой обводили срединную часть каждой фаланги. После измерения точку перекреста нитку от пальца, ставила на мм линию линейки. Получали цифровые данные.

Результаты и обсуждение. Длина I пальца кисти от рождения до конца 7 лет увеличивается в 1,8 раза (от $2,8 \pm 0,03$ до $5,1 \pm 0,04$ см ($P < 0,05$)) при этом наиболее интенсивный рост отмечается в течение первых трех месяцев и на втором году жизни.

Длина II пальца кисти от периода новорожденности до конца 7 лет увеличивается в 1,8 раза (от $4,0 \pm 0,03$ до $7,5 \pm 0,04$ см ($P < 0,05$)) и при этом наибольший рост наблюдается на втором году жизни.

Длина III пальца кисти в изученных возрастных периодах увеличивается в 1,9 раз (от $4,4 \pm 0,03$ до $8,4 \pm 0,05$ см ($P < 0,05$)) и при этом относительно наиболее интенсивный рост наблюдается в течение трех месяцев, на первом и на втором году жизни.

Длина V пальца кисти в изученных возрастных периодах увеличивается в 1,8 раз (от $3,4 \pm 0,03$ до $6,4 \pm 0,04$ см ($P < 0,05$)).

Длина первой (проксимальной) фаланги I пальца кисти в изученных возрастных периодах увеличивается почти в 2 раз (от $1,5 \pm 0,02$ до $3,0 \pm 0,04$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост идет почти равномерно.

Длина второй (дистальной) фаланги I пальца кисти от периода новорожденности увеличивается в 1,7 раз (от $1,3 \pm 0,02$ до $2,2 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост по возрастам происходит равномерно.

Длина первой (проксимальной) фаланги II пальца кисти на протяжении первых семи лет жизни увеличивается в 1,8 раз (от $2,1 \pm 0,01$ до $3,8 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом относительно наибольший рост отмечается на первом и на втором году жизни.

Длина II (средней) фаланги II пальца в течение первых семи лет жизни увеличивается в 1,8 раз (от $1,2 \pm 0,01$ до $2,2 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост идет почти равномерно.

Длина дистальной (III) фаланги II пальца кисти от рождения до конца 7 лет жизни увеличивается в 1,8 раз (от $0,9 \pm 0,01$ до $1,6 \pm 0,01$ см ($P < 0,05$)) и при этом наибольший рост наблюдается в течение первых шести месяцев жизни.

Длина проксимальной (первой) фаланги III пальца кисти от периода новорожденности до конца 7 лет жизни увеличивается в 2,0 раз (от $2,1 \pm 0,04$ до $4,3 \pm 0,03$ см ($P < 0,05$)) и при этом наиболее интенсивный рост наблюдается в течение первых трех месяцев и на втором году жизни.

Длина средней (второй) фаланги III пальца кисти на протяжении первых семи лет жизни увеличивается в 1,8 раз (от $1,3 \pm 0,02$ до $2,5 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом наибольший рост отмечается на втором году жизни.

Длина дистальной (третьей) фаланги III пальца в течение первых семи лет жизни увеличивается в 1,9 раз (от $0,9 \pm 0,01$ до $1,7 \pm 0,01$ см ($P < 0,05$)) и при этом наибольший рост отмечается на протяжении первых трех месяцев жизни.

Длина проксимальной (первой) фаланги IV пальца кисти от рождения до конца 7 лет жизни увеличивается в 2,0 раза (от $2,0 \pm 0,02$ до $4,0 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом наиболее интенсивный рост наблюдается в течение первого года жизни.

Длина средней (второй) фаланги IV пальца кисти от периода новорожденности до конца 7 лет жизни увеличивается в 1,6 раза (от $1,5 \pm 0,01$ до $2,4 \pm 0,01$ см ($P < 0,05$)) и при этом наиболее интенсивный рост наблюдается на втором году жизни.

Длина дистальной (третьей) фаланги IV пальца кисти на протяжении первых семи лет жизни увеличивается в 1,7 раз (от $1,0 \pm 0,08$ до $1,7 \pm 0,01$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост происходит почти равномерно.

Длина проксимальной (первой) фаланги V пальца кисти от рождения до конца 7 лет жизни увеличивается в 1,8 раза (от $1,7 \pm 0,02$ до $3,2 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом рост наиболее интенсивно увеличивается на первом и втором годах жизни.

Длина средней (второй) фаланги V пальца кисти в течение первых семи лет жизни увеличивается в 1,7 раза (от $1,0 \pm 0,01$ до $1,7 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$)) и при этом средней фаланги происходит почти равномерно.

Длина дистальной (третьей) фаланги V пальца кисти от периода новорожденности до конца 7 лет увеличивается в 1,5 раз (от $1,0 \pm 0,01$ до $1,5 \pm 0,01$ см ($P < 0,05$)) и при этом увеличение происходит равномерно.

Выводы. Длина пальцев кисти в изученных возрастных периодах увеличивается в среднем 1,7 раз и при этом относительно наиболее интенсивный рост наблюдается в течение трех месяцев, на первом и на втором году жизни.

ИЗМЕНЕНИЯ СУММАРНОЙ ПЛОЩАДИ СЕЧЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ВСЕХ ВАРИАНТАХ ВЕТВЛЕНИЯ

Бузарова О.А., Чотчаева К.Д., Скоробогач Е.И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Коробкеев А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему, остаются главной причиной смертности и инвалидности в индустриально развитых странах мира. Пожилой и старческий возраст - является основных факторов риска смерти от заболеваний сердца и его сосудов. Поэтому в этих возрастных периодах особенно важно изучение сосудистого русла сердца человека. 4,5

Определить изменения суммарной площади сечения венечных артерий (ЛВА и ПВА) коронарного русла сердца людей пожилого и старческого возраста, при всех вариантах ветвления венечных артерий.

Определить морфометрические показатели ВА и их ветвей (площадь сечения) при различных вариантах их ветвлений от начальных отделов до погружения в миокард.

Представить сравнительную характеристику основных структурно-функциональных показателей сосудистых разветвлений левой и правой венечных артерий при различных вариантах их ветвлений.

Разработать оптимальные морфо-математические модели венечных артерий, с учётом основных морфофункциональных показателей сосудистых разветвлений в изученном возрастном периоде при различных вариантах их ветвлений.1

Исследованы артерии 54 сердца, взятых при аутопсии мужских и женских трупов людей в возрасте от 56 до 90 лет, погибших в результате несчастных случаев или умерших от патологии не связанной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

В комплексном исследовании венечных артерий применены: анатомические, гистологические, рентгенологические, морфометрические методы. Установленные числовые показатели обработаны с использованием специальных и оригинальных компьютерных программ, а также комплекса аппаратно-программной визуализации морфологических объектов Видео-Тест.

ВВВА определялись в соответствии с современной классификацией. Изучены препараты сердец с 3-мя крайними вариантами ветвлений, установленные на рентгенограммах и нативных препаратах: (левовенечный, правовенечный, равномерный).

В каждом возрастном периоде на гистологических срезах сосудов сердец с различными ВВВА проводились измерения суммарной площади сечения ($S_{сеч.}$) основного ствола и «дочерних» ветвей.

Артериальное субэпикардальное русло человека условно рассмотрено в виде последовательно формирующихся коронарных разветвлений. В каждом из них выделяли основной ствол и образующиеся в результате деления правая и левая «дочерние» ветви, конечные отделы которых в последующем являлись основными стволами новых уровней ветвлений, либо погружались в миокард. 3

В двух возрастных периодах изучены поперечные срезы начальных и конечных отделов основного ствола, правой и левой «дочерних» ветвей при различных вариантах ветвлений.2

Сравнительный анализ изменений суммарного сечения ВА при различных ВВ у людей пожилого возраста показал, что во всех изученных сердцах с ЛВВ и РВВ общее сечение ветвей ЛВА превалирует над $\bar{a}S_{сеч.}$ ПВА и только при ПВВ общее сечение ветвей ПВА превалирует над $\bar{a}S_{сеч.}$ ЛВА на большей территории распространения.

Сравнительный анализ изменения $\bar{a}S_{сеч.}$ ВА у людей старческого возраста показал, что при всех ВВ преобладает $\bar{a}S_{сеч.}$ основных ветвей ЛВА над ПВА, за исключением конечных отделов при правовенечном и равномерном вариантах.

Сравнительный анализ изменений $\bar{a}S_{сеч.}$ ЛВА при различных ВВ у людей пожилого возраста показал преобладание суммарного просвета ее ветвей при РВ по сравнению с ЛВ и ПВ.

$\bar{a}S_{сеч.}$ ПВА максимально при ПВ только в начальных отделах распространения её ветвей. А в средних и конечных отделах она более выражена при равномерном варианте по сравнению с правовенечным и левовенечным.

У людей старческого возраста максимальные значения левой и правой ВА отмечены при РВ, по сравнению с ПВ и ЛВ.

□ $S_{сеч.}$ сосудистых разветвлений ЛВА у пожилых людей является преобладающим, по сравнению с людьми старческого возраста. За исключением незначительного участка средних отделов при правовенечном варианте.

□ $S_{сеч.}$ сосудистых разветвлений ПВА, также максимальна у пожилых людей, по сравнению с людьми старческого возраста при всех ВВ. За исключением конечных отделов при ПВ и начальных при РВ.

Выводы: При исследовании оптимальных морфоматематических моделей (ОММ) всех вариантов ветвления венечных артерий показало, что максимальные значения $\bar{a}S_{сеч.}$ ЛВА в обоих изученных возрастных периодах отмечены при равномерном варианте ветвления венечных артерий, а ПВА при правовенечном варианте ветвления венечных артерий у пожилых людей и при равномерном варианте ветвления венечных артерий у людей старческого возраста

Анализ ОММ при всех вариантах ветвления венечных артерий показал, что величина максимальных значений $\Delta S_{сеч}$ ЛВА и ПВА у людей пожилого возраста преобладает над аналогичными показателями $\Delta S_{сеч}$ у людей старческого возраста.

Список литературы.

1. Коробкеев, А.А. Особенности коронарного русла сердца человека / Е.В. Алышева И.А.Монастырская //Материалы XIV Съезда кардиологов и кардиохирургов Южного федерального округа. Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями – новые подходы и перспективы. – Сочи, 2015. – С. 79-81.
2. Лежнина, О.Ю. Особенности организации артериального русла сердца при различных вариантах ветвлений венечных артерий / А.А. Коробкеев //Медицинский вестник Северного Кавказа.. – 2015. – Т.10, №1. – С. 88-91.
3. Лежнина, О.Ю. Ангиоархитектоника субэпикардального артериального русла сердца человека /А.А. Коробкеев Е.В. Алышева И.А. Монастырская //Материалы XIV Съезда кардиологов и кардиохирургов Южного федерального округа. Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями – новые подходы и перспективы. – Сочи, 2015. – С. 77-79.
4. Харченко, В.И. Необходимость создания «социальных аптек» в Российской Федерации // Экономика здравоохранения - 2008. - № 10 -С. 19-33.
5. Rosamond, W. Heart disease and Stroke Statistics / W. Rosamond, K. Flegal, K. Furie et al. // Update. A. Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. -2008. -Vol. 117, № 25.-P. 146-146.

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛУБОКОЙ ЯЗЫЧНОЙ АРТЕРИИ

Буржинский А.А., Степура Е.Е.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Заболевания органов пищеварения являются одной из причин временной нетрудоспособности, инвалидизации и смертности населения занимая в структуре заболеваемости по данным ВОЗ, 4 - 5 место в зависимости от возрастного состава и условий среды проживания. Широкое распространение заболеваний органов системы пищеварения обуславливает высокую значимость решения основных вопросов борьбы с ними, а также дальнейшего дифференцирования мер профилактики.

Язык человека, находясь в ротовой полости, является первым и многофункциональным мышечным органом, принадлежащим к системе пищеварения. Он выполняет многообразные функции (ощущение вкуса, речь, формирование пищевого комка, глотание). В связи с этими функциями данный орган представляет большой интерес.

Одним из важных компонентов перестройки органов при старении являются изменения стромально-паренхиматозных компонентов органа [2, 3, 4].

В данном исследовании мы решили изучить такой показатель как изменение кровоснабжения языка в возрастном аспекте [7, 8]. Для этого нами были проведены измерения общего диаметра и диаметра просвета глубокой артерии языка.

Материалом послужили 35 языков, взятых при патологоанатомических вскрытиях у лиц, умерших от различных заболеваний в возрасте от 30 до 80 лет. Набранный гистологический материал был распределен на две возрастные группы: 30-59 лет, 60 лет и старше. Языки фиксировались в 10% растворе формалина. Далее они разделялись на 2 блока разрезом, проходящим вертикально во фронтальной плоскости по пограничной борозде языка. Блоки корня языка подвергались фронтальным разрезам с шагом 5 - 6 мм. Полученные срезы заливались в раствор целлоидина. Далее на микротоме изготавливались срезы толщиной 20 - 25 мкм, которые окрашивались по методу Маллори [5, 6]. Далее по обе стороны от соединительно-тканной перегородки языка измерялись диаметры просвета артерии и ее общий диаметр. Это делалось следующим образом: С помощью окулярной линейки измерялись два диаметра (А - большой, В - малый). Потом вычислялся средний диаметр по формуле: $D = 1,5 * ((A+B)/2) - ()/2$ [1]. Полученные

данные сравнивались между возрастными группами. Статистическая обработка производилась на компьютере при помощи Microsoft Excel.

Полученные результаты показывают достоверное уменьшение диаметр просвета артерии с возрастом в области корня языка с $1083,25 \pm 143,05$ до $905,30 \pm 93,95$ мкм (при $p < 0,05$), разница составила 19,7%. Диаметр всей артерии в области корня языка с возрастом практически не изменялся, что составило $1509,70 \pm 160,55$ (в возрасте 30-59 лет) и $1513,25 \pm 105,13$ (60 лет и старше). Диаметр всей артерии в области корня языка с возрастом практически не изменялся. Из представленных данных видно, что средний диаметр просвета артерии в старшей возрастной группе достоверно ($p < 0,05$) снижается, но также видно, что изменения диаметра всей артерии незначительны и статистически не достоверны. Таким образом, общее состояние глубокой артерии языка в области корня в старшей возрастной группе можно охарактеризовать как неблагоприятно измененное в сторону снижения кровотока (уменьшение просвета из-за утолщения стенки). Также можно отметить, что общий диаметр артерии при этом практически не изменился.

В заключении можно отметить, что с возрастом наблюдается структурная перестройка артериального русла языка, то есть в области корня отмечается сужение просвета глубокой артерии за счет утолщения ее стенки так как общий диаметр практически не изменяется.

Список литературы.

1. Автандилов, Г.Г. Морфометрия в патологии / Г.Г. Автандилов. – Москва, 1973. – 247 с.
2. Гемонов, В.В. Атлас по гистологии и эмбриологии органов ротовой полости и зубов / В.В. Гемонов, Э.Н. Лаврова, Л.И. Фалин. – Москва, 2003. – 96 с.
3. Гемонов, В.В. Развитие и строение органов ротовой полости и зубов / В.В. Гемонов, Э.Н. Лаврова, Л.И. Фалин. – Москва, 2002. – 256 с.
4. Крылова, Н.В. Спланхнология: Анатомия в схемах и рисунках / Н.В. Крылова, Т.М. Соболева. – Москва, 1992. – 352 с.
5. Селиванов Е.В. Красители в биологии и медицине: Справочник. – Барнаул, 2003 - 40 с.
6. Тарасова А.Ф., Гуляева С.И., Мещерякова М.Ю. Гистология: Практикум для студентов специальности «Биология». – Воронеж, 2004 - 27 с.
7. Nakayama, M. Histological study on aging changes in the human tongue / M. Nakayama // Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 1991. – V. 94. – P. 541 – 555.
8. Rother, P. Morphometrically observable aging changes in the human tongue / P. Rother, B. Wohlgemuth, W. Wolff et al. // Ann. Anat. – 2002. – V. 184. – P. 159 – 164.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА СЕРДЦА

Гарькуша Т.А., Лежнина Е.К., Скоробогач Е.И.

**Научные руководители: д.м.н. профессор А.А. Коробкеев, к.м.н. доцент О.Ю. Лежнина
Ставропольский государственный медицинский университет**

В настоящее время среди причин смертности и инвалидизации населения многих стран продолжают лидировать сердечно-сосудистые заболевания [4]. Россия не является исключением. В 2014 году ишемическая болезнь сердца обусловила 52,3% случаев летальности в общем числе смертей, связанных с патологией системы кровообращения [2]. Поэтому изучение конструкции коронарного русла сердца остается актуальным.

Цель исследования: представить особенности конструкции правой венечной артерии и её субэпикардальных производных у людей пожилого возраста с различными вариантами ветвления венечных артерий без нарушения коронарного кровообращения.

Материал и методы. Изучены субэпикардальные разветвления правой венечной артерии 9 прижизненных коронароангиограмм у людей пожилого возраста без видимой патологии. Исследованы объекты с левовенечным (ЛВВВА), правовенечным (ПВВВА) и равномерным (РВВВА) вариантами ветвления венечных артерий, по три сердца при каждом варианте.

Морфометрические измерения проводились с помощью специальной компьютерной программы (Махаон). Перед началом морфометрических измерений проводилась калибровка. Для

разработки морфо-математических моделей правой венечной артерии и определения морфофункционального параметра использована оригинальная компьютерная программа. Статистическая обработка проведена с использованием программы SPSS 21.0 for Windows. В работе представлены средние величины и средние ошибки ($M \pm m$). Различия при $p < 0,05$ считали статистически значимыми [3].

Результаты и обсуждение. Установлено, что различные варианты ветвлений венечных артерий характеризуются особенностями конструкции артериального русла сердца. Максимальное количество субэпикардиальных разветвлений правая венечная артерия (ПВА) образует при ПВВВА, формируя 7 генераций. Несколько меньше субэпикардиальных делений – 5 выявлено на объектах с ЛВВВА. Тогда как при РВВВА в среднем определено 4 субэпикардиальных ветвления.

Проведен сравнительный анализ одного из важных параметров сосудистого русла – среднего расстояния между ветвлениями в разных топографических отделах органа при различных вариантах ветвления венечных артерий.

Наибольшее среднее расстояние между ветвлениями ПВА определено при РВВВА на всей территории васкуляризации субэпикардиальных ветвей и в начальной трети правой половины венечной борозды. Преобладание его значений на объектах с ПВВВА установлено в конечной трети правой половины венечной борозды, а превалирование данного параметра при ЛВВВА – в её средней трети.

В пределах начальной трети правой половины венечной борозды самое длинное расстояние между ветвлениями выявлено при РВВВА и достигает $72,50 \pm 0,78$ мм, достоверно превышая данный параметр на объектах с ПВВВА ($44,62 \pm 0,47$ мм) и ЛВВВА ($32,04 \pm 0,40$ мм).

На протяжении средней трети правой половины венечной борозды, напротив, при РВВВА среднее расстояние между ветвлениями достигает $89,01 \pm 0,84$ мм, что достоверно меньше его значений при ЛВВВА и ПВВВА, составляющих соответственно $113,31 \pm 1,40$ мм и $98,49 \pm 0,84$ мм.

В конечной трети правой половины венечной борозды среднее расстояние между делениями ПВА при ПВВВА достоверно больше, чем при РВВВА, достигая соответственно $174,61 \pm 3,10$ мм и $98,60 \pm 0,96$ мм. На большинстве объектов с ЛВВВА в данной топографической области генераций ПВА не выявлено.

На всей территории васкуляризации субэпикардиальных ветвей ПВА среднее расстояние между ветвлениями составляет $130,01 \pm 2,80$ мм, что в 1,4 раза больше, чем при ПВВВА ($92,67 \pm 0,91$ мм) и в 2,2 раза длиннее данного параметра на объектах с ЛВВВА ($60,41 \pm 0,65$ мм).

Сравнительный анализ показал, что максимальное среднее расстояние между ветвлениями ($174,61 \pm 3,10$ мм) выявлено при ПВВВА в конечной трети правой половины венечной борозды, а минимальное ($32,04 \pm 0,40$ мм) – в её начальной трети при ЛВВВА.

Полученные нами сведения более объективно характеризуют конструкцию артериального русла по сравнению с данными других ученых. Так, Р.В. Басий с соавт. (2016) фиксировали длину кратчайшего расстояния между двумя ветвлениями коронарных артерий, отмечая, что наиболее часто встречалась длина равная 2,5 мм [1].

Закключение. Параметры, установленные в ходе настоящего исследования демонстрируют особенности ангиоархитектоники артериального русла сердца у людей пожилого возраста без нарушения коронарного кровообращения с учетом варианта ветвлений венечных артерий и топографии сосудов. Представленные особенности сердец в норме могут служить эталоном при выборе сосудистых протезов во время оперативного вмешательства.

Список литературы.

1. Басий, Р. В. Аналитическая анатомия внутриорганного артериального русла сердца в соответствии с сегментарной моделью его строения / Р. В. Басий, Ю. В. Довгялло, А. В. Зайцева // Знание. – 2016. – № 4-2 (33). – С. 113-118.
2. Бокерия, Л. А. Сердечно-сосудистая хирургия – 2014. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Л. А. Бокерия, Р. Г. Гудкова. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2015. – 228 с.
3. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.
4. Go, A. S. Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association / A. S. Go, D. Mozaffarian, V. L. Roger [et al.] – Circulation. – 2014. – Vol. 129(3). – P. e28-e292. doi: 10.1161/01.cir.0000441139.02102.80.

МОДЕЛИРОВАНИЕ В ПРЕПОДАВАНИИ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА КАФЕДРЕ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

Добразова Д.А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С.Н. Куликов
Уральский государственный медицинский университет**

Изучение нервной системы нередко представляет большую сложность для студентов, обучающихся в медицинском вузе. В том числе, одной из трудноусваиваемых тем является строение проводящих путей центральной нервной системы. В настоящее время при подготовке к занятиям студенты все больше обращаются к интерактивным методам обучения на основе электронных учебных ресурсов и дистанционных образовательных технологий, что позволяет им визуализировать изучаемый материал. На практических же занятиях не всегда удается в полной мере проиллюстрировать обсуждаемую тему. Это может быть связано с недостаточным техническим оснащением кафедры или с малым количеством учебных влажных препаратов. Вследствие этого студенты недостаточно хорошо усваивают информацию, которая обсуждалась на практическом занятии, и, зачастую, им приходится заново разбирать данную тему самостоятельно. На наш взгляд, для лучшего усвоения студентами информации на практических занятиях стоит использовать различные дополнительные методы визуализации учебного материала, в том числе и модели проводящих путей центральной нервной системы при изучении соответствующей темы. Цель нашего исследования - показать необходимость применения моделирования в преподавании проводящих путей центральной нервной системы на кафедре Анатомии человека в медицинском вузе для повышения успеваемости студентов I-II курсов.

Материалы и методы

Материалами исследования являются модели проводящих путей центральной нервной системы, изготовленные студентами I-II курсов УГМУ и представленные на кафедре Анатомии человека. Помимо этого, при написании данной работы также была изучена литература по соответствующей теме. В качестве методов исследования были использованы описание, анализ и обобщение.

Результаты и обсуждение

Нормальная анатомия человека является фундаментальной морфологической наукой о теле человека, его частях и областях, о системах органов и строении отдельных органов. История анатомии берет свое начало еще за тысячу лет до нашей эры, когда стали появляться первые письменные упоминания о частях тела и внутренних органах человека. Развивался интерес к строению человеческого тела в Индии, Китае, Древней Греции, а впоследствии и в Средневековой Европе. Однако все это представляло собой лишь теоретические аспекты данного предмета. Наглядная анатомия начала свое развитие с появлением анатомического рисунка в XV веке (именно тогда католическая церковь дала свое согласие на вскрытие трупов) [1]. С этого времени анатомия человека из теоретической науки постепенно превратилась в практическую дисциплину. В настоящее время нормальная анатомия человека является обязательным предметом для студентов медицинских вузов. Преподаваемая учащимся на самых ранних этапах их обучения (I-II курсы), она закладывает основные знания о нормальном строении тела человека и создает базу для изучения студентами дальнейших клинических дисциплин. Объем материала, включенного в курс изучения нормальной анатомии человека достаточно большой. Студентам же, только поступившим в медицинский университет, подчас бывает сложно охватить так много информации. Кроме того, при подготовке к занятиям и на самих семинарах иногда не хватает материала для визуализации изучаемой темы. В связи с этим студенты теряют мотивацию и желание добросовестно изучать данную дисциплину. На наш взгляд, одним из решений данной проблемы может быть использование моделирования на занятиях по анатомии человека. В частности, студентами УГМУ были изготовлены деревянные модели проводящих путей нервной системы человека, которые размещены в учебных комнатах кафедры. Они визуализируют срезы различных отделов нервной системы человека, через которые натянуты проволоки или нити (иллюстрируют ход нервов). Также на кафедре используются другие модели (к примеру, модели хрящей гортани), что повышает наглядность и качество учебного процесса [2]. Нами было отмечено, что студенты нередко обращаются к данным моделям при подготовке к практическим занятиям. Помимо этого, перечисленные модели позволяют учащимся визуализировать материал при ответе на соответствующие экзаменационные вопросы.

Заключение.

Нормальная анатомия человека является фундаментальной медико-биологической дисциплиной, в связи с чем преподается в медицинском вузе на первых двух курсах. В то же время студенты не всегда осознают значимость данной дисциплины и недостаточно добросовестно относятся к ее изучению. Это может быть связано с большим объемом информации, а также с недостатком иллюстративного материала на практических занятиях. Одним из решений данной проблемы может быть использование различных моделей на семинарах по анатомии и при подготовке к ним. Отмечается, что метод моделирования помогает студентам лучше усваивать изучаемый материал и повышает качество учебного процесса.

Список литературы.

1. История анатомических иллюстраций. [Электронный ресурс]: Режим доступа: // <https://doctor-maslov.ru/blog/istoriya-anatomicheskix-illyustracij/> (дата обращения: 01.11.2018);
2. Сайлер А.С. Анатомическое моделирование как метод интерактивного обучения / П.В. Ивачев с соавт. // Инновации в обучении и воспитании: траектория развития педагогических технологий кафедры анатомии человека. – МЗ РФ; ФГБОУВО «Уральский государственный медицинский университет». – Екатеринбург, 2017. – С. 97-99.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЕТЕНЦИИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА

Загалова М.Х.

Научные руководители: Копылов А.В., Берлай М.В.

ГКУ "Республиканское Бюро Судебно-Медической Экспертизы" г. Грозный

В соответствии со статьей 57 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, эксперт - это лицо, обладающее специальными знаниями, и назначенное в порядке установленным настоящим кодексом для производства судебной экспертизы и дачи заключения. Компетенцией судебно-медицинского эксперта являются вопросы медицинского и биологического характера. Основными из них являются определения причины смерти; характера и степени причиненного вреда здоровью; физическое состояние и возраст подозреваемого, обвиняемого и потерпевшего. Судебно-медицинский эксперт не должен решать вопросы: правового характера, определения умысла, установления психического заболевания и вменяемости, установления рода смерти.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 8 судебно-медицинских экспертиз по материалам дел ГБУЗ Ставропольского края "Краевое Бюро судебно-медицинских экспертиз".

Результаты и обсуждения: в 8 анализируемых судебно-медицинских экспертизах (61,5%) в постановлении о назначении экспертизы присутствовал вопрос об определении признаков борьбы и самообороны. Необходимо отметить, что эти понятия являются юридическими и в судебной медицине не существует их морфологических критериев.

Заключение. Компетенция судебно-медицинского эксперта ограничивается решением вопросов медицинского и биологического характера. Усиление преемственности органов и судебно-медицинской службы позволит избежать правовых казусов при формировании вопросов следователями в постановлениях о назначении судебно-медицинских экспертиз.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Зеленина Н.А.

Научные руководители: А.В. Копылов, М.В. Берлай

Ставропольский государственный медицинский университет

Анализ судебно-медицинской практики показывает, что в последние годы значительно усилен прокурорский надзор и активизирована деятельность следователей Следственного Комитета РФ по изучению всех обстоятельств в случаях детской смертности. Производство проверочных мероприятий проводится в отношении всех детей, независимо от наличия или

отсутствия врождённого, инвалидизирующего заболевания, в том числе и при детском церебральном параличе.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – не прогрессирующее резидуальное заболевание головного мозга, обусловленное поражением его различных отделов и сопровождающееся двигательными нарушениями [1]. В структуре причин этого заболевания выделяют пренатальные, натальные и постнатальные факторы. Ведущими из них считают пренатальные факторы, к которым относятся инфекционные заболевания плода. Среди натальных причин ДЦП выделяют патологию плаценты или пуповины, обвитие пуповиной, слабость родовой деятельности, преждевременные роды. В постнатальном периоде факторами риска развития ДЦП могут быть черепно-мозговые травмы ребёнка, инфекции с развитием менингита и энцефалита, в редких случаях механическая асфиксия (удушение, утопление). В литературе активно обсуждается влияние генетического фактора в развитии ДЦП [2, 4].

В результате воздействия вышеперечисленных факторов в головном мозге происходит разрастание нейроглии и дегенерация нейронов, поражаются глубокие слои коры, белое вещество и сосуды. В клинике у ребенка с формирующимся ДЦП на первый план выступают резко усиленные тонические лабиринтные рефлексy, при которых сохраняется «эмбриональная» поза, задерживается развитие разгибательных движений, цепных симметричных и установочных рефлексов тела. При выраженном неврологическом дефиците ребенок не овладевает навыками ходьбы, самообслуживания, манипулятивной деятельности, отмечаются отклонения в развитии психики в виде задержки познавательной деятельности [3].

Особенности патоморфологических изменений в головном мозге позволяют выявить сущность патогенеза, морфогенеза и морфологию тяжелой патологии нервной ткани. Данное обстоятельство определяет актуальность существующей проблемы.

Цель исследования: определить патоморфологические изменения головного мозга при детском церебральном параличе.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ семи судебно-медицинских экспертиз в случаях смерти детей с детским церебральным параличом, изучение гистологического архива судебно-гистологического отделения ГБУЗ Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинских экспертиз» с микрофотографированием.

Результаты и обсуждение. Анализ 7-ми судебно-медицинских вскрытий детей с диагнозом ДЦП показал, что во всех анализируемых аутопсиях (100%) отмечался отёк мягких мозговых оболочек с уплощением извилин и неравномерным сужением борозд, участки фиброза мягких мозговых оболочек. В 3 случаях (42,8%) определялась микрогирия затылочной доли, а в 2 случаях (28,6%) – височной доли больших полушарий.

На разрезе ткань мозга имела хорошо различимую границу между серым и белым веществом. Серое вещество равномерно истончено в 4 случаях (57,1%), в 2-х наблюдениях (28,6%) выраженное уменьшение толщины серого вещества отмечено в височных долях, в 1-м (14,3%) – в затылочных долях. Желудочки мозга несколько расширены, причём в 6 случаях (85,7%) наблюдалась равномерное расширение передних и задних рогов боковых желудочков. В одном из случаев (14,3%), где ДЦП развился вследствие постнатальной черепно-мозговой травмы, передние рога больших полушарий были значительно сужены, спавшиеся, тогда как задние значительно расширены. Во всех анализируемых аутопсиях боковые желудочки содержали несколько повышенное количество светло-жёлтой прозрачной жидкости. Сосудистые сплетения мозга тонкие и спавшиеся.

В веществе мозга больших полушарий и подкорковых структурах определялся выраженный отёк с расширением периваскулярных и перичеллюлярных пространств, вплоть до явлений энцефалолиза. Обнаружены патологические изменения сосудов вещества мозга – утолщение и фиброз с пролиферацией клеток эндотелия, фокусы ангиоматоза. В 4 случаях (57,1%), в субэпендимарной области боковых желудочков мозга отмечены полосы глиальной пролиферации, мелкие кисты без содержимого – явления ложной порэнцефалии. В одной из аутопсий, в подкорковых слоях выявлены диффузно рассеянные микрокальцинаты в виде крупнозернистых синеватых масс. Следует отметить, что микрокальцинаты в подкорковых структурах мозга, могут являться последствием внутриутробно перенесённой инфекции, вероятно, токсоплазменной.

Выводы.

1. Для макроскопических изменений головного мозга при ДЦП характерны участки микрогирии больших полушарий, расширения боковых желудочков мозга, истончения серого вещества коры.

2. В веществе и оболочках головного мозга при ДЦП сочетаются и имеют диффузный характер атрофические, дистрофические и склеротические изменения.

3. При микроскопическом исследовании нейроны коры атрофичны, расположены хаотично на фоне диффузной и/или мелкоочаговой глиальной пролиферации.

4. Патоморфологические изменения головного мозга затрагивают субэпендимарную область расширенных боковых желудочков с полосами глиальной пролиферации, перивентрикулярными кистами и, в отдельных случаях, микрокальцинатами. Патологические изменения перивентрикулярной области обуславливают наиболее тяжело протекающие формы ДЦП (спастический тетрапарез, спастико-гиперкинетическая и гиперкинетическая формы).

Список литературы.

1. Бадалян, Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М., 2016. - С. 380-443.
2. Осокин, В. В. Детский церебральный паралич. / В.В. Осокин. - Иркутск, 2010. - С.10-38.
3. Artykova, M. A. Morphological changes in children with cerebral palsy with symptomatic epilepsy / M. A. Artykova // European science review. - 2016. - №4. - P. 49-51.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ СЕРДЦА

Кайдаш К.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Долгашова М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В течение долгих лет в научном и медицинском сообществах проводятся исследования по изучению строения сосудов сердца. Данные исследования помогут узнать принцип работы сердечнососудистой системы, причины патологий и найти способы лечения.

Цель исследования. Изучить структурно-функциональную организацию артерий сердца. Материалы и методы. Изучение русскоязычных источников литературы, гистологических препаратов.

Результаты и обсуждения. Сердце и сосуды относятся к системам, которые функционируют не периодически, а постоянно, поэтому чаще, чем другие системы подвержены патологическим процессам.

Венечные артерии отходят от аорты. Аорта относится к артериям эластического типа. Венечные артерии имеют плотный эластический каркас, в котором четко выделяются внутренняя и наружная эластические мембраны. Гладкие мышечные клетки в артериях обнаруживаются в виде продольных пучков во внутренней и наружной оболочках. В основании клапанов сердца кровеносные сосуды у места прикрепления створок разветвляются на капилляры. Кровь из капилляров собирается в коронарные вены, впадающие в правое предсердие или венозный синус. Проводящая система обильно снабжена кровеносными сосудами.

Замыкающие артерии. Существование и развитие замыкающих артерий в сердце при врожденных пороках с их резкими нарушениями гемодинамики играет не последнюю роль в регуляции венечного кровообращения порочного сердца, поскольку при возникшем застойном полнокровии избыточное количество крови может удаляться из миокарда сокращениями мощных стенок замыкающих артерий через устья тебезиевых сосудов прямо в полости сердца.

В результате работ А. В. Рывкинда (1948—1959) известно, что в стенке замыкающей артерии имеется слой мышц, могущий при сокращении полностью суживать просвет сосуда. Замыкающие артерии являются тонко специализированными частями артериальной системы, включенными по ходу артерий мышечного типа, и сообщаются с близлежащими венами, образуя артерио-венозные анастомозы. Несомненна роль замыкающих артерий в регуляции местного кровообращения.

Закключение. Перед современной наукой стоит важнейшая задача по изучению строения сосудов сердца. Ведь знание строения стенки различных сосудов и сердца необходимо для понимания функций сердечно-сосудистой системы и возможных повреждений при заболеваниях. Эти знания необходимы также для понимания гемодинамических особенностей сердечно-сосудистой системы различного возраста.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ КУРЕНИИ НИКОТИНОВЫХ И БЕЗНИКОТИНОВЫХ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ

Кондратьева Е.В., Баясхаланова Ц.Б., Матвеевская Д.А.

Научные руководители: к.м.н, доцент Обыденко В.И., к.м.н. Баранчугова Л.М.

Читинская государственная медицинская академия

На сегодняшний день существуют различные гаджеты, без которых невозможно представить жизнь современного человека. Вопреки всему, плоды технических достижений могут идти не только на пользу, но и во вред развивающемуся человечеству. [3] Так, например, наряду со смартфонами и планшетами, стремительно набирают популярность «е-сигареты», которые со стороны производителей, позиционируются, как альтернатива обычным сигаретам или безопасный способ постепенного отказа от табачных сигарет. Однако вызывает интерес феномена появления безникотинового вейпа, который считается еще более безопасным и является модной безвредной привычкой. При этом клинических исследований, по его изучению, проведено мало. [1]

Целью исследования явился сравнительный анализ влияния никотиновой и безникотиновой жидкости для вейпов на поведенческие реакции и морфологию ряда органов у экспериментальных животных.

Материалы и методы. Эксперимент проводился в течение 4 месяцев на 30 крысах-самцах, в возрасте 6 месяцев. В ходе эксперимента животных разделили на 3 группы по 10 крыс в каждой: первая группа находилась под воздействием «опаривания» электронными сигаретами с безникотиновой жидкостью, вторая группа - с никотиновой жидкостью, третья группа – контрольные животные. Экспериментальные животные 1-ой и 2-ой групп находились в помещениях площадью 20 м², где 5 раз в сутки подвергались воздействию электронных сигарет исследуемых видов по 20 минут. При «опаривании» животных 1-ой группы была применена жидкость для вейпа на пропиленгликоль-глицериновой основе, а во 2-ой группе использовалась жидкость для вейпа на пропиленгликоль-глицериновой основе с никотином в дозировке 0,2 мг/мл. Расход жидкости на один сеанс 1,0 мл.

Для изучения поведенческих реакций животных подвергали тестам принудительного плавания, «открытому полю».

Забор материала для гистологического исследования осуществлялся под хлороформным наркозом с соблюдением всех правил работы с лабораторными животными. В качестве исследуемого материала использовались семенники, селезенка, легкие, печень и почки экспериментальных животных. Осуществлялась стандартная проводка и заливка в парафин исследуемых органов. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином и исследовались с применением программного обеспечения МЕКОС.

Статистическая обработка проводилась с применением критерия U по Манна-Уитни. Достоверность р1-сравнение 1-ой группы с контролем, р2-сравнение 2-ой группы с контролем, р3-сравнение 1-ой со 2-ой группой.

Результаты. При проведении теста принудительного плавания в первой группе не было статистически значимых изменений по сравнению с данными контрольной группы. Во второй группе, напротив, в начале эксперимента замечено статистически значимое увеличение длительности плавания (U_1 критерий=3,5 при $p_1>0,05$). Однако в конце эксперимента получено значительное уменьшение длительности плавания до 30 сек. (U_2 -критерий=0 при $p_2>0,05$).

В тесте «открытого поля» 1-ая группа в конце эксперимента показала некоторое снижение двигательной активности ($U_1=20$, $p_1>0,05$). Животные 2-ой группы показали выраженное уменьшение двигательной активности по сравнению с контролем и первой группой. В конце эксперимента крысы 2-ой группы стали терять шерсть, вели себя апатично и заторможено.

При гистологическом исследовании во всех изучаемых органах были обнаружены изменения морфологической структуры.

В паренхиме селезенки животных первой группы наряду с округлыми фолликулами, правильной формы, встречались сливающиеся в конгломераты фолликулы. Центры размножения сохранены, периартериальные зоны содержали 14-15 рядов Т-лимфоцитов (в норме 18-19 рядов). Во второй группе лимфоидные фолликулы были значительно видоизменены и имели гантелеобразную форму, либо вид ветвящихся тяжей, что говорит о развитии реактивной гиперплазии.

В семенниках животных 1-ой группы значительных морфологических изменений не обнаружено, однако обратило на себя внимание уменьшение количества зрелых форм сперматозоидов. У животных 2-ой группы в извитых семенных канальцах отмечалось нарушение сперматогенеза: происходило отторжение сперматогенного эпителия, повреждение клеток Сертоли, хотя сперматогонии и сперматоциты первого порядка сохранялись.

При изучении гистологических препаратов легких у животных обеих экспериментальных групп были обнаружены участки ателектаза и на их фоне эмфизематозные изменения, однако эти изменения носили более выраженный характер во второй группе. В обеих группах мелкие бронхи заполнены слизью, закрывающей просвет. В подслизистой основе средних и мелких бронхов – лимфоидная инфильтрация, более выраженная во второй группе.

В почках животных 1-ой группы выявлено расширение просвета капсулы Шумлянско-Боумана. Были видны поврежденные почечные тельца, разрушенный эпителий проксимальных канальцев, содержащий вакуоли в апикальных частях клеток. Во 2-ой группе животных наблюдали сморщивание почечных телец, расширение просвета капсулы нефрона, повреждение эпителия проксимальных почечных канальцев.

У животных 1-ой группы в печени размеры синусных капилляров были увеличены. Гепатоциты в цитоплазме имели единичные капли жира. Видны митозы гепатоцитов по периферии долек. У животных второй экспериментальной группы также отмечалось расширение синусных капилляров, выявлялись очаги кровоизлияния, в ряде гепатоцитов – липидные включения.

Вывод. Сравнительный анализ гистологических изменений при воздействии электронных сигарет, содержащих никотиновую и безникотиновую жидкости показал, что наиболее выраженные изменения поведенческих реакций отмечались у животных, подвергнутых «опариванию» никотинового вейпа. Кроме того, их курение приводит к изменению морфологии внутренних органов, что позволяет нам сделать вывод о нарушении их функций.

Список литературы:

1. Антонов Н. С. и др. Электронные сигареты: оценка безопасности и рисков для здоровья //Пульмонология. – 2014. – №. 3. – С. 122-127.

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИНТРАМУРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ВЕТВИ У ЛЮДЕЙ II-ГО ПЕРИОДА ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Кузмин И.С., Нейжмак Н.В., Скоробогач Е.И.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор А.А. Коробкеев
Ставропольский государственный медицинский университет**

Изучение интрамуральных отделов основных ветвей венечных артерий, расположенных под так называемыми «мышечными мостиками» (ММ) объясняется рядом причин. Во-первых, внутрисстеночные участки коронарных артерий находятся в иных гемодинамических условиях, подвергаясь постоянному систолическому давлению со стороны миокарда желудочков, по сравнению с их отделами, залегающими экстрамурально. Поэтому общепринятые методы лечения ишемической болезни сердца, заключающиеся в воздействии на сосудистую стенку вряд ли окажут положительный эффект на сосуды расположенные интрамиокардиально [2,3,5].

Кроме того, аномально расположенные ветви коронарных артерий включающие их интрамуральное расположение – одна из основных причин внезапной сердечной смерти в детском и юношеском возрасте [1,4].

Цель исследования – установить параметры интрамуральных отделов передней межжелудочковой ветви у людей II-го периода зрелого возраста при различных вариантах ветвления венечных артерий в систолу и диастолу желудочков.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 30 коронарографий людей в возрасте от 36 до 60 лет обоего пола, взятых из архива отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ СК СККБ.

Результаты. Установлено, что при левовенечном варианте ветвления венечных артерий протяженность ММ (Лмм) составила $15,4 \pm 0,2$ мм. Максимальные значения его длины при данном варианте ветвлений – $24,5 \pm 0,3$ мм. На протяжении верхней трети ММ максимальные значения диаметра сосуда расположенного под ним в диастолу желудочков ($d_{\max} Di$) – $3,2 \pm 0,3$ мм. Во время систолы желудочков (Si) минимальные значения параметров исследуемых сосудов ($d_{\min} Si$) составили $1,6 \pm 0,2$ мм, а систолическое сужение (Sc) – $50,3 \pm 0,1\%$. В средней трети ММ $d_{\max} Di$ составил $2,7 \pm 0,2$ мм, а $d_{\min} Si$ – $1,2 \pm 0,1$ мм. Показатели Sc достигают $57,6 \pm 0,2\%$. В нижней трети ММ $d_{\max} Di$ составил $2,5 \pm 0,2$ мм. Минимальные значения $d_{\min} Si$ – $1,3 \pm 0,3$ мм, а Sc на данном уровне составило $49,4 \pm 0,1\%$.

При правовенечном варианте ветвления венечных артерий средние значения Лмм – $30,0 \pm 0,4$ мм, с максимальными показателями достигающими $50,2 \pm 0,3$ мм. В верхней трети ММ $d_{\max} Di$ составил $3,8 \pm 0,2$ мм, а $d_{\min} Si$ $1,4 \pm 0,2$ мм. При этом Sc увеличилось до $64,0 \pm 0,3\%$.

В средней трети ММ $d_{\max} Di$ практически не изменяется, составляя $3,2 \pm 0,1$ мм, $d_{\min} Si$ – $0,9 \pm 0,1\%$, а Sc – $71,3 \pm 0,2\%$. В нижней трети ММ $d_{\max} Di$ достигает $3,5 \pm 0,1$ мм, а $d_{\min} Si$ – $1,2 \pm 0,2$ мм. Sc установлено на уровне $65,2 \pm 0,1\%$.

При равномерном варианте ветвления венечной артерии Лмм составила $2,2 \pm 0,2$ мм, с максимальными значениями достигающими $4,1 \pm 0,2$ мм. В верхней трети ММ $d_{\max} Di$ – $3,2 \pm 0,3$ мм, а $d_{\min} Si$ $1,7 \pm 0,3$ мм, Sc достигает $47,3 \pm 0,2\%$. В средней трети ММ $d_{\max} Di$ несколько уменьшается до $2,7 \pm 0,2$ мм, а $d_{\min} Si$ – до $1,3 \pm 0,1$ мм, Sc составило $49,6 \pm 0,2\%$. В нижней трети ММ $d_{\max} Di$ продолжает уменьшаться до $2,5 \pm 0,3$ мм, а $d_{\min} Si$ незначительно увеличивается до $1,51 \pm 0,1$ мм. Sc составило $40,1 \pm 0,2\%$.

Выводы. Таким образом, при трех изученных вариантах ветвления венечных артерий выявлено преобладание $d_{\max} Di$ в верхней трети ММ при правовенечном варианте, по сравнению с левовенечным и равномерным, где также определяется максимальное Sc . Минимальные параметры $d_{\min} Si$ также установлены при правовенечном варианте, а минимальные данные Sc при равномерном варианте в нижней трети ММ, по сравнению с правовенечным и левовенечным вариантами.

Список литературы.

1. Бокерия, Л. А. Ангиографическая диагностика миокардиальных мышечных мостиков / Л. А. Бокерия, Б. Г. Алесян, О. Л. Бокерия, А. А. Можина, И. В. Тетвадзе // Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2011. Т.2, № 1. С. 101–110.
2. Сибирский медицинский журнал. 2014, т. 29, № 3. С. 98 – 101.
3. Нечаев, Г. И. Интрамуральный ход коронарных артерий: обзор литературы и клиническое наблюдение / Г. И. Нечаев, И. В. Друк, Ю. В. Терещенко, М. И. Шупина, Е. Н. Логинова, Е. В. Недей // Лечащий врач. – 2018. – №2. – С. 10–13.
4. Ishikawa, Y. Anatomic properties of myocardial bridge predisposing to myocardial infarction / Y. Ishikawa, Y. Akasaka, K. Suzuki et al. // Circulation. – 2009. – Vol.120. – P.376 – 383.
5. Möhlenkamp S., Hort W., Ge J., Erbel R. Update on Myocardial Bridging //Circulation. 2001;106:2616 – 2622.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ РАСЧЛЕНЕНИИ ТРУПА

Кумукова А.К., Луценко Д.П.

Научные руководители: доцент Копылов А.В., ассистент Берлай М.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Судебно-медицинские экспертизы расчленённых трупов редки в практике и мало освещены в специальной литературе. Данный вид судебно-медицинских исследований отличается трудностями поиска экспертной информации, сложностью оценки выявленных повреждений и изменений, значительной трудоёмкостью [1].

Посмертное расчленение производят для более удобной и незаметной транспортировки частей трупа с места происшествия, преследуя цель скрыть преступление. Труп иногда

расчленяют рубящими предметами или распиливают, в основном используют колюще-режущие предметы (ножи различного предназначения). При проведении судебно-медицинских экспертиз расчленённого трупа определяют видовую принадлежность фрагментов (человек или животное), принадлежность останков одному или нескольким лицам, пол, антропометрические показатели (рост, окружность головы и грудной клетки, длину стопы), причину смерти, характер и механизм телесных повреждений, прижизненность и посмертность повреждений, давность наступления смерти, орудие расчленения[2, 3].

Цель исследования: определить морфологические особенности посмертных повреждений при расчленении трупа.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ двух судебно-медицинских (медико-криминалистических) экспертиз расчленённых трупов, выполненных ГБУЗ СК «Краевое Бюро судебно-медицинских экспертиз».

Результаты и обсуждение. На судебно-медицинское исследование части расчленённых тел были представлены разрозненными фрагментами в нескольких полиэтиленовых пакетах. На местах происшествий части тела были обнаружены в разное время (в период от нескольких дней до двух недель), при этом отдельные внутренние органы и фрагменты мягких тканей отсутствовали.

В ходе экспертиз было выполнено фотографирование, тщательный осмотр и описание частей тела, одежды или её остатков. Фрагменты тела были разложены на секционном столе в порядке «голова, туловище, конечности», в соответствии с анатомическим строением. Суставы конечностей сопоставлены между собой.

В первом случае – это были фрагменты трупа мужчины, во втором – женщины. Для установления прижизненного роста в анализируемых судебно-медицинских экспертизах производилось измерение длинных трубчатых костей (бедренной, большеберцовой, малоберцовой, плечевой, лучевой и локтевой). Полученные значения заносились в специальную компьютерную программу «Установление прижизненного роста по длинным трубчатым костям», которые различны для мужчин и женщин.

Причиной смерти мужчины явилась закрытая черепно-мозговая травма, сопровождавшаяся тяжелым ушибом оболочек и вещества головного мозга, в виде субдурального, субарахноидальных и контузионных кровоизлияний, осложнившиеся развитием отека головного мозга и вклиниванием его в большое затылочное отверстие. Указанная закрытая черепно-мозговая травма возникла в результате нанесения неоднократных ударов твердыми тупыми предметами с ограниченной травмирующей поверхностью.

Причиной смерти женщины явились множественные проникающие колото-резаные раны груди, живота, тазовой области и шеи, осложнившиеся развитием обильного внутреннего и наружного кровотечения. При проведении судебно-медицинской экспертизы было установлено, что в предоставленных на исследования частях тела отсутствуют отдельные фрагменты тканей, что свидетельствует об умышленном и целенаправленном удалении их с целью сокрытия следов повреждений – колото-резаных ран.

В исследуемых наблюдениях расчленение тел было произведено посмертно, о чем достоверно свидетельствуют данные вскрытия и судебно-гистологического исследования: отсутствие кровоизлияний в мягких тканях в местах расчленения тела, конечностей и головы, отсутствие сокращения мышечных волокон из мест отчленения. В ходе медико-криминалистических экспертиз было установлено, что лица, производившие данную манипуляцию, имели познания в области секционной техники, обладали определенными профессиональными навыками и, возможно, имели познания в области анатомии человека, могли иметь медицинское или ветеринарное образование, быть охотниками или лицами, чья работа связана с разделкой туш животных (мясник). Следует отметить, что расчленение тела человека было выполнено по суставам, без использования пил, топоров, мачете и других-каких либо инструментов, обладающих пилящими и рубящими свойствами.

Закключение. Посмертное расчленение трупа, как правило, преследует цель скрыть преступление. К морфологическим особенностям посмертных повреждений следует отнести отсутствие кровоизлияний и мышечных сокращений в мягких тканях из области расчленений, достоверно подтверждённых при вскрытии трупа и гистологическом исследовании. При проведении судебно-медицинских экспертиз расчленённых трупов можно установить причину смерти потерпевшего, характер и механизм прижизненных и посмертных телесных повреждений, по способу расчленения определить профессиональные знания в области анатомии человека или

ветеринарии, а также ответить на многие другие вопросы, необходимые для расследования особо тяжких преступлений. При проведении следственных мероприятий необходимо установление психического состояния лиц, выполнявших данные манипуляции.

Список литературы.

1. Томилин, В.В. Медико-криминалистическая идентификация. Настольная книга судебно-медицинского эксперта / В.В. Томилин. - М., 2000. - С.157-172.
2. Delabarde, T. Missing in Amazonian Jungle: A Case Report of Skeletal Evidence for Dismemberment / T. Delabarde, B. Ludes // J. Forensic Sci. - 2010. - Vol. 55. - No. 4. - P. 1105-1110.
3. Dogan, K.H. Decapitation and Dismemberment of the Corpse: A Matricide Case / K.H. Dogan, S. Demirci, I. Deniz, Z. Erkol // J. Forensic. Sci. - 2010. - Vol. 55. - No 2. - P. 542-545.

**ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКОВ: АНАЛИЗ ТРЕХЛЕТНЕЙ БАЗЫ ДАННЫХ
ЛАБОРАТОРИИ ИММУНОГИСТОХИМИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

Курбанова А.Р., Аминова Д.М.

Казанский государственный медицинский университет

Надпочечник отвечает за важные процессы в организме, производя большое количество жизненно необходимых гормонов. Одной из наиболее значимых патологий этого органа являются новообразования, а, благодаря широкой доступности УЗИ и компьютерной томографии в современном мире, опухоли надпочечника стали обнаруживаться все чаще.

Поэтому целью нашего исследования стало изучение структуры заболеваемости опухолями надпочечников, выявление тенденций и закономерностей развития данной патологии.

Материалы и методы. За 2014-2016 года на базе лаборатории иммуногистохимии РКОД МЗ РТ было диагностировано 75 случаев опухолей надпочечников (из них 38 мужчин – 51% и 36 женщин – 49%). Верификация опухолей проводилась гистологически и иммуногистохимически.

Результаты. Больные разделены на возрастные группы: менее 10 лет – 9 случаев (12%), от 10 до 25 лет – 2 случая (2%), от 25 до 44 лет – 15 случаев (20%), от 44 до 60 лет – 28 случаев (37%), от 60 до 75 – 22 случая (29%).

Наиболее часто встречался рак коры надпочечника – 34%, феохромоцитома – 23%, кортикальная аденома – 27%, нейробластома – 11%, ганглиоцитома – 2%, ганглионейробластома – 3% случаев.

Первичные опухоли надпочечника отмечены в 84% случаев, метастазы в надпочечник – 9%, метастаз из надпочечника – 7%.

Выводы. Таким образом, наиболее часто наблюдаются опухоли в самом надпочечнике (84% всех случаев). Чаще всего встречается самый злокачественный вариант опухолей этого органа - рак коры надпочечника (34%), реже наблюдаются доброкачественные опухоли - кортикальная аденома (27%) и феохромоцитома (23%). Надпочечник у женщин и мужчин поражается практически одинаково (49% и 51% соответственно). Возрастная категория старше 40 лет является наиболее уязвимой к опухолям надпочечника (от 44 до 60 лет – 28 случаев (37%), от 60 до 75 – 22 случая (29%). Этиология и патогенез таких опухолей изучаются.

Список литературы:

1. Патофизиология: учебник / Литвицкий П.Ф. - 4-е изд., - 2009. - 496 с.
2. Черненко С.М. Артериальная гипертензия и опухоли надпочечников// 100 избранных лекций по эндокринологии. —Харьков, 2009. — С. 925-933.
3. Loannis Ilias, Karel Pacak. A clinical overview of pheochromocytomas/paragangliomas and carcinoid tumors. Nucl Med Biol 2008; 35: 1-15.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Лаврентьев Я.В., Зыбинский И.А.

Научные руководители: Копылов А.В., Берлай М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Исследование субдуральных гематом является одним из важных аспектов судебно-медицинской практики. Наиболее часто они являются следствием черепно-мозговой травмы, реже имеют нетравматическое происхождение. Особое место в судебно-медицинской работе занимает изучение хронических субдуральных гематом (ХСГ), которые представляют собой инкапсулированные объемные кровоизлияния, располагающиеся под твердой мозговой оболочкой и вызывающее сдавление головного мозга. Механизм возникновения и давность образования субдуральных гематом вызывают затруднения в работе судебно-медицинских экспертов. В этом заключается актуальность существующей проблемы с теоретической и практической точки зрения.

Цель исследования: определить морфологические особенности строения хронических субдуральных гематом.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ 15 судебно-медицинских экспертиз трупов, непосредственной причиной смерти которых явился отёк головного мозга с вклиниванием в большое затылочное отверстие, вследствие хронической субдуральной гематомы; изучение гистологического архива судебно-гистологического отделения ГБУЗ Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинских экспертиз» с микрофотографированием.

Результаты и обсуждение. Анализ обстоятельств смерти, записей в медицинской документации и результатов судебно-медицинских вскрытий показал, что клинические и эпидемиологические особенности ХСГ отличались в зависимости от травматического и нетравматического происхождения гематом.

Характерным клиническим проявлением травматических ХСГ в 10 исследуемых случаях (66,7%) явилось наличие так называемого «светлого» промежутка - времени после травмы, когда клинические проявления субдуральной гематомы не проявлялись. Обстоятельства получения черепно-мозговой травмы были различными: дорожно-транспортные происшествия (5 случаев), падение (3 наблюдения), бытовая травма (2 эпизода). Средний возраст умерших лиц составил $42 \pm 0,5$ года. При исследовании гендерных показателей в группе травматических ХСГ преобладали мужчины – 7 наблюдений (70%).

В 5 случаях (33,3%) нетравматических ХСГ обнаружение гематомы под твердой мозговой оболочкой явилось посмертной находкой, при этом на аутопсии были выявлены морфологические признаки церебрального атеросклероза, артериальной гипертензии и хронического алкоголизма. Средний возраст умерших составил $63 \pm 0,4$ года. Соотношение мужчин и женщин составило 3:2.

Во всех 15 анализируемых наблюдениях хроническая субдуральная гематома при осмотре представляла собой объемное образование (эластический уплощенный мешок) под твердой мозговой оболочкой с ограничительной капсулой диаметром от 7 до 10 см. Твердая мозговая оболочка над ХСГ обычно имела синеватую окраску и была напряжена. В 12 случаях (80%) гематомы имели однокамерное строение и 3 исследованиях (20%) – многокамерное. Содержимое ХСГ представляло собой бурую жидкость в 6 наблюдениях (40%), в 9-ти случаях (60%) – свертки крови и жидкую кровь.

При микроскопическом исследовании во всех 15 наблюдениях ХСГ имели сформированную капсулу, представленную соединительной тканью с воспалительным инфильтратом. В строении капсулы отмечались разрастания грануляционной ткани, явления ангиогенеза, очаговая лимфоплазматическая инфильтрация с присоединением эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов, пролиферация фибробластов. Структура коллагеновых волокон хорошо прослеживалась при окраске срезов пикрофуксином по Ван Гизону. В капсуле ХСГ в 7 наблюдениях (46,7%) гистохимическое окрашивание срезов по Перлсу показало положительную реакцию на внутри- и внеклеточный железосодержащий пигмент гемосидерина. Содержимое ХСГ было представлено эритроцитами в состоянии гемолиза, среди которых выявлялись нити фибрина, клетки белой крови.

Закключение. Хроническая субдуральная гематома представляет собой результат асептического воспалительного процесса с преобладанием процессов организации и формированием капсулы. Анализ обстоятельств смерти, записей в медицинской документации и

результатов судебно-медицинских вскрытий позволяет определить происхождение ХСГ. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование фрагментов ХСГ способствует диагностике давности образования гематомы. Исследование морфологических особенностей строения ХСГ имеет значение для нейрохирургической практики, может способствовать улучшению диагностики и лечения данной патологии.

Список литературы.

1. Лихтерман, Л. Б. Последствия черепно-мозговой травмы / Л. Б. Лихтерман, А. А. Потапов, В. А. Клевно, А. Д. Кравчук, В. А. Охлопков // «Судебная-медицина». Наука. Практика. Образование. – 2016. – Т.2, №4. – С. 4-20.
2. Castellani, R. J. Symptomatic Acute-on-Chronic Subdural Hematoma: A Clinicopathological Study / R. J. Castellani, G. Mojica-Sanchez, G. Schwartzbauer, D. S. Hersh // Am J. Forensic Med. Pathol. – 2017. – Vol.38, N.2. – P.126-130.
3. D'Abbondanza, J. A. Experimental models of chronic subdural hematoma / J. A. D'Abbondanza, R. Loch Macdonald // Neurol. Res. - 2014. - Vol.36, N.2. - P. 176-188.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ, ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ И ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА БОЛЬШОГО МОЗГА

Лютин Д.С., Комарова М.Н.

Научный руководитель: Шабанова И.Н.

Тверской государственный медицинский университет

Поражение интракраниальных артерий присутствует при многих неврологических расстройствах, возникающих у человека. Знание анатомии кровеносной системы, вариантов ее строения, областей кровоснабжения, ее топографии позволяет врачу точно диагностировать заболевание, составить тактику лечения и провести его. Виллизиев круг в мозговой сосудистой системе был описан более трехсот лет назад английским врачом Т. Уиллисом. Строение этого артериального кольца играет большое значение в условиях патологии, когда определенные отделы нервной ткани испытывают недостаточный приток артериальной крови по причине закупорки или стеноза артерий. В норме даже при аномально развитых сосудах этого круга человек не ощущает имеющихся особенностей ввиду полноценности функционирования других артерий. Целью исследования являлось изучение строения артериального круга большого мозга, его вариантов развития и аномалий у лиц, умерших вследствие острого нарушения мозгового кровообращения.

Материалы и методы: трупный материал, анализ научной литературы, мануальные навыки вскрытия полости черепа с последующим извлечением головного мозга с артериальным кругом и его структурами, математический анализ полученных данных.

Результаты и обсуждение: артериальный круг большого мозга является наиболее важным, постоянно действующим анастомозом между системами внутренних сонных артерий и вертебробазиллярной системой, а также между обеими внутренними сонными артериями, обеспечивающим распределение крови в мозговых полушариях. Благодаря артериальному кругу происходит перераспределение крови, обеспечивающее адекватное кровообращение мозга человека. Однако эта важная функция артериального круга осуществляется не всегда в полной мере.

Имеются работы, где показано, что в основе сосудистых расстройств в головном мозге важное место занимают вариации его артериальной сети. При этом большинство исследований свидетельствует о влиянии вариаций и аномалий артериального круга на регуляцию гемодинамики. Неравномерное распределение тока крови при некоторых вариациях строения артериального круга может привести к возникновению аневризм сосудов, разрыв которых заканчивается таким грозным осложнением как, например, геморрагический инсульт.

Углубившись в проблематику темы, было выяснено, что основными вариантами деления внутренней сонной артерии являются: трифуркация и ложная бифуркация (отходящая от средней мозговой артерии лобно-глазничная артерия). Чаще всего артериальный круг большого мозга отличается от нормального, что выражается в атипичном строении артерий в виде их гипоплазии, полного отсутствия, атипичного отхождения от основного ствола. Варианты артерий, образующих Виллизиев круг: классическое строение (более 75% случаев), гипоплазия, удвоение, утроение,

плексиформное строение, точечное слияние передней мозговой артерии, вертикальная передняя соединительная артерия, раздвоение вилкой вправо, раздвоение вилкой влево, островковое деление. Среди патологических типов удлинения сонных артерий выделяют три разновидности: извитость или дегенеративные изменения (артерии изгибаются и приобретают S-образную форму); перегибы (под острым углом); петли (перегибы образуют кольцо).

При изучении 4 анатомических препаратов головного мозга с артериальным кругом и его структурами были выявлены следующие особенности строения:

1) При внешнем осмотре головного мозга следов патологических процессов не обнаружено на препаратах №2, №3. На препарате №1 обнаружен очаг геморрагического инфаркта с зоной некроза на теменно-затылочной области.

2) Артериальный круг замкнут на всех четырех препаратах: присутствуют как передняя соединительная, так и задние соединительные артерии (левая и правая).

3) Сосуды всех препаратов ветвятся симметрично как с левой и правой стороны относительно а. basillaris, так и с передней и задними частями относительно а. carotis interna.

4) На препарате №1 выявлена гипоплазия левой задней соединительной артерии и передней соединительной артерии, что, возможно, не позволяет при гипертоническом кризе в полной мере компенсировать нормальное перераспределение крови по анастомотическим артериям.

5) На препарате №2 имеется гипоплазия передней соединительной артерии.

Выводы: Одной из причин ишемических нарушений мозгового кровоснабжения являются патологические извитости, перегибы и петли внечерепных отделов сонных артерий. Частота таких поражений среди населения 5% от общего числа обследуемых по причине острого нарушения кровообращения и у 24% пациентов, которым ангиография выполнялась при наличии симптомов атеросклеротического поражения сонных артерий.

Таким образом, вариабельное строение артериального круга большого мозга имеет диагностическое и прогностическое значение при диагностике заболеваний, оперативных вмешательствах, а также в судебно-медицинской и патологоанатомической практике.

Список литературы.

1. Крылов В.В. Микрохирургия аневризм виллизиевого многоугольника / Ткачев В.В., Добровольский Г.Ф. / - М.: Антидор, 2014.- 160 с.
2. Николаев В. Г. Варианты сосудов тела человека /Н. П. Батухтина, С. Н. Деревцова и др.. Красноярск : ЛИТЕРА-принт, 2009. - 163 с.
3. Оправин А. С. Клиническая морфология головы и шеи: Клиническая морфология головы и шеи/С. А. Ульяновская, В. А. Болдуев.- Ч. II: Сосуды, нервы, вегетативные ганглии. – 2015.
4. Трушель Н.А. Варианты строения Виллизиева круга у людей с расстройствами мозгового кровообращения и умерших от других причин // Вестник ВГМУ, 2014, Том 13.- №2.
5. Шнякин П. Г. Варианты строения артериального и венозного кругов основания головного мозга у лиц с разной формой черепа / П. А. Самотёсов, А. В. Евсеев, И. Е. Ермакова, А. Н. Русских, И. В. Кан, Н. В. Исаева. - г. Красноярск, 2013.

АНОМАЛИИ ОТХОЖДЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ОТ АОРТЫ

Мальгин К.Г., Коробкеев А.А., Баранова Н.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Коробкеев А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смерти людей трудоспособного возраста [2].

Разнообразные аномалии развития коронарных (венечных) артерий на практике встречаются более чем у 2% населения [1]. Это может быть как изменение общего числа сосудов по типу единственной коронарной артерии или добавочных коронарных артерий, так и нехарактерное их отхождение (так называемая эктопия) либо ветвление. К числу эктопий относят аномальное отхождение коронарной артерии от желудочковой камеры, от лёгочного ствола, от других коронарных артерий и экстракардиальных сосудов. Иногда наблюдается отхождение левой

коронарной артерии от правого коронарного синуса Вальсальвы или правой коронарной артерии — от левого коронарного синуса Вальсальвы. Наиболее часто отмечается патология правой коронарной артерии. Описано наличие от 2 до 5 дополнительных устьев в правом коронарном синусе. Ее первая ветвь – артерия конуса – у 50% пациентов отходит в виде самостоятельной артерии от правого синуса Вальсальвы [1].

Однако большее количество аномалий не имеет клинического значения и никак не проявляется на протяжении жизни человека. Верифицировать диагноз можно при выполнении коронарографии [5]. Врожденные аномалии отхождения коронарных артерий от аорты встречаются в 1-1,2% всех коронарограмм, при этом 0,5% из них сопряжены с высоким риском нарушений коронарного кровообращения, обусловленным отхождением ствола левой коронарной артерии либо передней нисходящей артерии от противоположного синуса Вальсальвы. У взрослых аномалии отхождения коронарных артерий от аорты являются причиной внезапных остановок сердца примерно в 15% случаев [4].

Изучению анатомии венечных артерий в норме и при различных патологических состояниях посвящено большое число исследований: А. А. Коробкеев, 2015 [2] , О. Ю. Лежнина, 2013 [3], Бузарова, 2013 [2].

Цель исследования: изучить варианты отхождения венечных артерий от аорты с учётом возрастных особенностей архитектоники артериального русла сердца.

Материал и методы. Проанализировано 1325 ангиокоронарограмм больных, проходивших лечение в СККБ г. Ставрополя в 2017-2018гг. По заключениям ангиокоронарограмм все обследуемые были разделены на две группы с учетом половых и возрастных характеристик. I группу составили мужчины и женщины в возрасте 36-60 лет, II группу – мужчины и женщины в возрасте 61-74 года.

Статистический анализ данных осуществлен с помощью программного обеспечения STATISTICA v. 7.0. Сравнение количественных данных выполнено с помощью t-критерия Стьюдента (для независимых выборок) и критерия Манна – Уитни (при работе с малыми величинами).

Результаты и обсуждение. Исследовались 29 коронароангиограмм людей в возрасте от 36 до 74 лет. Были выявлены аномалии отхождения венечных артерий (ВА) от аорты, которые распределились следующим образом: в I группе обследуемых наиболее частым вариантом явилось отхождение огибающей ветви (ОВ) от правого аортального синуса (ПАС), что составило 12 человек (41,4%). Причем внутри группы частота встречаемости данной аномалии выявлена: у мужчин -10 случаев, у женщин - 2. Во II группе ОВ отходит от ПАС в 4 случаях (13,8%), распределение внутри группы оказалось одинаковым для мужчин и женщин.

Второй по частоте аномалией явилось отхождение ОВ и передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) от левого аортально синуса (ЛАС) отдельными стволами. Данная аномалия была выявлена только в первой группе в 20,7% случаев и одинаково распределилась между мужчинами и женщинами.

Третье по частоте встречаемости – это отхождение правой венечной артерии (ПВА) от ЛАС. Данная аномалия также была выявлена только в первой группе в 13,8% случаев и одинаково распределилась между мужчинами и женщинами.

Остальные виды аномалий отхождения ВА от аорты составили 10,3%, (единственная ВА отходящая от ПАС – 1 случай во II группе (3,43%); ОВ и ПМЖВ, отходящие от ПАС – 1 случай (3,43%) и аномальное отхождением левой венечной артерии от ПАС – 1 случай в Iгруппе (3,43%).

Выводы. В результате анализа полученных данных можно сделать вывод, что наиболее частой аномалией у жителей Ставропольского края является отхождение ОВ от правого аортального синуса, причем в большем проценте случаев встречается у мужчин.

Список литературы.

1. Багманова, З.А. Аномалии коронарных артерий / З. А. Багманова // Кардиология. - 2010. - №8. - Т. 50. - С. 48-55.
2. Коробкеев, А.А. Изменения суммарного сечения субэпикардального артериального русла сердца у людей пожилого и старческого возраста /Коробкеев А.А., Бузарова О.А. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, №1. - С. 24-26.
3. Лежнина, О.Ю., Коробкеев А.А. Анатомо-функциональная характеристика коронарного русла сердца при инфаркте миокарда по данным прижизненной коронароангиографии / О.Ю.

Лежнина, А.А. Коробкеев // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. XX., № 2. – С. 105.

4. Целуйко, В.И. Аномалии строения коронарных артерий / В.И. Целуйко, Н.Е. Мищук, К.Ю. Киношенко // Диабет и сердце. – 2012. - №10 (166). – С. 44.

5. Angelini, P. Coronary artery anomalies: an entity in search of an identity. / P. Angelini // Circulation. - 2007. - Vol. 115. - P. 1296-1305.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА У ЖИТЕЛЕЙ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Машковцева Т. И., Юферева А. А.

Научный руководитель: к.м.н. Мильчаков Д. Е.

Кировский государственный медицинский университет

Как известно, с возрастом организм человека претерпевает различные изменения особенно в 60 лет и старше. К 2025 году около 50 миллионов людей в возрасте 60 лет будут иметь различной степени интенсивности помутнения хрусталика. Целью данного исследования является изучение распространенности катаракты и глаукомы среди населения.

Актуальность

В структуре слепоты и слабовидения возрастная катаракта занимает одно из ведущих мест в мире. Данное заболевание неоспоримо доминирует среди причин обратимой слепоты и инвалидности по зрению и рассматривается как одна из актуальных проблем офтальмологии. По данным ВОЗ, катаракта является самым распространенным заболеванием глаза в мире, приводящим к слабовидению и слепоте. Количество больных по итогам 2012 года в 81 регионе РФ составила 959 345 человек. Данное заболевание возросло, по сравнению с 2011 годом, на 4 111 случаев.

Среди лиц трудоспособного возраста болезни глаз встречаются с частотой 6 505:100000: аномалия рефракция 42%, воспалительные заболевания и наружного сегмента 14,8%, катаракта 8,4%, глаукома 5,5%, дегенерация макулы 1,5%.

Материалы и методы

Для изучения ситуации был использован статистико-аналитический метод с последующей обработкой и публикацией результатов.

Результаты исследования

Катаракта, по данным ВОЗ, является главной причиной слепоты в мире: более 85% всех видов слепоты приходится на людей 50 лет и старше. Международное агентство по предотвращению слепоты считает, что 80% слепоты являются предотвратимыми.

Данное нарушение зрения одно из самых распространенных офтальмологических заболеваний. Данные ВОЗ от 2010 г. констатируют о том, что в мире насчитывается 39 млн слепых людей, причем в 51% случаев причиной слепоты является катаракта. В мире каждый 6 в возрасте 40 лет и старше страдают данной патологией, а к 80 годам – подавляющая часть населения. Учитывая постепенно возрастающую продолжительность жизни, что особенно характерно для экономически развитых стран, прогнозируется рост численности больных катарактой от 22 млн до 40 млн. человек к 2020 году. Увеличение уровня заболеваемости катарактой отмечено практически во всех странах

Распространенность катаракты в России по критерию обращаемости составляет 1201,5 на 100 тысяч населения или в абсолютных цифрах 1742250 человек. В общей структуре глазных болезней в РФ на долю катаракты приходится 6,8%. Начальная стадия катаракты наблюдается у 40% обратившихся в возрасте 55-64 лет к офтальмологу, зрелая - у 5%, среди лиц в возрасте 65-74 лет, соответственно, 70% и 18%, в 75-84 года – начальная стадия – 90%, зрелая – в 50%. По данным на 2013 год в Кировской области болезни глаза и его придаточного аппарата превосходит данные по РФ. Рост заболеваемости глазного аппарата в Кировской области превышает общероссийскую на 12%.

Глаукома, как и катаракта, является одним из наиболее распространенных заболеваний органа зрения, имеет высокую медико-социальную значимость, нередко приводит к слепоте, слабовидению и лидирует среди причин инвалидности вследствие офтальмопатологии.

Первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ) является самой распространенной в мире, на её долю приходится от 75 до 90% всей первичной глаукомы. По данным Алексеева В. Н. ПОУГ страдает около 1% всего населения.

В европеоидной популяции распространенность заболевания составляет 1,2%, колеблясь от 0,2% среди 40-летних до 4,3% у лиц старше 80 лет. Из всех пациентов, страдающих ПОУГ, 7% составляют лица моложе 55 лет, 44% — лица в возрасте 55-74 лет и 49% — 75 лет и старше.

В России ежегодно глаукома диагностируется у 1 человека из 1000. Данное число больных с возрастом увеличивается, и достигает в группе старше 80 лет 14%. Общая пораженность населения РФ в возрастной группе старше 40 лет составляет 1,5%. Замечена также тенденция увеличения распространенности ПОУГ с возрастом. Если в 40-45 и 50-60 лет ей страдает соответственно 0,1% и 1,5 2% населения, то в 75 лет и старше - около 10%. В Кировской области число пациентов с глаукомой составляет 14 554 человека, распространенность на 126:10 000 взрослого населения. Таким образом, Кировская область занимает 1 место в ПФО по заболеваниям глаукомы.

Выводы.

Итак, заболевания, связанные с изменением стекловидного тела, занимают лидирующие места как в России, так и в мире. Катаракта и глаукома при отсутствии своевременной диагностики и качественного лечения приводят к инвалидности. Специфической первичной профилактики в настоящее время не разработано, так как в развитии данных патологий большую роль играют возрастные и генетические факторы. Исходя из вышесказанного, для предотвращения роста глаукомы и катаракты, важно ранее выявление и своевременное лечение.

Список литературы.

1. Авдеев Р. В. «Заболеваемость и лечение пациентов с глаукомой в Приволжском федеральном округе» Вестник ОГУ № 12 (173)/декабрь 2014
2. Авдеев Р.В. «Заболеваемость глаукомой в Приволжском федеральном округе в сравнении с общероссийскими показателями»
3. Бранчевский С.Л., Малюгин Б.Э. Распространенность нарушения зрения вследствие катаракты по данным исследования RAAB в Самаре [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL :<http://www.eyepress.ru/article.aspx?12794>
4. Киселева О. А., Робустова О. В., Бессмертный А. М., Захарова Е.К., Авдеев Р. В. «Распространенность первичной глаукомы у представителей разных рас и этнических групп в России и странах СНГ». Журнал «Офтальмология.» — 2013. — Т. 10, № 4. — С. 11–15
5. Нероев В. В. Доклад на Всероссийском общенациональном офтальмологическом форуме 2015 г. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.eyepress.ru/article.aspx?12794> (<http://www.eyepress.ru/article.aspx?19148>)
6. Полапина А. А., Комаровских Е. Н. «Возрастная катаракта как медико-социальная проблема» Краснодар, Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://www.eyenews.ru/news/item114864>
7. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Кировской области по итогам деятельности за 2013 год

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ПАРАЗИТАРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Минаев С.В., Сирак А.Г., Григорова А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одно из лидирующих паразитарных заболеваний в Ставропольском крае - эхинококкоз, вызываемое цепнем *Echinococcus granulosus* (эхинококк), характеризующееся поражением внутренних органов, чаще печени и легких, с образованием эхинококковых кист и развитием серьезных нарушений функций пораженных органов. При росте паразитарной кисты, происходит

гранулематозная реакция прилежащих тканей пораженного органа, что приводит к образованию фиброзной капсулы. Сроки формирования эхинококковых кист в организме человека, точно не установлены, но выявляется закономерность в темпах роста и в разности количества образованных кист, так выявлена закономерность что эхинококковые кисты печени обычно растут достаточно медленнее, нежели чем в легких. С этой целью в настоящей работе поставлена цель в изучении морфологических особенностей паренхимы печени при эхинококкозе, также инфильтрация прилежащих тканей В-лимфоцитами эхинококковых кист печени.

Материалы и методы. На базе гистохимической лаборатории кафедры гистологии СтГМУ, было проведено гистологическое и иммуногистохимическое исследование участков 10 первичных и 5 вторичных эхинококковых кист, совместно с прилежащей паренхимой печени. Окраска осуществлялась гематоксилином-эозином в аппарате leica autostainer xl или по Ван – Гизону, с помещением гистопрепарата под покровное стекло в аппарате leica cv 5030. Иммуногистохимическое исследование выполнено на иммуногистостейнере Leica Bond MAX, с применением системы детекции Bond Polymer Refine Detection. Реакции проведены с антителами: CD3, клон SP7; CD4, клон 4B12; CD8, клон 4B11; CD5, клон 54/F6; CD20, клон L26; CD79α, клон SP18; коллаген IV типа, клон COL-94.

Результаты и обсуждения. На полученном препарате, структур первичных эхинококковых кист и прилежащих тканей, макроскопически хитиновая оболочка – это плотно-эластическая ткань белого или желто-белого цвета в молодых кистах, а в старых темнеет и на ней появляется множество трещин. Наружная кутикулярная оболочка на полутонком срезе имеет вид слоистого образования толщиной до 1 мм. Разрастание соединительной ткани и периваскулярный фиброз, появление участков грануляционной ткани, в паренхиме печени ярко выраженная дегенерация гепатоцитов, нарушение строения структурно-функциональных единиц печени, атрофия печеночных долек. В тканях обнаруживаются полости, содержащие неразвитые эхинококковые онкосферы. Внутренняя герминативная оболочка тонкая, в виде мембраны, выстилает изнутри полость пузыря, имеются выводковые капсулы, в виде пузырьков диаметром до 800 мкм, с протосколексами. Зародышевые пузыри придают герминативной оболочке зернистость диаметром 250-500 мкм. Герминативная мембрана состоит клеток, в которых отмечаются гранулы гликогена, также имеются крупные клетки с известковыми тельцами. Тегументовый слой представлен клетками с микроворсинки длиной до 0,3 мкм, дистальные участки которых проникают в прилежащий слой кутикулярной оболочки. Встречаются единичные крупные (10-15 мкм) осмиофильные клетки, содержащие включения, поверх этих клеток лежат известковые тельца размером до 15 мкм и более, окрашивающиеся оксифильно. Имеется волокнистый слой, контактирующий с полостью кисты, представленный вытянутыми отростчатыми клетки с овальными ядрами эпителиоидного строения, что образует дополнительную выстилку. В результате всех иммуногистохимических реакций отмечается преобладание экспрессии В-лимфоцитов в структуре вторичных кистах. Коллаген IV типа выявлен в стенке сосудов, при изучение васкуляризации участка, отмечено что наибольшая экспрессия коллагена IV типа в первичных кистах, что противоположно вторичным кистам, где выявлена четкое преобладание плотно-фиброзных структур. В результате формирующихся структур вокруг эхинококковой кисты можно выделить гистологические особенности, при первичном эхинококкозе к паразиту прилежат некротический детрит и полиморфно-клеточный инфильтрат, в котором преобладают Т-лимфоциты, слабо выражена мезенхимальная реакция и отмечается обильная васкуляризация, при вторичном эхинококкозе капсула представлена фиброзной гиалинизированной тканью с единичными инъекциями сосудистого русла.

Выводы. Особенности фиброзной капсулы эхинококковой кисты печени, зависит от течения заболевания, что показывает степень выраженности фиброзной капсулы, в зависимости от размера прямая корреляция выраженности дистрофических и воспалительных процессов в паренхиме печени. Основным морфологическим признаком персистирующее хроническое воспаление, в виде мононуклеарных инфильтратов Т и В лимфоцитов, изменением васкуляризации органа и морфологически проявляющиеся свежими очагами фибриноидного некроза, дистрофии, склероза и неполной регенерации.

Список литературы.

1. Ахмедов, И.Г. Морфогенез гидатидной кисты печени / И.Г. Ахмедов // Вестник хирургии. – 2003. – №162(1). – С.70-76.

2. Вафин, А.З., Попов А.В., Абдоков А.Д., Хушвактов У.Ш. Клиническая эффективность применения принципа апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин, А.В. Попов, А.Д. Абдоков, У.Ш. Хушвактов // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – №2. – С.10-13.
3. Минаев, С.В. Современные походы в лечении эхинококкоза печени в детском возрасте / С.В. Минаев, И.Н. Герасименко, Н.И. Быков, С.В. Тимофеев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2013. – №1. – С.71–74.
4. Minaev, S.V. Gerasimenko I.N., Kirgizov I.V. et al. Laparoscopic Treatment in Children with Hydatid Cyst of the Liver / S.V. Minaev, I.N. Gerasimenko, I.V. Kirgizov et al. // World J Surg. – 2017. – №41(12). – С.3218-3223. doi:10.1007/s00268-017-4129-x

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДНЕЙ ВЕНЫ СЕРДЦА И ЕЁ ОСНОВНЫХ ПРИТОКОВ У ДЕТЕЙ ВТОРОГО ДЕТСТВА

Мингалиева О.Н., Алышева Е.В.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Коробкеев А.А.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Несмотря на многовековую историю изучения сердца, исследование его сосудов продолжают оставаться актуальной проблемой. В последние годы продолжает отмечаться быстрый рост болезней кровообращения у людей различных возрастных групп, в том числе и у детей (Коробкеев А.А., 2012). Поэтому новые факты о структурно-функциональной организации сосудов сердца представляют определенный интерес.

Цель исследования: представить динамику изменения площади сечения (Sсеч.) субэпикардиальных отделов средней вены сердца (СВС) у детей второго детства.

Материал и методы. Изучены комплексно 10 сердец взятых при аутопсии мужских и женских трупов детей в возрасте от 8 до 12 лет, погибших в результате несчастных случаев или умерших от патологии, не связанной с сердечно-сосудистой системой. Исследование проводилось с использованием анатомических, гистологических, рентгенологических и морфометрических методов. Установленные показатели (Sсеч., углы схождения и отклонения, длина основного ствола и др.) обработаны с использованием специальной «Video-Test-Morpho, 2005» и оригинальных компьютерных программ.

Полученные результаты.

Субэпикардиальный отдел СВС формируется в результате 2 ± 1 уровней слияния (УС).

Притоки I УС – правый приток (ПП) I УС и левый приток (ЛП) I УС берут начало из миокарда левых отделов верхушки сердца. Sсеч. начального отдела ПП I УС, длиной $11,4\pm 0,2$ мм, равна $0,32\pm 0,02$ мм². В конечном отделе тот же показатель достигает $0,42\pm 0,03$ мм². Sсеч. ЛП I УС, длиной $19,0\pm 0,2$ мм, увеличивается от начального отдела до слияния с ПП I УС, составляя $0,34\pm 0,03$ мм² и $0,43\pm 0,03$ мм², соответственно. Сформированный в результате слияния вышеуказанных притоков основной ствол I УС является ПП II УС. Sсеч. ПП II УС, длиной $33,0\pm 0,3$ мм, не меняется на всём протяжении, составляя $0,50\pm 0,03$ мм². При этом Sсеч. начального отдела ПП II УС меньше Σ Sсеч. конечных отделов ПП I УС и ЛП I УС на $0,16\pm 0,02$ мм².

Длина ЛП II УС расположенного в области правых отделов верхушки сердца, равна $3,0\pm 0,1$ мм. При этом его Sсеч. увеличивается от начальных отделов к конечному, составляя, соответственно, $0,30\pm 0,03$ мм² и $0,33\pm 0,03$ мм².

В результате слияния ПП II УС и ЛП II УС формируется основной ствол II УС имеющий длину $9,4\pm 0,2$ мм, Sсеч. в начальном отделе $0,68\pm 0,04$ мм². Тот же показатель в конечном отделе, перед впадением в венечный синус достигает $0,75\pm 0,04$ мм². Σ Sсеч. конечных отделов ПП II УС и ЛП II УС больше Sсеч. начального отдела основного ствола II УС на $0,40\pm 0,02$ мм².

Угол слияния (I УС) – ПП I УС и ЛП I УС на большинстве изученных препаратов равен $40^\circ\pm 4^\circ$. ПП I УС отклоняется в меньшей степени (I УС) – $18^\circ\pm 2^\circ$, по сравнению с ЛП I УС (I УС) – $22^\circ\pm 2^\circ$.

II УС характеризуется тем, что его притоки – ПП II УС и ЛП II УС сливаются под углом (II УС) равным $68^\circ\pm 4^\circ$. Угол отклонения (II УС) ПП II УС меньше, чем ЛП II УС (II УС), составляя, соответственно, $28^\circ\pm 2^\circ$ и $40^\circ\pm 4^\circ$.

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что Ссеч. субэпикардальных отделов средней вены СВС у детей второго детства изменяется на различных уровнях формирования, а также коррелирует с топографией, что отражается в особенностях конструкции разработанных оптимальных морфоматематических моделей изученных сосудов.

Список литературы.

1. Коробкеев, А.А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / А.А. Коробкеев, В.В. Соколов - Ставрополь, 2004.- С. 79-96.

2. Лежнина, О.Ю. Динамика изменения общего просвета коронарных сосудов новорождённых при различных вариантах ветвлений венечных артерий//Кардиоваскулярная терапия и профилактика: Материалы Российского нац. конгресса кардиологов.- М., 2005. – Т.4. - №4. – С. 163-164.

АСПЕКТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИЧЕЛЮСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Назаров Н.А., Захаров И.В.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Серова Н. Е.
Тверской государственный медицинский университет**

Цель исследования - выявить частоту встречаемости внутричелюстных образований в разных возрастных группах и изучить их морфологические характеристики при анализе хирургического материала от больных стоматологической поликлиники. Диагностика внутричелюстных образований является одной из трудных и актуальных задач современной стоматологии, что связано не только с множеством заболеваний и пороков развития лицевого скелета, но и нехарактерными симптомами развития болезни. Все это усугубляется особенностями анатомо-топографического строения челюстно-лицевой области, особенно у детей (прорезывание и смена зубов, продолжающийся рост челюстей, присутствие в полости рта обильной микрофлоры, способной к вторичному инфицированию).

Материал и методы: проведён текущий и ретроспективный анализ хирургического биопсийного материала от больных стоматологической поликлиники ТГМУ за 2009 – 2018 годы. Изучены операционные журналы и протоколы морфологических заключений. Методом случайной выборки пересмотрены гистологические препараты с диагнозом «одонтогенная киста» на базе патологоанатомического отделения ТГМУ. Разработана сводная таблица, в которую были внесены данные возраста больных, половой принадлежности, локализации патологического процесса, клинические и морфологические диагнозы.

Результаты: за девятилетний период было зарегистрировано 138 случаев заболеваний челюстных костей, из которых 94,9% составили внутричелюстные образования. Данную патологию мы наблюдали у 92 детей (70,2%) и 39 взрослых (29,8%). Патологический процесс в 61% случаев имел место на верхней челюсти и в 39% - на нижней, что согласуется с литературными данными. Одонтогенные кисты, включая радикулярную кисту, составили 80,9% и встречались у 74 детей и 32 взрослых. Опухоли и пороки развития челюстных костей диагностировали в 19,1% наблюдений. При сопоставлении клинического и патогистологического диагнозов в 10 наблюдениях было отмечено их несоответствие. Диагностические ошибки составили 7,2%. Наиболее часто одонтогенную кисту принимали за одонтогенную фиброму или одонтому.

В ходе исследований одонтогенные кисты у мужчин были зарегистрированы в 13,2% случаев и наиболее часто встречались в возрастном интервале от 31 года до 40 лет (28,5%). По 7 наблюдений диагностировали радикулярную и эпителиальную кисты. У женщин данная патология имела место в 16,9% преимущественно в возрасте от 40 до 50 лет (33,3%). Радикулярная киста была выявлена у 10 женщин (55,5%), а эпителиальная киста – у 8 (44,5%).

Макроскопически киста имела вид отграниченного узла, с чёткими границами, на разрезе видна полость с бело-жёлтым содержимым. Морфологическое изучение гистопрепаратов показало, что стенка кисты состояла из волокон соединительной ткани, была инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками, изнутри выстлана многослойным плоским эпителием

без признаков ороговения. В отдельных полях зрения обнаружены признаки погружного роста эпителия в виде акантотических тяжей с образованием так называемых «сетевидных отростков».

В нашем материале одонтогенные кисты у детей встречались в период полового созревания и активного роста челюстных костей. Данную патологию диагностировали у 40 мальчиков и 34 девочек. Кисты были представлены фолликулярной кистой (73,2%), кератокистой (17,2%) и радикулярной кистой (9,6%). У мальчиков фолликулярная киста встречалась в 36 наблюдениях (90%) преимущественно в возрасте 11 – 14 лет, у девочек – в 31 случае (91,2%) чаще в возрастной группе от 6 до 10 лет. Фолликулярная киста макроскопически имела вид однокамерной полости, выстланной оболочкой, содержащей прозрачную жидкость с кристаллами холестерина. Патогномоничным признаком этой кисты послужило наличие в полости коронки непрорезавшегося зуба. Гистологическое строение фолликулярной кисты зависит от этапа одонтогенеза, на котором возникает аномалия развития. При изучении микропрепаратов было выявлено, что стенка кисты имела многослойное строение: наружный слой состоял из грубых волокон соединительной ткани бедной клетками и сосудами, средний слой представлен рыхлой соединительной тканью, богатой сосудами и лимфоцитами, внутренний эпителиальный слой неравномерной толщины без признаков ороговения. В отдельных мы отмечали наличие одонтогенного эпителия (островков Малайсса). Кератокиста в 82,7% наблюдений встречалась на нижней челюсти. Клинически была представлена тонкостенной однокамерной или многокамерной полостью, заполненной прозрачной желтоватой жидкостью. При микроскопическом исследовании стенка кисты состояла из грубых волокон соединительной ткани с гиалинозом, выстлана многослойным плоским эпителием с выраженным ороговением, признаками паракератоза и четким базальным слоем клеток. Среди девочек зарегистрирован один случай рецидивирования кератокисты.

Выводы: наибольший удельный вес среди внутричелюстных образований составили одонтогенные кисты (80,9%). У взрослых наиболее часто встречалась радикулярная киста (52,1%), а у детей – фолликулярная киста (73,2%). Сложность клинической верификации одонтогенных кист указывает на необходимость дооперационного биопсийного исследования костных образований с обязательным гистологическим заключением для уточнения диагноза.

Список литературы.

1. Семкин, В.А. Одонтогенные кисты и опухоли. Диагностика и лечение / В.А. Семкин, И.И. Бабиченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017.- 160с.
2. Базилян, Э.А. Одонтогенные кисты челюстей: учеб. пособие / – Э.А. Базилян.- М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018.- 80с.
3. Карапетян, И.С. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи./ Е.Я. Губайдуллина. Л.Н. Цегельник.- 2-е изд., перераб. И доп. - М.: Медицинское информационное агенство, - 2004. – 232с.

МОРФОЛОГИЯ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИММУНОДЕФИЦИТЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА

Санданова Б.Б., Кондратьева Е.В., Матвеевская Д.А.

Научные руководители: к.м.н, доцент Обыденко В.И., к.м.н. Баранчугова Л.М.

Читинская государственная медицинская академия

В современной клинической практике все чаще возникает необходимость дополнения основной медикаментозной терапии различными иммуностропными препаратами, с целью повышения иммунологического статуса организма. Выявление путей стимуляции или супрессии иммунной системы в целом и отдельных ее клеточных звеньев рассматривается в качестве основной задачи иммунокоррекции.

В научной литературе как отечественной, так и зарубежной, подчеркивается, что одним из наиболее активно развивающихся направлений в создании иммунопротекторов является использование препаратов на растительной основе, так называемых фитопрепаратов [2]. Поскольку они обладают широким спектром фармакологического действия, за счет большого содержания различных биологически активных веществ, более низкой токсичностью и

отсутствием выраженных побочных эффектов целесообразно использовать их в качестве основы новых, что важно, эффективных лекарственных средств. Так к примеру, в традиционной медицине стран Восточной Азии широко используется астрагал перепончатый (*Astragalus membranaceus*) - многолетнее травянистое растение семейства Fabaceae. По данным различных проведенных исследований установлено, что экстракты растений рода *Astragalus* содержат богатейший состав биологически активных соединений, таких как: алкалоиды, флавоноиды, тритерпеновые сапонины, азотсодержащие соединения, глициды, фенольные кислоты и их эфиры, кумарины, высшие жирные кислоты, полисахариды, витамины группы В, С, Е, РР, соли глицирризиновой кислоты, микроэлементы, дубильные вещества, эфирные масла, камедь и др.[1] И именно поэтому, несомненно, экстракт из этого растения может оказывать многообразный спектр физиологических эффектов на различные системы организма, в том числе и иммунную.

Целью исследования явилось определение влияния отвара корня астрагала перепончатого на морфологию тимуса и селезенки на фоне экспериментального иммунодефицита.

Материалы и методы. Для проведения экспериментального исследования использовали 15 крыс – самцов в возрасте 3 месяца. Эксперименты проводили в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Изначально были сформированы 3 экспериментальные группы по 4 крысы в каждой и контрольная группа – 3 крысы. Животным 1-ой и 2-ой группы иммунодефицитное состояние вызывали путем внутривентрального введения гепарина в дозе 130 ед. на 100 г массы в течение 7 дней. Животных 2-ой группы после моделирования иммунодефицита поили отваром корня астрагала перепончатого по 10 мл/сут. в течение 3 недель. 3-я экспериментальная группа получали отвар корня астрагала в течение 2 мес., после чего у них моделировали иммунодефицит. Забор материала для гистологического исследования осуществлялся под хлороформным наркозом с соблюдением всех правил работы с лабораторными животными. В качестве исследуемого материала использовались тимус и селезенка экспериментальных животных. В 1-ой группе забор материала производили на 8 сутки для подтверждения развития иммунодефицита и через 3 недели после прекращения введения гепарина. У животных 2 группы забор производили однократно после введения гепарина и 3-х недельного употребления астрагала. А у крыс 3-ей группы после 2-х месяцев употребления астрагала перепончатого и 7-ми дней введения гепарина. Осуществлялась стандартная проводка и заливка в парафин исследуемых органов. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином и исследовались с применением программного обеспечения МЕКОС. Статистическая обработка проводилась с применением критерия U по Манна-Уитни.

Результаты. При гистологическом исследовании в 1экспериментальной группе на 7 сутки толщина коры тимуса уменьшилась в 1,5 раза по сравнению с нормой, кроме того, в красной пульпе селезенки обнаружены гигантские клетки, достигающие размеров $411,83 \pm 102,7$ мкм². В белой пульпе отсутствовали герминативные центры, при этом периаартериальные зоны сохранялись в виде 3-4 рядов Т-лимфоцитов (в норме составляют 18-19 рядов). В тимусе животных 1 группы на 14 сутки отмечалось увеличение толщины коры, а также увеличение ядер тимоцитов. В селезенке наблюдались гигантские клетки, достигающие размеров $549,2 \pm 194,9$ мкм², кроме того в белой пульпе исследуемого органа отсутствовали герминативные центры, периаартериальные зоны представлены 1-2 рядами Т-лимфоцитов. У животных из 2 исследуемой группы толщина коркового вещества тимуса уменьшилась незначительно по сравнению с контролем, наблюдались оголенные эпителиоретикулярные клетки. При исследовании селезенки наблюдались гигантские клетки, имеющие размер $667,5 \pm 104,5$ мкм², при этом выявлялись фолликулы причудливых очертаний и огромных размеров. В тимусе животных из 3 экспериментальной группы выявлено незначительное истончение коркового вещества по сравнению с нормой. Наблюдалось диффузное расселение лимфоцитов по паренхиме селезенки, сохранялись округлые лимфоидные фолликулы с выраженными герминативными центрами и фигурами митозов. Отмечались фолликулы соизмеримые по размеру с нормой, периаартериальные зоны в белой пульпе селезенки сохранены, встречались гигантские клетки размерами $901,2 \pm 49,8$ мкм².

Выводы. Таким образом, на основании полученных данных установлено, что отвар корня астрагала перепончатого обладает иммуномодулирующими свойствами, поскольку предварительное применение астрагала перепончатого достоверно приводит к снижению иммунодефицита в испытываемых органах, что позволяет нам рекомендовать его для дальнейшего использования в качестве основы новых лекарственных средств.

Список литературы.

1. Гужва Н. Н., Гужва Л. Б., Анисимова В. П. Использование лекарственных препаратов из астрагалов в качестве иммуномодуляторов //Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2007. – Т. 9. – №. 6.
2. Леонова Н. С. Система иммунитета и влияние на нее биологически активных веществ растений //Новая аптека. – 2001. – Т. 2. – С. 21.

СОЗДАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ С ФУНКЦИЕЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Соколова И.О., Беляков Д.А., Аросьева С.В.

Научный руководитель: Копосова С.А.

Тверской государственный медицинский университет

Введение. Каждый медицинский работник должен не только хорошо знать анатомию и физиологию организма человека, но и визуально представлять себе устройство каждого органа. Наиболее интересным строением обладает самый крупный орган в нашем организме, выполняющий спектр жизненно важных функций - печень.

Цель работы. Создание и использование программы с функцией дополненной реальности, позволяющей наглядно ознакомиться с физиологией и анатомией желчных протоков печени человека в норме.

Научная новизна. Популярность e-Learning курсов заключается в её следующих преимуществах перед традиционным обучением, таких как: гибкость, экономия времени, простота возвращения к пройденному учебному материалу [2].

Несмотря на сложность и дороговизну, современные IT технологии открывают большую перспективу в сфере обучения, дают возможность воплотить любую идею, решить определённые задачи, развить нестандартное мышление и повысить уровень подготовки обучающихся, что, в конечном итоге, благоприятным образом отразится на качестве медицинского обслуживания. С помощью представленной модели печени с желчевыводящими протоками программный продукт позволит более наглядно изучать анатомию гепатобилиарной системы. Полученная программа является учебным пособием, которым могут воспользоваться студенты медицинских вузов, врачи различных специальностей. Данное пособие будет доступно для всех желающих.

Практическая значимость: В нашей программе мы представили модель данного органа, которая способна показать на детальном уровне строение долей, желчных протоков, сосудов печени. Благодаря внедрению новой мультимедийной обучающей системы на кафедре повысилось качество обучения студентов. Они стали лучше понимать и представлять устройство и расположение сосудов в данном органе.

Выводы: Используя различные методы программирования, мы разработали учебное приложение, которое позволяет наглядно ознакомиться со строением желчных протоков печени человека в норме посредством технологий дополненной реальности. 3D модели могут улучшить образование в сфере медицины и поднять медицинскую грамотность среди населения. Многие модели доступны бесплатно и любой человек может посмотреть, как устроен его организм [4].

Список литературы.

1. Наумова У.В. Разработка автоматизированной обучающей системы ""3D атлас оборудования"" [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015009692> (Дата обращения: 17.10.2018)
2. Сатунина А.Е. Электронное обучение: плюсы и минусы // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 1.; [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=103> (Дата обращения: 17.10.2018)
3. Филиппова А.В., Баиндурашвили А.Г., Камоско М.М., Семенов М.Г., Зарипова З.А. Использование 3D технологий в медицине, IV съезд РОСОМЕД-2015.; [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://rosomed.ru/theses/127> (Дата обращения: 18.10.2018)

ЛЕЙКОПЛАКИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Суслова К.В., Суковатова Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.Е. Серова
Тверской государственный медицинский университет

Цель исследования – выявить частоту встречаемости лейкоплакии, изучить ее клинко-морфологические особенности при анализе биопсийного материала у больных с патологией челюстно-лицевой области. Лейкоплакия - патологический процесс, сопровождающийся очаговым ороговением слизистых оболочек при действии хронических раздражителей, в качестве которых выступают механические, химические, термические и другие факторы. Причиной заболевания могут быть воспалительные и нейродистрофические процессы. Очаги поражения выявляются на слизистых оболочках полости рта, дыхательных путей и мочевого тракта. Лейкоплакия полости рта относится к факультативному предраку, так как отдельные ее формы могут подвергаться малигнизации от 4,2% до 21,4% случаев.

Материал и методы: проведен анализ биопсийного материала по протоколам морфологических исследований на базе патологоанатомического отделения городской клинической больницы №1 имени В.В. Успенского за 2010-2015 годы.

Результаты: за пятилетний период было выявлено три наблюдения с диагнозом «лейкоплакия слизистой оболочки полости рта». Заболевание встречалось только у мужчин в возрасте от 28 до 72 лет, которые курили табак. Патологический процесс имел место на слизистой щек (67%) и голосовых складок (33%). По литературным данным, излюбленной локализацией лейкоплакии является слизистая щек ближе к углам рта, по линии смыкания зубных рядов и на красной кайме нижней губы. В нашем материале очаги ороговения на щеках клинически напоминали белесоватые пятна округлой формы, незначительно выступающие над уровнем слизистой. В области голосовых складок отмечалось помутнение покровного эпителия в виде широких полос без четких контуров. Поверхность пораженных участков выглядела неровной, шероховатой, как будто покрытой белым налетом. Морфологические изменения при лейкоплакии характеризуются хроническим воспалением с гиперплазией покровного эпителия, признаками паракератоза, гиперкератоза и акантоза. В собственно слизистой оболочке наблюдается воспалительный инфильтрат из лимфоцитов и плазматических клеток, чередующийся с участками фиброза и склероза подлежащей ткани. Гистологическое изучение микропрепаратов показало утолщение рогового слоя эпителия за счет гиперкератоза и акантоза. Эпителиальные тяжи проникали глубоко в собственно слизистую оболочку, где имели место лимфоплазматическая инфильтрация и очаги склероза. По классификации Боровского различают следующие формы лейкоплакии: простую или плоскую, веррукозную (бляшечную и бородавчатую) эрозивно-язвенную, мягкую и лейкоплакию курильщиков Таппейнера. Участки поражения на ранних стадиях развития лейкоплакии полости рта выглядят отечными с незначительным помутнением поверхности и напоминают тонкую папиросную бумагу. Позднее образуется уплотненный приподнятый очаг ороговения, имеющий белесоватый оттенок, покрытый налетом, который не снимается даже при интенсивном соскабливании. Чаще всего болезнь протекает бессимптомно, не вызывает субъективных ощущений и обнаруживается случайно при обследовании. Иногда пациенты могут жаловаться на чувство стянутости слизистой оболочки, сухость, жжение или незначительную болезненность во время приема пищи, что доставляет им дискомфорт. В наших наблюдениях имела место простая форма лейкоплакии, что согласуется с мнением большинства исследователей. Веррукозная и эрозивно-язвенная развивается при действии местных раздражителей в полости рта: травма острыми краями зубов и протезов, постоянное прикусывание пораженных участков, курение, употребление горячей и острой пищи и т.д. Многие авторы утверждают, что эрозивно-язвенная форма имеет наиболее высокий процент злокачественного перерождения. При малигнизации лейкоплакии следует обращать внимание на следующие признаки: быстрое увеличение размеров и уплотнение очагов поражения, изменение цвета до коричневых оттенков, кровоточивость, сосочковые разрастания на поверхности, длительно не заживающие эрозии и язвы. Лейкоплакия курильщиков Таппейнера проявляется в виде ороговения твердого и прилегающих к нему участков мягкого неба серовато-белого цвета. На фоне помутнения слизистой видны мягкие красноватые бугорки с точечными отверстиями выводных протоков слюнных желез, что имеет вид «булыжной мостовой». Некоторые ученые связывают развитие лейкоплакии с интенсивностью курения, считая, что частота развития заболевания прямо пропорциональна количеству выкуренного табака. Большую роль при этом

отводят воздействию на слизистую канцерогенных веществ, содержащихся в табачном дыме, термического фактора, а также хронического травмирования сигаретой или мундштуком трубки. Мягкая форма лейкоплакии встречается чаще у женщин молодого возраста. Элементы поражения представляют собой отечные участки шелушения, покрытые гиперплазированным «налетом» сероватого цвета. Слизистая имеет разрыхленную пористую поверхность с мелкими чешуйками, что придает ей мозаичный вид.

По общепринятому мнению, профилактика лейкоплакии должна заключаться в соблюдении мер, направленных на сохранение здоровья в целом: отказ от курения и употребления алкоголя, выявление и своевременное лечение инфекций, особенно желудочно-кишечного тракта, правильное и полноценное питание, санация полости рта, минимизация психоэмоциональных нагрузок и стрессов.

Заключение: результаты проведенных исследований показали, что простая форма лейкоплакии слизистой оболочки полости рта диагностировалась только у мужчин, анамнез которых был отягощен курением табака.

Список литературы:

1. Луцкая, И.К. Терапевтическая стоматология: учеб. пособие /И.К. Луцкая.- Минск, 2014. - 607с.
2. Струков, А.И. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова.- 6-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.-880с.
3. Терапевтическая стоматология : учеб. для студ. мед. вузов/ под ред. Е. В. Боровского. М.: МИА, 2007. - 800 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОРКОВЫХ СТРУКТУР ГИППОКАМПА В ОНТОГЕНЕЗЕ

Убайдулаев Р. Л., Улугбекова Г. Ж., Пулатов М. Д.

Научный руководитель: доцент Убайдулаев Р. Л.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Гиппокамп головного мозга относящиеся к структурам лимбической системы, также как и энторинальная область головного мозга активно принимает участие в формировании долгосрочной и краткосрочной памяти человека. Лимбическая система головного мозга является полифункциональным образованием и его следует рассматривать как центр интеграции вегетативных и соматических компонентов реакций более высокого уровня – эмоциональных и мотивационных состояний, сна, ориентировочно – исследовательской активности. Изучение возрастных особенностей строения гиппокампа у человека имеет немалое теоретическое и практическое значение. Целью исследования является изучение роста и развития цитоархитектоники коры гиппокампа человека от рождения до конца юношеского возраста.

Материалы и методы: Материалом исследования послужили 48 кусочков тканей мозга, взятых с соответствующего участка головного мозга, от трупов, смерть которых не была связана с патологией мозга. Нами использованы следующие методы исследования: анатомическое препарирование, нейрогистологические методы (окраска по Нисслю и гематоксилин-эозином), цитометрия (Автандилов Г.Г.,), вычисление объёма тел нейронов (по Боголеповой И.Н.), микрофотографирование, вариационно-статистический (по Меркову А.М., Полякову Л.Е.).

Результаты и обсуждения: Исследования показали, что у новорожденных детей наружный слой коры гиппокампа представлен мало окрашенными овальными округлыми и полигональными клетками различных размеров. Клетки располагаются беспорядочно, образуя разных размеров клеточные скопления. В среднем слое имеются в основном пирамидные клетки, кроме них видны овальные и полигональные клетки. У детей первого года жизни отмечается интенсивный рост и развитие коры и увеличение всех параметров нейронов. Наружный слой, в отличие от предыдущего возраста, несколько расширяется, клетки более интенсивно окрашены, размеры их несколько увеличены. Средний слой состоит из трех- и четырехугольных клеток. Количество пирамидных клеток увеличивается. Они более интенсивно окрашены. Клетки располагаются, образуя клеточные столбики, длинники которых обращены к низу, между которыми имеются

участки просветления. Во внутреннем слое лежат полигональные, овальные и веретенообразные клетки, размеры их несколько увеличены. В периоде раннего детства (1-3 года) отмечается дальнейший рост и развитие коры и ее отдельных слоев, а также увеличение размеров нервных клеток. На наружном слое располагаются треугольные и многоугольные клетки, появляются единичные звездчатые клетки. Они интенсивно окрашены. Клетки образуют клеточные островки. Нейроны интенсивно окрашены, размеры продолжают увеличиваться. Формы нейронов многоугольные, звездчатые и пирамидные. Внутренний слой отличается диффузным расположением клеток. У детей первого детства (4-7 лет) кора гиппокампа обладает признаками, которые характерны для взрослых людей. Размеры клеток продолжают увеличиваться, они интенсивно и равномерно окрашены по всей цитоплазме. Во втором периоде детства (8-12 лет) в наружном слое располагаются разной формы клетки: многоугольные, овальные и звездчатые. Нейроны интенсивно окрашены. Средний слой отличается разрежением и увеличением размеров клеток, они интенсивно окрашены, имеют пирамидную, многоугольную форму. Цитоархитектоническая картина внутреннего слоя во втором детстве мало отличается от предыдущего возраста, состоит из вытянутых, овальных и многоугольных клеток. В подростковом возрасте (13-16 лет) толщина наружного слоя в постнатальном онтогенезе равняется в левом полушарии $174,5 \pm 10,6$ мкм, в правом $171,7 \pm 13,3$ мкм. Остальные показатели слоя мало отличаются от таковой предыдущего возраста. В юношеском возрасте во всех слоях параметры коры и нейронов гиппокампа мозга человека достигают наибольшего показателя. Нервные клетки имеют различные формы, интенсивно окрашены. В результате наших исследований выявлено, что цитоархитектоническая картина гиппокампа мозга у детей 7 лет обладает признаками, характерными таковыми у взрослых людей. Это обстоятельство согласуется с результатами исследования других авторов [7], указавших переломные этапы в росте и развитии полей коры головного мозга человека, которые происходят до 7 лет жизни ребенка.

Выводы. Наиболее интенсивные изменения параметров коры гиппокампа человека происходят у детей первого года жизни. Цитоархитектоническая картина коры гиппокампа ребенка 7 лет обладает признаками, характерными для мозга взрослых людей. У людей от рождения до конца юношеского возраста рост и развитие параметров коры и нейронов в разных возрастных периодах и в разных слоях коры гиппокампа протекает с различной интенсивностью.

Список литературы.

1. Боголепова И.Н. «Морфометрические особенности индивидуального строения мозга человека». (Неврология и психиатрия). – 182-Вып., 7. – С. 12-14.
2. Макаров Ф.Н., Макарова Л.А. «Морфологическая организация нейронных группирований в 17-м поле зрительной коры кошки» // Материалы конференции «Механизмы структурной функциональной и нейрохимической пластичности мозга». – М., 1999. – С. 58.
3. Рыбаков В.П. «Индивидуальные особенности строения коры большого мозга и мозжечка человека в онтогенезе». // Морфология. – Санкт-Петербург., 1996. – С. 86.
4. Самойлов М.О., Мокрушин А.А., Романовский Д.Ю. «Участие эндогенных нейромодулярных пептидов в механизмах регуляции долговременной потенциации синаптической передачи в средах обонятельной коры мозга». // Материалы конференции «Механизмы структурной функциональной и нейрохимической пластичности мозга». – М., 1999. – С. 90.
5. Семенова Л.К., Васильева В.А., Шумейко Н.С. «Цитоархитектоника зрительной и соматосенсорной коры головного мозга детей от рождения до 7 лет». // Новые исследования по возрастной физиологии – М., 1987. - №1 (28). – С. 44-47.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛИНЫ ЛЕВОЙ ПРОДОЛЬНОЙ БОРОЗДЫ ПЕЧЕНИ ОТ 7 ДО 10 МЕСЯЦЕВ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРИОДА

Убайдулаев Р.Л., Улугбекова Г.Ж., Пулатов М.Д.

Научный руководитель: доцент Убайдулаев Р.Л.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования изучить длины левой продольной борозды печени от рождения до юношеского возраста.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились 173 трупа людей общего пола, начиная с плодов 7-10 месяцев и от рождения до 90 летнего возраста, погибших от случайных причин, либо от заболевания, и связанных с патологией печени и системы крови. Антропометрические измерения трупа, морфометрия (по Автандилову), вариационно-статистический метод.

Результаты исследования показали, что левая продольная борозда печени длина левой продольной борозды от 7 до 10 месяцев внутриутробного периода увеличивается в 1,6 раза от $3,42 \pm 0,20$ до $5,63 \pm 0,20$ см. При этом наибольший рост отмечается на 9 месяце внутриутробного развития.

От момента рождения до юношеского возраста длина левой продольной борозды печени постепенно увеличивается почти в 2,5 раза (от $5,59 \pm 0,28$ до $12,80 \pm 0,33$ см), при этом наибольший прирост отмечается от 4 до 6 месяцев жизни. От периода раннего детства до юношеского возраста наблюдается почти одинаковый прирост длины этой борозды в каждом возрастном периоде, в дальнейшем длина борозды изменяется мало.

Глубина левой продольной борозды печени от 7 до 10 месяцев внутриутробного периода увеличивается медленно (от $0,57 \pm 0,06$ до $0,69 \pm 0,05$ см). У новорожденных и на протяжении первых 3 месяцев жизни глубина левой продольной борозды печени остается на уровне показателя плодов 10 месяцев. На 4-6 месяце жизни глубина левой продольной борозды печени увеличивается почти в 2 раза (от $0,63 \pm 0,04$ до $1,10 \pm 0,10$ см) и на 9 месяцев жизни снова уменьшается. Начиная с 10 месяца жизни эта величина постепенно увеличивается и достигает своего максимума в 1 периоде зрелого возраста ($1,93 \pm 0,18$ см), а к старческому возрасту уменьшается 2 раза ($0,98 \pm 0,12$ см).

Длина переднего отдела правой продольной борозды печени начиная с 7 месяцев у плодов до конца 1-го года после рождения постепенно увеличивается от $2,56 \pm 0,28$ до $7,02 \pm 0,15$ см, особенно интенсивно на 10-12 месяцах жизни. В дальнейшем этапе величина уменьшается к периоду второго детства до $5,75 \pm 0,46$ см. В подростковом возрасте длина переднего отдела правой продольной борозды вновь увеличивается до $8,16 \pm 0,46$ см. Затем до II периода зрелого возраста изменяется мало, а в пожилом и старческом возрастах изменяется мало, а в пожилом и старческом возрастах ее длина незначительно уменьшается.

Ширина переднего отдела правой продольной борозды печени у плодов 7-10 месяцев постепенно увеличивается от $0,73 \pm 0,14$ до $0,19 \pm 0,09$ см. После рождения ее ширина увеличивается постепенно вплоть до старческого возраста почти в 3 раза (от $1,61 \pm 0,17$ до $0,55 \pm 0,19$ см).

Вывод. Глубина заднего отдела правой продольной борозды печени начиная с 7 месяцев у плодов до юношеского возраста постепенно увеличивается в 3 раза (от $0,38 \pm 0,02$ до $1,17 \pm 0,1$ см), в юношеском возрасте – уменьшается до $0,89 \pm 0,05$ см, в пожилом и старческом возрасте – вновь увеличивается до $1,22 \pm 0,08$ см.

ВЛИЯНИЕ АМПУТАЦИИ НА НЕЙРОНЫ ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА

Улугбекова Г. Ж., Убайдулаев Р. Л., Пулатов М. Д

Научный руководитель: доцент Улугбекова Г. Ж.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение: Впервые проведен комплексный анализ морфологического состояния нейронных популяций, всех слоев коры различных долек мозжечка, в динамике посттравматического периода. Использование адекватных приемов морфометрического анализа позволило сравнить изменения в коре различных долек мозжечка в разные сроки после ампутации задней конечности; выявлена разная степень выраженности реактивных и дистрофических изменений разных нейронных популяций. Установлено, что при травматическом воздействии наиболее выраженные изменения выявляются в нейронах ганглионарного слоя, умеренные - в молекулярном, а наименьшие - в зернистом слое коры мозжечка.

Материал и методы: Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности

на уровне средней трети бедра по Пирогову. Морфометрические исследования проводились по методу Г.Г.Автандилова (1990), окраска препаратов по Ниссля гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики. При окраске по методу Ниссля мозжечок погружали в 5% раствор нейтрального формалина на 1 сутки, а на 2-е сутки в 10% раствор нейтрального формалина на срок не менее 3-х недель.

До исследования мозжечок в течение 5 часов тщательно промывали в поточной воде. Затем вырезали кусочки толщиной 1х1х1 см, которые высушивали фильтровальной бумагой, помещали в спирты восходящей концентрации, абсолютный спирт, затем спирт - эфир и заключали в целлоидин. Из целлоидиновых блоков готовили непрерывные серии срезов в дорсо-вентральном направлении толщиной 8-10-12 мкм. Срезы окрашивали крезилфиолетом по методу Ниссля в модификации Снесарева и гематоксилином и эозином. На препаратах изучали морфологические особенности и морфометрические параметры нейронов квадратугольной, верхней полулунной и тонзиллярный долек мозжечка у собак, перенесших ампутацию правой задней конечности и здоровых контрольных животных.

Затем с помощью микроскопа МБИ-6 изучали толщину молекулярного, ганглионарного и зернистого слоев. При этом определяли характер изменения клеток, окраски, формы, морфометрические параметры - высоту, ширину и плотность в норме и в патологически измененных нейронах, морфологические изменения структуры слоев мозжечка в разные сроки (7, 14, 30, 60, 90 и 180 суток).

Результаты и обсуждение: Результаты исследования показали, что высота набухших клеток Пуркинье верхней полулунной дольки мозжечка (КПВПДМ) на 7 сутки после ампутации конечности в обоих полушариях увеличилось в 1/10 раза (в правом - от $39,7 \pm 0,41$ до $43,85 \pm 0,34$ мкм, $P < 0,001$; в левом - от $39,0 \pm 0,67$ до $5,8 \pm 0,42$ мкм, $P < 0,01$), затем уменьшаясь, справа через 2, слева - 3 месяца, становится почти одинаковой с контролем, а через 6 месяцев вновь незначительно увеличивается. Ширина набухших КПВПДМ в обоих полушариях на 7 сутки после АПЗКС, увеличивается в 1/10 раза (в левом - от $29,6 \pm 0,09$ до $33,4 \pm 0,43$ мкм, $P < 0,001$; в правом - от $29,4 \pm 0,52$ до $33,55 \pm 0,37$ мкм, $P < 0,001$). На 21 сутки показатель уменьшается: в правом полушарии в 1,6 раза ($P < 0,01$) в левом - в 1,4 раза ($P < 0,05$). В последующих сроках ширина КПВПДМ вновь увеличивается, наибольшей становится через 3 месяца (справа - до $36,7 \pm 0,45$ мкм, $P < 0,001$; слева - до $36,1 \pm 0,47$ мкм, $P < 0,001$), а через 6 месяцев вновь уменьшается. Следует отметить, что характер изменений ширины набухших КПВПДМ в обоих полушариях после АПЗКС - «двухгорбный» (двухвершинный), вершины соответствуют 7 суткам и 3 месяцам и напоминают букву. Исследования показали, что высота нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ на 7 сутки после АПЗКС незначительно (в среднем на 1/10) увеличивается (в правом полушарии - от $39,7 \pm 0,41$ до $42,7 \pm 0,36$ мкм, $P < 0,001$, в левом - от $39,0 \pm 0,67$ до $42,3 \pm 0,36$ мкм; $P < 0,01$). Эта высота почти сохраняется до конца 2 месяца, на 3 месяце становится наименьшей, а к 6 месяцу слегка увеличивается. Высота нейронов с деформированными ядрами КПВПДМ после АПЗКС изменяется «клюшкообразно», наибольший показатель наблюдается на 7 сутки, а наименьший - на 3 месяце. Нейроны с деформированными ядрами КПВПДМ после АПЗКС менее изменчивы, чем набухшие нейроны и нейроны с набухшими ядрами. Установлено, что ширина гиперхромно окрашенных КПВПДМ после АПЗКС изменяется в виде буквы V, при этом наибольшее уменьшение отмечается на 3 неделе (21 сутки), а интенсивное увеличение на 2 и 3 месяцах.

Выводы: Компенсаторно - восстановительные процессы во всех слоях коры мозжечка после ампутации протекают параллельно с деструктивными и характеризуются развитием гиперпластических и гипертрофических перестроек как со стороны нервных, так и нейроглиальных клеток, наиболее выраженные через 3 и 6 месяцев.

Список литературы.

1. Васильева В.А., Шумейко Н.С. Цитоархитектоника сенсомоторной и зрительной областей коры большого мозга человека в онтогенезе. //Морфология.- Санкт-Петербург, Эскулап, 2004.-Том 126,-№4.-С.26.
2. Содикова У.М., Косимхожиев М.И. Структурные изменения зубчатого ядра мозжечка у собак через месяц после ампутации конечности //Материалы 41-научн.- практ.конф. студентов и молодых ученых, посвящ. году «Доброты и милосердия».- Андижан, 2015. - С. 13-14.

4. Сергеева Е.Д., Семченко В.В. Межнейронные взаимоотношения в коре мозжечка в постреанимационном периоде //Анестезиология и реаниматология. - Москва, 1995. - № 5. - С.56-58.
5. Умурзаков К.Ж., Косимхожиев М.И., Изменения объема нейронов и хвостатого ядра мозга через один месяц после ампутации конечности у собаки //Сборн. научн. трудов. ""Актуальные проблемы морфологии"" - Красноярск, 2015. - С. 203-204.
6. Сергеева Е.Д. Структурные особенности нарушения в постишемическом периоде //Омский научн. вестник. - Омск, 2004. - Т.26. вып.1. - С.89-90."

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОНОВ КВАДРАТОУГОЛЬНОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ

Улугбекова Г.Ж. Пулатов М.Д

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Улугбекова Г.Ж.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучить морфологических изменений нейронов квадратоугольной дольки мозжечка (КДМ) после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что в нейронах квадратоугольной дольки мозжечка на 7-й день эксперимента в коре левого полушария мозжечка развиваются дисциркуляторные, отечно-дистрофические изменения, более выраженные, чем в правом. При этом в ганглионарном слое отмечались значительные отечные явления. Цитоплазма клеток Пуркинье тотально вакуолизирована, ядро и содержимое цитоплазмы сдавлены и сдвинуты в нижнюю часть клетки. Из-за сморщивания они выглядят гиперхромно. Наружная цитоплазматическая мембрана растянута и формирует шаровидное образование. Вокруг ганглионарных клеток определяется выраженный отек в виде неравномерной вакуолизации нейроглии и вещества мозжечка. Отечные, дистрофические явления выявлялись и в молекулярном слое, из-за которых вещество нервной ткани разволокнено, нервные клетки сдавлены и сморщены. В этот срок эксперимента отечно-дистрофические изменения проявляющиеся разрыхлением клеточных элементов, просветлением и базофилией клеточного вещества и нервных отростков выявляются и в зернистом слое. Отеку преимущественно подвергнуты нейроглии, вследствие чего ядра оголены и сморщены.

Вывод. В нейронах квадратоугольной дольки обоих полушарий мозжечка в различные сроки после ампутации в ранние сроки эксперимента во всех слоях коры развиваются дисциркуляторные, отечно-дистрофические и дегенеративные изменения.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПО СЛОЯМ КОРЫ ВЕРХНЕЙ ПОЛУЛУННОЙ ДОЛЬКИ МОЗЖЕЧКА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ ПРАВОЙ ЗАДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У СОБАК

Улугбекова Г.Ж., Убайдуллаев Р.Л., Пулатов М.Д.

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент Убайдуллаев Р.Л.
Андижанский государственный медицинский институт**

Цель исследования. Изучить морфологических изменений нейронов верхней полулунной дольки мозжечка после ампутации правой задней конечности (АПЗКС).

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили 35 взрослых беспородных собак, весом от 9 до 15 кг. Первая группа из 5 животных, которая служила

контролем. Во вторую группу вошли 30 собак, которым была произведена трехмоментная ампутация правой задней конечности на уровне средней трети бедра по Пирогову. Применялись морфологические и морфометрические методы исследования, окраска препаратов по Нисслю гематоксилином и эозином, а также метод вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что в нейронах верхней полулунной дольки мозжечка динамике после ампутации правой задней конечности у собак в начальные сроки (7 день) эксперимента дисциркуляторные и отечно-дистрофические изменения более выражены в коре левого полушария мозжечка. Наиболее значительные отечные явления имели место в ганглионарном слое. Цитоплазма клеток Пуркинье тотально вакуолизирована, ядро и содержимое цитоплазмы сдавлены и сдвинуты в нижнюю часть клетки. Из-за сморщивания они выглядят гиперхромно. Большинство этих клеток заходятся в состоянии некробиоза в виде сморщивания и гомогенизации ядер. Наружная цитоплазматическая мембрана растянута и местами разорвана, отек сливается с отечными изменениями межклеточного пространства. Выраженный отек определялся вокруг ганглионарных клеток в виде неравномерной вакуолизацией нейроглии и вещества мозжечка. В этот срок отечно-дистрофические изменения, которые проявлялись разрыхлением клеточных элементов, просветлением, базофилией межклеточного вещества нервных отростков, выявляются и в зернистом слое. Отеку преимущественно были подвергнуты нейроглии, вследствие чего ядра их голены и сморщены.

Вывод. Таким образом, ампутация конечности приводит к развитию выраженных дисциркуляторных, дистрофических и дегенеративных изменений. Эти патоморфологические перестройки были более выражены и имели распространенный характер в левом полушарии.

Раздел 4. Педиатрия и детские инфекционные заболевания

ВЛИЯНИЕ МАЛОПОДВИЖНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

Абдулхамидова З.К., Дергунова Г.Е.

Научный руководитель: Дергунова Г.Е.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Движение - естественная потребность организма человека. Избыток или недостаток движения - причина многих заболеваний. Оно формирует структуру и функции человеческого организма. В ходе длительного эволюционного развития человека сложилась очень тесная связь между его двигательными функциями и деятельностью внутренних органов [5]. Большая подвижность детей и подростков оказывает благоприятное воздействие на их головной мозг, способствуя развитию умственной деятельности. Двигательная активность, регулярные занятия физической культурой и спортом - обязательное условие здорового образа жизни [3, 4].

Двигательная активность принадлежит к числу основных факторов, определяющих уровень обменных процессов организма и состояние его костной, мышечной и сердечно-сосудистой системы [2]. Она связана тесно с тремя аспектами здоровья: физическим, психическим и социальным и в течение жизни человека играет разную роль. Для нормального развития и функционирования организма сохранения здоровья необходим определенный уровень физ. активности. Этот диапазон имеет минимальный, оптимальный уровни двигательной активности и максимальный [1, 3].

Недостаток двигательной активности в нашей стране характерен для большинства городского населения и, особенно, для лиц, занятых умственной деятельностью. К ним относятся не только работники умственного труда, но также школьники и студенты, основной деятельностью которых является учеба [1, 4].

Цель исследования: изучить влияние малоподвижного образа жизни на здоровье подростков.

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 1350 детей и подростков, проживающих в Ташкенте в возрасте 14-18 лет, из них девочки - 663 и 687 - мальчики. Проводились антропометрические исследования.

На основании разработанного опросника были установлены показатели малоподвижного образа жизни. Дети с малоподвижным образом жизни были осмотрены следующими специалистами: педиатром, невропатологом, травматологом, стоматологом, детским гинекологом, эндокринологом и хирургом.

Результаты исследования: при анализе полученных данных анкетного опроса нами было установлено, что из 1350 детей 537 детей имеют малоподвижный образ жизни (39,8%). Причем у девочек встречалась в 1,5 раза чаще, чем у мальчиков - соответственно, в 47,1% (312 девочек) и 31,4% (216 мальчиков) случаев ($p < 0,05$).

Среди подростков, ведущих малоподвижный образ жизни, дисгармоничность физического развития встречалось в 5,6 раз чаще, чем среди физически активных подростков (35,6%;) 191 подросток против 6,4% (52 подростка).

Согласно проведенному нами анализу установлено наличие у 23,2% подростков с малоподвижным образом жизни вегетативной дистонии (в т.ч. 3,5% выраженной), позволяющей прогнозировать у них снижение толерантности к физическим, эмоциональным и интеллектуальным нагрузкам. У физически активных подростков наличие дистонии встречалось в 6,4% (52 подростка).

Так же у подростков с малоподвижным образом жизни в 3 раза чаще наблюдалась анемия по сравнению с физически активными подростками.

Повышение артериального давления было зарегистрировано у 17,9% подростков с малоподвижным образом жизни, тогда как у физически активных подростков повышенное артериальное давление встречалось только у 7,7% (63 подростка), что в 2,3 раза ниже. Гипотония наблюдалась у 25,3% (136) подростков с малоподвижным образом жизни. У данной категории детей в 2,6 раз чаще встречались подростки, находившиеся на «Д» учете у разных специалистов.

В целом, около половины подростков имеют те или иные формы заболеваний (49,5%; 668 подростков). Особо хочется отметить, что наибольшее количество заболеваний той или иной формы наблюдалось среди подростков с малоподвижным образом жизни.

Среди данной категории подростков наиболее чаще встречались заболевания эндокринной системы (58,2%; 389 подростков), заболевания ЖКТ (24,3%; 162 подростка), реже – сердечнососудистые заболевания (15,7%; 105 подростков), заболевания мочевыделительной системы (5,1%; 34 подростка). При этом указанные состояния в 1/3 случаев сочетались.

Таким образом, результаты позволяют выделить группы медико-социального риска среди подростков. Выявленные тенденции и зависимости позволяют определить приоритетные мероприятия по профилактике заболеваний у подростков с учетом их образа жизни, факторов риска развития ХНИЗ, условий быта и физического статуса.

Выводы:

1. Среди 39,8% подростков отмечался малоподвижный образ жизни, который имел непосредственное воздействие на их здоровье.
2. Недостаточный объем физических нагрузок в образовательных учреждениях является фактором, снижающим физическое здоровье учащихся подростков.
3. Среди подростков с малоподвижным образом жизни в 3 раза чаще наблюдалась анемия, а у 17,9% было зарегистрировано повышение артериального давления, тогда как у 25,3% наоборот снижение.
4. 49,5% подростков имеют те или иные формы заболеваний, которые характеризовались в большинстве случаев заболеваниями эндокринной системы и ЖКТ.

Список литературы

1. Кательницкая Л.И., Ахвердиева М.К., Глова С.Е и др. Паспорт здоровья и профилактика хронических неинфекционных заболеваний: учебное пособие. - Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО Рост ГМУ Росздрава, 2007. - 192 с.
2. Корчина Т.Я., Денежкина В.Л. Профилактика неинфекционных заболеваний у детей и подростков урбанизированного северного региона // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 6 – С. 72-73.
3. Меньшикова Л.И. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у детей // Экология человека. – 2003. - №3. – С. 45-50.
4. Чехонадская Е.И. Эпидемиология поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний в подростковой и взрослой популяциях. Политика и стратегия целевых школьных профилактических программ. Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Оренбург, 2013. – 23 с.
5. Volek J. S., Westman E. C. Very-low-carbohydrate weight-loss diets revisited// Cleve. Clin. J. Med. – 2012. – vol. 69. – P. 856–848.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Абдураззакова Ш.А.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Шамансурова Э.А., к.м.н., доцент
Махкамова Г.Г.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В последние годы среди детей отмечается неуклонный рост числа аллергических заболеваний кожи. В структуре аллергических заболеваний доля атопического дерматита составляет 50-75%. По данным эпидемиологических исследований наибольшая частота атопического дерматита регистрируется у детей раннего возраста (32,4%), а наименьшая - у подростков (15,2%) [2]. В связи с этим, исследования направленные на изучение факторов, воздействующих на организм ребенка в раннем детском возрасте, в том числе характер питания, и их связь с последующим развитием у него аллергических заболеваний в настоящее время является актуальной. Большинство исследований в этой области говорят о

взаимосвязи искусственного вскармливания и развитии у ребенка аллергии на белок коровьего молока [1].

Атопический дерматит — достаточно распространенное в детском возрасте хроническое мультифакториальное заболевание кожи с полигенным типом наследования. В его развитии ведущая роль отводится эндогенным факторам - наследственной предрасположенности, атопии, гиперреактивности кожи [4]. Актуальность проблемы атопического дерматита связана не только с его высокой распространенностью среди населения, но и ранним началом, длительным рецидивирующим течением, быстротой перехода острых форм в хронические, учащением за последние годы тяжелых вариантов заболевания, неподдающихся традиционному лечению [3].

Целью данной работы является изучение взаимосвязи вида вскармливания у детей раннего возраста на развитие атопического дерматита.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели было обследовано 30 детей (20 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 1,5 до 5 лет с клиническими проявлениями атопического дерматита в стадии обострения. Обследование детей включало сбор аллергологического анамнеза, возраст введения смесей и прикорма, продолжительность грудного вскармливания, сроки проведения прививок, наследственность.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что отягощенный наследственный аллергоанамнез у пациентов основной группы был выявлен в 100% наблюдений, при этом преобладали аллергические заболевания у родственников по материнской линии у 11 (36,7%) детей, по отцовской линии у 4 (13,3%) детей, у 15 (50%) детей аллергопатологией страдали оба родителя. Вредные привычки (курение) имели 9 (30%) отцов.

При изучении антенатального периода установлено патологическое течение беременности у 100% матерей обследованных пациентов. Структура патологии представлена в 53,3%(16) угрозой невынашивания беременности, в 66,6%(20) - токсикозом первой половины беременности. Анемия беременных диагностирована у 63,3% (19) матерей. Физиологическое течение родов отмечалось в 80,2% (24) наблюдений. Все наблюдаемые дети родились в срок.

Нами была изучена продолжительность грудного вскармливания у пациентов. По полученным данным, в основной группе 73,3% (22) обследованных детей до 3 месяцев находились на грудном вскармливании, 16,6% (5) до 6 месяцев, 10% (3) – до 2-х лет. Адаптированные молочные смеси с рождения получали 30%(9) детей.

Первый прикорм был введен в 4 - 6 месяцев в виде овощного пюре в 86,6% (26) случаев или каши в 16,6% (5) случаев. Питание в виде продуктов на основе цельного коровьего молока получали 26,6% (8) детей с 7 месяцев, у половины из них отмечалась аллергическая реакция.

Первые клинические признаки атопического дерматита у 73,3% (22) обследованных детей регистрировались в период до 6 месячного возраста. Провоцирующими экзогенными факторами развития атопического дерматита явились нарушения характера питания кормящей матери в 53,3% (16) случаев, введение молочных смесей в 30% (9) случаев и раннее введение прикорма в 16,6% (5) случаев. У обследованных детей преобладали изменения кожи в виде сухости, шелушения, гиперемии, единичных папулезных высыпаний с локализацией в области лица, коленных и локтевых сгибов, ягодичной области, сопровождающиеся зудом. Нарушения сна отмечались у 10 пациентов. Обострения заболевания у пациентов возникали до 2-3х раз в год. На момент обследования у всех детей отмечались зуд и высыпания, мокнутие, у 70% (21) детей матери отмечали нарушение сна, у 20% (6) детей наблюдалось снижение аппетита, эмоционально-двигательное возбуждение наблюдалось у 25% детей.

Преобладающее число детей, страдающих среднетяжелой формой атопического дерматита не были вакцинированы согласно национальному календарю профилактических прививок. Обострения заболевания у пациентов возникали каждые 4-6 месяцев и чаще и были связаны с нарушением диеты.

Заключение. В результате исследования были сделаны следующие выводы:

1. Наследственная предрасположенность (преимущественно по материнской линии) является достоверным эндогенным фактором в генезе атопического дерматита.

2. Первые признаки атопического дерматита у детей появляются вследствие раннего введения смесей.

3. Основной причиной обострения атопического дерматита у детей является раннее введение прикорма.

4. Детям с атопическим дерматитом не проводится адекватная вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок.

Список литературы.

1. Данилова В.И., Танташева А.М., Раннее искусственное вскармливание как фактор риска развития пищевой аллергии // Смоленский медицинский альманах. – 2018. – 14-19
2. Дудникова Э.В., Кобзева Н.Н., Приходская Е.С., Беседина Е.А., Педченко Е.Г. Особенности клинического течения атопического дерматита у детей раннего возраста. Медицинский вестник Юга России. 2013(3) - 44-47.
3. Аллергия у детей: от теории к практике / под ред. Л. С. Намазовой, Барановой. М.: Союз педиатров России. 2010. Apr;3(4):57-161
4. Баранов А.А., Балаболкин И.И. Детская аллергология. Руководство для врачей. - 2006. – 688 с.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Абдурашидова Х.Б., Турдыева Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема своевременной диагностики и лечения хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) детей и подростков была и остаётся одним из актуальных направлений современной педиатрии [3,4]. Однако, несмотря на все усилия ученых, организаторов здравоохранения и практических врачей, продолжается неуклонный рост заболеваний органов пищеварения у детей, которые за последние 30 лет увеличились более чем в 10 раз и составляют 456,7% [1,2,5], и одним из проявлений заболевания является анемия.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 286 детей от 6 до 15 лет с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП). Из них 156 мальчиков и 130 девочек. Среди обследованных хронический гастродуоденит (ХГД) диагностирован у 174 (60,84%), хронический гастрит (ХГ) различных форм – 43 (15,03%), хронический дуоденит (ХД) – 22 (7,69%), язвенная болезнь желудка - 8 (2,8%) и язвенная болезнь двенадцатиперстного кишечника (ЯБДПК) у 39 (13,64%) пациентов. Показатели периферической крови были определены методом ИФА. Перед началом исследования на основании этических норм, было взято разрешение Этического Комитета при МинЗдраве РУз на проведение клинико-лабораторных исследований у больных, а также письменное согласие родителей и опекунов.

Результаты исследования. Исходя из поставленной цели, изначально все больные были разделены на 2 возрастные группы: 1-я группа дети от 6 до 12 лет (до 11 лет 11 месяцев 29 дней); 2-я группа, подростки, от 12 до 15 лет. Как показали исследования, наблюдается стойкое снижение гематологических показателей периферической крови у пациентов с ХГДП в зависимости от клинической формы и возрастной категории. В частности, если сравнить гемоглобин в периферической крови у больных с ХГДП с контрольной группе детей, то отмечаем снижение данного показателя от 9,7% до 21,7% в зависимости от возрастной категории, где наименьшая разница отмечается среди детей первой возрастной группы (9,7%). Наименьшее содержание Hb в отмечено у пациентов с язвенными поражениями гастродуоденальной зоны. В частности, если у детей ХГ уровень Hb снизился от 92,4% до 90,4%, у детей с ЯБЖ – от 88,2 до 83,1%, а у детей с ЯБДПК- от 88,2 до 84,6% в зависимости от возраста.

Данную тенденцию к стойкому снижению гематологических показателей можно также наблюдать при интерпретации других показателей крови. В частности, если сравнить ЦП, то отмечаем наименьший показатель среди больных с ЯБЖ и ЯБДПК от 0,71 до 0,75. Как показали исследования у 165 (57,7%) из 286 пациентов диагностирована анемия (ЖДА) различной степени. При том, как у 93,3 % (n=154) - клинико-лабораторно подтверждено существование железодефицитной анемии 1 и 2 степени. У остальных детей выявлены другие виды анемии, в основном В12 дефицитная анемия (6,7%). Неотъемлемой частью изучения метаболизма железа в крови является анализ результатов ферритина и трансферрина. У пациентов с ХГДП определили снижение уровня ферритина. При ХГ ферритина снизился по отношению к показателям контрольной группы (КГ) до 3,5 мкг/л, при язвенных заболеваниях снижался до 4,08 мкг/л, то есть до 25,5%. Но концентрация ферритина не всегда отражает истинное состояние запасов железа, в связи, с чем нами было проведено исследование трансферрина. У детей с ХГД отмечали

увеличение трансферрина от 2,9 до 3,28 г/л, что в среднем до 28,6% больше по отношению к КГ. При этом, у больных с ХД уровень трансферрина в среднем превышает на 2,5% по отношению к пациентам с ХГ.

Все вышеупомянутые различия между показателями воспалительного поражения желудка и кишечника непосредственно связаны с физиологией самого тонкого кишечника и его ролью в процессе метаболизма железа. Следовательно, при ХГДП у детей за счёт хронических воспалительных процессов, происходящих в тонком кишечнике, нарушается не только всасывание железа, но и на его депонирование. Так у данных пациентов ОЖСС повышался до 72,15мкмоль/л, что отражает степень голодания сыворотки и насыщения трансферрином железа. При стойком прогрессирующем повышении уровня ОЖСС. Если у пациентов из I группы ОЖСС превышал 30,7% по отношению к КГ, то у детей из III группы данный показатель превышает на 22,26%.

Вывод. На основании чего можно заключить, что чаще всего у 57,7% детей с ХГДП развивается анемия, из которых 53,8% составляют дети с ЖДА. При этом, наибольшее количество клинического появления анемии наблюдается среди детей с язвенными поражениями гастродуоденальной зоны - 76,9%. У детей с ХГДП в зависимости от вида заболевания меняется клинико-лабораторные картина ЖДА, так у детей с ХГД она более выражена по отношению к ХГ.

Список литературы.

1. Ахметов Р.Т. Распространенность, факторы риска и качество жизни у подростков с гастродуоденальной патологией. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 14.01.08 – педиатрия, 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение. Уфа – 2012. - 28-стр.
2. Цветкова Л.Н., Горячева О.А., Цветков П.М. и др. Гастроэнтерологическая патология у детей: патоморфоз заболеваний и совершенствование методов диагностики на современном этапе // Материалы XVIII Конгресса детских гастроэнтерологов. – М. – 2011. – С. 5–8.
3. Pacifico L, Osborn JF, Bonci E, Romaggioli S, Baldini R, Chiesa C. Probiotics for the treatment of *Helicobacter pylori* infection in children //World J Gastroenterol. Jan 21, 2014; 20(3): 673–683.
4. Passaro DJ, Taylor DN, Meza R, Cabrera L, Gilman RH, Parsonnet J. Acute *Helicobacter pylori* infection is followed by an increase in diarrheal disease among Peruvian children. // Pediatrics. 2001;108:E87
5. Rick JR., Goldman M, Semino-Mora C, Hui Liu, Olsen C, Rueda-Pedraza E, Sullivan C, Dubois A. In situ expression of cagA and risk of gastroduodenal disease in *Helicobacter pylori* infected children // J Pediatr Gastroenterol Nutr. Feb 2010; 50(2): 167–172.

ДИНАМИКА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ Г. ТАШКЕНТА

Абдурашитова Ш.А.

Научный руководитель: Рустамова Х.Е.

Ташкентская медицинская академия

Подростковый возраст с его гормонально - физиологическими особенностями и изменением в образе жизни делает детей в возрасте 15-18 лет наиболее восприимчивыми к целому ряду болезней нервной системы, которые накладывают отпечаток на судьбу взрослого индивидуума и целого поколения. В 21 веке распространенность неврологической патологии по Узбекистану в целом имеет тенденцию к снижению (Арифджанов Ш.Х. с соав. 2006, Алимова В.С. с соав. 2009, и др.), однако отмечается неравномерность ее динамики в различных регионах и возрастных группах.

Цель исследования: Проведение ретроспективного анализа динамики общей заболеваемости БНС среди подростков Ташкента за 2006 - 2015 г.

Результаты и обсуждение: На основании данных статистических сборников МЗ РУз. «Здоровье населения и здравоохранение в Республике Узбекистан» нами был проведен ретроспективный анализ динамики общей заболеваемости БНС среди лиц 15-18 летнего возраста по г. Ташкенту. Среднепериодичный уровень изучаемого показателя составил 9460,8±21,3 на

100000 подростков города. За десятилетие общая распространенность БНС среди изучаемой группы выросла в 1,26 раза с $8491,2 \pm 20,2$ до $10739,8 \pm 22,5$ на 100000 подростков. Применение линейной регрессии позволило нам спрогнозировать дальнейший рост заболеваемости. По нашим расчетам, если сохранятся условия, при которых рассчитывался прогноз, то к 2025 году по сравнению с исходным уровнем 2006г. уровень общей распространенности БНС возрастет в 2,7 раза и составит $23113,8 \pm 30,6$ на 100000 подростков ($p \leq 0,05$).

ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Абукеримова А.К., Вальц И.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Морева Г.В.

Тюменский государственный медицинский университет

Насущной проблемой нефрологии в педиатрии является определение наиболее эффективной и безопасной терапии гломерулонефрита (ГН). На данный момент основу схем лечения составляют кортикостероиды в стандартных дозах. Они обладают высокой терапевтической эффективностью, но имеют массу побочных эффектов.

Цель исследования. Оценить влияние схем лечения на течение ГН с нефротическим синдромом (НС) у детей в зависимости от специфики клинического варианта.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы 175 историй болезней в детском отделении №1 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» за 2015–2017г., из которых выделены 48 пациентов с ГН с НС. В исследуемой группе было 25 мальчиков (от 10 месячного возраста до 16 лет), 23 девочек (от 2 до 18 лет). Длительность заболевания колеблется от 1 до 13 лет. В соответствии со стандартами были выделены четыре группы: первая – гормоночувствительный вариант с первым эпизодом ГН (10 детей-5 девочек и 5 мальчиков), вторая – редко рецидивирующий гормоночувствительный (15 детей-6 девочек и 9 мальчиков), третья – стероидзависимый (13 детей-3 девочек и 10 мальчиков) и четвертая – часто рецидивирующий стероидрезистентный (10 детей-9 девочек и 1 мальчик).

Результаты исследования. Имеются гендерные различия в группах: в первой поровну мальчиков и девочек, во второй и третьей преобладают мальчики, в четвертой – девочки. Наблюдается тенденция к увеличению возрастного диапазона и количества рецидивов от группы к группе в связи с длительностью заболевания. Во второй группе (2-13 лет) стаж заболевания 1-5 лет (1 рецидив в год – 60%; 2 – 40% случаев), в третьей (4-16 лет) 3-13 лет (рецидивы 2-5 раз в год), в четвертой (4-18 лет) 1-9 лет (рецидивы 2-4 раза в год на фоне снижения дозы препаратов).

Манифестация приступов ГН в исследуемых группах характеризовалась типичными клиническими проявлениями: отёчным синдромом (95,8%), снижением диуреза (41,7%), повышением артериального давления (16,7%). В четвертой группе у 50% отягощена наследственность по ГН.

В общем анализе крови во всех четырёх группах наблюдается ускорение СОЭ 83,3% (до 62 мм/ч), лейкоцитоз 83,3% (до $23,4 \cdot 10^9$ /л). В общем анализе мочи: протеинурия 100% (до 25г/л), лейкоцитурия 70,8% (до 10 в п/з), гематурия 47,9% (до 9 в п/з), СПБ до 10,95 г/л. Диспротеинемия за счет повышения альфа-2 фракции 83,3% (до 48%), гипопроteinемия 96% (до 28,8г/л), гипоальбуминемия 87,5% (до 15,5г/л), гиперхолестеринемия 94% (до 17,62ммоль/л), гиперфибриногенемия 64,6% (до 8г/л). Увеличение СРБ 60,4% (8,94мг/дл). Гипокальциемия 70,8% (до 1,85ммоль/л). Увеличение АСЛО наблюдается только в 10,4% случаях (до 969 Ед/мл). В первой группе увеличение С4 у 2,1%, снижение С3 у 2,1%. Снижение С4 у 6,3% в третьей и четвертой и С3 у 2,1% в четвертой группах. При исследовании микрофлоры зева выявлены: *Streptococcus haemolyticus* альфа 1×10^3 КОЕ/мл у 48%, *Neisseria* sp. 1×10^3 КОЕ/мл у 16,7%. Было принято решение направить на биопсию 11 детей, однако процедуру прошли только 6 за 9 лет.

Во всех группах терапия начиналась преимущественно со 2-3 дня манифестации преднизолоном со средней дозой 2 мг/кг/сут. В третьей и четвертой группах совместно с кортикостероидами назначались майфортик (6 детей), сандиммун-неорал (2 ребенка), циклоспорин (2 ребенка), совместная терапия сандиммун-неоралом и майфортиком у 1 ребенка.

Выявлялись следующие осложнения гормональной терапии у 15 нанизм соматогеннообусловленный 2, дисметаболическая нефропатия 2, стероидная катаракта 4, кушингоидный синдром 7.

Выводы: 1. Были выявлены следующие варианты нефротического синдрома: гормоночувствительный вариант с первым эпизодом, редко рецидивирующий гормоночувствительный, стероидзависимый, стероидрезистентный. 2. Отмечается низкая частота выполнений нефробиопсий: рекомендована 11 детям, выполнена у 6. Это затрудняет выбор должной иммуносупрессивной терапии в зависимости от морфологического варианта ГН. 3. Стартовой терапией у всех детей был преднизолон. Выделены новые схемы лечения в виде сочетания следующих препаратов: преднизолон с майфортиком (12,5%), сандиммун-неорал (4,2%), циклоспорин (4,2%), совместная терапия сандиммун-неоралом и майфортиком (2,1%). 4. На основании имеющихся частоты обострений (в среднем 2-4 раза в год) и длительности периода ремиссии (в среднем от 1 года до 1,5 лет), можно говорить о недостаточной эффективности терапии в исследуемых группах. Однако, в связи с относительно небольшим временным промежутком исследования категоричные выводы о влиянии современных схем иммуносупрессивной терапии на течение ГН делать некорректно.

Список литературы.

1. Торопилов Д.М., Самсон А.А. Новые подходы к лечению стероидрезистентного нефротического синдрома// Журнал: Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. – 2015. - № 5. – С. 73-75

2. Савенкова Н.Д. Стратегии терапии дебюта, рецидивирующего и часто рецидивирующего гормоночувствительного и гормонозависимого нефротического синдрома с минимальными изменениями у детей // Нефрология. 2013. №3. С. 17 – 25.

АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ «ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Ануарбек А.С., Дуйсек А.Т.

Научный руководитель: Исаева К.К.

Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Программа «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИББДВ) была разработана в 1992 году, Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), стратегия основана на доказательной медицине. Программа включает в себя ведение наиболее значимых заболеваний у детей таких как: диарея, пневмония, нарушение питания, анемия, низкий вес, проблемы с горлом, проблемы с ухом; сортировка детей по степени тяжести и раннее принятие решений в оказании неотложной помощи и в госпитализации по признакам «ОПО»—общие признаки опасности, безопасная иммунизация и уход в целях развития. «ИББДВ» адаптирована для РК, согласно Приказа МЗ РК №172 от 31.03.2011г.

На сегодня стратегию приняли более 100 стран мира, в том числе и Казахстан. Согласно данным ВОЗ, ежегодно более 10 миллионов детей умирает до достижения 5 лет, большинство из этих смертей вызвано всего лишь пятью состояниями, которые можно предотвратить и лечить: пневмония, диарея, малярия, корь, и нарушение питания.

Программа «ИББДВ» основана на целевой оценке состояния больного ребенка. В отличие от «золотого педиатрического» стандарта, когда оценка состояния ребенка проводится по органам и системам, целевая оценка означает строго определенную последовательность действий медицинского работника (алгоритм осмотра и принятия решения) с целью исключить риск смертельного исхода во время данного заболевания и непричинение вреда ребенку, который может привести к смерти в дальнейшем.

Программа «ИББДВ», включает в себя как профилактический, так и лечебные элементы. Основные задачи – это улучшение навыков медицинских работников, улучшение системы здравоохранения, улучшение практик ухода за ребенком в семье. Программа «ИББДВ», способствует точному определению заболевания детского возраста, обеспечивает надлежащее интегрированное ведение всех значительных заболеваний, способствует усилению

консультативных навыков медицинского персонала, а так же определяет потребность в направлении тяжелобольного ребенка в стационар и ускоряет этот процесс.

Кроме того данная стратегия способствует становлению определенных моделей поведения в семье, в вопросах обращения за медицинской помощью, улучшенного питания и профилактического ухода, а так же правильного выполнения назначений медицинских работников.

В центре внимания стратегии – это лечение, данная стратегия так же дает возможность и подчеркивает важность основных превентивных вмешательств.

Например: иммунизация и улучшение питания детей, а так же грудное вскармливание. Во всех областях и городах республики ведутся обучения медицинских работников региональными координаторами, созданы областные центры «ИВБДВ». Лечебно профилактические учреждения (ЛПУ) республики работают согласно программы ИВБДВ.

Актуальность данной программы послужило для нас толчком для выбора темы данной работы.

Цели исследования: Провести анализ внедрения программы «ИВБДВ» среди населения г. Алматы.

Материалы и методы: Проведение анкетирования среди населения и медицинских работников ЛПУ г.Алматы (3 городские поликлиники). Обработка результатов анкетирования, выведение статистических данных.

Результаты и обсуждение. По результатам статистической обработки получены следующие данные:

1. Программу ИВБДВ «знают и пользуются» в своей работе 95% медицинских работников, оставшиеся 5% составляют молодые специалисты. Среди населения –«слышали и знают» 11% (данная цифра не является показателем незнания, см.ниже).

2. По «вопросам проблем с кормлением» (также кормление грудью) информацию регулярно получают -88% респондентов.

3. По вопросам получения информации по «оценке прививочного статуса и вакцинации» информацию получают -88%.

4. Получение «консультации по уходу в целях развития» – 88%

5. Получение «консультации по тревожным признакам, требующим специализированной помощи» (когда вернуться немедленно «КВН») – 47%.

6. Получение «консультации по оценке питания и здоровья матери» – 64%.

Таким образом, наличие хорошей базы и профессиональных преподавателей и тренеров показывает высокий уровень (95%) знаний ИВБДВ среди медицинских работников г.Алматы. Знание медицинскими работниками ИВБДВ отражается на качестве оказания медицинской помощи детям, о чем свидетельствуют показатели детской смертности по г.Алматы.

Выводы: внедрение программы «ИВБДВ» успешно решает вопросы снижения детской смертности до 5 лет. Этому способствуют:

1. Непрерывное обучение в центре ИВБДВ и на рабочем месте
2. Наличие профессиональных преподавателей и тренеров
3. Достижение охвата обучением не менее 90% медицинских работников
4. Адаптирование нормативных и медицинских документаций под ИВБДВ.

Список литературы.

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016–2019гг.
2. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике ОРВИ и пневмонии у детей до 5 лет в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения. – Алматы: 2007. – 48 с.
3. Технические обновления руководств по Интегрированному ведению болезней детского возраста (ИВБДВ) // Фактические данные и рекомендации для дальнейшей адаптации. ВОЗ. – 2007. – 6-12с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ И ПЕРЕНЕСШИХ БРОНХОЛЕГОЧНУЮ ДИСПЛАЗИЮ

Афанасьева Е.А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Порецкова Г.Ю.
Самарский государственный медицинский университет**

В настоящее время большой проблемой для здравоохранения являются недоношенные дети с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. После реанимации и интенсивной терапии, проведенной в периоде новорожденности, эти младенцы попадают в группу риска развития патологических изменений легких. Несмотря на совершенствование технологий выхаживания и методик респираторной поддержки отмечается тенденция к росту частоты бронхолегочной дисплазии (БЛД) во всем мире за счет снижения смертности среди детей с низкой массой тела. Эта патология является наиболее распространенной формой среди хронических заболеваний легких в раннем возрасте и второй по частоте после бронхиальной астмы в последующие периоды детства. [2]. Несмотря на то, что БЛД характеризуется регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка, необходимо длительное наблюдение за пациентом и оценка влияния перенесенной БЛД на качество его жизни (КЖ) [3].

В медико-социальных исследованиях чаще всего используют валидизированный опросник по качеству жизни детей PedsQL4, что позволяет провести сравнение возрастнo-половых, социальных, региональных, национальных особенностей, здоровых и больных детей. Использование общего опросника даёт возможность изучить влияние болезни как на аспекты КЖ (физический, эмоциональный, социальный, школьный), так и на возникающие при конкретной болезни специфические проблемы. Преимуществами данного инструмента являются возможности исследования в широком возрастном диапазоне (от 2 до 18 лет) и наличие параллельных форм для родителей [1].

Целью исследования было оценить качество жизни детей, перенесших бронхолегочную дисплазию в зависимости от веса при рождении.

Для оценки качества жизни использована родительская форма опросника PedsQL4 для детей 2-7 лет.

Был проведён ретроспективный анализ анамнестических данных и данных историй болезни 44 пациентов возраста от 2-х до 6 лет, перенесших бронхолегочную дисплазию и которые наблюдались в отделении катамнеза ГБУЗ СО СОКБ им. Середавина. Мальчиков было 24 человека, девочек - 20. Все дети были разделены на 2 группы: I – группа - дети, родившиеся с низкой массой тела и очень низкой массой тела (НМТ, ОНМТ); II – группа- дети, родившиеся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Анализ анамнеза и результаты анкетирования показали, что в I группе наблюдения средний срок гестации к моменту рождения составил 30,3 недели, во II группе - 27,1 недели. Дети получали сопоставимую по длительности респираторную поддержку в среднем 30 дней и 24 дня. Средний вес при рождении детей I – группы составил - 1526,3 гр, во II группе был в 2 раза меньше и составил 794,3 гр. При сравнении групп наблюдения было отмечено, что средний возраст детей на момент опроса достоверно не различался и составил в I группе $3,4 \pm 0,7$ года, во II группе $3,5 \pm 0,7$ лет. Не отмечалось и значимых различий по массе тела в группах сравнения: в I группе средний вес составил 14,6 кг, а во II группе 13,5 кг. Что позволило нам сделать вывод о том, что дети, родившиеся с ЭНМТ догнали своих сверстников по массе тела. При анализе количества госпитализаций по поводу респираторных проблем было установлено, что на одного ребёнка I группы наблюдения приходилось в среднем 1,9 госпитализаций. Причём 27% детей этой группы ни разу не были госпитализированы. Дети II группы госпитализировались в 2 раза чаще (в среднем 2,6 раза). Не было госпитализаций только у 12,5% детей.

При сравнении качества жизни детей двух групп было установлено, что показатели физического функционирования в I группе составили $73,6 \pm 12,2$ %, а во II - $79,0 \pm 15,4$ % - то есть по уровню физического функционирования не было достоверных различий. По показателям эмоционального функционирования в группах сравнения различий так же не выявлено: $84,7 \pm 5,3$ % в I группе и $85,3 \pm 8,3$ % - во второй. Между I и II группами выявлены значимые различия по уровню социального функционирования. У детей I группы социальное функционирование было на уровне $85,3 \pm 8,0$ %, а у детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, значительно ниже, только $67,2 \pm 9,3$ %. Так же выявлены значимые отличия по уровню функционирования в образовательной организации. В I группе уровень функционирования составил $61,0 \pm 7,5$ %, а во II

группе $45,6 \pm 7,8\%$. То есть дети, родившиеся с ЭНМТ, достоверно чаще испытывали значительные трудности при посещении дошкольных образовательных учреждений.

Таким образом, установлено, что в настоящее время преобладает новая форма БЛД. Глубоко недоношенные дети с ЭНМТ, перенесшие БЛД, чаще госпитализировались по поводу респираторных проблем. Они так же имели значительно более низкий уровень социального функционирования и испытывали трудности при посещении детского сада при освоении дошкольной образовательной программы.

Список литературы:

1. Денисова Р.В., Алексеева Е.И., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., Валиева С.И., Бзарова Т.М., Лисицин А.О., Гудкова Е.Ю. Надёжность, валидность и чувствительность русских версий опросников PedsQLGenericCoreScale и PedsQLRheumatologyModule // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т.8. - №1. - С.30-40.

2. Затолокина А.О., Функциональные последствия бронхолёгочной дисплазии у детей, проживающих на территории Новосибирской области // Мать и дитя в Кузбассе. — 2016 — №3 — С.9-15.

3. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхолёгочной дисплазией. М. 2015. Электронный ресурс. Режим доступа [[http:// www.pediatr-russia/sites/default/files/file/kr_bld.pdf](http://www.pediatr-russia/sites/default/files/file/kr_bld.pdf)]. Дата обращения 10.12.2017.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Багамалиев А.А., Ндари М.

Научный руководитель: Панченко О.А

Ставропольский государственный медицинский университет

На протяжении уже более 70 лет ретинопатия недоношенных (прежнее название — ретролентальная фиброплазия) остается в центре внимания специалистов, занимающихся оказанием неонатальной помощи. Это обусловлено, с одной стороны, высоким риском развития слепоты и инвалидности по зрению, а с другой — неуклонным ростом уровня выхаживания, позволяющего сохранить жизнь детям, ранее считавшимся инкурабельными. Успех в предупреждении развития тяжелых форм заболевания в настоящее время зависит не только от знаний и умений детских офтальмологов. В значительной мере это связано с усилиями и настороженностью по отношению к данной проблеме всех звеньев, участвующих в выхаживании недоношенных детей: начиная от родильного отделения, включая отделения реанимации и патологии новорожденных, и заканчивая поликлиническим звеном. Важно отметить, что в Российской Федерации в последние годы актуальность данной проблемы значительно возросла в связи с переходом с 1 января 2012 г. на рекомендованные экспертами Всемирной организации здравоохранения критерии живорождения.

Ежегодно в Российской Федерации рождается около 100 тыс. недоношенных детей. По данным выборочных научных исследований, из этих детей около 70% относятся к группе риска по развитию нарушения зрения. Примерно у 25–37% (20–25 тыс. детей) формируется ретинопатия недоношенных (РН), терминальные стадии которой в развивающихся странах являются одной из наиболее частых причин слепоты и инвалидности по зрению [1].

В отечественной офтальмологии длительное время интерес к проблеме РН находился на минимальном уровне, что было обусловлено редкими случаями диагностики этого заболевания. Так, еще в начале 1990-х гг. в России РН выявляли у 1% недоношенных и 0,04% всех рожденных детей. В то же самое время, по данным одного из патологоанатомических исследований недоношенных детей и плодов, погибших от гипоксии различного генеза, РН была обнаружена у 33,7% детей [3].

В 1990-е гг. удельный вес детей с РН среди учащихся специальной школы № 1 г. Москвы возрос с 13,9% в 1994 г. до 50% в 1998 г. Подобная тенденция отмечена и в исследовании Московского психолого-педагогического университета, согласно которому за 20 лет первого периода наблюдений (с 1974 по 1994 г.) число детей с РН составляло всего 9%, за последующее

десятилетие (1994–2004 гг.) РН стала самой распространенной причиной осложненной слепоты: 61% наблюдений [4].

В 2008 г. в РФ был утвержден план мероприятий по переходу на современные технологии выхаживания детей с гестационным возрастом от 22 нед, а с 1 января 2012 г. выполнен официальный переход на рекомендованные экспертами ВОЗ критерии, в соответствии с которым должны выхаживаться дети с массой от 500 г и сроком гестации от 22 нед. [5].

Частота РН варьирует в различных странах, достигая 24,7 на 100 тыс. живорожденных, и тесно связана с удельным весом выживших недоношенных детей, степенью их соматической отягощенности, незрелости, условиями выхаживания [2]. Существует тесная корреляция между частотой заболевания и степенью незрелости ребенка, которая зависит от массы тела при рождении и гестационного возраста. Чем более незрелым рождается ребенок, тем выше вероятность развития РН. Частота возникновения РН, по данным литературы, различна. Так, например, V. Seiberth сообщает, что частота развития РН в зависимости от массы тела при рождении составляет: до 1000 г — 67%, 1000–1200 г — 35%, 1250–1500 г — 19%, 1500–2000 г — 10%, а при весе 2000–2500 г — 1% [6].

Общепризнанными факторами риска являются низкая масса тела и малый гестационный возраст ребенка на момент рождения. Чем меньше масса тела и гестационный возраст, тем выше частота РН. У глубоко недоношенных детей с массой тела при рождении менее 750 г риск развития РН превышает 90% [7].

Формирование патологических изменений в сосудистой системе сетчатки с последующей вазопролиферацией может быть обусловлено неблагоприятными воздействиями материнского организма на плод и орган зрения в период внутриутробного развития. Среди антенатальных факторов имеют значение гестозы во время беременности, преждевременная отслойка плаценты и кровотечение в родах; состояния, ведущие к нарушению маточно-плацентарного и плодового кровообращения [8].

В группе детей с РН отмечена тенденция к более высокой частоте развития у матерей таких состояний, как хронические воспалительные гинекологические заболевания, роды путем кесарева сечения. Чаще дети с РН рождаются от 4-й и последующих беременностей. В группе детей с РН достоверно чаще наблюдались такие заболевания, как респираторный дистресс-синдром и тяжелые инфекционно-воспалительные заболевания (пневмония, менингит, сепсис). Также в этой группе общая продолжительность кислородотерапии и искусственной вентиляции легких были достоверно более длительными, при искусственной вентиляции чаще применяли 80–100% кислород на протяжении более 3 сут. Наиболее тесная связь отмечена с длительностью кислородотерапии более 30 сут. [8].

Что касается непосредственных показателей газов крови, т.е. наличия периодов гипероксемии (PaO₂ более 80 мм рт.ст.), гипоксемии (PaO₂ менее 40 мм рт.ст.), гипер или гипокпапии, достоверные различия выявлены лишь по частоте значительных колебаний показателей газов крови в неонатальном периоде [9].

Другими факторами риска РН являются стандарт ухода за младенцем, респираторный дистресс-синдром, повторяющееся апноэ, перивентрикулярная лейкомаляция, наличие открытого артериального протока, повторные трансфузии крови, сепсис, лечение сурфактантом, многоплодие; эффект яркого освещения, некротический энтероколит, дефицит витамина Е [10]. Установлена связь между температурой окружающей среды и назначением антибиотиков и частотой развития РН [11].

МЛАДЕНЧЕСКАЯ И ДЕТСКАЯ ФОРМЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Байрамукова З. А.-А.

**Научный руководитель: профессор, д.м.н. Барычева Л.Ю.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Атопический дерматит – хроническое, наследственно обусловленное аллергическое воспаление кожи, в основе которого лежат иммунные механизмы формирования, клинически характеризующиеся зудом, возрастной морфологией высыпаний, локализацией [5].

Атопический дерматит – одно из самых распространенных аллергических заболеваний у детей и вызывает интерес у специалистов разного профиля – педиатров, аллергологов, дерматологов. Так, в развитых странах заболеваемость детей составляет от 13 до 37 %, в США – приблизительно 17 %. В России данный показатель составляет от 5,9 % до 15,5 % [4].

Воспаление и зуд кожи, косметические дефекты, нарушения сна настолько изменяют больного ребенка, существенно снижая качество его жизни, что являются тяжелым психофизиологическим бременем не только для него, но и для всех членов семьи [1, 6]. Кроме того, АтД является первым проявлением «аллергического марша» и значимым фактором риска развития аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей [2].

Материалы и методы

Целью данного исследования являлась характеристика клинической картины младенческого и детского периода АтД на основании данных анамнеза и амбулаторных карт пациентов.

Работа выполнена на кафедре иммунологии ГБОУ ВПО «СтГМУ» Минздрава России. Исследование проведено на базе ГБУЗ СК СКПЦ № 1 г. Ставрополь.

В основу работы положено обследование 54 детей в возрасте от 1 месяца - 4 лет (18 девочек и 36 мальчиков).

Проводилось деление на группы по возрастному периоду заболевания (младенческий или детский периоды), и степени тяжести (легкая или среднетяжелая).

У наблюдаемых детей проводился сбор анамнеза, общеклиническое исследование, определение сенсibilизации к различным видам аллергенов, оценка проведенной терапии. Полученные результаты заносились в индивидуальные регистрационные карты, разработанные специально для данного исследования с одновременным кодированием для последующей обработки на персональном компьютере.

В работе использовались методы непараметрической статистики. Результаты представлены в виде $M \pm m$. Статистическое сравнение долей с оценкой достоверности различий выполняли с использованием критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение

Из взятых для изучения 54 историй болезни детей с АтД мальчиков с данной патологией 66,7%, девочек – 33,3% ($p < 0,05$). Средний возраст пациентов в исследуемой нами группе составил $12,3 \pm 1,51$ месяца.

Полученные нами результаты о среднем возрасте манифестации заболевания – $5,31 \pm 1,01$ месяца совпадают с литературными данными [3].

В результате исследования была установлена частота встречаемости АтД. В младенческом периоде она оказалась выше – 83,3%, чем в детском – 16,7% ($p < 0,05$).

При рассмотрении наследственной предрасположенности аллергологический анамнез был отягощен у 68,5%, ($p < 0,05$). В группе детей с младенческим периодом аллергическими заболеваниями болел один из родителей у 57,8%, оба родителя у 11,1% родители были здоровы у 31,1%. В группе детей с детским периодом один из родителей болел у 55,6%, оба родителя у 11,1%, родители здоровы у 33,3%.

В структуре детей посещающих аллерголога в младенческом периоде, дети 1 полугодия жизни составили 42,2%, дети 2 полугодия жизни – 31,2%, а дети второго года жизни – 26,6%.

При оценке клинической картины в младенческом периоде легкая степень тяжести была диагностирована у 62,2%, средняя степень тяжести у 37,8%; в детском периоде легкая степень тяжести встречалась у 55,5%, средняя степень тяжести – у 44,5%.

При анализе распространенности кожного процесса в младенческом периоде процесс имел локализованный характер у 75,5%, распространенный – у 24,5%; в детском периоде локализованный процесс встречался у 66,6%, распространенный – у 33,4%.

Путем проведения статистического анализа с помощью критерия χ^2 , выявлена достоверная статистическая связь между типом сенсibilизации и возрастом пациентов.

Выводы

1. Наиболее часто АтД диагностируется у мальчиков. Средний возраст пациентов составляет $12,33 \pm 1,51$ месяца, а средний возраст манифестации заболевания – $5,31 \pm 1,01$ месяца;

2. В клинической структуре заболевания преобладает АтД легкой степени тяжести и локализованный характер высыпаний. Из клинико-морфологических форм чаще встречалась эритематозно-сквамозная форма.

3. У 67,5% детей с АтД отягощен аллергологический анамнез. Установлена статистическая связь между наличием АтД и отягощенным анамнезом;

4. Не выявлена зависимость тяжести заболевания от типа вскармливания;
5. Выявлена статистическая связь ($p < 0,05$) между типом сенсibilизации и возрастным периодом пациентов: в младенческом периоде сенсibilизация чаще выявлялась к пищевым аллергенам, в детском – пылевцевым.

Список литературы.

1. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н., Капустина Е.Ю. Наружное лечение детей с атопическим дерматитом // Педиатрия. — 2013. — № 2. — С. 88-91.
2. Кожевников С. А., Максимов М. Л. Рациональный подход к терапии атопического дерматита у детей //РМЖ. – 2015. – Т. 23. – №. 3. – С. 137-141.
3. Намазова-Баранова Л. С. и др. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии //Вопросы современной педиатрии. – 2016. – Т. 15. – №. 3.
4. Репкина О. В. Атопические дерматиты у детей //Управление качеством медицинской помощи. – 2016. – №. 1-2. – С. 104-113. 3
5. Смирнова Г. И. Атопический дерматит у детей: новое в патогенезе, диагностике и лечении //Лечащий врач. – 2017. – №. 4. – С. 12-12. 4
6. Смирнова Г. И. Атопический дерматит у детей: управление течением болезни //Лечащий врач. – 2014. – №. 6. – С. 7-13.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Бачманова Н. В., Гришин В. Ю., Перегудова И. Ю.

Научные руководители: Агеева К. А., Мартынов В. А.

**Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
ГБУ РО "КБ им. Н. А. Семашко"**

Менингококковая инфекция является одним из опасных инфекционных заболеваний, что предъявляет особые требования к действиям врача по диагностике, лечению, проведению противоэпидемических мероприятий в очаге уже с первых часов от начала заболевания. Цель: проанализировать течение фульминантной формы менингококковой инфекции на основе разбора клинического случая.

Материалы и методы: Больная Б, 17 лет. Поступила в инфекционное отделение 16.10.18, с жалобами на головную, боли в шейном отделе позвоночника, резкую слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр, однократную рвоту.

Заболела остро 15.10.18 вечером, когда повысилась температура тела до 37,2. В ночь на 16.10 на фоне озноба температура повысилась до 39, появилась головная боль. Утром 16.10 обратилась к врачу: назначен ибуклин, ингавирин. Вечером при попытке пойти в туалет потеряла сознание, однократно рвота и жидкий стул. Вызвана скорая медицинская помощь, АД 60/0 мм рт.ст. Доставлена в инфекционное отделение, госпитализирована в отделение реанимации. Из эпидемиологического анамнеза: проживает в общежитии в одной комнате с подругой, у которой в течение последней недели отмечались симптомы ОРВИ с явлениями назофарингита. При осмотре: состояние тяжелое, положение пассивное, сознание ясное, вялая, адинамичная, на вопросы отвечает, ориентирована в месте и времени. Зрачки D=S, реакция на свет сохранена. Очаговой симптоматики нет, при пальпации глазных яблок болезненность, ригидность затылочных мышц +3-4 поперечных пальца, с-м Кернига (+) с обеих сторон. Кожные покровы бледные, цианоз губ, сыпи нет. Инъекция сосудов склер, кровоизлияния в конъюнктиву слева. Зев гипиремирован, налетов нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. SpO2 94%. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 120 уд/мин. Язык сухой, обложен налетом. Живот обычной формы, пальпаторно мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул в норме, 1 раз в сутки. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание: свободное, не мочилась. Был поставлен диагноз: острый менингит, неуточненной этиологии. Назначена антибактериальная (в/в Цефтриаксон 4г в сутки, в/в Левофлоксацин 1г в сутки), инфузионная (противоотечная, дезинтоксикационная) терапия.

Состояние больной продолжало ухудшаться, явления ОНГМ стали нарастать, больная была переведена на ИВЛ. В ночь с 16.10.18 у пациентки развивается острый ДВС синдром, желудочно-кишечное кровотечение, анемия тяжелой степени (падение уровня гемоглобина до 53 г/л). По всему телу появляется обильная гемморагическая сыпь неправильной формы. Антибактериальная терапия была усилена (в/в меропенем 6г/сут, рифампицин 0.6г/сут, ингаляционно амикацин 1г/сут) В посеве крови от 23.10.18 выделен *Neisseria meningitidis* группы C. В дальнейшем комплексная терапия и реанимационные мероприятия привели к стабилизации состояния пациентки. Явления ИТШ и менингита купировались. Тяжесть состояния определялась развитием осложнений - двусторонней полисегментарной пневмонии, развившейся на 6-ые сутки ИВЛ, правосторонним пневмотораксом, ателектазом левого легкого, острой дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью на фоне ИВЛ. В посеве мокроты от 27.10.18 выделена смешанная культура *Pseudomonas aeruginosa* + *Klebsiella pneumoniae*. Дважды (22.10.18, 24.10.18) у пациентки развивался ателектаз левого легкого для купирования которого выполнялась санационная фибробронхоскопия. 27.10.18 у пациентки возникает спонтанный пневмоторакс справа, поставлен дренаж, к 29.10.18 явления пневмоторакса справа были купированы.

Результаты: Диагноз основного заболевания в настоящее время: менингококковая инфекция (вызванная *N. Meningitidis* группы C), генерализованная форма: менингококкемия, фульминантный вариант, острый менингит. Осложнения: Инфекционно-токсический шок III-IV. Синдром полиорганной недостаточности: острая сердечно-сосудистая, острый ДВС-синдром, острый респираторный дистресс-синдром, отёк-набухание головного мозга. Двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение, вызванная *Ps.aeruginosa*+*Kl.pneumoniae*. Ателектаз левого легкого. Двусторонний выпотной плеврит. Пневмоторакс справа. Желудочно-кишечное кровотечение. Анемия, тяжелой степени. Острая почечная недостаточность. Миоперикардит. Кровоизлияние в правый надпочечник? ИВЛ (с 16.10), трахеостома (от 29.10.18). Сопутствующие: простая герпетическая инфекция I типа, реактивация.

Комплексная терапия и реанимация привели к стабилизации состояния пациентки. На фоне лечения основного заболевания и его осложнений у пациентки выявлена гиперферментемия (АлТ 226 ЕД/л, АсТ 309 ЕД/л, КФК 9 412 ЕД/л, КФК МВ 84 ЕД/л, ЛДГ 341 ЕД/л), связанная с поражением мышечной ткани.

Пациентка продолжает лечение в условиях АРО.

Выводы 1) Течение менингококковой инфекции может осложняться присоединением вторичных инфекций и обострением хронических вялотекущих 2) Защита пациентов от инфицирования при проведении ИВЛ остается острым вопросом современной медицины 3) При своевременном выявлении и ранней антибактериальной терапии исход менингококковой инфекции благоприятный.

Список литературы:

1. Брынза Л. А., Шнейдер В. А., Шнейдер Ю. А., Ташкинова И. П. Инфекционная безопасность пациента, пребывающего на ИВЛ // Материалы XVIII Ежегодной сессии НЦССХ им. А.Н. Бакулева Всероссийской конференцией молодых ученых
2. Гульман Л. А., Крившиц Т. С., Мартынова Г. П. Менингококковая инфекция у детей: ошибки в диагностике и лечении, причины летальных исходов // Сибирское инфекционное обозрение. 2008. Т. 51 (3). С. 20–28.
3. Лобзин Ю. В., Скрипченко Н. В., Вильниц А. А., Иванова М. В. Клинико-эпидемиологические аспекты генерализованных форм менингококковой инфекции у детей и подростков Санкт-Петербурга // Журнал инфектологии. 2012. Т. 8 (1). С. 19-25.
4. Pittet D., Harbarth S. The intensive care unit. In: Bennett J., Brachman P., editors. Nosocomial Infections. 4th ed. 1998. p. 381-402.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Белякова С.С., Еремеева А.А., Юхарина А.И.

Научные руководители: к.м.н., доцент Шибяев А.Н., Герасимов Н.А.

Тверской государственный медицинский университет

Проблема открытого артериального протока (ОАП) у новорожденных с очень низкой массой тела при рождении (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), несмотря на наличие многочисленных исследований, по-прежнему остается актуальной. По зарубежным данным частота ОАП у недоношенных новорожденных с массой тела при рождении менее 1500 грамм составляет 30%, с массой 750 – 1000 грамм- 40%, и более 50% с массой 500 - 750 грамм.

Артериальный проток является важным компонентом кровообращения плода. После рождения у недоношенных новорожденных отмечается длительное функционирование сосуда, и значительное шунтирование крови может привести к серьезным последствиям: увеличению дней пребывания в стационаре, использования искусственной вентиляции лёгких и потребности в кислороде, длительности парентерального питания, увеличению заболеваемости ретинопатией недоношенных новорожденных, гипербилирубинемией, остеопенией, задержке физического развития, возрастанию смертности в 4 - 8 раз.

Цель исследования – выявление особенностей клинической картины и течения гемодинамически значимого ОАП у недоношенных новорожденных.

Задачи исследования:

1. Определить частоту встречаемости гемодинамически значимого открытого артериального протока у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.
2. Определить клинические признаки, характерные для недоношенных детей с гемодинамически значимым ОАП.
3. Установить, соответствует ли лечение гемодинамически значимого ОАП в ГБУЗ ТО ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной клиническим рекомендациям.

Материалы и методы: нами были проанализированы 34 истории болезни детей с ОАП, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных в Областном перинатальном центре им. Е.М. Бакуниной. Среди них 17 новорожденных были доношенными, и 17 недоношенными. В нашей работе мы использовали данные из историй болезни только недоношенных новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ. В основную группу вошли 5 недоношенных новорожденных с гемодинамически значимым ОАП. Контрольную группу составили 12 недоношенных новорожденных с гемодинамически незначимым ОАП.

Анализ историй болезни производился по следующим показателям: наличие асфиксии в родах, некротизирующего энтероколита; респираторного дистресс – синдрома 3 степени; протока > 1,5 мм.; внутрижелудочкового кровоизлияния; пневмонии.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием точного критерия Фишера.

Результаты:

По нашим данным частота встречаемости гемодинамически значимого ОАП среди новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ составляет 29%. Наиболее характерным для новорожденных основной группы является асфиксия в родах ($p < 0,05$). Некротизирующий энтероколит, респираторный дистресс - синдром 3 степени, размер протока > 1,5 мм, внутрижелудочковое кровоизлияние, пневмония встречаются чаще у детей с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком, но достоверных различий между группами не было ($p > 0,05$), что объясняется небольшим объемом выборки.

При проведении лечения из 5 новорожденных с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком у двоих отмечалось спонтанное закрытие ОАП; у двоих было проведено клипирование; одному ребенку назначена симптоматическая терапия.

Препараты ибупрофена не назначались ни одному новорожденному ввиду наличия противопоказаний у 4 детей (некротизирующий энтероколит у 2 новорожденных, геморрагический синдром у 1 ребенка; нарушение функции почек у 1 новорожденного), а 1 ребенок имел гестационный возраст 36 недель (данный препарат применяется у детей до 36 недель).

Выводы:

1. У детей с ОНМТ и ЭНМТ гемодинамически значимый открытый артериальный проток встречается в 29%.
2. У детей с гемодинамически значимым ОАП достоверно более часто отмечается острая асфиксия в родах по данным анамнеза, по сравнению с детьми с гемодинамически незначимым ОАП.
3. Лечение детей с ОАП в ГБУЗ ТО ОКПЦ им. Е.М. Бакуниной осуществлялось в соответствии с действующими клиническими рекомендациям.

Список литературы.

1. Arayici S, Kadioglu S G, Oncel MY et al. The effect of histological chorioamnionitis on the short-term outcome of preterm infants ≤ 32 weeks: a single-center study J Matern Fetal Neonatal Med. 2014 Jul;27(11):1129-33
2. Condo M, Evans N, Bellu R, Kluckow M. Echocardiographic assessment of ductal significance: retrospective comparison of two methods. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2012 Jan
3. Ohlsson A1, Walia R, Shah SS. Ibuprofen for the treatment of patent ductus arteriosus in preterm and/or low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Apr 30; 4:CD003481. doi:10.1002/14651858.CD003481.pub5.).

**РАССЛЕДОВАНИЕ ВСПЫШКИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДЕКАБРЕ
2011 ГОДА В Г. НАЛЬЧИКЕ**

Биногерова З.Х., Кантлокова З.А., Гузоева И.А.

Кабардино – Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова

Санитарно-эпидемиологической службой страны выявляются многократные случаи водных вспышек кишечных инфекций, связанных с централизованным водоснабжением. Установлена прямая корреляционная связь между неудовлетворительным качеством питьевой воды по микробиологическим показателям и уровнем заболеваемости острых кишечных инфекций. Основная причина таких вспышек – неблагоприятная ситуация с санитарной охраной поверхностных водоемов, отсутствие полного комплекса очистных сооружений и обеззараживающих установок, временное прекращение обязательного хлорирования воды. [1, 2].

Материалы и методы. Проанализированы материалы 506 больных детей, поступивших в отделение кишечных инфекций в декабре 2011 года и 242 - за аналогичный период времени 2012 года. По возрасту больные, госпитализированные в период вспышки, распределились следующим образом: новорожденных 2.6%, детей грудного возраста 24.7%, детей до 3 лет 44.2%, старше 3 лет – 28.5%, в сравниваемой группе – соответственно 3.3%, 47.7%, 37.0% и 12.0%. Т.е. в период вспышки чаще поступали больные старше 1 года. Изучены эпидемиологический анамнез, особенности клинического течения, результаты вирусологических и бактериологических исследований.

Полученные результаты. При сборе эпидемического анамнеза источник заражения у 38.9% госпитализированных детей установить не удалось. На возможное употребление недоброкачественной пищи указали 36.4% больных, у 22.1% был контакт с больными кишечной инфекцией в семье или школе, и лишь 2.6% указали на непосредственное употребление воды из крана. В контрольной группе не удалось предположить причину заболевания у 49.4%, пищевой путь заражения предположили 32.9%, контактный – 17.7%, водный путь заражения не предполагался ни в одном случае. Были выставлены клинические диагнозы: ОКИ неустановленной этиологии у 22.1% больных, пищевая токсикоинфекция (ПТИ) – у 33.8%, микст-инфекция (ОКИ+ОРВИ) – 6.4%, ротавирусная и норовирусная инфекции – 19.5%, ОКИ с высеваем патогенной и условнопатогенной флоры – 18.2%. В сравниваемой группе диагнозы распределились следующим образом: ОКИ неустановленной этиологии у 50.0%; ПТИ - 22.2%; микст-инфекция - 18.5%; ротавирусная инфекция - 5.1% и ОКИ с высеваем патогенной и условнопатогенной флоры - 4.2%. из чего видно, что в опытной группе преобладали больные ПТИ, ротавирусной инфекцией и ОКИ с высеваем патогенной и условнопатогенной флоры. Норовирусная инфекция в 2012 году не зарегистрирована ни в одном случае. При анализе жалоб больных на момент поступления в стационар выявлено, что при гастроэнтероколитах и

энтероколитах неустановленной этиологии первой жалобой у 72.2% больных была рвота, первоначально возник понос у 22.2%, фебрильная лихорадка – у 5.6%. Диспептический синдром сопровождался повышенной температурой тела у 83.3% больных с колебаниями от 37.2 до 39.0°C (в среднем 37.9°) и длительностью до 3 дней. Диарея с частотой 2-4 раза в сутки отмечалась в течение 2-3 дней, со слизью у 88.9%, с кровью у 22.2%. У больных с ПТИ в 88.5% первой жалобой была рвота, у 11.5% - лихорадка. Следует отметить, что нарушение стула в этой группе выявлено лишь у 30.8%, повышение температуры тела – у 34.6%. В группе больных с микст (ОКИ+ОРВИ) инфекцией наряду с рвотой (у 83.3%) и диареей (у 75.0%) имели место насморк и кашель (у 68.0%), у 16.0% детей лихорадка протекала в две волны. За время вспышки вирусная этиология кишечной инфекции подтвердилась у 47.5% выборочно обследованных на рота-, норо- и астровирусы. При этом из проб клинического материала у 57.9% был выделен ротавирус, у 42.1% - норовирус. Характерной особенностью вирусной инфекции являлась многократная рвота, водянистая диарея с частотой испражнений 8.3 раза за сутки с остатками непереваренной пищи без слизи и крови. У 20.0% нарушения стула не было. У 26.7% заболевание протекало в 2 волны. Повышение температуры в среднем до 38.5° наблюдалось у 77.8% больных, в остальных случаях температура тела оставалась нормальной.

Выводы. Во время вспышка ОКИ за помощью в стационар обратился 471 больной, из них 274 ребенка, преобладали дети старше грудного возраста. Заражение чаще наступало при употреблении пищи, либо контакте с предметами обихода, загрязненными зараженной водой, а также при контакте с взрослыми, заболевшими вследствие употребления воды из крана. Преобладали среднетяжелые формы заболевания, клиника которых характеризовалась многократной рвотой, водянистой диареей без патологических примесей, фебрильной лихорадкой длительностью до 3 дней. Частота обнаружения вирусов и бактерий в клиническом материале была выше, чем в сравниваемом периоде в 3.8 – 4.3 раза соответственно. Т.о, можно отметить полиэтиологический характер заболеваний, зарегистрированных в период анализируемой вспышки.

Список литературы.

1. Баширова Д.К., Прозоров П.В., Салахова А.Ф. и др. Описание клиники водной вспышки ОКИ, вызванной *Enterobacter liguef*. // казанский мед. журнал, 2003. №4
2. Наркайтис Л.И., Елисеев Ю.Ю., Юшечкин Ю.И. Разработка базы данных кишечных инфекций с водным путем передачи // Саратовский научно-медицинский журнал, 2008. №3

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Болурова А.Р., Ранда Е.Н., Репухова А.А.

Научные руководители: к.м.н., доцент Воронкина Е.Н., ассистент Рубачёва О.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Синдром Гудпасчера (СГ) – редкое заболевание аутоиммунной природы, сопровождающееся системным капилляритом с преимущественным поражением легких и почек по типу геморрагических пневмонита и гломерулонефрита. В основе заболевания лежит аутоиммунная реакция с выработкой организмом аутоантител, главным образом, к базальным мембранам клубочковых капилляров почек и альвеол легких [1].

Впервые синдром был описан в 1919 г гарвардским патологом Э. Гудпасчером, который наблюдал у 18-летнего юноши, перенесшего грипп, появление анемии на фоне рецидивирующего кровохарканья и двусторонних легочных инфильтратов. После смерти, наступившей через 6 недель от начала заболевания, при патологоанатомическом исследовании обнаружили альвеолярную геморрагию, диффузный некроз альвеол и пролиферативный нефрит.

Заболеваемость СГ у взрослых составляет 0,5-1 на 1 млн в год, у детей заболевание наблюдается еще реже [2].

Целью работы является разбор трудного для диагностики клинического случая молниеносного течения синдрома Гудпасчера у ребенка 13 лет, осложнившегося массивным легочным кровотечением с развитием гемосидероза, а также тотальным нефронекрозом.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни пациента инфекционного отделения СКДКБ с СГ.

Результаты и обсуждение. Больной К., 13 лет, поступил 25.05.2017 г в инфекционное отделение СКДКБ с жалобами на выраженную одышку, общую слабость, повышение температуры тела до фебрильных значений. Отмечал кашель, дважды сопровождающийся рвотой со сгустками алой крови.

Анамнез заболевания 25.03.17 г появился насморк, сухой кашель. К врачу не обращались. С 12.05. повысилась Т₀ тела до 38,00 С, был госпитализирован в ЦРБ. Лечился по поводу ОРВИ, состояние ухудшалось. С подозрением на пневмонию мальчик был направлен в КДКБ г. Ставрополя.

Из анамнеза жизни: Ребенок от 1 беременности. Роды 1 срочные в 36 недель. Физическое развитие высокое. Вес 69 кг, рост 170 см, ИМТ 23,8.

При поступлении состояние ребенка было тяжелым за счёт выраженного интоксикационного синдрома, легочной недостаточности 1 ст. (SaO₂ 92%). Моча ребенка была цвета мясных помоев.

В ОАК от 27.05. анемия (Эр.–2,06 x10¹² г/л; Нб–61 г/л), признаки воспалительного процесса (лейкоцитоз 24,12 x10⁹ г/л; ускоренное СОЭ–25 мм/ч).

В ОАМ от 27.05.– макрогематурия.

Результат КТ ОГК: Массивные сливные очаги инфильтрации по всем полям по типу снежных хлопьев. КТ признаки выраженных двусторонних инфильтративных изменений легких, вероятнее всего идиопатический гемосидероз лёгких.

В стационаре был выставлен диагноз: Внебольничная пневмония, двусторонняя, полисегментарная, атипичная. Исключить альвеолит, гемосидероз лёгких.

Назначено лечение: цефтриаксон в/в 1г 2 раза+ципрофлоксацин (таваник) 500 мг 1 раз в день в/в, дицинон, аминокапроновая к-та, муколитики, антиагреганты (курантил), свежезамороженная плазма.

На фоне лечения состояние ребенка прегрессиивно ухудшалось, кашель с кровавой мокротой участился.

26.05. SpO₂ снизилась до 86%, ребенка доставили в ОРИТ, на следующий день, ввиду тяжести состояния, был переведен на ИВЛ.

За время нахождения в реанимационном отделении состояние стало крайне тяжелым, уровень сознания – умеренное оглушение, SpO₂ 72% на ИВЛ 100% кислородом.

Суточный диурез до 0,5мл / кг/час.

31. 05., учитывая крайне тяжелое состояние ребёнка, врачебным консилиумом принято решение о проведении гемодиализа с переходом на терапию циклофосфаном. 31.05. ребенок в состоянии медикаментозного сна был доставлен в отделение гемодиализа, где произошла остановка сердечной деятельности. Была начата СЛР, сердечная деятельность восстановилась. Пациента вернули в палату ОРИТ в состоянии комы III ст. Через час произошла повторная остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия по протоколу оказались безуспешны, констатирована смерть ребенка.

Приводим описание секционного материала: Легкие: альвеолы заполнены отечной жидкостью с примесью лейкоцитов в большом количестве, скопления эритроцитов и группы гемосидерофагов. Имеется свободный гемосидерин в виде глыбок в альвеолярных перегородках, лимфоцитарные скопления. Фибриновые и смешанные тромбы в сосудах микроциркуляторного русла. Почки: тотальный канальцевый некроз. Капилляры клубочков и их капсулы обильно инфильтрированы лимфоцитами. Диффузная пролиферация нефротелия. В просвете канальцев белковые тельца. Смешанные и фибриновые тромбы в сосудах микроциркуляторного русла. Надпочечники: Клубочковая зона истончена. Пучковая зона утолщена за счет отека. Сетчатая зона атрофирована.

У больного К., 13 лет имела место генерализованная вирусная инфекция с бактериальным компонентом на фоне полигландулярной дисфункции, вследствие чего произошел срыв адаптационных и компенсаторных механизмов с развитием аутоиммунного процесса в виде СГ. Данный синдром осложнился массивным легочным кровотечением с развитием гемосидероза, тотальным нефроневрозом, что послужило причиной летального исхода.

Закключение. В данной работе мы рассмотрели молниеносное течение синдрома Гудпасчера у ребенка 13 лет, который стал очевиден в момент развития легочного кровотечения в последний час жизни больного.

СГ во многом остается прогностически неблагоприятным заболеванием. Тем не менее, расширение представлений о его патогенезе позволяет обсуждать разработку и внедрение принципиально новых таргетных методов лечения, доказательство эффективности которых при СГ позволит в будущем применять их и при других вариантах легочно-почечного синдрома.

Список литературы.

1. Шалыга, И.Ф. Синдром Гудпасчера (случай из клинической практики) / И.Ф. Шалыга, Л.А. Мартемьянова, О.В. Конопляник // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – №1 (31). – С.150-154.
2. Овсянников, Д.Ю. Синдром Гудпасчера в детском возрасте: обзор литературы и клиническое наблюдение / Д.Ю. Овсянников, М.Ю. Волков, Ш.А. Гитинов, А.А. Глазырина [и др.] // Трудный пациент. – 2015. – №8-9. – С.45-47.

ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИНА D И ЛЕПТИНА У НОВОРОЖДЁННЫХ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ

Верисокина Н.Е., Алавердян Л.С., Курьянинова В.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Климов Л.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Новорождённые от матерей с гестационным сахарным диабетом (ГСД) входят в группу повышенного риска развития метаболических расстройств, ожирения и дефицита познавательной функции [2]. Даже при незначительной гипергликемии у матери с ГСД формирование диабетической фетопатии (ДФ) отмечается не менее, чем у четверти детей [5]. Заметно чаще, чем в целом в популяции у таких детей наблюдаются задержка развития центральной нервной системы, кардиомиопатия, гипербилирубинемия, гипогликемия, гипокальциемия [4].

Известно, что при наличии ожирения во время беременности, повышается риск рождения детей как с дефицитом массы тела, так и с патологически избыточным весом, что, в свою очередь, повышает риск развития метаболических нарушений у данной группы детей в течение жизни [5].

Дефицит витамина D в настоящее время является повсеместно распространённым состоянием. Новорождённые дети представляют особую группу риска по развитию дефицита витамина D из-за относительно больших потребностей [1,3].

Цель работы: провести анализ уровня кальцидиола и лептина в сыворотке крови новорождённых, рождённых от матерей с эндокринопатиями.

Материалы и методы: Проведено антропометрическое и лабораторное обследование 78 новорождённых, рождённых в период в ГБУЗ СК «СККПЦ» с января 2015 г. по июль 2017 г.

ГСД устанавливался на основании общепринятых критериев [2].

Забор крови у всех новорождённых осуществлялся из центральной вены на 1-3-и сутки жизни.

Дети разделены на группы: I группа – 18 (23,1%) новорожденных появились на свет от женщин, у которых ГСД возник на фоне ожирения (группа ГСД + ОЖ), II группа – 36 (46,2%) детей, рождённых от женщин с ожирением (ИМТ>30). В группу контроля (III группа) вошли 24 (30,7%) ребёнка.

Содержание 25(ОН)D в сыворотке крови определяли методом конкурентного хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA); лептин определялся методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства SCETI K.K. (Япония).

Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводились с использованием пакета программ AtteStat. По каждому признаку в сравниваемых группах определяли медиану (Me), а также 25-й и 75-й квартили (25Q-75Q). Для оценки межгрупповых различий использовали U-критерий Манна-Уитни. Для оценки связи между показателями использовали коэффициент парной корреляции Пирсона (r). Различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты: В I группе детей, 1 (5,6%) ребёнок родился недоношенным, 17 (94,4%) – доношенными. Крупными (масса более 4000 граммов) на свет появились 6 (33,3%) детей. Масса тела новорождённых в данной группе была в 1,1 раза больше – 3800,0 [3180,0–4150,0] граммов, чем в контрольной – 3350,0 [3060,0–3785,0] гр, длина не различалась – 53,5 [50,0–55,0] см, против

52,0 [50,5–53,0] см., а окружность головы оказалась в 1,1 раза больше – 37,0 [35,0–38,0] см, чем в контрольной группе – 35,0 [35,0–36,0] см, ($p<0,01$). Уровень витамина D составил 9,3 [4,0–20,5] нг/мл, что в 1,1 раза меньше, чем в контрольной группе – 10,1 [7,1–16,6] нг/мл. Показатели лептина были выше в 3,5 раза – 5,6 [2,4–12,4] нг/мл в сравнении с группой контроля – 1,6 [0,9–2,8] нг/мл ($p<0,01$).

Во II группе детей, 8 (22,2%) новорождённых родились недоношенными, 28 (77,8%) – доношенными, крупными – 7 (19,4%) детей. При сравнении антропометрических и лабораторных данных новорождённых II группы с контрольной группой выявлено, что масса тела была в 1,1 раза меньше – 3045,0 [2340,0–3860,0] гр., длина была несколько ниже – 50,0 [45,5–54,0] см, окружность головы оказалась одинаковой – 35,0 [32,0–36,0] см, обеспеченность витамином D в 1,7 раза меньше – 6,1 [4,0–12,0] нг/мл, уровень лептина оказался выше в 1,7 раза – 2,2 [1,1–7,2] нг/мл.

При сравнительном анализе антропометрических и лабораторных показателей обращает на себя внимание, что окружность головы у детей I группы в 1,1 раза больше, чем у детей II группы ($p<0,05$). У детей I группы выявлена достоверная взаимосвязь между уровнем лептина и витамина D ($r=0,50$, $p<0,05$), и длиной ($r=0,50$, $p<0,05$).

Во II группе детей корреляция выявлена между уровнем лептина и массой ($r=0,65$, $p<0,001$), и длиной ($r=0,66$, $p<0,001$).

При сравнительном анализе лабораторных показателей у детей с массой более 4000 г и не более 4000 г обеих групп, получили, что крупные дети имеют уровень лептина больше в 4,6 раза больше – 10,6 [4,2–12,0] нг/мл, против 2,3 [1,1–4,6] нг/мл ($p<0,001$).

Крупные дети I и II группы имели в 6,6 раза больше уровень лептина, чем в контрольной группе ($p<0,001$).

Выводы: Более выраженный дефицит витамина D имеется у детей, рожденных от матерей с ожирением. Во всех группах детей, рождённых от матерей с эндокринопатиями, повышен уровень лептина. Дети, рождённые от матерей с ГСД на фоне ожирения, имели достоверно более высокие показатели лептина, чем в контрольной группе. Уровень лептина, вполне закономерно коррелирует с массой тела при рождении.

Список литературы.

1. Витамин D у новорожденных и недоношенных детей / М.В. Нароган // Неонатология. – 2018. – Т.6. - №3. - С. 134-138
2. Дедов, И.И. Российский национальный консенсус «Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение» / И.И. Дедов, В.И. Краснопольский, Г.Т. Сухих // Сахарный диабет. – 2012. - №4. – С.4-10.
3. Обеспеченность витамином D новорождённых детей Ставропольского края / Л. Я. Климов [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. -2015. – Т.10. - №2. - С.159-163.
4. Прогнозирование перинатальных исходов у беременных с гестационным диабетом / И.А. Литвиненко // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2011. -№6. – С.306-315.
5. Pathophysiological characteristics and effects of obesity in women with early and late manifestation of gestational diabetes diagnosed by the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups criteria / L. Bozkurt L. [et al.] // J Clin. Endocrinol. Metab. - 2015. –Т. 100. - №3. - P.1113-1120.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Гильфанова Р.Р., Гильфанов Р.И., Николаев В.А.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Яковлева Л.В.

Башкирский государственный медицинский университет

Экстракорпоральное оплодотворение (далее – ЭКО) берущее свое начало еще 1978 году, на сегодняшний день является одним из распространенных методов лечения бесплодия. Но параллельно появлению новых технических возможностей и увеличению числа детей, зачатых с помощью ЭКО, растет необходимость оценки последствий применения этого метода.

Целью нашего исследования явилось проведение сравнительной оценки состояния здоровья детей, родившихся вследствие ЭКО и детей, родившихся после естественного оплодотворения, в соответствии с целью были поставлены задачи: провести сравнительную оценку физического и нервно-психического развития детей, родившихся с помощью ЭКО и вследствие естественного оплодотворения; изучить особенности патологий среди детей, родившихся после ЭКО; выявить факторы риска соматических патологий у детей после ЭКО. Критерии включения в основную группу: дети, рожденные с помощью ЭКО; возраст детей до 1 года; наличие информированного согласия родителей. Критерии включения в контрольную группу: доношенные дети, рожденные путем естественного оплодотворения; возраст детей до 1 года; наличие информированного согласия родителей. Состояние здоровья изучено у 40 детей: у 20 детей, родившихся с помощью ЭКО (основная группа) и у 20 детей, родившихся вследствие естественного оплодотворения (контрольная группа). Контрольная группа была выбрана путем случайной выборки. Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Детская поликлиника №6 г. Уфы в течении 2016-2017 гг.

В работе были также использованы анамнестические данные из медицинской документации. При оценке физического развития мы оценивали динамику веса, роста и окружности груди детей на первом году жизни. Оценка физического развития проводилась с помощью программы ВОЗ Anthro, версия 3 для персональных компьютеров. Оценка неврологического статуса проводилась по шкале Ballard. Для расчетов использовался метод статистического анализа - вычислялись средние арифметические (М), средние квадратичные отклонения и средние ошибки средней арифметической (м). Достоверность различий количественных показателей оценивалась по критерию Манна-Уитни. Различие оценивалось как достоверное, когда его вероятность превышала 95%, то есть при $p < 0,05$.

В основной группе под наблюдением находились 6 мальчиков (30%) и 14 девочек (70%), а в контрольной группе 8 мальчиков (40%) и 12 девочек (60%) ($p > 0,05$). Большинство детей, родившихся после ЭКО - двойни: имелось 6 пар близнецов, в том числе одна пара разнополая. Гестационный возраст родившихся после ЭКО в среднем составил 33, 8 недель+2,5 недели, в контрольной группе 39,5+0,5 недель, при этом только у одного ребенка из основной группы отмечена ЗВУР по гипотрофическому типу 3 степени (5%), у остальных новорожденных обеих групп антропометрические параметры соответствовали срокам внутриутробного развития ($p < 0,05$). Согласно полученным данным, у детей из основной группы на момент рождения все антропометрические показатели физического развития были достоверно меньше, чем у контрольной группы наблюдения ($p < 0,05$). Однако, несмотря на низкие показатели параметров, физическое развитие младенцев, рожденных после ЭКО, гармоничное и соответствует гестационному возрасту. Практически все младенцы имели сочетание заболеваний органов дыхания, нервной системы и малые аномалии развития сердца (ВПМП, аневризма межпредсердной перегородки). Из заболеваний органов дыхания преобладал респираторный дистресс - синдром новорожденных (РДС) встречался у 18 новорожденных из 20 (90%) ($p < 0,05$). При этом встречались другие заболевания дыхательной системы, такие как пневмония тяжелой степени у 8 (40%) и дыхательная недостаточность I степени у 8 (40%) новорожденных ($p < 0,05$). У четверти младенцев основной группы вследствие респираторного-дистресс синдрома развилось осложнение преретинопатия недоношенных. Гипоксически-ишемическое поражение мозга 2 степени была наиболее частой патологией нервной системы и диагностирована у 16 (80%) новорожденных, у 4 детей (20%) гипоксически-ишемическое поражение ЦНС 2 степени с выраженной гипертензией. Анемия недоношенных встречалась у 3 (15%) младенцев. При оценке неврологического статуса по шкале Ballard недоношенные дети набирали более низкие баллы по сравнению с доношенными во все сроки наблюдения.

Проведен анализ показателей физического развития детей обеих групп в динамике за период от рождения до 12 месяцев. Выяснилось, что у младенцев из основной группы в возрасте 1 месяца все показатели физического развития были закономерно меньше, чем у контрольной группы наблюдения. Такие же выводы можно сделать относительно данных детей в возрасте 6 месяцев. К первому году все дети основной группы сравнивались по показателям окружности головы и окружности груди годовалых младенцев контрольной группы. Однако остальные показатели физического развития были достоверно ниже у основной группы наблюдения ($p < 0,05$).

Таким образом, физическое и нервно-психическое развитие детей, родившихся вследствие ЭКО, имеют свои особенности, характеризующиеся достоверно большим количеством соматических и неврологических патологий. Физическое развитие большинства детей,

родившиеся после ЭКО, ниже среднего, однако гармоничное и соответствует их гестационному возрасту. Отмечается тенденция к «догоняющему» росту, так к концу первого года жизни показатели окружности головы и окружности груди равны тем же показателям, что и у детей, родившихся при естественном оплодотворении. В структуре заболеваемости, наиболее встречаемых у младенцев, родившихся вследствие экстракорпорального оплодотворения, первое место занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (недоношенность, респираторный дистресс синдром и т.д.); второе место болезни нервной системы (гипоксическо-ишемическое поражение центральной нервной системы 2 ст., синдром тонусных поражений); на третьем месте болезни органов дыхания (пневмония тяжелой степени), что коррелирует с общеизвестными данными.

ЧАСТОТА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И ФАКТОРЫ РИСКА ЕЕ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В Г. НАЛЬЧИКЕ

Гятова К.А., Сафонова В.В., Болотокова А.В.

Кабардино-Балкарский государственный университет

Профилактика и ранняя диагностика железодефицитной анемии у детей первого года жизни - важная проблема, решение которой позволит улучшить состояние здоровья детского населения. Цель исследования: изучить средние параметры эритроцитарных показателей у клинически здоровых детей первого года жизни и определить частоту гипохромной анемии, факторы риска ее развития методом ретроспективного анализа. Аннотация: Железодефицитная анемия (ЖДА) – полиэтиологичное заболевание, возникновение которого связано с дефицитом железа в организме из-за нарушения его поступления, усвоения или повышенных потерь. ЖДА характеризуется микроцитозом и гипохромной анемией [2]. Проблема распространённости анемий является актуальной для врачей всех специальностей. По данным Всемирной Организации Здравоохранения в мире в среднем 43 % детей в возрасте от 0 до 4 лет страдают ЖДА [3]. Причины развития железодефицитных состояний разнообразны и варьируют в зависимости от возраста [4,5]. Антенатальные причины: 1) нарушение маточно-плацентарного кровообращения, плацентарная недостаточность; 2) фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения; 3) синдром фетальной трансфузии при многоплодной беременности; 4) недоношенность, многоплодие; 5) глубокий и длительный дефицит железа в организме беременной женщины и другие. Интранатальные причины: 1) фетоплацентарная трансфузия; 2) преждевременная перевязка пуповины и другие [1,5]. Постнатальные причины: 1) недостаточное поступление железа с пищей; 2) возрастание потребности в железе у детей с ускоренными темпами роста [4]. Другие причины: повышенные потери железа ввиду нарушения кишечного всасывания (синдром мальабсорбции, хронические заболевания кишечника); нарушения транспорта железа из-за недостаточной активности и/или снижения содержания трансферрина в организме [5]. Дефицит железа в раннем возрасте имеет негативные последствия для дальнейшего роста и развития. У детей раннего возраста отмечаются отставание в психомоторном развитии, повышенная восприимчивость к инфекциям, нарушение когнитивных функций [1,2,5]. Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 амбулаторных карт здоровых детей 2017 года рождения и 126 амбулаторных карт здоровых детей 2016 года рождения, наблюдавшихся на базе ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 1». Обработка полученных данных выполнена с использованием программного обеспечения MS Excel 2009 и Statistica 11.9. Оценивали уровень гемоглобина и среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците. Критериями диагностики анемии, согласно Российским клиническим рекомендациям, являлись: снижение концентрации Hb менее 110 г/л, снижение МСН менее 27 пг или ЦП менее 0,85 [2]. Результаты и обсуждение: Антенатальные факторы: анемия второй половины беременности протекала в 23 случаях (23%), гестоз I половины беременности встречался в 27 случаях (27%), гестоз II половины – в 14 (14%), угроза прерывания беременности в I-III триместрах отмечалась в 27 % случаев. На грудном вскармливании находились 63 ребенка. Из них до 3 месяцев вскармливались естественным путем 41 (65%), до 6 месяцев - 22 (35%). На искусственном вскармливании находилось 37 детей (37%). Из них смесью «Малютка» вскармливались 14 детей (38%), «Нутрилон» - 9 (24%), «Нестожен» - 7 (19 %), «Симилак» - 4 (11 %), «Nan» - 3 (8 %). Прикормы в большинстве случаев введены в сроки

согласно Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации [3]. Первый прикорм (от 4,5 до 5 месяцев) введен в 84% случаев (84), позднее введение прикорма отмечено в 16 % случаев. Второй прикорм (от 5 до 6 месяцев) введен в 65% случаев (65), позднее введение 2 прикорма отмечено в 35 % случаев. Острыми респираторными инфекциями на первом году жизни болели 4 раза и более 10% детей. Назначение препаратов железа в целях профилактики анемии у детей из групп риска не проводилось. Из 100 обследуемых детей снижение концентрации гемоглобина $<110\text{г/л}$ и MCH $<27\text{ пг}$ или ЦП $<0,85$ отмечено у 7 детей (7%). Снижение MCH $<27\text{ пг}$ или ЦП $<0,85$ выявлено в 39% случаев, MCV менее 80 фл и повышение RDW более 15% отмечено в 16 % случаев. Изменение всех эритроцитарных индексов (снижение MCH или ЦП, MCV, повышение RDW) с нормальным уровнем гемоглобина отмечено у 13 детей (13 %), что, вероятно, говорит об истощении запасов железа в депо. Таким образом, частота гипохромных анемий у детей первого года жизни составила 7%, что соответствует частоте гипохромной анемии у детей в г.Нальчике в 2016 году (9 %). Обращает внимание отсутствие профилактики препаратами железа у детей из групп риска по развитию железодефицитной анемии. Выводы: 1. Факторами риска развития железодефицитной анемии у детей являются гестозы, угроза прерывания беременности, анемия II половины беременности, небольшая продолжительность грудного вскармливания. 2. Частота гипохромной анемии у детей первого года жизни составила 7 %. 3. Гипохромия выявлена в 13 % случаев, что, вероятно, связано со скрытым дефицитом железа. 4. Профилактика препаратами железа у детей первого года жизни не проводится.

Список литературы.

1. Жетишев Р.А., Архестова Д.Р., Жетишева И.С., Камышова Е.А. Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей первого года жизни// Педиатрия. Журнал им Г.Н. Сперанского. – 2014. – Т.93, №1. – С.89 – 94
2. Коровина Н.А. Железодефицитные анемии у детей: руководство для врачей / Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников, И.Н. Захарова. – М., 2001. – 64 с.
3. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (утверждена на XVI съезде педиатров России). – М., 2010. – 68 с.
4. Румянцев А.Г. Диагностика и лечение железодефицитных состояний у детей: методическое пособие для врачей / А.Г. Румянцев, Н.А. Коровина, И.Н. Захарова. – М., 2004. – 45 с.
5. Тарасова И.С. Железодефицитная анемия у детей и подростков // Вопросы современной педиатрии. 2011. № 10 (2). С. 40-48.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ЭХИНОКОККОЗОМ В АСТРАХАНСКОМ РЕГИОНЕ

Дадаев И.С. Умаров И.М.

Научный руководитель: Аракельян Р.С.

Астраханский государственный медицинский университет

Каждый год в России официально регистрируется более 1 млн. больных различной паразитарной инвазией, из которых около 90% приходится на детей и подростков.

Наибольшую опасность для человека представляют социально опасные гельминтозы – зоонозы, возбудители которых передаются от животных человеку и обуславливают потерю здоровья и трудоспособности. Одним из таких «социально опасных заболеваний» является эхинококкоз.

Эхинококкоз – гельминтоз, характеризующийся образованием в печени, легких или других органах и тканях паразитарных кист. Заражение человека происходит при проглатывании яиц гельминтов, главным образом, вследствие контакта с собаками. В кишечнике из яиц выходят личинки, которые проникают в кровеносные сосуды и заносятся в различные органы, превращаясь в эхинококковые пузыри.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ заболеваемости человека эхинококкозом с 2001 по 2016 гг.

Материалы и методы. В Астраханской области с 2001 по 2016 гг. зарегистрирован 141 случай эхинококкоза у человека.

Несмотря на то, что случаи эхинококковой инвазии отмечаются у взрослого населения Астраханского региона с 2001 г., первый случай заражения ребенка эхинококком за анализируемый период, произошел в 2008 г.

Так, наибольшее число случаев эхинококкоза у детей отмечалось в 2008 г., когда было зарегистрировано 6 случаев (27,3%) данного паразитоза. В последующий 2009 г., было зарегистрировано 3 случая (13,6%) эхинококкоза у детей. В 2010 г. число случаев паразитарной инвазии эхинококком у детей осталось почти на прежнем уровне и составило 4 случая (18,2%). Также 4 случая эхинококкоза отмечалось в 2015 г. В остальные годы регистрировались единичные случаи паразитарной инвазии. Так, в 2011 г. было зарегистрировано 2 случая (9,1%), а в последующие годы: 2012, 2014 и 2016 гг. – по 1 случаю (по 4,5%) эхинококкоза.

Среди заболевших эхинококкозом девочек было в 2 раза больше и составило 68,2% (15 случаев). Заражение мальчиков наблюдалось в 7 случаях (31,8%).

Результаты исследования. По возрастной категории эхинококкоз отмечался у детей в возрасте 5, 6, 7, 10, 12 – 16 лет. Так, в большинстве случаев эхинококковая инвазия встречалась у детей в возрасте 10 (13,6%), 13 (9,1%), 14 (13,6%), 15 (18,2%) и 16 лет (27,3%).

Среди всех заболевших детей, эхинококкоз чаще регистрировался у лиц школьного возраста – 90,9%, в т.ч. на долю школьников приходилось более половины случаев инвазии – 68,2%, на долю детей – студентов средних учебных заведений приходилось 22,7%.

Из группы дошкольного возраста, эхинококкоз регистрировался у двух (9,1%) неорганизованных детей в возрасте 5 и 6 лет.

В большинстве случаев у детей отмечались случаи эхинококкового поражения различных долей печени – 81,8%. В остальных случаях отмечались сочетанные поражения печени и легкого – 18,2%.

В большинстве случаев жалобами у инвазированных детей, были боль и чувство тяжести в области правого подреберья – 40,9%, периодически возникающая схваткообразная боль в области локализации паразита – 31,8%. Намного реже дети жаловались на слабость и чувство распирания в месте локализации эхинококковой кисты – по 4,5%. В некоторых случаях – 18,2% жалобы отсутствовали.

При сочетанном поражении печени и легкого дети предъявляли жалобы на тяжесть и боль в правом подреберье, боль в спине, а также слабость, повышение температуры и небольшой кашель.

Длительность клинической картины заболевания колебалась от нескольких дней до 1 года. Чаще всего длительность клинического течения эхинококкоза составляла несколько дней и 1 месяц – 36,4% и 27,3% соответственно. В редких случаях длительность заболевания составляла 3 месяца – 9,1%. В остальных случаях (2, 4 – 7 месяцев и 1 год) длительность клинического течения заболевания составляла – по 4,5%.

При сочетанном поражении печени и легкого длительность клинической картины была: несколько дней и 2 месяца – по 1 случаю, 1 месяц – 2 случая.

При постановке диагноза применялись лабораторные и инструментальные методы диагностики. В большинстве случаев – 90,9% окончательный диагноз эхинококкоз был подтвержден методом иммуноферментного анализа.

При поражении печени и легкого в диагностике эхинококкоза применялись методы ИФА – 100% (1 результат – отрицательный), УЗИ – 100%, метод компьютерной томографии и метод гистологии – по 1 случаю, рентгенологический метод – 3 случая, гистологический метод – 2 случая.

Кроме серологического метода использовались также и другие методы диагностики: метод УЗИ – 59,1%, рентгеноскопический метод – 18,2%, метод компьютерной томографии – 27,3%, гистологический метод – 22,7% и микроскопический метод – 13,6%.

При выяснении эпиданамнеза со слов родителей и инвазированных детей, было выяснено, что причиной заболевания могло быть то, что все заболевшие имели непосредственный тесный контакт с недегельминтизированными собаками.

Основным методом лечения паразитоза в наших случаях – было хирургическое удаление эхинококковых кист – 100%, после которого всем пациентам с целью послеоперационного противорецидивного лечения назначался немозол из расчета 10 мг/кг 2 раза в день. Медикаментозное лечение немозолом включало 4 цикла по 28 дней каждый с 14-дневным перерывом между ними.

первично-костном заболевании височно-нижнечелюстных суставов, с дефектами и деформациями челюстей после устранения анкилоза, у пациентов с синдромами гемифациальной микросомии, с дефектами нижней челюсти после резекции нижней челюсти по поводу новообразований. При костной пластике дефектов нижней челюсти у пациентов с гемифациальной микросомией проводилось раннее эндопротезирование нижней челюсти. В возрасте 8-11 лет замена эндопротеза как промежуточный этап перед реконструкцией костей лица с применением аутотрансплантатов. В одном случае при резекции нижней челюсти от зуба 3.6 до зуба 4.7 по поводу гигантоклеточной опухоли по данным стереолитографического моделирования изготовили индивидуальный эндопротез, который был выполнен в виде нижнего края и части передней стенки нижней челюсти с воспринимающими площадками на уровне резекции. После удаления новообразования данный вид эндопротеза фиксирован в воспринимающее ложе, а в ложбинку уложены фрагменты аутотрансплантата из гребня повздошной кости, которые были фиксированы титановыми винтами к каркасу эндопротеза. Через 10 месяцев удалены титановые минипластины и винты. При этом регенерат полностью консолидирован. Эндопротез служит нижним краем дефекта челюсти и моделировал под идеальную форму подбородочного отдела. Эндопротез не удаляли, а в регенерат установлены 8 дентальных имплантатов, и впоследствии изготовлен зубной протез с винтовой фиксацией на имплантаты. Срок наблюдения более 8 лет.

Заключение: в дальнейшем проводится совершенствование методики планирования и изготовления индивидуальных эндопротезов с помощью 3Д моделирования. Ретроспективный анализ наблюдения и физико-химические изучения на основе метилметакрилата и гидроксиапатита, армированного углеводородными нитями показали, что осложнений в виде переломов и механических повреждений эндопротезов не наблюдалось, что характеризует данный вид материала с повышенными прочностными характеристиками и может в дальнейшем успешно применяться при замещении дефектов челюстей у детей, как этап костной пластики, и как постоянный эндопротез по показаниям.

Список литературы:

- 1.Топольницкий О.З. Костная пластика нижней челюсти у детей и подростков композитными материалами на основе акрилатов. Дисс. на соискание уч.степ.д.м.н. – Москва, 2001. – 339с.
- 2.The surgical management of extra-articular ankylosis in noma patients,International,Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, E. M. Rüegg, D. Baratti-Mayer, A. Jaquinet, D. Montandon, B. Pittet-Cuénod, August 2018
3. Protocol for Single-Stage Bilateral Temporomandibular Joint Replacement Using Intraoperative Navigation in Patients With Ankylosis,Marshall F. Newman, D. Graham Lee, M. Kinon, Lecholop, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 76, Issue 7, July 2018, Pages 1418-1423

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Дятлова А.А., Байрамукова З.А.-А.

Научный руководитель: Долбня С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Муковисцидоз (МВ) – это системное моногенное заболевание с частотой встречаемости в РФ 1 на 10 тыс. новорожденных. МВ вызван дисфункцией CF-трансмембранного регулятора проводимости (CFTR), хлорного канала, присутствующего в эпителиальных клетках экзокринных желез [1]. Ключевым фактором, определяющим продолжительность жизни пациентов с МВ, является хроническая инфекция нижних дыхательных путей. Тяжесть инфекционного процесса в лёгких зависит от многих факторов, в том числе от сывороточной концентрации витамина D [2]. Адекватная обеспеченность 25(ОН)D детей с МВ важна для поддержания нормальной минерализации костей, обеспечения витамин D – зависимой продукции антимикробных пептидов, уменьшения интенсивности хронического воспаления [1].

Цель работы: изучить обеспеченность 25(ОН)D у детей с МВ, проживающих в Ставропольском крае и определить факторы риска его дефицита.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 детей, проживающих в СК. В анализируемую группу вошли 30 пациентов с МВ в возрасте до 18 лет. Больные МВ разделены в зависимости от возраста на группы: 0–3 года – 8 (26,7%), 4–7 лет – 8 (26,7%), 8–11 лет – 4 (13,3%), 12–18 лет – 10 (33,3%) детей. Контрольную группу составили 30 здоровых детей. Среди них к группе 0–3 года принадлежало 12 (40,0%), 4–7 – 6 (20,0%), 8–11 лет – 5 (16,7%), 12–18 лет – 7 (23,3%) детей.

Оценка физического развития у детей до 5 лет проводилась с использованием программы WHO Anthro и WHO AnthroPlus.

Всем пациентам определяли уровень витамина 25(ОН)D в сыворотке крови, взятой натощак. Определение концентрации 25(ОН)D проводилось методом ИФА с использованием наборов IDS.

Исследование проводили в феврале 2018 г., когда уровень инсоляции минимален. Для оценки обеспеченности витамином D использовали термины: норма, недостаточность, дефицит. При концентрации 25(ОН)D <10 нг/мл диагностировали тяжёлый дефицит, при концентрации 10–20 нг/мл – дефицит, 20–30 нг/мл – недостаточность, 30–100 нг/мл – норму [3].

Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием пакета программ AtteStat, STATISTICA v.10.0. Для выяснения типа распределения данных использовали тест Шапиро-Уилка. Для параметрических количественных данных определяли среднее арифметическое значение (M) и ошибку средней арифметической величины (m). Для непараметрических количественных данных определяли медиану (Me), 25-й и 75-й квартили (25Q–75Q). Для выявления статистической значимости различий между качественными данными использовали критерий Пирсона (χ^2) с поправками для малых выборок. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных было выявлено, что средний уровень 25(ОН)D у детей с МВ составил 12,2 [7,6–20,2] нг/мл, в то же время у здоровых детей показатель был достоверно выше – 34,8 [24,8–53,1] нг/мл ($p < 0,001$).

Нормальный уровень 25(ОН)D выявлен у 4 (13,3%) детей с МВ и у 20 (66,7%) здоровых детей. Недостаточный уровень витамина D в сыворотке крови обнаружен у 26 (86,7%) больных и лишь у 10 (33,3%) здоровых детей ($p < 0,001$).

Уровень 25(ОН)D у детей анализируемых групп существенно различался в зависимости от возраста. Медиана 25(ОН)D снижается с возрастом как у больных: 29,3 [16,9–43,5] нг/мл в группе 0–3 года, 11,1 [6,9–12,5] нг/мл в группе 4–7 лет, 7,6 [6,4–12,1] нг/мл в группе 8–11 лет, 10,3 [7,8 – 20,0] нг/мл в возрасте 12–18 лет; так и у здоровых детей: 53,4 [42,1–64,3] нг/мл в группе 0–3 года, 25,8 [23,5–36,0] нг/мл в группе 4–7 лет, 34,6 [28,7–33,6] нг/мл в группе 8–11 лет, 18,2 [14,0–18,2] нг/мл в группе 12–18 лет. Во всех возрастных группах у детей с МВ уровень 25(ОН)D был значительно ниже, чем у здоровых детей.

При анализе антропометрических параметров установлено, что у больных МВ с уровнем 25(ОН)D <20 нг/мл имеется тенденция к более низким показателям Z-score и перцентилей ИМТ, роста и веса, чем у детей с нормальным уровнем 25(ОН)D. В контрольной группе между антропометрическими показателями и уровнем 25(ОН)D достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

При анализе микробного профиля дыхательных путей больных выявлено, что у 11 (36,7%) детей имеется хроническая *St.aureus* инфекция, у 7 (23,3%) – ассоциация *St.aureus*+*Ps.aeruginosa*. Средний уровень 25(ОН)D у больных, инфицированных *St.aureus* был достоверно ниже, чем у неинфицированных детей, и составил 10,1 [7,6–12,5] нг/мл и 20,2 [9,4–21,4] нг/мл ($p < 0,05$).

В исследованиях, посвящённых изучению уровня 25(ОН)D у больных МВ, проживающих в Москве и Санкт-Петербурге, к факторам рискам дефицита витамина D отнесены зимний период, старший возраст, задержка линейного роста, дефицит веса, наличие сопутствующих заболеваний, применение системных стероидов [4, 5].

Выводы. Таким образом, в группу риска по дефициту витамина D среди детей с МВ нужно определять детей: школьного возраста, с задержкой линейного роста, дефицитом веса и ИМТ, имеющих хроническую *St.aureus* инфекцию. Полученные результаты позволили скорректировать дозировку препаратов витамина D детям с МВ. Больным, имеющим дефицит витамина D, назначалась суточная доза 4000 МЕ/сут, недостаточность – 2000 МЕ/сут, больные с нормальным уровнем 25(ОН)D получают 1000 МЕ/сут витамина D для профилактики дефицита.

Список литературы

1. Капранов Н.И., Каширская Н.Ю. Муковисцидоз. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2014, 672 с.
2. Поликарпова С.В., Кондратьева Е.И., Шабалова Л.А. и соавт. Микрофлора дыхательных путей у больных муковисцидозом и чувствительность к антибиотикам // Медицинский совет. – 2016; №15; 84–89.
3. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции» // Союз педиатров России [и др.]. – М.: ПедиатрЪ, 2018. – 96 с.
4. Кондратьева Е.И., Жекайте Е.К., Шмаргина Г.В. и соавт. Содержание витамина D в разные периоды года при муковисцидозе у пациентов московского региона // Вопросы детской диетологии. – 2017; 15; №4; 21–27.
5. Пашкевич А.А., Борисенко Т.С., Кайстря И.В. и соавт. Дефицит витамина D у детей с муковисцидозом // Лечение и профилактика. – 2018; №8; 5–12.

МОНИТОРИНГ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ ВЫЯВЛЕНИЮ

Ермолаева А.Н., Зарбалиева Б.М.

Научный руководитель: Ткаченко Т.Г.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Врожденные пороки развития (ВПР) на протяжении многих лет занимают 2 место в структуре причин младенческой и неонатальной смертности, мертворождаемости и детской инвалидности.

Цель: На основе генетико-эпидемиологических исследований изучить частоту, спектр, динамику ВПР, смертность от них в Рязанской области (РО), в регионах России и за рубежом и эффективность пренатальной диагностики ВПР. Задачи исследования: оценить динамику частоты ВПР в РО. Определить структуру ВПР в РО. Определение доли ВПР в младенческой смертности. Оценка эффективности программ пренатальной диагностики ВПР.

Материалы и методы: В ходе работы были изучены данные регистров из 33 регионов РФ, проанализированы отчеты Медико-генетической консультации Рязани за 10 лет; изучены отчеты МЗ РО по МС за 6 лет; проведен анализ историй болезней.

Результаты и обсуждения: В большинстве случаев ВПР возникают в результате новых мутации в молодых ничем неотягощенных семьях. В результате сравнения частоты ВПР за рубежом и в РФ отмечены высокие показатели в Финляндии (7,7), Чехии (8,9), Канаде (10,3), а в Китае (3,8), Англии (4,5) и Франции (4,6) низкие. Россия занимает среднее положение 6,01 (1:1000 на каждого живого новорожденного). В РО средний уровень рождаемости детей с ВПР - 6,12. Из 33 регионов, где ведется учет, показатели колеблются от 3,45 (Костромская обл.) до 9,97 (Северная Осетия). При сравнении данных по РФ и Рязанской области выявлено: такие пороки как гастрошизис, анцефалия, экстрофия мочевого пузыря, в РО встречаются в 2 раза чаще, чем в среднем по РФ. Двусторонняя агенезия почек встречается реже в 4 раза, гипоплазия левого сердца в 7 раз реже, транспозиция крупных сосудов в 3,2 раза реже. Анализ за 10 лет показал, что выявление ВПР увеличилось в 6 раз (с 40 в 2007 г. до 245 в 2017 г.). В соответствие с этим проводилось прерывание беременностей с летальными пороками. Количество прерванных беременностей за 10 лет возросло в 3,6 раза. Сохраняется поздняя диагностика ВПР - 103 случая в 2017 г., в том числе грубых ВПР - 12 в 2017 г. Хромосомная патология снизилась в 1,7 раза с 2013 г. В Ряз. обл. за 6 лет МС снизилась в 2 раза (с 9,8 до 4,5).

Заключение: ВПР занимают 2 место в причинах МС. За 10 лет в РО количество выявленных внутриутробно ВПР увеличилось в 6 раз, число прерванных беременностей с ВПР возросло в 3,6 раза. В результате чего МС уменьшилась в 2 раза, на 20 % за счет ВПР. В структуре ВПР в РО лидирующие места занимают пороки: ССС (389 за 5 лет); мочеполовая (188 за 5 лет); хромосомная (173 за 5 лет). Медленно снижается число выявленных грубых ВПР. На основании анализа «перинатального консилиума» причинами поздней диагностики ВПР являются: Несоблюдение сроков проведения УЗИ-скрининга беременных, поздняя обращаемость,

недостаточная подготовка специалистов, недостаточная разрешающая способность используемой аппаратуры, сложность диагностики ряда ВПР, отказ родителей от прерывания беременности.

ОСЬ «МИКРОБИОТА — КИШЕЧНИК — МОЗГ». ПУТИ И МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ И ПРОБИОТИКОВ НА ЦНС

Зандакова Ф.Р.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Климов Л.Я.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Организм человека на современном уровне знаний рассматривается как «суперорганизм», т.е. совокупность большого количества живых существ, функционирующих как единое целое. Кишечная микрофлора в настоящее время считается важнейшим фактором здоровья человека, и на данный момент есть достоверные данные о её связи не только с состоянием ЖКТ, но и с аллергическими, аутоиммунными болезнями с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, ожирением, сахарным диабетом, злокачественными новообразованиями. Перспективным направлением является изучение микробиоты как фактора регуляции деятельности центральной нервной системы. Микробиота желудочно-кишечного тракта обеспечивает организм хозяина витаминами, короткоцепочечными жирными кислотами, а также пептидами, биогенными аминами и аминокислотами, многие из которых являются нейромедиаторами или участвуют в их синтезе. Становится все более очевидным, что нормальное функционирование мозга связано не только с организмом хозяина, но и находится под влиянием его симбиотической микробиоты.

Цель исследования: Изучить современные данные об оси «микробиота — кишечник — мозг», рассмотреть пути и механизмы воздействия кишечной микробиоты и пробиотиков на ЦНС. Ознакомиться и проанализировать исследования влияния микробиоты на мозг. Сравнить эффекты пробиотиков в экспериментах на животных и в исследованиях у людей

Основные положения: Коммуникацию симбиотической микробиоты с организмом хозяина в последние годы все чаще рассматривают с позиций микробной эндокринологии. В свете этой области науки нервно-психический статус и социальное поведение высших животных и человека, регулируется сигнальными агентами (гормоны, нейромедиаторы), продуцируемыми не только самим организмом-хозяином, но и симбиотическими и патогенными микроорганизмами.

В обзоре изложены современные представления о микроорганизмах, населяющих ЖКТ и о коммуникации в системе «организм хозяина — микробиота», рассматриваются пути и механизмы влияния кишечной микробиоты и ЦНС, представлены эксперименты на животных и исследования с участием людей. Раскрыто понятие психобиотиков. Рассмотрены психофизиологические эффекты психобиотиков в трех направлениях:

1. психологические влияния на эмоциональные и когнитивные процессы;
2. системные влияния на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и продукцию глюкокортикоидов, воспалительный ответ и концентрацию цитокинов;
3. нейрональные эффекты в отношении продукции нейротрансмиттеров и протеинов (ГАМК, глутамат, мозговой нейротрофический фактор и др.).

Выводы: Функционирование оси «микробиота–кишечник–мозг» вносит существенный вклад в когнитивную деятельность и социальное поведение человека. Анализ данных свидетельствует, что нейромедиаторы вырабатываемые микробиотой (биогенных аминов, аминокислот, пептидов) можно рассматривать как один из факторов регуляции деятельности ЦНС. Очевидно, что влияние на факультативную составляющую микробиоты является фактором управления состоянием здоровья и дезадаптивных состояний за счет воздействия на механизмы гомеостаза.

ИММУНОКОРРЕКЦИЯ В САНАЦИИ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННОГО ШТАММА КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ

Ибрагимова Х.Н., Хасанова Г.А., Акрамова И.А.

Научный руководитель: Ибрагимова Х.Н

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Практическое здравоохранение до сих пор не располагает возможностями искусственного формирования антимикробного иммунитета при дифтерии. Это определяет циркуляцию токсигенных коринебактерий и, следовательно, может обуславливать периодические повышения заболеваемости. Имеются препараты специфической терапии манифестных форм болезни. Эффективных средств санации бактерионосителей пока не найдено.

Цель исследования: Целью работы было рассмотреть вопросы иммунокоррекции при носительстве токсигенной дифтерийной палочки (НТДП).

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 64 пациента в возрасте от 7 до 15 лет с носительством токсигенного штамма коринебактерий, которые получали лечение в инфекционной больнице № 1 г. Ташкент. У всех детей в мазках из зева и носа отмечался рост токсигенных коринебактерий дифтерии (при обследовании по эпидемическим показаниям, в очагах). Проводилось определение секреторного иммуноглобулина А (SIgA), лизоцима в слюне, а также основных иммунологических показателей на проточном лазерном цитофлюориметре. Исследования осуществляли при поступлении детей в стационар и через 8 – 10 дней. Контрольную группу составили 18 здоровых детей сопоставимого возраста. Из группы наблюдения 46 пациентов получали традиционное лечение – антибактериальную терапию, полоскание зева раствором фурациллина. У этих детей изменений уровня SIgA в динамике не определялось, а его значения не отличались от нормативных данных. Лизоцим слюны пациентов с НТДП при поступлении в стационар был низким, $56,5 \pm 4,5$ мг\мл (норма $71,5 \pm 2,75$ мг\мл, $p < 0,01$).

Результаты и обсуждения: В результате персистенции коринебактерий, а также проводимого лечения, его уровень снижался и составил через 8 – 10 дней от момента поступления $42,75 \pm 4,8$ мг\мл ($p < 0,05$). Со стороны иммунологических показателей отмечалось нарастание в динамике CD4+ ($p < 0,05$), CD8+ ($p < 0,001$), CD16+ ($p < 0,05$), CD72+ ($p < 0,05$) лимфоцитов при сниженных IgG ($p < 0,05$), IgM ($p < 0,05$).

С учетом выявленных изменений в иммунограммах, а также дефектов местных факторов защиты 18-ти пациентам с НТДП в комплексной терапии были назначены сочетанно иммунокорригирующие препараты. Вводился подкожно Т-активин, в дозе 1 мг\кг, ежедневно в течение 3 дней. Проводилось орошение зева, также последовательно 3 дня, смесью иммуноглобулин, метилурацил, интерферон. После проведения комбинированной иммунокорригирующей терапии у детей происходила нормализация изучаемых иммунологических показателей, повышался уровень SIgA слюны ($p < 0,001$). НТДП, получавшие обычное лечение в 6,6% случаев выписывались из стационара с носительством, а дети которым в комплексном лечении назначалась комбинированная иммунокоррекция были все санированы.

Закключение: Таким образом, при носительстве токсигенного штамма коринебактерий показаны препараты, обладающие как иммунозаместительным так и мягким иммуностимулирующим действием.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИКА СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ВГА И ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Исаметова.М.М., Чонназаров.Э.И.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

В связи с повсеместным распространением, высокой заболеваемостью, затяжному течению с неблагоприятными исходами, данное инфекционное заболевание продолжает оставаться одним из важных проблем здравоохранения Республики Таджикистан.

При сочетанной инфекции ВГА и лямблиоза происходит одновременное действие цитопатогенных вирусов гепатита А и лямблиозных ферментов, что приводит к цитолизу гепатоцитов.

Повсеместное распространение вирусного гепатита А и лямблиоза, общие механизмы передачи возбудителей, послужившие предпосылкой для одновременного заражения этими инфекциями, а также наличие скудных данных по изучению патогенетических, иммунологических и клинических проявлений данной сочетанной инфекции в разных возрастных группах, стали причиной нашего исследования.

Цель исследования - Явилось изучение эпидемиологических особенностей и клиники сочетанного течения вирусного гепатита А и лямблиоза у детей старшего возраста.

Материал и методы исследования

Сочетанная инфекция с ВГА и лямблиозом госпитализированных за 9 месяцев (январь – сентябрь) 2016 года. Сочетанная инфекция ВГА и лямблиоза была зарегистрирована 107 больных которые 58(54,2%) детей дошкольного возраста (от 4 до 6 лет) и 49(45,8%) детей старшего возраста (от 7 до 18 лет). Диагностика основывалась на данных эпидемиологических расследований, клинических симптомов, изменений биохимических параметров, определения иммуноферментным методом (ИФА) антител к ВГА (анти-НАV IgM) и противоямблиозных антител (IgM, IgG) в крови. Диагноз обнаружения в кале больных детей вегетативных форм, цист *Lamblia intestinalis*.

Результаты исследования и их обсуждение

Таким образом, эпидемический подъем ВГА в республике в 2016 году был зарегистрирован с июня месяца, несколько раньше, чем при обычном сезонном подъеме уровня заболеваемости.

У детей старшего возраста с сочетанной инфекцией ВГА и лямблиоза были укороченными продолжительность инкубационного (5 - 18 дней) и начального периодов (2-5 дней), чем при ВГА(от 15 до 45 дней и 4-8 дней).

В преджелтушном периоде у всех детей старшего возраста с сочетанной инфекцией превалировала кишечная форма болезни с диспепсическим синдромом 43(87,7%) в виде тошноты у 36(73,5%), отсутствия аппетита у 35(71,4%), рвоты у 18(36,7%) и частого непродолжительного (не более 2-3 дней) расстройства стула с жидкими водянистыми испражнениями, светлой окраски и с небольшой примесью слизи. Температурная реакция в первые дни болезни у 15 (36,7%) детей достигала 38,5-39,5°C, у остальных 34(69,3%) – отмечалась фебрильная лихорадка. У большинства 40(81,6%) больных увеличение размеров печени наблюдалось на 3-4 день заболевания, что настораживало в отношении вирусного гепатита.

Желтушный период характеризовался удерживающимися симптомами интоксикации у большинства 43(87,7%) детей старшего возраста с сочетанной инфекцией. Желтушность кожи слизистых оболочек сохранялась в среднем $11,8 \pm 1,9$ дней, а при ВГА – $6,9 \pm 0,4$ дней ($p < 0,05$).

Следует отметить, что у всех детей старшего возраста с сочетанной инфекцией ВГА и лямблиоза также были выявлены аллергические проявления со стороны кожи в виде бледности в сочетании с субиктеричным оттенком и буровой окраской кожи шеи, у 21(42,8%) фолликулярно-точечного креатоза в виде «гусиной кожи», у 17(49,7%) изменений кожи ладоней и подошв, сухостью, шелушением, у 15(30,6%) заедами красной каймы губ, у 25(51,0%) детей изменения придатков кожи в виде истончения и плохого роста волос, истерченностью носовых пластинок детей, что связано с антигенными свойствами продуктов распада и жизнедеятельности лямблий.

Биохимические сдвиги при сочетанной инфекции характеризовались гипербилирубинемией до $128,5 \pm 19,8$ мкм/л, а при ВГА – $78,4 \pm 6,9$ мкм/л ($p < 0,05$), гиперферментемией до $4,3 \pm 1,1$ и $3,6 \pm 1,3$ ммл/чл соответственно ($p > 0,05$).

Выводы:

Таким образом, эпидемический подъем ВГА в республике в 2016 году был зарегистрирован с июня месяца, несколько раньше, чем при обычном сезонном подъеме уровня заболеваемости, что было связано с жарким климатом в этот период года. Сочетанное течение лямблиоза и вирусного гепатита А приводит к утяжелению течения болезни клинически проявляющееся кишечной, биллиарно-панкреатической формами, а также аллергическими проявлениями со стороны кожи и развитием неблагоприятных исходов, способствующим пролонгированию патологического процесса в печени и кишечнике. Больные, перенесшие сочетанную инфекцию, должны находиться на более длительном диспансерном наблюдении с проведением всех клинико-биохимических исследований, при необходимости – ультразвукового исследования печени, желчевыводящей системы, а также исследование копрограммы на наличие цист и вегетативных форм *Lamblia intestinalis*.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Карпович Г.С., Серенко Е.В.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Васюнин А.В.
Новосибирский государственный медицинский университет**

Острые кишечные инфекции (ОКИ) широко представлены в структуре инфекционной патологии, ежегодно регистрируется больше 1 миллиарда ОКИ, летальность при которых достигает 1-4%. [3] Заболеваемость ОКИ среди населения остается стабильно высокой, в частности в Новосибирской области этот показатель составил в 2017 году 704,3 на 100 тысяч населения. [2] В первые месяцы жизни активно формируется кишечная микробиота, происходит дальнейший процесс адаптации организма к условиям энтерального питания. Поэтому нарушения данных процессов могут послужить возможными предрасполагающими факторами для развития различных патологических состояний, в том числе и ОКИ. Кроме того, некоторые вопросы патогенеза, этиологической структуры возбудителей, факторов риска ОКИ у детей данного возраста остаются не до конца ясными, чем и обуславливается актуальность данного исследования.

Цель исследования. Изучить клинико-этиологические особенности ОКИ у детей первых трех месяцев жизни, данные лабораторной диагностики, а также вероятные факторы риска развития ОКИ, по результатам анализа историй болезни.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 296 историй болезни детей первых 3х месяцев жизни, госпитализированных по поводу ОКИ в ГБУЗ НСО ДГКБ №3 в 2017г. Анализировались: этиологическая структура ОКИ на основании микробиологической расшифровки (посев кала на дизгруппу, сальмонеллез – в 100% случаев; ПЦР кала на вирусы в 76 случаях (86,4%) от 88 случаев вирусных КИ (вирусные + смешанные); посев кала на условно-патогенную микрофлору (УПМ) в 183 случаях (78,2%) от 234 бактериальных кишечных инфекций (бактериальные + смешанные), клинико-лабораторные показатели, а также факторы риска тяжелого течения ОКИ. Статистический анализ проведен при помощи лицензионной версии программы STATISTICA 12,0. Описательная статистика – средняя и стандартная ошибка средней (данные представлены в виде $M \pm m$) для количественных переменных, для качественных переменных – определение долей, сравнение для количественных признаков – U-критерий Манна-Уитни, для качественных переменных – критерий χ^2 , при критическом уровне значимости $p=0,05$.

Результаты. Клинический диагноз первоначально при поступлении в стационар формулировался как кишечная инфекция бактериальной неуточненной этиологии (у 198 больных) или вирусной неуточненной этиологии (у 98 больных). В результате лабораторного обследования расшифровать этиологию удалось у 151 (51%) пациента, из них бактериальная этиология была у 103 (34,8%), вирусная – у 22 (7,4%), вирусно-бактериальная – у 26 (8,8%) больных. Этиологическая структура уточненных бактериальных ОКИ была представлена УПМ – 103 случая, наиболее часто выделялись: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* и др. Этиологическая структура уточненных вирусных инфекций была представлена: ротавирусом – 16 случаев, норовирусом – 3 случая, рота+норовирусом – 3 случая. У 145 (49%) пациентов этиологию кишечной инфекции расшифровать не удалось (40 случаев – вирусные неуточненные ОКИ, 105 случаев – бактериальные неуточненные ОКИ).

Обращает на себя внимание большой процент КИ неуточненной этиологии: 50,5% от всех бактериальных и 64,5% от всех вирусных КИ. Анализ данных диагностики вирусных КИ показал, что из 40 случаев неуточненных вирусных КИ, ПЦР кала на вирусы проводилась в 28 случаев (70%); из 105 случаев неуточненных бактериальных КИ посев кала на УПМ производился в 54 случаях (51%). Кроме того, антибиотикотерапия терапия в анамнезе (терапия на участке) присутствовала в 21 случае (20%) от 105 неуточненных бактериальных инфекций. Проведена экспертная оценка степени тяжести КИ, которая была представлена: в 0,7% (2 случая) – легкой степенью тяжести, в 83,4% (247 случаев) – средней степенью тяжести, в 15,9% (47 случаев) – тяжелой степенью тяжести, причем у 6 пациентов авторами тяжесть была изменена. Таким образом недооценка степени тяжести составила 12,7% случаев от тяжелой степени, в 2% от всех случаев КИ.

Ведущую роль в заболеваемости КИ у детей первых трех месяцев жизни играла УПМ (69,5% случаев от всех уточненных КИ). К факторам риска развития подобных заболеваний относят нарушения нормальной микробиоты кишечника. К факторам нарушающим микробиоту

принято относить антибиотикотерапию, искусственное вскармливание и роды путем Кесарева сечения (Кс). [1] Была проанализирована встречаемость данных факторов у 103 пациентов с КИ, вызванными УПМ. Искусственное вскармливание встречалось в 33% случаев, операция Кс в 42,7% случаев, антибиотикотерапия в анамнезе в 20,4% случаев. Была также проанализирована встречаемость данных факторов среди пациентов с УПМ КИ тяжелой степени тяжести (29 случаев). Искусственное вскармливание встречалось в 82,2% случаев, роды путем Кс в 65,5%, антибиотикотерапия в анамнезе в 41,4% случаев, что достоверно ($p=0,0001$, $p=0,05$, $p=0,02$ соответственно) чаще чем у всех пациентов с КИ, вызванных УПМ.

Выводы.

1. Лабораторная диагностика для выявления бактерий и вирусов в полном объеме проведена у 79,7% пациентов, расшифровка этиологии составила 51%, всего расшифрована этиология у 151 пациента.

2. Имеет место недооценка степени тяжести КИ в сторону занижения у 12,7% пациентов с тяжелыми ОКИ.

3. Выявлена высокая встречаемость родов путем Кс среди пациентов с ОКИ, вызванных УПМ. Искусственное вскармливание, роды путем Кс, антибиотикотерапия в анамнезе достоверно чаще встречались у пациентов с тяжелой степенью КИ, вызванной УПМ в сравнении со средней и легкой, что позволяет считать эти признаки факторами риска тяжелого течения КИ, вызванных УПМ.

Список литературы.

1. Баранов А.А. Профилактическая педиатрия — новые вызовы / Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю. // Вопросы современной педиатрии. — 2012. — Т. 11. — № 2. — С. 7–10.

2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемического благополучия населения Новосибирской области в 2017 году».

3. World health organization. Diarrhoeal disease. 2 May 2017.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОБНОГО СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ Г.ТВЕРИ И ДРУГИХ РЕГИОНОВ РОССИИ

Карцева А.Ю., Иванова И.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Иванова И.И.

Тверской государственный медицинский университет

В структуре воспалительных заболеваний мочевыделительной системы у детей пиелонефрит (ПН) является одним из наиболее распространенных заболеваний [1,3,4,7,8]. Для выбора эффективной этиотропной терапии необходимо знать, какой микроорганизм явился причиной развития воспалительного процесса в том или ином регионе, поэтому целью исследования стало сравнение микробного спектра возбудителей ПН у детей г.Твери и других областей России.

Материал и методы. Обследовано 99 детей в Твери в возрасте от 3 месяцев до 17 лет с микробно-воспалительным процессом в мочевыделительной системе и положительным бактериологическим посевом мочи. Данные об этиологической структуре ПН у детей в других городах взяты из научных статей в журналах «Педиатрия», «Consilium medicum» [5,6]. Статистическая обработка материала велась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. По нашим данным среди пациентов преобладали девочки (78,8%). Чаще встречались дети в возрасте от 1 до 10 лет (56,5%). Распределение по нозологиям было следующим: острый пиелонефрит (оПН) — 59,6%, хронический пиелонефрит (хрПН) — 32,3%, инфекция мочевыделительной системы (ИМВС) — 8,1% (диагноз ставился в случае высева обычных обитателей организма человека). Чаще всего течению заболевания сопутствовала дисметаболическая нефропатия — 78,8%.

По тверским данным бактериальная флора была представлена *Escherichia coli* (49,5%), *Klebsiella oxitoca* и *aerogenes* (14,5%), *Proteus mirabilis* и *vulgaris* (11,1%), *Pseudomonas* 7,1%, *Enterococcus* 7,1%. Выделенный микробный спектр включал также *Enterobacter* 5,1%, *Staphylococcus* (3%), *Citobacter*, *Providencia* и *Streptococcus* (по 1%). У 3 пациентов с оПН

выявлены комбинации из 2 микроорганизмов: *E. coli* + *K. oxitoca*, *P. mirabilis* + *P. rettgeri*, *Staph. aureus* + *Strept. Agalactice*. В целом грамотрицательная флора являлась преобладающей – 89,9%.

Обсуждение. Среди сравниваемых регионов были следующие города: Москва, Казань, Оренбург [4,5]. оПН относительно чаще встречался в Твери по сравнению с Казанью и Москвой, где преобладал хрПН (70%). оПН наиболее часто встречался среди детей 1-5 лет, хрПН у детей постарше (5-15 лет). Во всех городах основным возбудителем ПН являлись представители семейства *Enterobacteriaceae*, которые составляли 80% среди всех выделенных микроорганизмов за исключением Казани (67,6%, $p<0,05$). Главным представителем этого семейства являлась *E.coli*, которая относительно чаще выделялась в Оренбурге (62%) и Казани (54,2%, в т.ч. 66,7% при оПН) и реже в Москве (53%) и Твери (49,5%) ($p<0,05$). Относительно чаще *E.coli* выявлялась при оПН (62,5-66,7%), чем при хрПН (40,6-47,9%) по данным Твери и Казани соответственно ($p<0,05$).

В Твери второй по частоте встречаемости была клебсиелла (14,1%), которая в других городах высевалась реже: в Казани в 4,9% ($p<0,05$), в Оренбурге и Москве – в 10% и 8% случаев соответственно. *Proteus spp.* одинаково часто встречался в Москве и Оренбурге (8,5%). В Казани реже, чем в других городах, высевался энтерококк – 1,4%, (Тверь 7,1%, Москва 8,5%), но чаще – стафилококк и стрептококк (9,9% и 8,5%), тогда как в остальных городах частота их встречаемости составляла около 3%.

Выводы. Микробный спектр у детей при ПН в Твери близок к данным г.Москвы, в большей степени отличается от Казани и Оренбурга. *E.coli* встречается примерно у половины всех пациентов в Твери и до 2/3 случаев в Оренбурге и Казани, что в целом составляет более низкие цифры по сравнению с 70-80-ми годами 20 века, когда она являлась возбудителем в 80-90% случаев [2]. Относительно чаще *E.coli* является возбудителем оПН, чем хрПН. Довольно часто в посевах мочи встречаются клебсиелла и протей (14,8% случаев). Грамположительная флора выделяется примерно у каждого восьмого пациента. При хрПН спектр высеваемых микроорганизмов шире, чем при остром.

Список литературы.

1. Архипов, Е. В. Современные рекомендации по диагностике и лечению пиелонефрита с позиции доказательной медицины / Е. В. Архипов, О. Н. Сигитова, А. Р. Богданова // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т.8, вып. 6. — С.115-120.
2. Баранов, А. А. Детские болезни / А. А. Баранов. — Москва, 2002. — 880 с.
3. Вялкова, А. А. Обоснование клинико-микробиологических подходов к лечению и профилактике рецидивов пиелонефрита у детей / А. А. Вялкова, В. А. Гриценко, Е. И. Данилова, О. А. Седашкина // Педиатрическая фармакология. — 2009. — №6 (ч.2) — С. 94-98.
4. Жданова, О. А. Изменение микрофлоры мочи у детей с внебольничной инфекцией мочевыводящих путей, госпитализированных в период с 1990 по 2015 г.: ретроспективное сплошное исследование серии случаев. / О. А. Жданова, Т. Л. Настаушева, И. В. Гребенникова, Г. А. Батищева, И. Ю. Балалаева // Вопросы современной педиатрии. — 2018. — Т.17 — №3. — С. 216-222.
5. Коровина, Н. А. Современные подходы к лечению инфекции мочевой системы у детей / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова, Э. Б. Мумладзе // Consilium medicum. — 2004. — Т. 6 — №3. — С. 13-15.
6. Мальцев, С. В. Современные подходы к антибактериальной терапии пиелонефритов у детей и подростков / С. В. Мальцев, А. И. Сафина // Педиатрия. — 2007. — Т 86 — №6. — С. 51-59.
7. Маргиева, Т. В. Рекомендации по диагностике и лечению инфекций мочевыводящих путей у детей. / Т. В. Маргиева, О. В. Комарова, Т. В. Вашурина, О. А. Зробок, Т. В. Сергеева, А. Н. Цыгин // Педиатрическая фармакология. — 2016. — №13. — ч.1. — С. 17-21.
8. Скепьян, Е. Н. Анализ спектра возбудителей инфекций мочевыводящих путей и характеристика их чувствительности к противомикробным лекарственным средствам у детей на амбулаторном этапе / Е. Н. Скепьян, И. В. Василевский, П. Д. Топтун // Медицинская панорама. — 2013. — №8. — С. 35-38.

ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ КРАПИВНИЦА У РЕБЕНКА С СЕЛЕКТИВНЫМ ДЕФИЦИТОМ IgA

Козьмова Н.А.

**Научный руководитель: профессор, д.м.н. Барычева Л.Ю.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Первичные иммунодефициты имеют много клинических проявлений, напоминающих аллергические заболевания. Прежде всего, это касается гуморальных иммунодефицитов. [1] Этот вариант первичного дефицита гуморального звена иммунитета характеризуется низким содержанием сывороточного IgA — 0,05 г/л у детей старше 2 лет. [2,4].

Поскольку IgA, особенно его секреторный компонент, является главным фактором системы местного иммунитета, самыми частыми клиническими проявлениями являются аллергические и аутоиммунные процессы [3].

Цель работы: изучить течение хронической рецидивирующей крапивницы на фоне селективного дефицита IgA на примере клинического случая.

Материал и методы:

Была произведена работа с отечественной и зарубежной литературой последних 5-7 лет. Производилось тщательное исследование истории болезни, а также физикальный осмотр пациента в августе 2018 года.

Результаты:

Больной А. 2003 года рождения, мужского пола, проживающий в г. Ставрополь. Ребенок от 2-ой беременности (старшая сестра - здорова), протекавшей физиологически, роды 2-е своевременные, плановое кесарево сечение. Вес при рождении – 3520 г., длина тела – 51 см. Состояние при рождении - удовлетворительное. Грудное вскармливание до года. Прикорм с 6 месяцев реакции не отмечалось. Перенесенные инфекции: ОРВИ, ветряная оспа, острый бронхит. Лекарственная аллергия на амоксицилин в 4 года (высыпания на коже).

С 2013 года (10 лет) наблюдается эндокринологом с диагнозом «Тиреотоксикоз. АИТ». Получал тирозол в течении 3 лет. В 2016 году проведена аденотомия и тонзиллэктомия по показаниям. С января 2017 года тирозол отменен, сохраняется эутиреоз.

С середины августа 2016 года (12 лет) впервые проявления крапивницы. Получал лечение амбулаторно курсами антигистаминные препараты (супрастин, рупафин до 4х таблеток в день, тавегил) без эффекта, в терапию добавлялся сингуляр без эффекта.

В апреле 2017 года госпитализирован с диагнозом: ОРВИ: ринофарингит, типичный, средней тяжести. Выполнен однократный курс плазмозамещения. Впервые верифицирован ПИД: Селективный дефицит Ig A. Лечение: ГКС, ингибиторы лейкотриенов без ощутимого эффекта. В последующей модификация терапии с увеличением дозы антигистаминных препаратов до 4-кратной (рупатадин 4т/сут) с кратковременным эффектом.

В мае 2017 года было принято решение направить ребенка на консультацию в отделение клинической иммунологии ФГБУ «НИМИЦ ДГОИ им Дмитрия Рогачева1». Там же был проконсультирован гематологом (анемия 1 степени), иммунологом (Снижение IgA 0,00 г/л, снижение IgG 7,77 г/л.).

В июле 2017 года госпитализирован в ОСЗТ «НИМИЦ здоровья детей2» первично с диагнозом: Хроническая крапивница. Учитывая хронический непрерывно-рецидивирующий характер заболевания, неэффективность проводимой терапии, пациент обследован и начата персонализированная таргетная терапия генно-инженерным препаратом омализумаб (ксолар).

Первое введение препарата Ксолар было произведено 17.07.2017 подкожно в дозе 300 мг. Переносимость удовлетворительная. Местных и общих реакций не отмечалось. В сентябре 2017 года дважды отмечались высыпания по типу крапивницы на верхних конечностях, исчезали в течении суток. Зуд не беспокоил. ИАК7=2. В последующем на введение препарата реакция не отмечалась. На фоне проводимой терапии состояние мальчика оставалось стабильным, новых уртикарных высыпаний не отмечалось.

Выводы:

1. При рассмотрении клинического случая отмечено течение Хронической рецидивирующей крапивницы под «маской» Селективного дефицита IgA у больного.

2. Учитывая хронический непрерывно-рецидивирующий характер заболевания, неэффективность проводимой терапии (блокаторами H1-гистаминовых рецепторов), пациент

обследован, персонифицированная таргетная терапия генно-инженерным препаратом омализумаб (ксолар) с положительным эффектом.

Список литературы:

1. Стефани Д.В., Вельтищев Ю.Е. Иммунология и иммунопатология детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1996. — 384 с.
2. Пампура А. Н., Соловей Т. Н. Современные подходы к диагностике и терапии крапивницы у детей. РМЖ 2008; 2: 4: 1534.
3. Wedi B., Raap U., Kapp A. Chronic urticaria and infections // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. 2004; 4: 387–396.
4. Altschul A., Cunningham-Rundles C. Chronic urticaria and angioedema as the first presentations of common variable immunodeficiency // J. Allergy Clin. Immunol. 2002; 110: 1383–1391.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПРАДЕРА-ВИЛЛИ

Колесникова Е.В.

**Научные руководители: к.м.н., доцент Чередниченко Т.Т., к.м.н., доцент О.А. Минаева
Ставропольский государственный медицинский университет**

Синдром Прадера-Вилли - это генетическая аномалия, которая часто маскируется под диагнозами ДЦП, миопатия. Хотя при тщательном сборе анамнеза и внимательном осмотре больного, а главное компетентном генетическом обследовании диагноз не вызывает сомнений.

Частота патологии 1:10 000 – 1:20 000.

В настоящее время установлено, что развитие синдрома Прадера – Вилли связано с повреждением критического района хромосомы 15 (сегмента q11.2-q13). При этом оказалось, что повреждение этого же участка хромосомы 15 наблюдается и при другом заболевании – синдроме Ангельмана, клиническая картина которого существенно отличается от синдрома Прадера – Вилли.

Таким образом, несмотря на повреждение при синдромах Прадера – Вилли и Ангельмана одного и того же локуса хромосомы 15, клинические проявления обеих болезней резко противоположны.

Дети с синдромом Прадера-Вилли обычно рождаются доношенными с незначительной внутриутробной гипотрофией. В младенческом возрасте у ребенка ослаблен мышечный тонус, нарушена координация движений, часто встречается вывих бедра. Иногда у малыша отсутствует сосательный и глотательный рефлекс, поэтому питание возможно только посредством зонда. В редких случаях нарушается дыхание, становится необходима искусственная вентиляция легких. Дети, больные синдромом, регулярно испытывают сонливость, апатию, усталость. Часто они упрямые, враждебны и агрессивны.

Уже в младенческом возрасте становится заметна дисморфия черепа и акромикрия рук и ног. Также характерны признаки: косоглазие, миндалевидный разрез глаз, большая переносица, маленький рот или узкая верхняя губа, нарушение пигментации радужки глаз, кожного покрова и волос, низкое расположение ушей. По мере развития заболевания у человека наблюдаются: болезни позвоночника: сколиоз и остеохондроз; повышенный аппетит, и, следовательно, излишний вес; болезни полости рта: кариес, гингивит; отставание в умственном развитии; атаксии; спазмы мышц; позднее репродуктивное созревание.

Уже в подростковом возрасте дети с симптомом Прадера-Вилли не похожи на своих сверстников. Для больных характерен: невысокий рост и лишний вес; отставание в речевом развитии; излишняя гибкость; неспособность к обучению.

У детей с СПВ коэффициент развития не превышает 80 единиц, в то время, как норма составляет 85-115 единиц.

Психическое состояние у больных обычно нестабильно.

Диагностика. Помимо внешних вышеперечисленных критериев для точного определения диагноза следует провести кариотипирование и определить наличие различных модификаций на уровне 15 хромосомы. Также используют ДНК-маркеры и метод прометафазного анализа.

Для лечения СПВ на сегодня нет никаких эффективных лекарств. Ряд препаратов, направленных на преодоление симптомов заболевания сейчас находятся на стадии разработки.

Однако, если диагностировать данное заболевание на раннем этапе и начать его лечение, то прогноз развития заболевания становится более оптимистичным.

Клинический случай. Мальчик 5 лет поступил в психоневрологическое отделение КДКБ с жалобами на задержку психо – речевого и моторного развития, нарушены походки, шаткость при ходьбе, ходит «широко расставляя ноги», быструю утомляемость, мышечную слабость, неловкость в ногах, стереотипные движения в руках.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, по неврологии – средней тяжести. Повышенного питания. Фенотип: светлые волосы, голубые глаза, длинные ресницы, тонкие губы, маленькие кисти и стопы. Неврологический статус: сознание ясное. Долихоцефалическая форма черепа, преобладание мозговой части. ЧМН: косоглазие непостоянное сходящееся OU Мышечный тонус – гипотония, более выражена в ногах, D=S. Сила в руках - 4,0-4,5 баллов, в ногах- 3,5- 4,0 баллов. Рефлексы сухожильные, периостальные: с рук и ног D =S, живые. Суставы «гипермобильные». Опора симметричная. Плоско-вальгусные стопы, «Х-образная» деформация ног, рекурвация в коленных суставах. Ходит самостоятельно, «широко расставляя ноги», атаксия при ходьбе, часто падает, миопатический компонент походки. Ходьба на пятках, носках сохранена, но затруднена. С-м Говерса (+). Менингеальные симптомы: нет. Патологические стопные знаки: отрицательные. ВНС: дермографизм красный, быстро исчезающий. Эмоциональная сфера: эмоционально лабилен, игрушками интересуется, понимает игру, себя обслуживает частично, некоторые инструкции выполняет, быстро истощается. Стереотипии. Манипулятивная функция в руках снижена. Речь на уровне коротких фраз, дизартрия. ЗПМРР.

Обследования: R- гр-я кисти - костный возраст соответствует 3,5 годам. ЭНМГ – признаки аксональной нейропатии N.Tibialis dex\sin., N. Peroneus dex.\sin. ЭЭГ - общемозговые изменения средней степени выраженности. Логопед – ОНР 2 уровень. Дизартрия. Эндокринолог - ЗФР SDS – 1,8. Состояние после оперативного лечения правостороннего крипторхизма.

В отделении был выставлен диагноз: ДЦП, атонически-астатическая форма. GMFCS – 2 уровень. Конечная резидуальная стадия. ЗПМРР. ОНР 2 уровень. Дизартрия. Неврозоподобный синдром.

Учитывая данные анамнеза, клиническую картину, фенотипические особенности ребенок был направлен на консультацию к генетику. Генетик: ПРОП ЦНС. Задержка интеллектуального, психо-моторного, речевого развития. Диспластический фенотип. АРХЖ? Синдром Прадера – Вилли? По рекомендации генетика ребенок направлен на дообследование.

Данным клиническим случаем мы хотели подчеркнуть трудности диагностики синдрома Прадера-Вилли. Выявление синдрома Прадера-Вилли у пациентов не является основанием для наблюдения только эндокринологом. По мере роста и развития ребенка необходим контроль и других специалистов, в том числе неврологов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕЙРОНАЛЬНОГО ЦЕРОИДНОГО ЛИПОФУСЦИНОЗА II ТИПА

Колесникова Е.В.

**Научные руководители: доцент, к.м.н. Чередниченко Т.Т., доцент, к.м.н. О.А. Минаева
Ставропольский государственный медицинский университет**

Нейрональные цероидные липофусцинозы (НЦЛ) – это группа клинически и генетически гетерогенных нейродегенеративных заболеваний, характеризующихся эпилептическими приступами, резистентные к АЭТ, прогрессирующими нарушениями интеллектуального, двигательного развития, снижением зрения. Морфологическим маркером НЦЛ является внутриклеточное накопление автофлюоресцирующих липопигментов в различных ультраструктурных локусах.

Это достаточно редкое заболевание. Суммарная частота встречаемости всех форм НЦЛ в мире составляет 1:25000.

Первое упоминание о данном заболевании появилось в 1826 году, и принадлежит Stengel, описавшему первых 4 пациентов-сибсов из Норвегии. Первое клинико-патологическое описание принадлежит Batten от 1903 года, он же охарактеризовал NCL как «семейную нервно-мышечную дегенерацию». Примерно в это же время Vogt, Spielmeyer, Bielschowsky и Kufs также описывали

пациентов старшего возраста с симптомами, сходными с описанными Batten. Полноценное изучение заболеваний данной группы началось с 1980-х, с развитием биохимии и молекулярной генетики.

В зависимости от возраста начала заболевания, клинической картины НЦЛ подразделяют на 6 основных групп: врожденную (CNCL), младенческую (INCL), позднюю младенческую (LINCL), юношескую (JNCL), взрослую (ANCL) и северную эпилепсию (NE, PEMR). Также принято разделять НЦЛ на типы в зависимости от первичного молекулярно-генетического дефекта – НЦЛ 1 (ген CLN 1), НЦЛ 2 (ген CLN 2), НЦЛ 3 (ген CLN 3) и так далее. Наиболее распространенные и хорошо изученные – НЦЛ 1,2,3 типов.

Все заболевания этой группы носят аутосомно-рецессивный тип наследования, за исключением болезни Куфса (CNL4), которое наследуется по аутосомно-доминантному типу.

Это заболевание в основном затрагивает детей и подростков, однако есть редкие формы НЦЛ, проявляющиеся у взрослых.

Как правило, такие дети рождаются здоровыми и в первые годы своей жизни, до начала заболевания, достигают многих успехов в развитии. Они хорошо развиты физически, контактны, посещают детские учреждения, психологически развиты по возрасту. Однако может наблюдаться небольшое отставание в развитии речи или некоторых навыков.

НЦЛ может проявляться постепенно, начало заболевания определяется одним из трех признаков: судороги, атаксия (неуклюжесть походки) и снижение зрения. Эти симптомы могут быть при очень многих других заболеваниях, а болезнь Баттена настолько редко встречается, что почти всегда её диагностируют не сразу. То есть сначала ребенку ставят неправильный основной диагноз, как правило, эпилепсию или какое-либо заболевание глаз.

Тем не менее, по мере прогрессирования заболевания вскоре становится очевидно, что первоначальный диагноз неверен и начинается более серьезное обследование больного ребенка.

Классическая форма поздней младенческой формы НЦЛ (НЦЛ 2 типа) широко распространена во всем мире, но с наибольшей частотой в западной Финляндии.

Обычно первые симптомы НЦЛ 2 проявляются в возрасте 2-4 лет (чаще в 3 года). До начала заболевания ребенок, как правило, ничем не отличается от своих сверстников. Манифестными симптомами являются генерализованные тонико-клонические судороги приступы, задержка речевого развития, атаксия. По мере развития заболевания наблюдается прогрессирующая атрофия головного мозга, с чем связаны интеллектуальные нарушения, утрата ранее приобретенных навыков, постепенное снижение зрения, слепота, полная обездвиженность, нарушение приема пищи, кома.

Диагностика данного заболевания основывается на молекулярном генетическом тестировании путем оценки содержания трипептил-пептидазы 1. При данной форме заболевания содержание фермента будет снижено или же отсутствовать вообще. На МРТ головного мозга будут выражены признаки атрофии коры больших полушарий и мозжечка.

На сегодняшний день данное заболевание неизлечимо. Ведется симптоматическое лечение. К этим препаратам относятся противосудорожные, миорелаксанты, обезболивающие, седативные, антипсихотические, витамины гр. В, вит. Е, L-карнитин и др. Посредством корректирующих препаратов удастся облегчить состояние больного.

Течение заболевания быстро прогрессирующее с летальным исходом, наступающим в течение нескольких лет.

Клинический случай. Девочка 5,5 лет обратилась с жалобами на приступы «замирания», вздрагивания с поворотом головы и глаз вправо, с тонико-клоническим компонентом, с нарушением сознания, преимущественно при засыпании и пробуждении, регресс психо-речевого развития, нарушение походки, поведенческие реакции. Впервые приступы появились в феврале 2017 года. Выполнена ЭЭГ, был назначен препарат вальпроевой кислоты (депакин-хроно). Ремиссия 1 год. В 2018 году появление эпизодов с падением, «заклинивает» при ходьбе, часто спонтанные вздрагивания. В терапию был добавлен левитирацетам. В октябре 2018 года осмотрена неврологом г.Москвы. Выполнено МРТ головного мозга: диффузные атрофические изменения больших полушарий, но в большей степени структуры мозжечка. Обширные зоны перивентрикулярной лейкопатии. ЭЭГ-видеомониторинг: мультирегиональные комплексы спайк-волны в теменно-затылочных и центральных областях без четкой локализации, фоновая активность нормальная, приступ не зафиксирован. Выполнен скрининг-тест на ЛБН-3. Выявлено резкое снижение активности трипептидил пептидазы 1. Генетик: нейрональный цероидный липофусциноз 2 тип.

Таким образом в связи с быстрым развитием высоких технологий в клинической практике все большее внимание уделяется генетической диагностике, дающей возможность установить точный диагноз, предсказать течение заболевания и в некоторых случаях подобрать таргетную терапию. Особую роль постановка диагноза играет и в психологическом состоянии родителей, в особенности при раннем начале заболевания у детей с неотягощенным перинатальным анамнезом.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ Г.ТЮМЕНИ

Косикина А.В., Терентьева А.В.

Научный руководитель: Шевлюкова Т.П.

Тюменский государственный медицинский университет

На сегодняшний день проблема инсультов у детей становится междисциплинарной и формируется на стыке детской неврологии, кардиологии, ангиологии, нейрохирургии и патологии свертывающей системы крови. Рост цереброваскулярной патологии неизбежен. Не исключено, что ее увеличение произошло и в связи с внедрением программы по стимуляции репродуктивной функции «500 грамм – жизнеспособный плод», а также внедрение новых технологий по выхаживанию новорожденных и применению интенсивных методов терапии. Это способствовало росту заболеваний нервной системы у детей. Цель исследования заключается в изучение этиологических факторов и распространенности острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у детей г. Тюмени.

Материал и методы исследования

Проанализированы 209 регистрационных карт и выписок из истории болезни с 2004 по 2017 год из регистра пациентов с ОНМК в возрасте от 30 дней до 18 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании анализа данного периода ишемические инсульты (ИИ) представлены в 32,5% от общего числа. По данным Канадского педиатрического регистра инсультов (CPISR) частота детского ишемического инсульта составляет 2,7 на 100 000 в год. Доля геморрагических составляет 31,1% от общего числа инсультов (65 детей). В различных источниках показатели заболеваемости детским геморрагическим инсультом указываются от 1,1 до 5,1 случая на 100 000 детского населения в год (средняя заболеваемость – 2,9). Транзиторные ишемические атаки (ТИА) составили 26,4 %. Преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) составляют 10%.

ИИ у мужского пола – 44 случая (64,7%) превалирует над женским полом – 24 случая (35,3%). ГИ у мужского пола - 35 случая (53,8%), у женского пола – 30 случаев (46,2%). ПНМК у женского пола – 14 случаев (66,7%) превалирует над мужским полом – 7 случаев (33,3%). ТИА у женского пола – 29 случаев (53,7%) превалирует над мужским полом – 25 случаев (46,3%).

В структуре возрастных групп ИИ зарегистрирован максимально у детей первых трех лет жизни: от 30 дней до 1 года – 14 случаев (20,5%), от 1 до 3 лет – 34 случая (50%), от 3 до 5 лет – 17 случаев (25%) и от 5 до 10 лет – 3 случая (4,5%). Возрастные группы пациентов с ГИ максимально зарегистрирован в первые годы жизни: от 30 дней до 1 года – 52 случая (80%) и от 1 года до 3 лет – 13 случаев (20%). Возрастной пик пациентов с ПНМК смещен к подростковому возрасту: от 5 до 10 лет – 3 случая (14,4%), от 11 до 14 лет – 11 случаев (52,3%) и от 15 до 18 лет – 7 случаев (33,3%). Также к подростковому смещен возрастной пик пациентов с ТИА: от 5 до 10 лет – 12 случаев (22,3%), от 11 до 14 лет - 14 случаев (25,9%) и от 15 до 18 лет – 28 случаев (51,8%).

В структуре этиологических факторов выявлены следующие причины возникновения ИИ и ГИ. Возникновения ИИ: тромбофилии – 14,7%; кардиогенные факторы (врожденные пороки сердца – 11,7%, аритмии – 5,8%); васкулопатии (болезнь Мойя- Мойя) – 2,9%; васкулиты – 5,8%; осложнения острого менингита – 5,8%; осложнения ожоговой болезни – 2,9%; идиопатическая окклюзия, внутриутробная гипоксия в 2,9%. Сочетание нескольких этиологических факторов отмечено у 6 пациентов (8,8%). В 47,5% случаях причина не установлена.

В структуре этиологических факторов выявлены следующие причины возникновения ГИ: артериовенозная мальформация – 34%; кавернозная ангиома – 5%; разрыв аневризмы – 8%; васкулиты – 3%; неуточненные сосудистые аномалии – 2%; сосудистые опухоли – 1%;

тромбофилии – 5%; коагулопатии и нарушения гемостаза – 17%; спонтанные кровоизлияния – 25%.

Относительно локализации, стойкие нарушения мозгового кровообращения чаще всего происходили в каротидном бассейне, преимущественно средней мозговой артерии у 77%, в вертебро-базилярном бассейне у 19%. Множественные лакунарные инсульты зарегистрированы у 4%.

В отношении топической локализации наиболее характерно является расположение очага кровоизлияния в лобных долях – 40%; в правой гемисфере мозжечка – 27%; височно-теменные отделы левого полушария – 33%.

Среди видов ГИ превалировали субарахноидальное кровоизлияние – 32 случая (49%); паренхиматозное кровоизлияние – 18 случаев (28%); внутрижелудочковое кровоизлияние – 5 случаев (8%); смешанные формы – 10 случаев (15%).

Выводы:

1. К ИИ больше предрасположен мужской пол, к ТИА женский.

2. Инсульты характерны для детей младшего возраста, в свою очередь ТИА и ПНМК более характерны для школьного и юношеского возраста.

3. В структуре этиологических факторов при ИИ преобладают тромбофилии, кардиологическая патология, в структуре ГИ – сосудистые мальформации, продолжающий коагулопатии. В 47% при ИИ и в 25% при ГИ – причина не установлена.

4. Средняя мозговая артерия наиболее часто поражается во время процесса ишемии.

5. Генетические исследования необходимые для диагностики неуточненных причин цереброваскулярной патологии, по-прежнему труднодоступны найти для пациентов, в виду высокой стоимости. Включение генетических исследований в стандарт диагностики ОНМК у детей облегчит задачу диагностики, а также адекватного лечения, и возможно профилактики ОНМК у детей.

Список литературы.

1. Амос Е.Г., Потяшин А.Е., Гузева В.И., Березин В.И. Ишемические и геморрагические инсульты у недоношенных детей // Всероссийский съезд неврологов. - Казань, 2010. - С. 193-194.

2. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М.:МЕД-пресс-информ, 2010.-608с.

3. Евтушенко С.К. Инсульты у детей (научный обзор и клинические наблюдения) // Современная педиатрия. – 2012. - №3(31). С.175-181.

4. Ковтун, О.П. Фактор риска ишемических инсультов у детей и пациентов молодого возраста / О.П. Ковтун, О.А. Львова, В.В. Гусев // Российский педиатрический журнал. — 2011. — № 5. — С.39—45.

ИММУНОТЕРАПИЯ МЕТОДОМ ГЕМОПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Коханова Д.А, Борзенкова Е.А., Мамина Ю.Р.

Научный руководитель: асс. Дягтерева Д.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

В соответствии с современным определением атопический дерматит представляет собой хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений и характеризующееся экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями, повышением уровня аллергоспецифического IgE-АТ сыворотки и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.

В развитии атопического дерматита у детей ведущая роль принадлежит эндогенным факторам - наследственность, атопия, гиперреактивность кожи. Реализации генетической предрасположенности к формированию атопического дерматита способствуют воздействия различных факторов внешней среды. У больных атопическим дерматитом выявляются ассоциативная связь с иммуногенетическими параметрами и выраженные сдвиги показателей иммунологической реактивности, нейро-эндокринные нарушения, расстройство обмена веществ и дисфункция органов пищеварения.

Механизм действия гемопунктуры на течение атопического дерматита заключается в следующем: активация клеток крови происходит за счет модификации клеточной мембраны. В результате проведения гемопунктуры в 3 – 5 раз увеличивается скорость гемопоэза (созревания лимфоцитов из стволовых клеток костного мозга), повышается фагоцитарная активность макрофагов, моноцитов и нейтрофилов, нормализуется соотношение белков комплемента (белков системы врожденного иммунитета), что приводит к более эффективному уничтожению иммунных комплексов. Кроме того, нормализуется соотношение Т-клеток иммунной системы хелперы/супрессоры.

В последние годы в комплексном лечении целого ряда заболеваний у взрослых лиц и детей широко применяется метод гемопунктуры. При проведении гемопунктуры используется аутокровь в виде специального препарата, который готовят, активируя лимфоциты при помощи гипотонического раствора. Препарат вводят подкожно в рефлексогенные зоны.

На сегодняшний день доказано, что клетки собственной крови в состоянии гипоосмоса оказывают настоящий иммуномодулирующий эффект – стимулируют борьбу с инфекцией и подавляют гиперчувствительность иммунной системы. В связи с этим настоящую проблему необходимо считать актуальной.

Цель исследования: Изучить эффективность применения иммунотерапии методом гемопунктуры у детей с различными формами атопического дерматита.

Материалы и методы: нами были изучены 20 клинических случаев применения иммунотерапии методом гемопунктуры в лечении атопического дерматита. В ходе исследования оценивались следующие данные: тяжесть клинических проявлений, уровень аллергенспецифических IgE-АТ в крови до и после окончания курса процедур, количество введенной аутокрови во время каждого сеанса, сделанные ранее процедуры гемопунктуры.

Результаты и обсуждения: в ходе проведенного исследования мы получили следующие данные: каждому больному вне зависимости от яркости клиники было введено равное количество препарата аутокрови в соотношении с NaCl 0,9% 4:1. Показатели уровня аллергоспецифических IgE – АТ в крови до и после окончания процедур значительно превышала уровень допустимой нормы (при атопическом дерматите содержание его колеблется в пределах от 80 – 14000 кЕ/л). В ходе исследования мы также выяснили, что из 20 больных 14 делают процедуру гемопунктуры повторно, они отмечают более лёгкое течение аллергических реакций, снижение тяжести течения атопического дерматита. По окончании проведенных сеансов у всех больных уровень аллергоспецифических IgE – АТ распределился следующим образом: у 14 человек, делавших процедуру не в первые показатели нормализовались, у остальных 6 человек отмечалось незначительное их снижение. Тяжесть клинических проявлений у 6 больных, проходивших процедуру впервые значительно уменьшилась, у остальных 14 клинические проявления полностью исчезали.

Выводы:

1. Иммунотерапия методом гемопунктуры имеет накопительный эффект и способна со временем облегчить течение аллергических реакций, а так же улучшить восприимчивость к проводимой консервативной терапии в случае атопического дерматита;

2. Терапия методом гемопунктуры наиболее эффективна в средних по тяжести случаях течения атопического дерматита и может рекомендоваться как ведущий метод лечения у детей.

Список литературы.

1. Адо, А. Д. Общая аллергология / А. Д. Адо. – М., 1978. – 520 с.
2. Аллергические заболевания у детей / М. Я. Студеникина [и др.] ; под ред. М. Я. Студеникина, Т. С. Соколовой. – М., Медицина, 1971. – 432 с.
3. Балаболкин, И. И. Атопический дерматит у детей: моногр. / И.И. Балаболкин, В.Н. Гребенюк. - М.: Медицина, 2013. - 240 с.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНОГО КОМПЛАЕНСА ДИЕТЫ

Кочнева Л.Д.

Научный руководитель: к.м.н. Стоян М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целиакия (CD) – иммуноопосредованное, генетически детерминированное системное заболевание, возникающее при употреблении глютена и/или соответствующих проламинов, характеризующееся развитием атрофической энтеропатии, появлением в сыворотке крови специфических аутоантител и широким спектром глютензависимых клинических проявлений [1]. Нелеченная или поздно диагностированная CD снижает качество жизни (КЖ) пациентов [2].

КЖ – субъективная характеристика физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования больных, используемая в качестве оценки эффективности лечения пациентов с различными заболеваниями [3]. КЖ отражает течение заболевания и используется для мониторинга состояния здоровья пациентов с хроническими заболеваниями [4, 5]. До настоящего времени отсутствуют достаточные сведения об особенностях динамики КЖ на фоне безглютеновой диеты (БГД).

Цель исследования – комплексный анализ показателей КЖ у детей и подростков с CD в зависимости от длительности и комплаенса соблюдения БГД.

Материалы и методы.

Проанализированы показатели КЖ 125 пациентов с целиакией в возрасте 2-18 лет, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГДКБ им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя в 2012-2018 гг. Мальчиков было 57 (45,6%), девочек – 68 (54,4%). В динамике оценка КЖ проведена через 6 мес (48 чел.), 1 год (71 чел.), 2 года (52 чел.), 3 года (50 чел.), 4 года (42 чел.), 5 лет и более БГД (32 чел.). Группу некомплаентных пациентов составили 33 ребёнка. КЖ изучено с использованием общего опросника PedSQL 4.0, включающего физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование (РФ), суммарную оценку (СО). Статистическая обработка результатов проведена при помощи программ STATISTICA 10.0 и AtteStat. Для оценки межгрупповых различий при анализе количественных параметрических данных использовался t-критерий Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение.

В остром периоде целиакии СО КЖ, по мнению родителей и детей, составила $69,2 \pm 2,3\%$ и $71,9 \pm 3,3\%$ соответственно. Эти показатели на 10,9% ($p < 0,001$) и на 8,4% ($p < 0,01$) ниже, чем у здоровых детей.

По мнению родителей пациентов, БГД в течение 6 месяцев и 1 года на исследуемые компоненты КЖ значительного влияния не оказала. Улучшение показателей КЖ произошло к концу 2 года лечения. Так, показатель ФФ составил 86,1% ($p < 0,05$), ЭФ – 79,7% ($p < 0,001$), РФ – 78,7% ($p < 0,001$), СО – 83,2% ($p < 0,001$). При строгом соблюдении БГД на протяжении 3-х лет достоверно улучшились ЭФ – 75,4% ($p < 0,001$), РФ – 69,2% ($p < 0,05$) и СО – 78,4% ($p < 0,05$). Оценка показателей КЖ в группе пациентов, соблюдающих БГД 4 года, показала статистически значимое улучшение следующих показателей: ЭФ – 75,2% ($p < 0,001$), СФ – 91,1% ($p < 0,05$), РФ – 72,1% ($p < 0,01$), СО – 80,5% ($p < 0,01$). У детей, находящихся на БГД 5 и более лет отмечено значимое увеличение ЭФ – 74,1% ($p < 0,05$). При несоблюдении БГД СО КЖ пациентов уменьшилась до $56,4 \pm 3,2$ ($p < 0,01$) по сравнению с острым периодом заболевания.

КЖ по мнению детей, находящихся на БГД 6 месяцев и 1 год, существенно не изменилось. Через 2 года БГД КЖ улучшилось за счет ФФ – 83,9% ($p < 0,05$), ЭФ – 77,9% ($p < 0,01$), РФ – 78,1% ($p < 0,05$), СО – 82,2% ($p < 0,01$). Спустя 3 года соблюдения БГД отмечается повышение ФФ – 83,7% ($p < 0,05$), ЭФ – 78,1% ($p < 0,01$), СО – 80,6% ($p < 0,05$). Наибольшее повышение КЖ через 4 года БГД отмечено по шкалам: ФФ – 83,3% ($p < 0,05$), ЭФ – 80,6% ($p < 0,01$), РФ – 77,4% ($p < 0,05$), СО – 82,6% ($p < 0,01$). При соблюдении БГД 5 лет достоверно повышается показатель ЭФ – 76,5% ($p < 0,05$). При соблюдении диеты более 5 лет увеличивается ЭФ 82,3% ($p < 0,05$). При несоблюдении диеты СО КЖ пациентов снижается до $66,2 \pm 3,0$ ($p < 0,05$) по сравнению с острым периодом CD.

Закключение.

Проведенное исследование показало, что при строгом соблюдении БГД, все составляющие компоненты КЖ пациентов с целиакией значительно увеличиваются, КЖ стабилизируется. Показано, что при несоблюдении БГД КЖ пациентов резко снижается. Полученные результаты

подтверждают высокую эффективность БГД, и свидетельствуют о необходимости её пожизненного применения, так как адекватная терапия CD позволит минимизировать осложнения и неблагоприятные последствия заболевания, тем самым повысив КЖ пациентов.

Список литературы.

1. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2016; (1): 6–19.
2. Захарова И.Н., Боровик Т.Э., Коровина Н.А., Рославцева Е.А., Касаткина Е.Н., Дмитриева Ю.А., Курьянинова В.А., Дзедисова Ф.С. Целиакия у детей: современный взгляд на проблему: Учебное пособие для врачей. Российская медицинская академия последиplomного образования Министерства здравоохранения РФ.:Москва, 2013.-90с.
3. Meyer, S., Rosenblum, S. Activities, Participation and Quality of Life Concepts in Children and Adolescents with Celiac Disease: A Scoping Review. Nutrients 2017; (9): 929.
4. Byström I.M., Hollén E., Fälth-Magnusson K., Johansson A.K. Health-related quality of life in children and adolescents with celiac disease: From the perspectives of children and parents. Gastroenterol. Res. Pract. 2012;doi: 10.1155/2012/986475.
5. Biagetti C., Gesuita R., Gatti S., Catassi C. Quality of life in children with celiac disease: A paediatric cross-sectional study. Dig. Liver Dis. 2015;(47):927–932.

ХРОНИЧЕСКАЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ В РЕГИСТРЕ ПЕРВИЧНЫХ ИММУНОДЕФИЦИТОВ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Кубанова Л.Т.

**Научный руководитель: профессор, д.м.н. Барычева Л.Ю.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Хроническая гранулематозная болезнь (ХГБ) – первичный иммунодефицит, характеризующийся рецидивирующими бактериальными и грибковыми инфекциями. Распространенность ХГБ в среднем составляет 1:1000000. Благодаря новым методам диагностики и подходам к лечению, продолжительность жизни больных ХГБ за последние 20 лет увеличилась почти в 2 раза

Цель работы: создать клинико-генетическую картину ХГБ среди пациентов Ставропольского края, сравнить полученные данные с результатами более крупных исследований.

Материалы и методы: проанализированы выписки 6 пациентов из СКДКБ, ФНКЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, Университетской детской больницы Цюриха и др. Диагноз ставился на основании НСТ-теста, подтверждался молекулярно-генетическим анализом. Проведено сопоставление с результатами международных исследований.

Результаты и обсуждение: все пациенты мужского пола, 2 из 6 являются родными братьями, среди родителей пациентов близкородственных браков не зарегистрировано. 5 пациентов имеют X-сцепленный вариант ХГБ с мутацией в гене *CYBB*, среди них 1 сплайсинг мутация (с.1586 +2 T>G – ранее в литературе не описана), 1 делеция, 1 дупликация и 2 миссенс мутации. У одного пациента аутосомно-рецессивный вариант ХГБ с двойной мутацией (делеция и миссенс) в гене *CYBA*. Средний возраст манифестации – $5,42 \pm 3,53$ мес., средний возраст постановки диагноза – $38 \pm 23,6$ мес., среднее время от начала заболевания до постановки диагноза – $32,7 \pm 20,7$ мес. Наиболее распространенным инфекционным процессом стал гнойный лимфаденит (100%), реже развивались инфекции кожи (83%), в том числе стрептодермия, фурункулез и абсцессы кожи; инфекции легких (66,7%) – рецидивирующая пневмония, генерализованные БЦЖ-ты (50%), абсцесс печени (66,7%), инфекции ЛОР – органов (50%) в виде отита, стоматита и тонзиллита, инфекции ЖКТ (33%) – персистирующая диарея, инфекции мочевыводящих путей (33%) – пиелонефрит, цистит, уретрит. Среди возбудителей наиболее распространенными были бактерии рода *Staphylococcus* (*S.aureus* – 66,7%, *S.epidermidis* – 16,7%, *S.haemolyticus* – 16,7%), *Enterobacter* spp. – 50%, туберкулезная палочка – 50%, *Streptococcus* spp. – 33%, ESBL – 33%, *Pseudomonas aeruginosa* – 33%, *Enterococcus faecalis* – 16,7%, *E.coli* – 16,7%, *Candida* spp. – 16,7%, *Klebsiella* spp. – 16,7%, *Acinetobacter baumannii* – 16,7%. У всех больных отмечается анемия легкой и средней тяжести. Осложнений гранулематозного или аутоиммунного характера у пациентов не установлено. Все пациенты получают профилактическую противомикробную терапию с

ежедневным приемом препаратов, такая тактика ведения пациентов с ХГБ принята во всем мире. Двум больным проведена трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Закключение: у пациентов Ставропольского края ХГБ манифестирует раньше, чем у больных во Франции, Индии, Израиле и странах Латинской Америки, времени на постановку диагноза уходит больше, чем в Китае, Франции, Индии, странах Латинской Америки, но меньше, чем в Израиле.[1,2,3] Соотношение X-сцепленного ХГБ и АР-ХГБ в Ставропольском крае составляет 83%/17%, в Китае и Латинской Америке – 75%/25%, во Франции – 74%/26%, в США – 70%/30%, в Дании и Индии 41%/59%, в Израиле и Турции – 38%/62%.[2,3,4] В мировых исследованиях наиболее частым местом инфекционного процесса являются легкие (до 82 %), среди пациентов Ставропольского края легочные инфекции лишь на 3 месте по частоте, инфекции кожи в Латинской Америке, Индии и Китае возникают в 1,5-2 раза реже, частота лимфаденита и инфекций ЖКТ существенно не различаются.[2] Стоит отметить, что у пациентов Ставропольского края не было зарегистрировано ни одного эпизода сепсиса и остеомиелита, частота которых в мире достигает 35% и 23% соответственно по данным разных авторов. Микробиологическая картина во многом определяется территориальными особенностями, однако *Staphylococcus spp.* и *Candida spp.* повсеместно занимают лидирующие позиции. Такие осложнения ХГБ как гранулематозная обструкция ЖКТ, МВП и бронхов в литературе описаны крайне мало, аутоиммунные осложнения ХГБ изучены недостаточно и остаются предметом дискуссий. Профилактическая антибактериальная терапия позволяет существенно снизить число эпизодов инфекции, однако приходится бороться с последствиями антибиотикорезистентности, после ТГСК частота реакции трансплантат против хозяина составляет 25%-80%. Наиболее перспективным методом лечения ХГБ в настоящее время является редактирование генома технологией CRISPR/Cas9.

Список литературы.

1. Baruch Wolach. Chronic granulomatous disease: Clinical, functional, molecular, and genetic studies. The Israeli experience with 84 patients/ Baruch Wolach, Ronit Gavrieli, Martin de Boer, Karin van Leeuwen, Menachem Rottem, Galia Grisaru-Soen, , Nufar Marcus, Ben Zion Garty, Jakov Levy, Polina Stepansky, Amos Etzioni, Raz Somech, Dirk Roos// American Journal of Hematology. – 2017. – Vol.92, No.1 – P. 28-36.
2. Jing Wu. Clinical Features and Genetic Analysis of 48 Patients with Chronic Granulomatous Disease in a Single Center Study from Shanghai, China (2005–2015): New Studies and a Literature Review/ Jing Wu, Wei-Fan Wang, Yi-Dan Zhang, Tong-Xin Chen// Journal of Immunology Research. – 2017. – 17p.
3. Bertrand Dunogué. Chronic Granulomatous Disease in Patients Reaching Adulthood: A Nationwide Study in France/ Bertrand Dunogué, Benoit Pilmis, Nizar Mahlaoui, Caroline Elie, Karima Amazzough, Hélène Salvator, Emilie Catherinot, Harry Sokol, Fanny Lanternier, Fanny Fouyssac, Julie Bardet, Marie-Anne Gougerot-Pocidalo, Agathe Masseur, Isabelle Durieu, Marc Lecuit, Felipe Suarez, Stéphane Blanche, Olivier Hermine, Olivier Lortholary// Clinical Infectious Diseases. – 2017. – Vol.64, No.6. – P. 767-775.
4. Pietro Bortoletto. Chronic Granulomatous Disease. A Large, Single-center US Experience/ Pietro Bortoletto, Kyle Lyman, Andres Camacho, Marielle Fricchione, Aaruni Khanolkar, Ben Z. Katz// The Pediatric Infectious Disease Journal. – 2015. – Vol.34, No. 10. – P. 1110-1114.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Ленкова А.А.

Научный руководитель: к.м.н. Свирский А.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Республиканский научно-практический центр детской хирургии, г. Минск, Республика Беларусь

Некротизирующий энтероколит (НЭК) – одна из ведущих причин смертности и наиболее частая необходимость экстренного хирургического вмешательства в раннем неонатальном периоде. Этиология НЭК много-факторная и сложная. Принято считать, что НЭК — гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемическое поражение кишечной стенки,

микротравма слизистой оболочки кишечника, незрелость структур кишечной стенки, неконтролируемый рост условно-патогенной и патогенной микрофлоры. Патогенез НЭК остается на стадии изучения.

Цель: Установить взаимосвязь перинатальной гипоксии и развития НЭК. Установить акушерские факторы риска, приводящие к возникновению НЭК у новорожденного.

Материал и методы. Основой работы послужили архивные данные РНПЦ детской хирургии, РНПЦ «Мать и Дитя», УЗ «Городской клинический роддом № 2» за период 2007-2017гг. Были изучены 48 историй родов матерей детей с НЭК. Проведено сравнение данных у пациентов двух контрольных групп: №1 – здоровые дети, №2 – недоношенные дети без НЭК

Результаты и их обсуждение. За период 2007-2017гг. на базах РНПЦ детской хирургии, РНПЦ «Мать и Дитя», УЗ «Городской клинический роддом № 2» были изучены 48 историй родов матерей детей с хирургическими стадиями НЭК. Анализ данных показал, что средняя масса тела детей с НЭК составляет $1700,83 \pm 98,42$ г, максимальная масса тела – 4100г, минимальная – 600г. Средняя масса детей группы сравнения №1 без НЭК составила $3355,68 \pm 65,45$ г, максимальная масса тела – 4460г, минимальная – 2700г. Средняя масса недоношенных детей с НЭК составила $1355,64 \pm 74,98$ г, максимальная масса тела – 2830г, минимальная – 710г. Средняя масса недоношенных детей без НЭК составила $1663,68 \pm 89,30$, максимальная масса тела – 2460г, минимальная – 600г. Средний гестационный возраст всех детей с НЭК составляет $32,08 \pm 0,57$ недель, максимальный гестационный возраст – 42 недели, минимальный – 26. Средний гестационный возраст здоровых детей без НЭК составил $39,05 \pm 0,16$ недель, максимальный гестационный возраст – 41 неделя, минимальный – 37. Средний гестационный возраст недоношенных детей с НЭК составил $30,05 \pm 0,58$ недель, максимальный гестационный возраст – 36 недель, минимальный – 26. Средний гестационный возраст недоношенных детей без НЭК составил $33,1 \pm 0,48$ недель, максимальный гестационный возраст – 37, минимальный – 28.

Более 40% новорожденных с НЭК родились от многоплодной беременности против 32% из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК). Более 80% беременных женщин, у детей которых впоследствии был выявлен НЭК, имели признаки хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВГП), синдром задержки развития плода (СЗРП), нарушение маточно-плацентарного и плодного кровотока (МППК) по данным доплерометрии артерий пуповины плода и матки. Преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), много/маловодие, мутные около-плодные воды были выявлены у 45% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками респираторного дистресс синдрома (РДС) родились более 70% детей с НЭК, с внутриутробной инфекции (ВУИ) – 20%.

Из контрольной группы №1 (здоровые дети) у 19% беременных были выявлены признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК. Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 25% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками ВУИ родились 5% детей.

Признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК были диагностированы у 92% беременных женщин, у недоношенных детей которых был выявлен НЭК. Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 43% беременных, гинекологическая патология – у более 60%. С признаками РДС родились более 80% недоношенных детей с НЭК, с ВУИ – 13%.

Из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК) у 63% беременных были выявлены признаки ХФПН, ХВГП, СЗРП, нарушение МППК. Преждевременное излитие околоплодных вод, много/маловодие были выявлены у 45% беременных, гинекологическая патология – у 60%. С признаками РДС родились более 85% недоношенных детей с НЭК, с ВУИ – 5%.

Признаки внутриутробной гипоксии у недоношенных новорожденных с НЭК встречаются чаще, чем у недоношенных без НЭК ($ОШ=6,81(2,39;19,41)$, $p<0,01$).

Признаки ВУИ и ПИОВ, мало/многоводие, мутные околоплодные воды были выявлены у 42% беременных, имевших признаки гипоксии во время беременности и родах, детям которых впоследствии диагностировали НЭК. Гинекологические заболевания (уреаплазмоз, кольпит, эрозия шейки матки, истмико цервикальная недостаточность (ИЦН)) были выявлены у 65% беременных.

Из контрольной группы №1 (здоровые дети) 85% беременных женщин с признаками внутриутробной гипоксии имели гинекологические заболевания, 42% - вышеперечисленные признаки ВУИ.

Признаки ВУИ (ПИОВ, мало/многоводие, мутные околоплодные воды) были выявлены у более 40% беременных, имевших признаки гипоксии во время беременности и родах, недоношенным детям которых впоследствии диагностировали НЭК. Гинекологические заболевания (уреаплазмоз, кольпит, эрозия шейки матки, ИЦН) были выявлены у 60% беременных.

Из контрольной группы №2 (недоношенные дети без НЭК) 40% беременных с признаками внутриутробной гипоксии имели гинекологические заболевания, 30% - вышеперечисленные признаки ВУИ.

Состояние 77% новорожденных потребовало проведения искусственной вентиляции легких. При сравнении недоношенных с НЭК с контрольной группой №2 (недоношенные дети без НЭК) состояние 89% и 54% соответственно потребовало проведения искусственной вентиляции легких (Рис. 2). (ОШ=7,23 (2,92;17,86), $p<0,001$).

Выводы:

1 НЭК является преимущественно болезнью недоношенных новорожденных, 85% детей родились недоношенными.

2 Признаки внутриутробной гипоксии у недоношенных новорожденных с НЭК встречаются чаще, чем у недоношенных без НЭК (ОШ=6,81(2,39;19,41), $p<0,01$).

3 Состояние недоношенных детей с НЭК потребовало ИВЛ чаще, чем недоношенных новорожденных без НЭК (ОШ=7,23 (2,92;17,86), $p<0,001$).

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРОФИЛЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИ ПЫЛЬЦЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

Леонова К.Ю.

**Научный руководитель: профессор, д.м.н. Барычева Л.Ю.
Ставропольский государственный медицинский университет**

По данным Всемирной аллергологической организации на момент 2015 г. 15 миллионов европейцев страдают аллергическими заболеваниями, а к началу 2025 года их количество составит 50% от всего населения [4], поэтому молекулярная алергодиагностика становится все более распространенной в повседневной клинической практике врача-аллерголога [1, 3, 4].

Цель исследования: клиничко-лабораторная характеристика пациентов с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом с пыльцевой сенсублилизацией.

Материалы и методы: проведено одномоментное поперечное исследование методом ретроспективного анализа историй болезни 20 пациентов, находившихся на базе соматического отделения и аллергологического кабинета ГБУЗ СК «Городская детская клиническая больница им. Г.К. Филиппского» с 2017 по 2018 год. Специфическая алергодиагностика проводилась 2 методами – кожное тестирование методом prick test и определение общего IgE и специфический IgE методом иммуноферментного анализа (ИФА). Статистические методы исследования: программы Microsoft Excel и SPSS 22 с использованием параметрических и непараметрических методов (Шапиро-Уилка, Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, Краскала-Уоллиса). Различия считались достоверными статистически, начиная со значений $p < 0,05$.

Результаты: при оценке по гендерному признаку количество мальчиков составило 11 (60%) человек, девочек – 9 (40%) человек. Отмечалось статистически достоверное преобладание лиц мужского пола в подростковом возрасте, что соответствует данным мировой литературы о преобладании аллергических заболеваний у мужчин до зрелого возраста. Подобная закономерность прослеживается во многих работах и совпадает с данными, полученными ранее коллективом СтГМУ в профильных исследованиях педиатрических кафедр. Средний стаж заболевания составил 4,5 года. Критерии нормального распределения Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка для возраста обследуемых больных не выполнены ($p>0,5$), из чего делаем вывод, что возраст распределен не нормально. Это объясняется искусственным ограничением при

выборке историй болезни, что исказило распределение. Возраст колебался в диапазоне 12 лет. Ме-10 (Q1 – 9; Q3 – 12). Таким образом, несмотря на статистически не нормальное распределение, большинство больных на момент осмотра имели возраст 7 – 14 лет и относились к средней возрастной группе. Произведено сравнение распределения детей по возрасту с целью уточнения существования увеличения частоты встречаемости АР или БА с нарастанием возраста. Дети были распределены относительно медианы (10 лет) на 2 группы. Группа детей до 10 лет составила 8 человек – 40% соответственно. Группа детей старше 10 лет составила 12 человек – 60%. Различия значимы между группами детей ($p < 0,05$). Выводом может служить то, что большинство больных на момент осмотра относились к среднему школьному возрасту и им было более 10 лет, следовательно, имеется тенденция к увеличению частоты встречаемости диагноза АР и БА у детей среднего школьного возраста. Возраст выставления аллергического ринита по данным нашего исследования составил от 5 до 17 лет, со средним значением $10,35 \pm 3,49$ лет. В ходе работы было выявлено 5 детей с АР и БА (25%), 11 детей с АР (55%) и 4 ребенка с БА (20%). Наследственная отягощенность была установлена у 14 детей (70,0 %), в то время как у 6 человек (30%) ее не оказалось ($p < 0,05$). В ходе проделанной работы было выявлено наличие сенсibilизации к PhLp1-5 у 5 (25%) больных, к Phl p7-12 у 2 (10%); 40% (8) были сенсibilизированы к Amb a1. Таким образом, мажорные аллергены выявлялись у 13 пациентов, в то время как минорные при одновременном обследовании у 2 пациента. Имеются значимые различия ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Среди детей с БА и АР не наблюдается различий по гендерному признаку
2. Частота встречаемости БА и АР максимальна в возрастном диапазоне 7-14 лет
3. Средний возраст верификации аллергического ринита соответствует 10 годам.
4. Наблюдается значительное преобладание пациентов с генетической предрасположенностью к атопическим заболеваниям.
5. У большинства пациентов выявляется мажорная сенсibilизация к пыльце луговых (PhLp1-5) и сорных (Amb a1) трав.

Список литературы.

1. Karin Hoffmann-Sommergruber. Applications of Molecular Diagnostic Testing in Food Allergy/ Karin Hoffmann-Sommergruber, Sabine Pfeifer, Merima Bublin// Curr Allergy Asthma Rep. – 2015. – Vol. 15. – P. 56-63.
2. Isabel Pablos. Pollen Allergens for Molecular Diagnosis/ Isabel Pablos, Sabrina Wildner, Claudia Asam, Michael Wallner, Gabriele Gadermaier// Curr Allergy Asthma Rep. – 2016. – Vol. 15. – P. 31-43.
3. Fatima Ferreira. Molecular Approach to Allergy Diagnosis and Therapy/ Fatima Ferreira, Martin Wolf, Michael Wallner// Yonsei Medical Journal. – 2014. – Vol. 55, No. 8. – P. 839-852.
4. Markus Ollert. Anaphylaxis to Insect Venom Allergens: Role of Molecular Diagnostics/ Markus Ollert, Simon Blank// Curr Allergy Asthma Rep. – 2015. – Vol. 15. – P. 26-37.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА. БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ, БЕЗКАЗЕИНОВАЯ ДИЕТА КАК МЕТОД ТЕРАПИИ

Магомедова З.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Климов Л.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы детского аутизма со времен его описания L. Kanner (1943) объясняется отсутствием точных знаний о его этиологии и патогенезе, незавершенностью классификации, недостаточной разработанностью вопросов коррекции поведенческих расстройств, низкой эффективностью и часто небезопасностью медикаментозной терапии, а также высокой представленностью в детском возрасте, приводящего к инвалидизации детей. На сегодняшний день расстройство не имеет географических, экономических, культурных границ и включает нозологически разные заболевания. За последние 20 лет общественный и научный интерес к РАС переместился из «узкой» проблемы детской психиатрии в одну из центральных областей клинико-биологических исследований в мире. В настоящее время показано, что расстройства аутистического спектра и соматическая патология пищеварительного тракта у детей

представляют собой состояния, не просто часто сочетающиеся, но в ряде случаев связанные этиопатогенетически. Проблема актуальна в связи с назначением элиминационных диет – методе терапии при детском аутизме, пока мало исследованном и недостаточно научно обоснованном.

Цель: Изучение этиопатогенеза расстройства аутистического спектра, а также патофизиологических и практических аспектов, связанных с диетологическим лечением расстройства аутистического спектра.

Аутизм – это сложное дезинтегративное нарушение психического развития, характеризующееся выраженным всесторонним дефицитом социального взаимодействия и коммуникации, а также ограниченными интересами и повторяющимися паттернами поведения. Термином «расстройства аутистического спектра» (Autism Spectrum Disorders, ASD) обозначают неоднородную группу расстройств, для которых характерны нарушение коммуникации и социализации, диспропорциональное развитие психических функций. Статистика детского аутизма показывает, что у мальчиков РАС наблюдаются в 4,3 раза чаще, чем у девочек. С каждым годом увеличивается количество диагностированных случаев.

Аутизм не имеет четкого единого патогенетического механизма. Ряд исследований указывают на избыток коротких нервных связей при недостатке длинных, что в свою очередь приводит к нарушению общих связей между отделами головного мозга, а клинические симптомы возникают, как следствие изменений в различных структурах головного мозга. Переверзева Д.С. с соавт. (2008г) указывают на дефицит связей внутри полушарий головного мозга, аутизм возникает в результате расстройств ассоциативной коры.

Масштабное гастроэнтерологическое обследование, проведенное в 2001 году на 500-х детях с синдромом аутизма, показало, что половина из них имеет разжиженный стул или частую диарею. Кроме того, была отмечена пищевая непереносимость пшеницы и коровьего молока. Суммируя данные различных исследований можно также говорить о следующей патологии желудочно-кишечного тракта при аутизме. Эндоскопические, гистологические и иммуногистохимические исследования выявили наличие хронического воспаления в ЖКТ – неспецифический мультиорганный воспалительный процесс (эзофагит, гастродуоденит, илеит, колит). В 43% у пациентов с аутистическим синдромом отмечается повышенная проницаемость кишечника. В литературе высказываются предположения о значительном нарушении кишечного всасывания у детей, страдающих аутизмом, вследствие усиления кишечной проницаемости, с одной стороны, и ферментативной недостаточности — с другой. Имеются сообщения о сочетании ASD с поражением кишечника, типичным для целиакии. У многих детей с аутизмом выявляются клинические признаки (метеоризм, диарея, IgA к глиадину), характерные для больных целиакией. Авторы предполагают, что нерасщепленные продукты глютена и казеина проникают через кишечный барьер в кровоток вследствие нарушения межклеточных соединений и усиления кишечной проницаемости. Поражение при аутизме кишечной слизистой — слизистого барьера кишечника — многими авторами определяется как «повышенная кишечная проницаемость» (leaky gut hypothesis).

Использование диетотерапии при аутизме основывается на теории избытка кишечных опиоидов (экзорфинов). Согласно ей, экзорфины, т. е. экзогенные опиоиды, такие как бета-казоморфины (источник – казеин) и глиадорфины (источник – глютен), попадая в мозг, вызывают дисфункцию, которая приводит к аутистическим и поведенческим симптомам. Теория основывается на эмпирических фактах, что у детей с аутизмом чаще, чем в популяции, встречаются гастроинтестинальные симптомы (боль в животе, диарея, желудочно-кишечный рефлюкс). С влиянием экзогенных опиоидов гипотетически связаны такие поведенческие и коммуникативные расстройства, как стереотипии и ритуалы, ступор, чрезмерная двигательная активность, речевые нарушения. Безглютеновая и безказеиновая диета (Gluten-Free Casein-Free Diet, GFCF) требует полного исключения из рациона глютена (пшеница, рожь, ячмень, овес) и казеина (молоко и все молочные продукты). Предъявляются требования к длительности соблюдения диеты – не менее 3-6 мес.

Выводы: В настоящее время многие аспекты патогенетического значения непереносимости глютена в развитии расстройств аутистического спектра и наличие изменений в нутритивном статусе у пациентов с аутизмом при соблюдении безглютеновой диеты требуют дальнейшего изучения, уточнения и индивидуализации. Множество исследований, указывающих на наличие воспалительных изменений слизистой кишечника, нарушений кишечной проницаемости и всасываемости у детей с ASD, с одной стороны, и достоверное улучшение психического статуса

детей при соблюдении безглютеновой и безказеиновой диет — с другой, позволяют считать дальнейшие исследования в этом направлении обоснованным.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ С РЕКУРРЕНТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Набиева Д.Ж.

**Научный руководитель: профессор Хаитов К.Н.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

В педиатрической практике острые респираторные вирусные инфекции представляют собой значительную медико-социальную проблему. Это наиболее частая инфекционная патология детского возраста, на долю которой приходится до 90 % всех инфекционных заболеваний. На сегодняшний день в большинстве стран мира болезни органов дыхания в детском возрасте занимают первое место в структуре общей заболеваемости, распространенность их составляет более 60 % у детей и 50 % у подростков, а прирост — 5–7 % в год [9]. В Узбекистане на 2016 год распространенность болезней органов дыхания среди детского населения составила 67,11 % [17]. Нередко острые респираторные вирусные инфекции осложняются бронхитами.

Цель работы. Определить взаимосвязь сывороточного содержания нейропептидов и функциональных показателей вегетативной нервной системы у детей младшего школьного возраста с рекуррентными заболеваниями респираторного тракта

Материалы и методы. Обследовано 130 детей в возрасте от 6 до 9 лет. Изучались вариабельность сердечного ритма (ВСР), исходный вегетативный тонус (ИВТ), показатели активности регуляторных систем (ПАРС) у школьников с различной частотой ОРЗ, показатели уровней нейропептидов — ВИП, СП и биологически активного вещества — оксида азота (NO) в виде конечных стабильных метаболитов NO (КСМ NO). В процессе наблюдения дети были разделены на три группы. Группа 1 — дети с рекуррентными заболеваниями респираторного тракта и функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы ($n = 50$). Группа 2 — эпизодически болеющие дети с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы (ФНСС) ($n = 50$). Группа 3 — контрольная группа — условно здоровые дети ($n = 30$). Анализ ВСР и ПАРС осуществлялся на электрокардиографическом комплексе «Кардиолаб».

Результаты и обсуждение. В ходе проведения работы оценено состояние ВНС и ПАРС у детей групп наблюдения. Обращает на себя внимание то, что в 1-й группе наблюдения зйтония отмечается в 1,7 раза реже, чем у детей из 2-й группы (12,0 % против 20,0 %), и в 2 раза реже, чем у детей 3-й группы (12,0 % против 23,3 %). Аналогичная ситуация наблюдается при выявлении парасимпатикотонии: в 1-й группе в 1,5 раза реже по сравнению со 2-й группой (24,0 % против 38,0 %) и в 2 раза реже по сравнению с 3-й группой (24,0 % против 46,7 %) наблюдается преобладание парасимпатической нервной системы (НС) в ИВТ. В отношении преобладания симпатической НС в ИВТ получены противоположные данные: симпатикотония встречается чаще у детей с рекуррентными ОРЗ по сравнению с эпизодически болеющими детьми и контрольной группой наблюдения (36,0 % против 34,0 % и 36,0 % против 30,0 %). Ригидные ритмы регистрировались у школьников из 1-й группы в 3,5 раза чаще, чем во 2-й группе (28,0 % против 8,0 %), и в 3-й группе не регистрировались (табл. 1). Анализируя показатели ПАРС, установили: у детей 1-й группы в периоде соматического благополучия отмечаются по сравнению со 2-й и 3-й группами повышение ПАРС ($p < 0,01$), а также срыв процессов адаптации ($p < 0,01$) (табл. 2). При сопоставлении особенностей взаимосвязи ИВТ у детей групп наблюдения с нарушением ПАРС в периоде соматического благополучия установлено, что у детей 1-й группы чаще по сравнению с детьми из 2-й и 3-й групп встречается снижение активности парасимпатической НС (18,0 % против 30,0 % и 18,0 % против 26,0 %) ($p < 0,01$). И напротив, при напряжении ПАРС дети с преобладанием активности симпатической НС в 1-й группе выявлялись в 2,5 раза чаще, чем во 2-й (30,0 % против 12,0 %), и в 3 раза чаще, чем в 3-й группе (30,0 % против 10,0 %) ($p < 0,01$). На фоне напряжения ПАРС как результат нарушения функционирования ВНС регистрировались ригидные ритмы. Установлено, что у детей из 1-й группы они выявлялись в 3,5 раза чаще, чем у детей из 2-й группы (28,0 % против 8,0 %). В 3-й группе данные отличия не зарегистрированы ($p < 0,01$). При выявлении срыва процессов адаптации как проявления крайней степени напряжения

ПАРС количество детей с преобладанием активности со стороны парасимпатической НС в группах наблюдения достоверно не различалось ($p > 0,05$).

Выводы. 1. У детей с рекуррентными ОРЗ и ФНСС чаще, чем у эпизодически болеющих детей с ФНСС и детей контрольной группы, выявляются симпатикотония и ригидный ритм. 2. Среди детей с рекуррентными ОРЗ и ФНСС чаще, чем у детей из 2-й и 3-й групп наблюдения, выявляются нарушения ПАРС и срывы регуляторных систем ($p < 0,01$). 3. Нарушение ПАРС формируется при увеличении концентрации субстанции Р и КСМ NO и снижении концентрации ВИП с повышением активности симпатической НС, при этом выявляются ригидные ритмы. 4. У детей с рекуррентными ОРЗ и ФНСС отмечаются максимально высокие концентрации субстанции Р и КСМ NO и максимально низкие концентрации ВИП. 5. Превышение предельных концентраций СП, КСМ NO и ВИП у детей из групп наблюдения способствует более быстрому формированию отклонений в работе ВНС.

Список литературы.

1. Адилов В.Б., Елисеев В.А., Пузанов А.В. Кремнистые минеральные воды юга Западной Сибири и их лечебное использование // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2016. №2. С.41-43.
2. Апьбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинические и социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1917. 165 с.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А., Огнева М.Л. Часто болеющие дети. Н.Новгород: НГМА, 2017. 180 с.
4. Андрианова Е.Н., Снегирева Н.Ю., Рывкин А.И. Катионный дисбаланс и бронхиальная гиперреактивность у детей с респираторным дисбиозом // XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Санкт-Петербург, 14-17 ноября, 2016. №200. С.55.
5. Аничкина О.А., Волкова Л.И. Реактивность бронхов у больных хроническим кашлем неустановленной причины // XVI Национальный конгресс по болезням органов дыхания, Санкт-Петербург, 14-17 ноября, 2016. №201. С.55.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ МИОКАРДИТОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Писанко Т. Д., Роговая А. А., Соловьева И. С.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Галимова О.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема острого миокардита в настоящее время обусловлена широким распространением этого заболевания в детском возрасте. Причина тому - неуклонный рост вирусных инфекций и аллергизация детского населения.

Одной из главных причин острого миокардита на сегодняшний день являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), которые остаются самыми распространёнными и глобальными заболеваниями у детей и взрослых. Особенно трудно диагностировать острый миокардит на фоне ОРВИ, когда острое воспаление миокарда протекает бессимптомно или имеет маловыраженные клинические признаки, при этом симптомы острого инфекционного заболевания и симптомы миокардита во многом совпадают. В этой ситуации бывает трудно сказать, какие клинические проявления обусловлены основным заболеванием, а какие связаны с миокардитом. Всё это приводит к неадекватному лечению и, как следствие, развитию достаточно стойких остаточных явлений после перенесённого острого миокардита.

Таким образом, проблемы своевременной и точной диагностики, адекватного лечения острого миокардита и его остаточных явлений на сегодняшний день остаются актуальными.

Цель исследования: определение наиболее информативных методов исследования и их сочетания в постановке диагноза «острый миокардит» у детей младшего возраста с ОРВИ.

Материалы и методы: Настоящее исследование проводилось на базе инфекционного и кардиологического отделений ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя. Оценивались данные 97 анкет детей в возрасте 3 месяцев – 5 лет.

По результатам выкопировки данных дети были разделены на две группы. 1 группа – дети с клиническим диагнозом «Острая вирусная респираторная инфекция» и наличием данных

необходимого для исследования лабораторно-инструментального комплекса. 2 группа – дети с диагнозом «Острая респираторная вирусная инфекция. Острый миокардит» без явных признаков сердечной недостаточности.

В обследуемых группах дети были разделены на три возрастные группы (3 мес – 1 год), (2 года – 3 года), (4 года – 5 лет).

Результаты клинических исследований были обработаны статистическим методом с помощью программы «Microsoft Excel».

Результаты исследования:

По данным проведенного исследования, высокая лихорадка в дебюте заболевания, как патогномоничный синдром, не имела прогностического значения. Показатели варьировали в широких пределах как в 1 группе, так и во 2 группе обследованных.

Частота встречаемости интестинального синдрома (диарея) у детей раннего возраста была выше (69,2%), чем у более взрослых (33,3%) и коррелировала с наличием воспалительных изменений в мышце сердца (2 группа обследованных), что, возможно, связано с преобладанием энтеровирусов в этиологии развития заболевания. Беспокойство, цианоз и одышка достоверно чаще встречались в группе детей с острым миокардитом.

Кардиальные симптомы: расширение границ сердца по данным рентгенографии (41,7% - 53,8%), приглушенность сердечных тонов (46,2% - 66,7%), нарушение ритма по типу тахикардии (50% - 69,2%), экстрасистолия (15,4% - 33,3%), - достоверно чаще встречались в группе больных острым миокардитом. Ритм галопа выявлен только в группе детей с воспалительными изменениями в миокарде.

Биохимические показатели крови у детей с ОРВИ не отличались от нормативных.

У детей с острым миокардитом (2 группа) отмечалось повышение активности саркоплазматических энзимов и изоэнзимов в сыворотке крови (лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы, кардиальных изоэнзимов), а также аспартатаминотрансферазы, что подтверждает повреждение кардиомиоцитов. Особенно это показательно у детей младшего возраста (0 – 3 года).

По результатам электрокардиографического исследования у детей с острым миокардитом на фоне ОРВИ (2 группа обследованных) достоверно чаще встречались нарушения ритма и проводимости сердца: тахикардия (66,7%), брадикардия (25%), экстрасистолия (33,3%), а также блокады ветвей пучка Гиса (41,7%), удлинение интервала QT (25% в группе детей в возрасте 4 – 5 лет).

Заключение:

1. Острые миокардиты, связанные с ОРВИ, протекают с минимальной клинической симптоматикой и не имеют особых патогномоничных признаков.

2. Совокупность экстракардиальных, кардиальных симптомов, изменений биохимических показателей, наличия нарушений ритма и проводимости при электрокардиографическом исследовании у детей с ОРВИ подтверждает наличие острого миокардита.

3. Диагностика острого миокардита у детей младшего возраста должна иметь комплексный подход с учетом частоты встречаемости клинических и лабораторно-инструментальных данных.

Список литературы.

1. Бабаченко И.В., Левина А.С., Чупрова С.Н., Шарипова Е.В. «Поражения сердца при респираторных инфекциях у детей» - Журнал инфектологии – том 8, №4, 2016 - с.20-25.
2. Басаргина Е. Н. «Миокардиты у детей» - научный журнал «Кардиология» №3, 2008 – с.34-39.
3. Никитина И.Л., Вершинина Т.Л. «Миокардит у детей: проблемы и решения» - научный журнал «Медицинский совет» №1, 2017 - с.238-245
4. Canter CE, Simpson KP. «Diagnosis and Treatment of Myocarditis in Children in the Current Era.» - Circulation, 2014, 129(1): с.115-128.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ
ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОФЕНОТИПА БЛАСТНЫХ КЛЕТОК**

Сорокина В.А., Коноваленко А.А.

Научный руководитель: Стременкова И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Острые лейкозы – гетерогенная группа опухолевых заболеваний кроветворной ткани, характеризующаяся первичным клональным поражением костного мозга бластными клетками, которые замещают, подавляют рост и созревание нормальных элементов гемопоэза, а также, вследствие способности к миграции, инфильтрируют органы и ткани. Иммунофенотипирование бластных клеток позволяет уточнить прогноз и выбрать правильный подход к лечению больных с острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ).

Цель работы: изучение и выявление особенностей течения острых лейкозов у детей Ставропольского края в зависимости от иммунофенотипа бластных клеток.

Задачи работы: изучить иммунофенотип бластных клеток при остром лимфобластном лейкозе у детей Ставропольского края; исследовать частоту и особенности течения осложнений полихимиотерапии в зависимости от иммунофенотипа бластных клеток и этапа лечения; провести анализ причин и структуры смертности детей Ставропольского края с диагнозом острый лимфобластный лейкоз.

Материалы и методы: в ретроспективном порядке проанализировано 171 история болезни детей с ОЛЛ от 0 до 18 лет, проходивших лечение в ГБУЗ КДКБ г. Ставрополя в период с 2008 по 2017 гг. Для определения достоверности различий использовался t-критерий Стьюдента.

Результаты: иммунофенотипирование было проведено у 164 детей, при этом выявлено два иммунологических варианта: В-клеточный лейкоз (В-ОЛЛ) у 143 человек (87,2%); Т-клеточный (Т-ОЛЛ) – 21 больных (12,8%). В ходе изучения частоты встречаемости данных вариантов лейкоза у детей разных возрастных групп обнаружено, что В-лейкозы преобладают в группе детей от 1 года до 4 лет, а Т-лейкозы – в возрасте 5-9 лет. При этом по сравнению с В-лейкозами Т-клеточные лейкозы в 2 раза чаще наблюдаются у пациентов старше 14 лет. Общая летальность составила 42 человека – 25,6%, в группе больных Т-ОЛЛ – 52,4%, В-ОЛЛ – 21,7%. В зависимости от этапа терапии, закончившегося летально: индукция – 19,1% больных, консолидации – 47,6%, реиндукция – 11,9%, противорецидивная терапия – 21,4%. Ведущие причины смерти при В-ОЛЛ – в 35,5% инфекционные осложнения с развитием полиорганной недостаточности, в 19,3% – геморрагические осложнения с развитием полиорганной недостаточности, при Т-ОЛЛ – в 27,2% развивалась полиорганная недостаточность, по 18,2% приходилось на геморрагические и инфекционные осложнения, а также инфекционные осложнения с развитием полиорганной недостаточности.

Выводы: иммунофенотипирование клеток костного мозга характеризуется преобладанием В-ОЛЛ над Т-ОЛЛ – в соотношении 6,8:1. Т-ОЛЛ преобладает в структуре острой лейкемии у детей старшей возрастной группы. Среди осложнений полихимиотерапии доминируют инфекционные, токсические и геморрагические, на фоне аплазии кроветворения, что достоверно чаще встречается при Т-ОЛЛ. Наиболее угрожающими по развитию осложнений являются курсы консолидации и противорецидивной терапии. При Т-ОЛЛ смертность достоверно выше, чем при В-ОЛЛ ($p < 0,01$). Среди всех умерших детей с ОЛЛ, вне зависимости от иммунофенотипирования бластных клеток, преобладали мальчики. В период индукции основными причинами смерти были геморрагические осложнения (кровоизлияния в жизненноважные органы). В дальнейшем в структуре смертности преобладают инфекционно-токсические осложнения, приводящие к развитию инфекционно-токсического шока и сердечно-легочной недостаточности.

МЕТАФИЗАРНАЯ ХОНДРОДИСПЛАЗИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Черкасова Е.А., Нечаева Э.А.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Кулешова О. К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Изучение вопросов клиники, диагностики и лечения диспластических заболеваний костей является одним из актуальных разделов костной патологии и широко исследуется в последнее время. Хондродисплазия относится к эмбриопатиям – группе врожденных пороков, характеризующихся аномалией развития костей хрящевого происхождения (конечностей, черепа) [1]. Заболевание начинает формироваться уже с третьей – четвертой недели развития эмбриона. Иногда плод погибает еще внутриутробно [2, 3]. Рост экзостозов особенно усиливается в период полового созревания. Отмечена корреляция остановки роста экзостозов с прекращением формирования скелета [3,4]. Заболевание характеризуется множественной деформацией костей [4]. Цель исследования – изучить особенности клинической картины метафизарной экзостозной хондродисплазии. Задачи исследования: проанализировать жалобы, данные анамнеза заболевания и жизни, объективного осмотра, результаты дополнительных исследований при экзостозной хондродисплазии у ребенка.

Материалы и методы: сбор жалоб и анамнеза, оценка данных объективного осмотра, оценка результатов лабораторных исследований, выкопировка данных из истории болезни ребенка, анализ литературных данных.

Результаты и обсуждение. Больной N. 12 лет поступил в ДГКБ им. Г.К. Филиппского в октябре 2017 г. в плановом порядке с хронической патологией желудочно-кишечного тракта. При обследовании больного особый интерес вызвала патология опорно-двигательного аппарата, пациент предъявлял жалобы на низкие прибавки в росте и массе тела, деформацию конечностей, множественные экзостозы. Из анамнеза заболевания известно, что синдром множественных экзостозов на фоне метафизарной хондродисплазии наблюдается у ребенка с рождения. Первые признаки заболевания были выявлены в родильном доме. С рождения находился под наблюдением детского хирурга, ортопеда, генетика. Проведено генетическое обследование больного, подтверждена мутация гена, кодирующего экзостозин-1 и картированного в локусе 8q24.1-8q24.13. Отставание в росте наблюдалось уже на первом году жизни. В 1 год составил рост 70 см, в 5 лет- 98 см. Проведены две хирургические коррекции экзостозов - краевая резекция экзостозов правой лучевой кости в 2010 году, краевая резекция экзостозов правой большеберцовой кости - в 2015 году. Однако положительной динамики после проведения хирургического лечения не наблюдалось. Напротив, отмечалось прогрессирование дефектного роста костей с образованием новых экзостозов. В апреле 2018 года ребенок находился на реконструктивно-восстановительном оперативном лечении в ФГБОУ «Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера» МЗ РФ в Санкт-Петербурге (Г. Пушкин). Наследственный анамнез отягощен: у матери - метафизарная хондродисплазия, (подтверждена генетическим обследованием). При осмотре больного выявлена деформация костей предплечий, голеней, коленных суставов, сколиоз. Отмечается наличие крупных экзостозов в области коленных и лучезапястных суставов, стопы плоские с вальгусной деформацией. Движения скованы и болезненны в локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных суставах. На верхней конечности формируется деформация предплечья по типу Маделунга (приобретенная лучевая косорукость). Этот тип деформации характеризуется дугообразным искривлением лучевой кости из-за развития экзостоза в области дистального метафиза. Движения в лучезапястном суставе ограничены. В большеберцовых костях рост экзостозов наблюдается в области проксимальных метафизов. Формируется вальгусная деформация коленных суставов. Поражение дистального отдела малоберцовой кости приводит к нарушению соотношения костей, формирующих вилку голеностопного сустава с развитием вальгусной деформации. Больной осмотрен ортопедом стационара, диагноз «Синдром множественных экзостозов на фоне метафизарной хондродисплазии». Выявленные изменения костно-мышечной системы соответствуют характеристикам, представленным в литературных источниках, при данной патологии скелета [2,3,4].

Выводы:

- Экзостозная метафизарная хондродисплазия носит наследственный характер, что подтверждается отягощенным наследственным анамнезом -метафизарная хондродисплазия у матери.

- Первые признаки заболевания выявлены при рождении ребенка, поскольку было обращено пристальное внимание неонатологов на симптомы заболевания у новорожденного с учетом отягощенного наследственного анамнеза.

- Анализ анамнеза заболевания пациента N показал недостаточную эффективность хирургического лечения хондродисплазии в периоды быстрого роста ребенка, так как после радикального удаления экзостозов отмечалось прогрессивное увеличение их размеров.

- Методом выбора в лечении экзостозной метафизарной хондродисплазии является реконструктивно-восстановительное оперативное лечение в специализированных медицинских центрах.

Список литературы.

1. Абальмасова, Е. А. «Врожденные деформации опорно-двигательного аппарата и причины их происхождения» / Е.А. Абальмасова, Е.В. Лузина. - Ташкент : Медицина, 1976. - 178 с. : ил.

2. Козлова, С.И. и др. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование : справочник : учебное пособие для студентов медицинских вузов и последиplomного образования / С. И. Козлова, Н. С. Демикова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва : Товарищество научных изданий КМК : Авторская академия, 2007. - 447с. : ил.

3. Кузнечихин, Е.П. и др. Тактика лечения больных с костно-хрящевыми экзостозами дистального метафиза локтевой кости / Е.П.Кузнечихин, А.А.Махров, А.С.Кузин и др. // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии.- СПб, 2000.- С.68.

4. Поздеев, А.П. и др. Восстановительное лечение детей с хондродисплазиями / А.П.Поздеев, Е.Г.Сосненко, Л.Ю.Ходжаева и др. // Наследственные заболевания скелета: Материалы Всероссийской научно-практической конференции- М., 1998.- С.86-88.

БОЛЕЗНЬ КРОНА У ДЕТЕЙ

Терещенко Е.Г.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Гудков Р.А.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит) являются редкой патологией у детей, и имеют проблемный прогноз. Несмотря на характерную клиническую картину и информативные лабораторно-инструментальные методы, не редки случаи поздней диагностики.

Материалы и методы

История болезни и клиническое наблюдение пациента с болезнью Крона.

Результаты и обсуждения

Мальчик А., 16 лет госпитализирован в хирургическое отделение ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» г. Рязани с диагнозом парапроктит. Прооперирован и переведен в педиатрическое отделение. Из анамнеза: ранее неоднократно без эффекта лечился по поводу парапроктита (повторно оперировался в 2009 и 2011 годах), основной жалобой являлась изменение кожи вокруг анального отверстия (изъязвление, инфильтрация, свищ). Также периодически отмечался спастический болевой синдром в правой подвздошной области, хроническая диарея (временами до 10 раз в стуки), афтозный стоматит, снижение массы тела.

В клинической картине - тяжёлая белково-энергетическая недостаточность (ИМТ = 10,7), язвенно-инфильтративное поражение перианальной области, выраженный абдоминальный болевой синдром справа. В анализах крови – анемия (гемоглобин 68), гипопропротеинемия (альбумины 23, глобулины 20,6), СРБ 24.

По данным УЗИ, МРТ и РКТ - выраженные изменения в брюшной полости - абсцессы, спайки, неравномерное утолщение стенок кишки. При ЭГДС - выраженный эзофагит, поверхностный антральный гастрит, выраженный дуоденит. Колоноскопия не могла быть проведена из-за высокого риска перфорации кишечника.

В кале выявлен высокий уровень кальпротектина (1012 мкг/г).

Таким образом, был выставлен предварительный диагноз болезни Крона с распространённым поражением пищеварительного тракта (стоматит, эзофагит, энтерит, колит, перианальные поражения), осложненный такими симптомами как: абсцессы в брюшной полости,

спаечная болезнь, белково-энергетическая недостаточность 3 ст., анемия 3 ст., нарушение водно-электролитного баланса.

Ребенок требовал дополнительных исследований (колоноскопия, ректороманоскопия), но тем не менее в связи с его тяжелым состоянием проводилась неотложная терапия:

Коррекция нутритивного статуса и водно-электролитных нарушений: инфузия кристаллоидов и электролитов, полное парэнтеральное питание в течение 3 недель (смесь MODULEN® IBD) с постепенным переходом на энтеральное питание с использованием специальных продуктов (смесь Б. Браун, аминовен 10%) и добавлением ферментативных препаратов в еду (панкреатин, креон).

Глюкокортикостероиды: Пульс-терапию метилпреднизолоном (500 мг 3 раза) с последующим приёмом преднизолона внутрь (1 мг/кг).

Сульфасалазин (1,5г).

Лечение анемии - парэнтеральная ферротерапия (ликферр), ЭПО.

Местная терапия дерматита (топические стероиды).

На фоне проводимого лечения у ребенка наблюдалась положительная динамика (прибавил в весе 5 кг, стал активен, прошел болевой абдоминальный синдром, нормализовался стул - 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей, отделяемого из свищевых ходов нет) и был направлен для дальнейшего обследования и лечения в Москву, в гастроэнтерологическое отделение федерального клинического центра, где была проведена ректороманоскопия и колоноскопия с лестничной биопсией, в ходе которых было выявлено регионарное (прерывистое) поражение слизистой на всем протяжении кишечника - множество щелевидных язв, выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки, в просвете слизисто-гнойное содержимое. Параректально на внутреннем анальном сфинктере открываются единичные устья свищей. Таким образом эндоскопическая картина подтвердила диагноз болезни Крона — свищевая форма в стадии инфильтрации.

Пациенту была повторно проведена пульс-терапия метипредом (5 введений), продолжена терапия преднизолоном. Также больной получал омепразол, висмут коллоидный, панкреатические ферменты. Дополнительно назначены: месалазин (пентаса), салофальк клизмы, инфликсимаб (ремикейд). Рекомендовано строгое соблюдение диеты 4В стола.

Таким образом, в представленном клиническом случае имели место классические проявления болезни Крона – парапроктит, перианальный дерматит, болевой и диарейный синдромы, осложненные белково-энергетической недостаточностью и анемией. Особенностью случая является тотальное поражение всех отделов пищеварительного тракта, а также наличие тяжёлых осложнений. Болезнь Крона необходимо исключать во всех случаях сочетания абдоминального синдрома, диареи, потери веса и анемии, а также при наличии парапроктита (в хирургической практике) и торпидного перианального поражения.

Заключение.

Таким образом, мы видим, что болезнь Крона - тяжелая патология, часто развивающаяся в молодом и детском возрасте, и относится к тем заболеваниям, своевременное распознавание которых нередко вызывает значительные трудности. У многих пациентов с момента появления 1-х признаков заболевания до постановки диагноза проходит длительное время (от нескольких месяцев до многих лет). Но несмотря на это, при правильном лечении возможно добиться положительной динамики в состоянии пациента.

Список литературы:

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с нем. А. А. Шептулина. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
2. Барановский А.Ю., Шукина О.Б. Болезнь Крона (диагностика и лечение): Методические рекомендации. СПб.:Изд-во «Наука и техника», 2007.
3. Беренс Р., Бударус Ш., Келлер К. и др. Болезнь Крона и язвенный колит у детей и подростков. Практическое руководство. — Dr. Falk Pharma GmbH, 2005.
4. Яблокова Е.А., Горелов А.В., Ратникова М.А. и др. Воспалительные заболевания кишечника у детей // Педиатрия. — 2006.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тимошенко М.Э.

Научный руководитель: Долбня С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Среди всех аспектов развития ребенка с ДЦП, особое место занимает его физическое развитие. Любой «отстающий» критерий физического развития - задержка ребенка в росте, в прибавке массы тела, может косвенно сообщать о наличии проблем с нутритивным статусом человека.

Цель исследования – оценить нутритивный статус детей и подростков с церебральным параличом (CP) в зависимости от калорийности рациона.

Методы.

Исследовано 60 пациентов в возрасте от 1 до 17 лет, госпитализированных по поводу церебрального паралича. Физическое развитие оценивалось с помощью программ WHO Anthro и WHO AnthroPlus. Оценку проводили согласно стандартам WHO: Избыточный вес - BMI for-age $>+1SD$, Ожирение – BMI for-age $>+2SD$, Истощение – BMI for-age $<-2SD$, Задержка роста – Height-for-age $<-2SD$. Калорийность рациона оценивалась при помощи анкет-меню, которые заполняли родители детей.

Выводы.

Каждый пятый ребенок или подросток с ДЦП имеет задержку линейного роста, ассоциированную с трудностями при кормлении и невозможностью принимать пищу самостоятельно. В 11,9% случаев у пациентов с ДЦП регистрируется избыточный вес, ассоциированный с увеличенной калорийностью рациона.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ, НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ И ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕТСКИХ ЭПИЛЕПСИЙ

Третьяк Е.В.

Научный руководитель: Малев А.Л.

Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Эпилепсия – это хроническое психо-неврологическое полиэтиологическое заболевание, возникающее в любом возрасте, характеризующееся полиморфной клинической картиной. По данным Всемирной организации здравоохранения во всем мире около 50 миллионов человек страдают этим заболеванием [1]. Ежегодно эпилепсия диагностируется у 2,4 миллиона человек, то есть примерно от 30 до 50 случаев на 100 000 человек. У 70% пациентов эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте и по праву считается одним из основных заболеваний педиатрической психоневрологии. Таким образом, целью нашего исследования является сравнительный статистический анализ детских эпилепсий.

Материалы и методы: Нами был проведен анализ 60 историй болезни детей и подростков с различными формами эпилепсии находившихся на стационарном лечении в Крымской республиканской психиатрической больнице №1 в 2015-2017 годах. Данные были обработаны методом описательной статистики.

Результаты и обсуждения: Дети мужского пола составляли 66,7%, а женского 33,3%. Разделение больных детей по возрасту: от 6 до 9 лет – 20 %; от 10 до 14 лет – 40 %; от 15 до 17 лет – 40%. В итоге 80% составляют пациенты в возрасте от 10 до 17 лет. Все дети (100%) были госпитализированы более 5 раз за весь период своего заболевания. В среднем длительность госпитализации в стационаре составляла 12 койко-дней. Распределение больных детей по продолжительности своего заболевания: от 1 до 5 лет – 31,7 %; от 6 до 10 лет – 28,3 %; от 11 до 17 лет – 40%, причём из всех детей 20% болеют эпилепсией с рождения. Что касается диагноза, то 46,8% детей имели диагноз G40.2 Локализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками, у 20% был диагноз G40.3 Генерализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы, у 10% - G40.1 Локализованная симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с простыми парциальными припадками, 8,3% - P 80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией, 8,3% - G40.8

Другие уточнённые формы эпилепсии, 3,3% - G40.9 Эпилепсия неуточнённая, 3,3% - F 06.68 - Органическое эмоционально-лабильное расстройство смешанного генеза с диссоциативными судорогами. Самым частым (36,7%) сопутствующим заболеванием является F07.82 Другие органические расстройства личности и поведения в связи с эпилепсией. При этом у 8,3% детей не было ни одного сопутствующего заболевания. Эпилептиформная активность присутствовала у 100% больных детей. Генетическая предрасположенность отмечалась у 15% больных, учитывая их наследственность [3]. Анализируя осложнения во время беременности и родов, мы пришли к выводу, что у 36,7% матерей присутствовали такие осложнения во время беременности как: угроза прерывания, низкая плацентация, токсикоз и угроза выкидыша. Помимо этого у 43,3% наблюдались осложнения во время родов, которые проявлялись в виде двойного обвития пуповиной, аспирации околоплодными водами, асфиксии плода, раннего отхождения вод, родовой травмы, слабости родовой деятельности, хронической внутриутробной гипоксии, выпадении пуповины, аспирации меконием и гидроцефалии гипоксического- ишемического генеза. Что касается терапии, то по числу назначений лидируют антиконвульсанты первого поколения вальпроаты: 48,3% назначений пришлось на препараты этой группы. Этот препарат применялся как при монотерапии, так и в сочетании с топирамидами, этосуксепидом и карбамазепином. Препарат карбамазепин, который так же является антиконвульсантом первого поколения, по числу назначений занимает второе место – 16,8%. Чаще всего он используется при монотерапии, но так же встречались его сочетания с конвулексом и депакином хроно. Третьим препаратом по числу назначений является антиконвульсант второго поколения топирамат – 13,3%, его также назначают в сочетании с клонозепамом и вальпроатами. 8,3% назначений приходилось на антиконвульсант второго поколения ламотриджин. Чаще всего его применяли в виде монотерапии. Редко назначались бензодиазепины – в 6,7% случаев, а так же этосуксепид, и фенитоин, – по 3,3% назначений. В анализируемой медицинской документации преобладала политерапия. По эффективности терапии в 100% случаев положительный эффект при различных видах эпилепсий у детей наблюдался у вальпроовой кислоты и карбамазепина. Побочные эффекты при приёме антиконвульсантов носили дозозависимый эффект в отношении центральной нервной системы, что согласуется с данными других авторов [4].

Выводы: У всех детей продолжительность болезни составляла более одного года, что подтверждает хроническое течение эпилепсии. Практически у половины детей преобладает диагноз G40.2 Локализованная идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками, в большинстве случаев имеющий условно благоприятное течение без потерь сознания [2]. Все наблюдавшиеся осложнения во время беременности и родов могут быть причиной дальнейшего развития эпилепсии у новорождённых детей. Самыми часто назначаемыми антиконвульсантами были вальпроат и карбамазепин, которые так же оказались наиболее эффективными во время терапии.

Список литературы:

1. Агранович О.В. Системный подход к оказанию специализированной помощи детям, больных эпилепсией в ставропольском крае / О.В. Агранович, Г.М. Бережная, А.О. Агранович//Вестник новых медицинских технологий.— 2010.— № 3.— С. 156-158.
2. Кременчугская М.Р. Применение топирамата при лечении фокальной эпилепсии у детей / М.Р. Кременчугская, О.В. Глоба, Л.М. Кузенкова//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.— 2013.— № 12.—С. 33- 38.
3. Морозов Д.В. Вероятность наследования и особенности эпилепсии у детей от родителей с эпилепсией / Д.В. Морозов//Практическая медицина.—2014.—№ 2(78).— С.60- 63.
4. Онегин Е.В. Эффективность антиконвульсантов первой очереди выбора при монотерапии эпилепсии у детей по результатам клинического и электроэнцефалографического наблюдения / Е.В. Онегин, О.Е. Онегин//Журнал Гродневского государственного медицинского университета.—2005.—№ 3(11).—С. 174-176.

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Усмонова Б.У.

**Научный руководитель: к.м.н. Курьязова Ш.М.
Ташкентский педиатрический медицинский институт**

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) – системное заболевание соединительной ткани, при котором ведущими диагностическими критериями являются кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема и ревматические узелки. Типичный суставной синдром при ОРЛ развивается через 2-3 недели после носоглоточной стрептококковой (b-гемолитический стрептококк группы А – БГСА) инфекции, представляет собой мигрирующий полиартрит, с поражениям крупных суставов и интенсивным болевым синдромом, купирующимся нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Однако в последние годы отмечается увеличение частоты атипичного суставного синдрома среди пациентов с ОРЛ. Для атипичного течения характерны: длительность артрита >3 недель, моноартрит, поражение мелких суставов кистей и стоп, позвоночника и/или тазобедренных суставов; неэффективность НПВП.

Цель исследования. Определить характер атипичного течения ревматического артрита при ОРЛ у детей школьного возраста.

Материалы и методы: Нами было обследовано 30 детей в возрасте от 6 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении с диагнозом ОРЛ и повторная ревматическая лихорадка (ПРЛ), в кардиоревматологических отделениях клиник Ташкентского педиатрического медицинского института и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. Диагностику ОРЛ и ПРЛ проводили на основании критериев Киселя-Джонса. Применяли стандартные клинико-анамнестические, лабораторные (клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови с определением антистрептолизина О, С - реактивного белка, ревматоидного фактора), и инструментальные (электрокардиография и эхокардиография).

Результаты и обсуждения: В ходе исследования были обследованы 30 больных, из которых 13 мальчиков и 17 девочек (1:1,3). Основными клиническими проявлениями у пациентов с ОРЛ были ревматический артрит у 22 (73%), кардит у 18 (60%) и хорея у 11 (36%) пациентов. По количеству пораженных суставов полиартрит отмечался у 12 (54,5%), олигоартрит – у 8 (36,4%), моноартрит - у 2 (9,1%). Чаще поражались голеностопные у 18 (81,8%;) и коленные у 16 (72,7%) суставы. Типичное течение ревматического артрита с классическими признаками в виде кратковременного артрита крупных и средних суставов мигрирующего характера и быстрой положительной динамикой на фоне приема НПВП отмечалось у 7 (31,8%) пациентов. Кроме типичного течения суставного синдрома, отмечалась атипичная клиническая картина. Атипичным течением считают наличие хотя бы одного из следующих признаков: большая длительность артрита (более 3 недель), наличие моноартрита, поражение мелких суставов кистей и стоп, а также позвоночника и/или тазобедренных суставов; неэффективность НПВП. Частота атипичного суставного синдрома была достаточно высокой и наблюдалась у 15 из 22 детей с суставным синдромом (68,2%). Атипичный характер был связан с нехарактерной локализацией, вовлечением в процесс шейный отдел позвоночника у 8 (36,4%), мелких суставов кистей у 7 (31,8%), тазобедренных суставов у 4 (18,4%) и поясничный отдел позвоночника у 4 (18,4%) пациентов. Кроме этого, у 2 детей (9,1%) отмечался моноартрит. У 2 пациентов 2 (9,1%) продолжительность суставного синдрома была больше 14 дней и у этих пациентов отмечалась низкая эффективность НПВП.

Выводы: Таким образом, по результатам нашего обследования выявлено увеличение частоты «атипичности» суставного синдрома при ОРЛ. Наши данные согласуются с мнением о необходимости рассматривать любого пациента с суставным синдромом, в т.ч. с атипичным течением, и признаками БГСА – инфекции, как пациента ОРЛ. И это уменьшает риск неблагоприятные исходы ОРЛ, как формирование приобретенные пороки сердца при проведение вторичную профилактику ОРЛ.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

Харитонов Е.Ю.

**Научный руководитель: профессор, д.м.н. Барычева Л.Ю.
Ставропольский государственный медицинский университет**

За последние десятилетия аллергические болезни приобрели масштаб глобальной медико-социальной проблемы. По данным эпидемиологических исследований сенсibilизация к пыльцевым аллергенам встречается у 5-30% населения, заболеваемость поллинозом в России составляет 12-17%. Ставропольский край занимает одно из лидирующих мест в РФ, что связано с климатогеографическими условиями и произрастанием самого сильного растительного аллергена в мире – амброзии полыннолистной. В настоящее время единственным патогенетическим методом лечения атопических заболеваний является аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ). Эффективна АСИТ в 90% случаев.

Цель работы: оценить значимость рутинных тестов в диагностике аллергии и разработать новый подход в аллергодиагностике для определения наиболее значимых аллергенов.

Задачи работы: оценить лабораторные показатели у пациентов с поллинозом до и после АСИТ; провести оценку различных методов аллергодиагностики; выявить наиболее оптимальную схему диагностики пациентов с поллинозом.

Материалы и методы: в работе проанализированы результаты диагностических тестов 62 пациентов в возрасте от 5 до 18 лет, проходивших обследование в иммунологической лаборатории СККДЦ за последние два года. Больным проведено комплексное клиничко-лабораторное исследование: кожные прик-тесты, определение общего IgE, молекулярная иммунодиагностика. Для подсчета средних показателей использовали расчёт показателей вариационного ряда. Для оценки значимости различий - критерий Манна- Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: пациенты были разделены на три группы: с изолированной сенсibilизацией к амброзии, с сенсibilизацией к амброзии и полыни и со смешанной сенсibilизацией. При оценке анамнеза заболевания было установлено, что все пациенты имеют проявления поллиноза и аллергического ринита. Среди клинических симптомов были отмечены наиболее часто встречающиеся: ринорея, назальная обструкция, пароксизмы чихания, зуд слизистых оболочек, гипосмия и кашель. Все пациенты до начала исследования получали только симптоматическую терапию. При сравнении клинических данных до и после терапии самые эффективные показатели были в группе с сенсibilизацией к амброзии: частота встречаемости симптомов снизилась в 6-8 раз. Пациентам из всех трех групп были проведены кожные пробы. У 77% с сенсibilизацией к амброзии отмечался очень резко положительный результат кожных проб. В группе с сенсibilизацией к полыни и амброзии в 45% случаев отмечался очень резко положительный результат при проведении пробы с амброзией; в ответ на полынь у 43% пациентов выявлен очень резко положительный результат. В группе со смешанной сенсibilизацией положительные кожные пробы выявлялись на амброзию, полынь, подсолнечник и циклахену. При сравнительном анализе средних значений общего IgE самые низкие значения оказались в группе с сенсibilизацией к амброзии – 200 МЕ/л. При анализе средних значений IgE при компонент-разделенной молекулярной иммунодиагностике до и после терапии наиболее эффективное снижение выявлено в группе с изолированной сенсibilизацией к амброзии, что статистически достоверно. При анализе данных теста активации базофилов статистически достоверно отмечается снижение после аллерген-специфической иммунотерапии у пациентов с атопией к амброзии.

Выводы: Максимальный диаметр кожных проб чаще выявляется у пациентов с изолированной сенсibilизацией. Показатели общего IgE статистически не различаются в зависимости от характера сенсibilизации. Наиболее высокие концентрации общего IgE определяются у пациентов с мажорной сенсibilизацией к амброзии. У пациентов с сенсibilизацией к амброзии и сочетанной сенсibilизацией чаще регистрируется очень высокий уровень IgE к мажорному антигену. Наиболее эффективной АСИТ оказалась в группе с моносенсibilизацией к амброзии, что подтверждается статистически. Молекулярная диагностика и тест активации базофилов позволяет не только точно определить аллерген, но и оценить эффективность аллерген-специфической иммунотерапии.

Список литературы

1. Козулина И.В. Клиническая эффективность, безопасность и экономическая целесообразность сублингвального и подкожного методов аллерген-специфической иммунотерапии: диссертация кан. мед. наук, ФГБУ «Государственный научный центр институт иммунологии», 2017
2. Сновская М.А. Имунные маркеры эффективности аллерген -специфической иммунотерапии у детей с перекрестной аллергией: диссертация канд. мед. наук, ФГАУ «НЦЗД», Москва, 2015
3. Уманец Т.Р. Поллиноз и пищевая перекрестная реактивность // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2016. - №5. – с.10-14.
4. Akdis C.A., Akdis M. Mechanisms of allergen-specific immunotherapy and immune tolerance to allergens // World Allergy Organ J. - 2015. - V. 8. - P. 17. - doi: 10.1186/s40413-015-0063-2.eCollection 2015.
5. Jutel M., Agache I., Bonini S. et al. International consensus on allergy immunotherapy // J Allergy Clin Immunol. 2015; 136. P. 556–568.
6. Performance evaluation of ImmunoCAP ISAC 112: a multi-site study.van Hage M, Schmid-Grendelmeier P, Skevaki C, Plebani M, Canonica W, Kleine-Tebbe J, Nystrand M, Jafari-Mamaghani M, Jakob T - Clin. Chem. Lab. Med. - March 1, 2017; 55 (4); 571-577

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БЕЛКОВОГО СПЕКТРА ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРЫХ МЕНИНГИТАХ У ДЕТЕЙ

Хасанова Г.А., Ибрагимова Х.Н.

Научный руководитель: Таджиев Б.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Городская клиническая
инфекционная больница №1**

Актуальной задачей нейроинфектологии является определение на ранних стадиях этиологии заболевания и тяжести поражения мозга, прогноз течения и исхода для своевременной коррекции терапии и предотвращения формирования резидуальных неврологических последствий.

Несмотря на широкий спектр современных методических возможностей исследования биохимического состава цереброспинальной жидкости (ЦСЖ), в клинко-биохимических лабораториях чаще ограничиваются определением числа клеток (плеоцитоз) и общего белка ликвора, не всегда коррелирующих с выраженностью воспалительного процесса в ЦНС.

Цель исследования: С целью разработки новых лабораторных диагностических критериев исследован белковый спектр ЦСЖ у 119 детей с бактериальным и 17 с вирусным менингитом разной этиологии в динамике заболевания.

Материалы и методы: Контрольную группу составили 37 детей (14 детей с ОРВИ и 23 реконвалесцента менингококкового менингита) в возрасте от 1года до 14 лет без выраженных отклонений в неврологическом и общесоматическом статусе, с нормальными показателями общего белка и цитоза. Фракционировали 0,1-0,3 мл ликвора методом дискэлектрофореза в полиакриламидном геле с последующей количественной денситометрией. Оценивали качественный состав 6 белковых зон и количественное (относительное и абсолютное) содержание 8 фракций, идентифицированных по электрофоретической подвижности.

Результаты и обсуждения: При бактериальном менингите, в отличие от вирусного, выявлены значительные изменения качественного белкового состава в зоне медленных посттрансферринов и макроглобулиновой. В этих зонах фиксировали появление высокомолекулярных белков, отсутствующих в контроле и при вирусном менингите (полимеры гаптоглобинов типа 2-1 и 2-2, бета-липопротеид). Достоверно увеличивалось абсолютное содержание всех ликворных белков, тогда как относительное содержание преальбумина и фракции ""3"" в постальбуминовой зоне было снижено.

Дифференцированный анализ белкового спектра ликвора при бактериальных менингитах разной этиологии показал наиболее значительные диспротеинемические изменения при пневмококковом менингите: достоверное снижение относительного содержания преальбумина,

увеличение высокомолекулярных белков зоны медленных посттрансферринов и макроглобулиновой. Изменения содержания белков при менингококковом менингите были менее значительны. Исследования в динамике показали быструю (в течение 10-14 дней) нормализацию белкового спектра ликвора при менингококковом менингите и длительные (свыше 3-4 недель) отклонения при пневмококковом и гемофильном менингите, коррелирующие с более тяжелым клиническим течением и формированием резидуальных неврологических последствий.

Клинико-биохимические сопоставления доказывают, что белковый спектр ликвора, исследованный методом диск-электрофореза в полиакриламидном геле, объективно отражает степень воспалительного процесса при нейроинфекционных заболеваниях у детей и может быть использован в качестве дополнительного дифференциально-диагностического критерия в клинической практике.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОЙ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Хасанова Г.А., Ибрагимова Х.Н.

Научный руководитель: Таджиев Б.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Городская клиническая
инфекционная больница №1**

В последние годы ОРВИ нередко протекают с бронхообструктивным синдромом (БОС). Чаще всего он отмечается у детей раннего возраста и составляет до 40% от общего числа госпитализированных.

Цель исследования: С целью изучения клинико-иммунологических особенностей бронхообструктивного синдрома на фоне ОРВИ у детей раннего возраста нами обследовано 80 детей в возрасте от 3 мес. до 3 лет. Мальчиков было – 45 (56,2 %), девочек – 35 (43,8%).

Материалы и методы: I группу больных составили 34 ребенка, у которых БОС возник на фоне ОРВИ впервые в жизни. Во II-ю группу вошли 24 больных с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом. В качестве контроля обследовали группу здоровых детей (10 человек) и группу больных в приступном периоде тяжелой бронхиальной астмы (12 детей). Клинически у всех больных I и II группы выявлялась интоксикация, экспираторная одышка, непродуктивный кашель, сухие хрипы в легких.

Проведено иммунологическое исследование содержания общего IgE, интерлейкина-4 (ИЛ-4), гамма-интерферона (IF-*) в сыворотке крови и секреторных иммуноглобулинов ротоглотки SIgA1, SIgA2, IgE. При исследовании сыворотки крови больных I группы содержание IgE в сыворотке крови было повышено у 16 (47,0%) детей (ср. геом. 66 МЕ/мл). При исследовании слюны было выявлено выраженное увеличение по сравнению с нормой продукции SIgA1 и SIgA2 ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). Уровень секреторного IgE находился в пределах нормы. При исследовании сыворотки крови больных II- группы содержание IgE было повышено у 26 (75%) больных (ср. геом. 429 МЕ/мл). При исследовании слюны было выявлено выраженное увеличение продукции SIgA1 и SIgA2 ($p < 0,005$ и $p < 0,002$ соответственно), уровень IgE в секретах был также увеличен.

Результаты и обсуждения: Следовательно, значительная часть больных I-ой (47,05%) и II-ой (75%) группы имели высокие уровни общего IgE. Анализ проведенных исследований показал, что у детей с первичным и рецидивирующим БОС содержание ИЛ-4 было выше, чем у здоровых детей ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно). Содержание IF-у при этом снижалось, однако у больных I группы уровень IF-у был выше, чем у больных II группы ($p < 0,01$ и $p < 0,01$ соответственно). Это свидетельствует о преобладании у больных с первичным БОС инфекционно-воспалительного процесса. У больных обеих групп отмечена тесная коррелятивная связь между IgE и ИЛ-4 ($r = 0,6$; $p < 0,05$) и обратная коррелятивная зависимость между ИЛ-4 и IF-у ($r = -0,5$; $p < 0,05$). При индивидуальном анализе иммунологических показателей оказалось, что 14,7% больных в I группе и 37,5% - во II-ой имели высокий уровень ИЛ-4 и IgE, что позволяет отнести этих детей к больным с атопией. В результате проведенных нами исследований доказана концепция о превалирующем

влиянии CD4+ хелперов 2 типа над CD4+T- хелперами 1 типа у больных бронхиальной астмой. На это указывают не только высокие уровни общего IgE и ИЛ-4, но и резкое снижение IF-γ.

Заключение: Таким образом, группа детей с БОС гетерогенна, состоит как из больных с атопией, так и с инфекционно-воспалительными заболеваниями. После выздоровления детей с атопией необходимо дообследовать для исключения бронхиальной астмы.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОРСЕТА ШЕНО И ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Чумакова А.М.

**Научный руководитель: д.м.н., доцент Некоркина О.А.
Ярославский государственный медицинский университет**

Сколиоз - это одна из наиболее часто встречающихся деформаций опорно-двигательного аппарата, возникновение которого наблюдается во время периода усиленного роста ребёнка в начальной школе и в подростковый период, когда идет быстрое развитие скелета. Современные корректирующие корсеты (типа Шено) являются активными ортопедическими изделиями, которые обеспечивают трехмерную коррекцию существующей деформации, препятствуя дальнейшей прогрессии сколиоза. Целью работы является определить эффективность лечения промежуточных форм идиопатического сколиоза у детей и подростков при использовании корректирующих корсетов типа Шено в комплексе с ЛФК, так как использование корсета является единственным нехирургическим способом лечения сколиоза, для которого существуют научные доказательства эффективности.

Материал и методы. Было исследовано 10 пациентов с диагнозом сколиоз. Из них: у 6 человек – 2-ая степень, у 4-х - 3-я степень. Время наблюдения каждого ребенка составило 2-3 года. Лечение было проведено с помощью корсета Шено, а также стандартного комплекса лечебной гимнастики для больных со сколиозом с применением корректирующих симметричных и асимметричных физических упражнений и дыхательной гимнастики. Занятия лечебной гимнастикой проводились 5-6 раз в неделю по 40-60 минут. Из дополнительных методов лечения назначалось плавание в бассейне (2-3 раза в неделю) и лечебный массаж (30-40 сеансов в год), корсет носился каждый день по 18-20 часов.

Результаты и обсуждение. В результате, у пациентов наблюдалось уменьшение угла искривления позвоночника. Болевой синдром у больных уменьшился в самом начале ношения корсета и занятий лечебной гимнастикой. Также отмечается укрепление мышц брюшной стенки и спины, что способствует восстановлению правильного положения тела.

Выводы. В заключении можно сделать вывод, что комплексное применение корсетирования и лечебной гимнастики у детей со сколиозом оказывает стабилизирующее влияние на позвоночник и укрепляет мышцы туловища, что предотвращает прогрессирование деформации, снижая риск оперативного вмешательства, уменьшает угол искривления позвоночника, улучшает косметические показатели. обеспечивает улучшение осанки и функции внешнего дыхания. Эффективность корсетотерапии зависит от следующих факторов: личного участия пациента - времени ношения корсета в сутки, степени коррекции в корсете и постоянной (ежедневной) тренировки мускулатуры спины.

Список литературы:

1. Лечебная физкультура и ортезирование при врожденной патологии опорно-двигательной системы/ Учебно-методическое пособие. Под редакцией профессора С.Ф. Курдыбайло - Спб. Издательство «Знак», - 2013.- с.202
2. Сколиоз и нарушение осанки/ Учеб. - метод. Пособие для врачей и инструкторов лечебной физкультуры- 2-е изд.- Минск: НМЦентр, 2000.-240 с.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Шамансурова Э.А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Махкамова Г.Г.
Ташкентский Педиатрический медицинский институт**

В последние годы среди детей отмечается неуклонный рост числа аллергических заболеваний кожи. В структуре аллергических заболеваний доля атопического дерматита составляет 50-75%. По данным эпидемиологических исследований наибольшая частота атопического дерматита регистрируется у детей раннего возраста (32,4%), а наименьшая - у подростков (15,2%) [2]. В связи с этим, исследования направленные на изучение факторов, воздействующих на организм ребенка в раннем детском возрасте, в том числе характер питания, и их связь с последующим развитием у него аллергических заболеваний в настоящее время является актуальной. Большинство исследований в этой области говорят о взаимосвязи искусственного вскармливания и развитии у ребенка аллергии на белок коровьего молока [1].

Атопический дерматит — достаточно распространенное в детском возрасте хроническое мультифакториальное заболевание кожи с полигенным типом наследования. В его развитии ведущая роль отводится эндогенным факторам - наследственной предрасположенности, атопии, гиперреактивности кожи [4]. Актуальность проблемы атопического дерматита связана не только с его высокой распространенностью среди населения, но и ранним началом, длительным рецидивирующим течением, быстротой перехода острых форм в хронические, учащением за последние годы тяжелых вариантов заболевания, неподдающихся традиционному лечению [3].

Целью данной работы является изучение взаимосвязи вида вскармливания у детей раннего возраста на развитие атопического дерматита.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели было обследовано 30 детей (20 мальчиков и 10 девочек) в возрасте от 1,5 до 5 лет с клиническими проявлениями атопического дерматита в стадии обострения. Обследование детей включало сбор аллергологического анамнеза, возраст введения смесей и прикорма, продолжительность грудного вскармливания, сроки проведения прививок, наследственность.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что отягощенный наследственный аллергоанамнез у пациентов основной группы был выявлен в 100% наблюдений, при этом преобладали аллергические заболевания у родственников по материнской линии у 11 (36,7%) детей, по отцовской линии у 4 (13,3%) детей, у 15 (50%) детей аллергопатологией страдали оба родителя. Вредные привычки (курение) имели 9 (30%) отцов.

При изучении антенатального периода установлено патологическое течение беременности у 100% матерей обследованных пациентов. Структура патологии представлена в 53,3%(16) угрозой невынашивания беременности, в 66,6%(20) - токсикозом первой половины беременности. Анемия беременных диагностирована у 63,3% (19) матерей. Физиологическое течение родов отмечалось в 80,2% (24) наблюдений. Все наблюдаемые дети родились в срок.

Нами была изучена продолжительность грудного вскармливания у пациентов. По полученным данным, в основной группе 73,3% (22) обследованных детей до 3 месяцев находились на грудном вскармливании, 16,6% (5) до 6 месяцев, 10% (3) – до 2-х лет. Адаптированные молочные смеси с рождения получали 30%(9) детей.

Первый прикорм был введен в 4 - 6 месяцев в виде овощного пюре в 86,6% (26) случаев или каши в 16,6% (5) случаев. Питание в виде продуктов на основе цельного коровьего молока получали 26,6% (8) детей с 7 месяцев, у половины из них отмечалась аллергическая реакция.

Первые клинические признаки атопического дерматита у 73,3% (22) обследованных детей регистрировались в период до 6 месячного возраста. Провоцирующими экзогенными факторами развития атопического дерматита явились нарушения характера питания кормящей матери в 53,3% (16) случаев, введение молочных смесей в 30% (9) случаев и раннее введение прикорма в 16,6% (5) случаев. У обследованных детей преобладали изменения кожи в виде сухости, шелушения, гиперемии, единичных папулезных высыпаний с локализацией в области лица, коленных и локтевых сгибов, ягодичной области, сопровождающиеся зудом. Нарушения сна отмечались у 10 пациентов. Обострения заболевания у пациентов возникали до 2-3х раз в год. На момент обследования у всех детей отмечались зуд и высыпания, мокнутие, у 70% (21) детей

матери отмечали нарушение сна, у 20% (6) детей наблюдалось снижение аппетита, эмоционально-двигательное возбуждение наблюдалось у 25% детей.

Преобладающее число детей, страдающих среднетяжелой формой atopического дерматита не были вакцинированы согласно национальному календарю профилактических прививок. Обострения заболевания у пациентов возникали каждые 4-6 месяцев и чаще и были связаны с нарушением диеты.

В результате исследования были сделаны следующие выводы:

1. Наследственная предрасположенность (преимущественно по материнской линии) является достоверным эндогенным фактором в генезе atopического дерматита.
2. Первые признаки atopического дерматита у детей появляются вследствие раннего введения смесей.
3. Основной причиной обострения atopического дерматита у детей является раннее введение прикорма.
4. Детям с atopическим дерматитом не проводится адекватная вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Шангареева Т.Ф.

Научный руководитель: Мильчаков Д.Е.

Кировский государственный медицинский университет

Язвенная болезнь является достаточно распространенным заболеванием ($1,6 \pm 0,1$ на 1000 детей по данным Нижегородского НИИ детской гастроэнтерологии), характеризуется хроническим рецидивирующим течением и возможностью опасных для жизни осложнений. У школьников ЯБ встречается в 7 раз чаще, чем у дошкольников ($2,7$ на 1000 и $0,4$ на 1000, соответственно), у городских детей – в 2 раза чаще, чем у сельских. Соотношение мальчиков и девочек 3:1. [6]

Цель исследования: изучение заболеваемости ЯБЖ и ДПК среди детского населения, применялся аналитико-статистический метод с обработкой данных и последующей публикацией.

Материалы и методы исследования: статистические отчеты, полученные с сайта министерства здравоохранения РФ в период за 2014 – 2017 гг.

Результаты исследования Язвенная болезнь - полиэтиологическое заболевание, основную роль в возникновении которого играют наследственно-конституциональные нарушения, нервно-психические сдвиги, алиментарные нарушения, вредные привычки, прием некоторых лекарственных препаратов, которые ведут к нарушению равновесия между факторами агрессии и защиты, а также *Helicobacter pylori*, который является ведущим этиологическим фактором. Частота хеликобактер ассоциированной ЯБ варьируется в зависимости от страны (чем ниже экономический уровень страны, тем чаще встречается хеликобактериоз), от возраста больного (наиболее часто заражаются НР в возрасте 18-23 лет в развитых странах и в возрасте 5-10 лет в экономически неблагополучных странах).

У детей в отличие от взрослых инфицирование *H.pylori* намного реже сопровождается изъязвлением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. По данным крупного европейского многоцентрового исследования, у 1233 детей с симптоматической *H. pylori*-инфекцией, ЯБ была диагностирована менее чем у 5% детей до 12 лет и лишь у 10% подростков [4]. Исходя из полученных сведений можно сделать вывод, что язвенная болезнь у детей развивается преимущественно при имеющейся наследственной предрасположенности и нарушении питания, дети школьного возраста также подвержены стрессовому фактору. Наличие вредных привычек имеет место быть среди подростков, но постепенно вводимая пропаганда здорового образа жизни также может благоприятно влиять на снижение заболеваемости ЯБ.

Показатель заболеваемости по Российской Федерации за последние 5 лет среди детского населения характеризуется. Данные в возрастной категории от 0 до 14 лет свидетельствуют, что среди ФО Центральный, Северо-кавказский, Приволжский, Сибирский характеризуются стабильным снижением заболеваемости. В остальных ситуация имеет переменный успех. В

категории 15-17 лет во всех ФО графики устремлены вниз, что имеет благоприятный прогностический признак. Вероятнее всего это достигается путем эффективно проводимой профилактической работой, улучшением экономического состояния населения. Но, также нужно взять во внимание, что клиническая картина ЯБ зависит от локализации (желудок или ДПК), а также возраста ребенка.

Наше внимание привлекла цифра в Приволжском ФО, за весь рассматриваемый период в обеих возрастных группах она является самой высокой по России, причем почти вдвое, по сравнению с другими ФО. Данные отечественной литературы показывают, что в отдельных регионах страны и группах населения имеются различные факторы, влияющие на заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (И.Б. Ушаков, 2005). Для выявления причины, требуется проведение более детального исследования.

Известно, что легче предупредить заболевание, чем лечить. Оказалось, это еще и экономически выгоднее. Согласно исследованию А. С. Колосова и Д. Е. Мильчакова «Стоимость 1 курса лечения неосложненной язвенной болезни составляет 977 рублей. Общая стоимость диагностики и лечения язвенной болезни составляет 8447 рублей. При этом учитывались только те исследования и лекарственные препараты, которые в обязательном порядке должны применяться у каждого пациента с язвенной болезнью. С целью обоснования экономической целесообразности правильного питания в формате профилактики язвенной болезни были проанализированы данные по стоимости потребительской корзины (продукты питания) среди различных групп населения. Для трудоспособного населения стоимость продуктовой корзины составляет 4189 руб., для пенсионеров – 3601 руб., для детей – 4410 руб., что более чем в 2 раза меньше, чем стоимость лечебно-диагностических мероприятий при язвенной болезни.»

Выводы:

1. В целом заболеваемость имеет тенденцию к снижению, но увеличилось количество случаев с осложнениями.
2. Самый высокий уровень заболеваемости зафиксирован в Приволжском федеральном округе, объяснение причины которого требует более детального рассмотрения проблемы.
3. Экономически выгоднее предупредить развитие ЯБЖ и ДПК путем правильного питания, чем лечить ее проявления и осложнения.

Список литературы.

1. Дорофеев Г.И., Успенский В.М. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте. - М., 1984.
2. Leoci C., Ierardi E., Chiloire M.// J.Clin. Gastroenterol. - 1995. - Vol.44, №. 2. - 104-109.
3. Tovey F.I.//J. Gastroenterol. Hepatol. - 1992. - Vol. 7, №. 4. - P. 427-431.
4. Koletzko S., Richy F., Bontems P., Crone J., Kalach N., Monteiro L. et al. Prospective multicenter study on antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* strains obtained from children living in Europe // Gut. 2006; 55 (12): 1711–1716
5. Колосов А.С., Мильчаков Д.Е./ Экономическая целесообразность правильного питания в формате профилактики язвенной болезни на примере города Кирова// Международный научно-исследовательский журнал - № 5 (47) Май - с.150-152
6. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей// Министерство здравоохранения РФ - Клинические рекомендации. Союз педиатров России. 2016 г.

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРИЕМА ВОДНОГО РАСТВОРА ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ягупова А.В., Касьянова А.Н., Дятлова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время накапливается всё больше клинических и экспериментальных данных о влиянии дефицита витамина D на развитие огромного ряда инфекционных и неинфекционных (эндокринных, аутоиммунных, онкологических) заболеваний.

Пролонгированные т.н. «некальциемические» эффекты витамина D, определяющие его влияние на большинство органов и тканей организма, осуществляются лишь при концентрации

кальцидиола не менее 30 нг/мл, достичь которой можно исключительно путём увеличения дозы препаратов холекальциферола и ежедневного на протяжении всей жизни приёма витамина D.

Цель работы – анализ результатов пролонгированного приёма препаратов холекальциферола у детей раннего возраста, проживающих на Юге России.

Материалы и методы исследования. Обследовано 77 детей первых трёх лет жизни, из которых 20 (26%) – в возрасте от 1 до 6 месяцев, 13 (16,8%) – от 6 до 12 месяцев, 22 (28,6%) детей второго года, 22 (28,6%) – третьего года жизни. Лабораторное обследование включало определение кальцидиола (25(OH)D) до, после 30 дней и после 4-5 месяцев приёма препаратов холекальциферола.

Результаты и обсуждение. Медиана Me (25Q-75Q) исходного уровня кальцидиола в анализируемой нами группе составила 24,9 (18,7-30,7) нг/мл.

После месячного курса препаратов холекальциферола в лечебной дозе уровень витамина D по сравнению с исходными показателями повысился в 2 раза, и стал составлять 51,4 нг/мл ($p < 0,001$). При этом число детей с нормальной обеспеченностью увеличилось с 23 (29,9%) до 70 (90,9%) детей ($p < 0,001$).

Медиана продолжительности приёма препаратов холекальциферола на третьем этапе исследования составила 85 [53-98] дней. Уровень кальцидиола на этом этапе исследования составил 27,8 (24,4-35,1) нг/мл. Дефицит витамина D (10-20 нг/мл) зарегистрирован у 7 (9,1%) детей, недостаточность (20-30 нг/мл) – у 39 (50,6%), нормальная обеспеченность (более 30 нг/мл) – у 31 (40,3%) ребёнка.

Среди детей, не прерывавших профилактический курс витамина D, уровень кальцидиола выше 30 нг/мл был отмечен у 8 (72,7%) детей, медиана кальцидиола составила 43,3 [29,2-47] нг/мл. У детей с интервалом отсутствия приема в течение 1-4 недель до исследования – нормальную обеспеченность витамином D показали 7 (53,8%) детей, 4-8 недель – 9 (31,0%), 8 недель и более – лишь 7 (29,0%) детей. По мере увеличения длительности отсутствия приёма препаратов холекальциферола наблюдается закономерная тенденция к нарастанию доли детей с дефицитом витамина D (уровень 25(OH)D 10-20 нг/мл). Так, дефицит витамина D зарегистрирован у детей с интервалом отсутствия приема 4 – 8 недель в 3 (10,4%) случаях, 8 недель и более – у 4 (16,7%) детей.

Увеличение числа детей с гиповитаминозом D на фоне несоблюдения комплаенса и самостоятельной отмены препаратов холекальциферола с 9,1% до 59,7% ($p < 0,001$), свидетельствует, что только непрерывная схема использования препаратов холекальциферола является эффективной.

Вывод. Наше исследование не только продемонстрировало высокую эффективность курсовой схемы лекарственной коррекции гиповитаминоза D, но и доказало необходимость непрерывного профилактического приёма препаратов холекальциферола у детей раннего возраста.

Раздел 5. Стоматология

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВЕРТИКАЛЬНОЙ ДИЗОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ III СТЕПЕНИ

Али АлааЭддин, Мохамад Ихаб Сабер

Научный руководитель: д.м.н. Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Вертикальная дизокклюзия (открытый прикус) - патология в вертикальной плоскости, встречающаяся у детей в 3,2% случаев, при которой отсутствует полное смыкание верхних и нижних зубов области резцов, клыков, иногда премоляров и совсем редко - моляров. При различных вариантах открытый прикус может относиться по классификации Энгля к I, II или III классам деформации зубочелюстной системы.

Причиной развития открытого прикуса является передача по наследству недоразвития альвеолярного отростка во фронтальном участке.

Приобретенные формы открытого прикуса обусловлены атипичным положением зачатков зубов, нарушение у ребенка функций дыхания и глотания [1,2]. Существенное значение имеют такие вредные привычки ребенка, как сосание пальца, карандаша, языка, длительное пользование соской-пустышкой.

Клинические признаки вертикальной дизокклюзии зубных рядов при внешнем осмотре заключаются в увеличении высоты нижней трети лица. Верхняя губа чаще всего укорочена, нижняя опущена и несколько вывернута. В состоянии физиологического покоя ротовая щель зияет. Носогубные и губо-подбородочная складки сглажены.

Со стороны полости рта у больного отмечается аномалия формы и расположения передних зубов, зубоальвеолярное недоразвитие во фронтальном участке верхней, нижней или обеих челюстей. У пациента может определяться зубоальвеолярное удлинение в области боковых сегментов верхней челюсти, увеличение языка, сужение верхнего зубного ряда. Отсутствие смыкания между верхними и нижними фронтальными зубами приводит к образованию вертикальной щели между их режущими краями.

В зависимости от величины вертикальной щели между верхними и нижними резцами выделяются три степени вертикальной дизокклюзии зубных рядов: I степень - вертикальная щель между верхними и нижними резцами не превышает 5 мм, II степень - расстояние между резцами колеблется от 5 мм до 9 мм, III степень - расстояние между верхними и нижними резцами превышает 9 мм [4,5].

С учетом тяжести функциональных нарушений выделяются три клинические формы вертикальной дизокклюзии зубных рядов.

Легкая форма сопровождается нарушением артикуляции в пределах фронтальных зубов.

Средняя форма-деформация характеризуется отсутствием смыкания между фронтальными зубами и премолярами.

Тяжелая форма заключается в отсутствии артикуляции между фронтальными зубами, премолярами и первыми постоянными молярами.

Если вертикальная дизокклюзия зубных рядов сочетается с дистальной или мезиальной окклюзией, то к описанной клинической картине присоединяются признаки деформации зубочелюстной системы в сагиттальной плоскости.

Современные принципы лечения больного в детском возрасте с вертикальной дизокклюзией зубных рядов сводятся к устранению причины развития деформации, проведению миогимнастики, аппаратурному ортодонтическому лечению.

Ортодонтическое лечение детей и подростков с вертикальной дизокклюзией зубных рядов III степени включало: устранение причины развития деформации, миогимнастику, аппаратурное ортодонтическое лечение.

Проводилось устранение аномалии расположения зубов, зубоальвеолярного укорочения во фронтальном участке верхнего и нижнего зубных рядов, зубоальвеолярного удлинения в области боковых сегментов верхнего зубного ряда, а также восстановление артикуляции между зубными рядами.

Устранению вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени в случае ее сочетания с дистальным или мезиальным соотношением зубных рядов предшествовали лечебные мероприятия по нормализации формы и соотношения зубных рядов в сагиттальной плоскости.

В комплексный план лечения входило использование расширяющих пластинок на верхней челюсти винтом и вестибулярной дугой, иногда в сочетании с защитной заслонкой, препятствующей расположению языка между фронтальными зубами. С целью устранения зубоальвеолярного удлинения применялась съемная пластинка с пластмассовыми накладками на боковые зубы. Ортодонтическое аппаратное лечение сочеталось с пращевидной повязкой, головной шапочкой и вертикальной резиновой тягой.

Для устранения у пациентов вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени рядов мы использовали несъемные аппараты механического действия (эджуайс-техника) с пружинящей проволочной дугой, межчелюстной резиновой тягой (реверсионные никель-титановые дуги).

С целью повышения эффективности ортодонтического аппаратного лечения мы применяли вспомогательные хирургические вмешательства (удаление отдельных зубов, проведение пластического удлинения укороченной уздечки губы или языка, компактостеотомия с вестибулярной или с оральной стороны зубного ряда). Средний срок лечения составил 4-7 мес.

Выводы. Комплексное лечение 17 детей г. Ставрополя в возрасте от 4 до 15 лет с вертикальной дизокклюзией зубных рядов III степени проводилось по предлагаемой схеме, включающей ортодонтические и хирургические этапы, что позволило добиться положительного лечебного результата у всех пациентов в течение 4-7 месяцев.

Список литературы.

1. Водолацкий В.М. Лечение детей с сочетанной деформацией челюстных костей / В.М. Водолацкий // Рос. стомат. журнал. - 2007. - №5. - С. 31.
2. Водолацкий В.М. Клиника и комплексное лечение сочетанной аномалии окклюзии зубных рядов у детей и подростков / В.М. Водолацкий, М.П. Водолацкий. - Ставрополь, 2010. - 158 с.
3. Персин Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация. - М., 2008. - С. 32.
4. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / У.Р. Проффит. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 560 с.
5. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия / Ф.Я. Хорошилкина. - М., 2009. - 544 с.

ПАТОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Арутюнова А.П., Машенко А.Н., Магомедова О.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Под термином «врождённый порок развития» следует понимать стойкие изменения органа или тканей организма, выходящие за пределы небольших отклонений от нормы их строения, которые сопровождаются функциональными нарушениями. По данным ВОЗ, встречаемость различных пороков у детей составляет 0,6-1,6 случаев на 1000 новорожденных и по частоте встречаемости занимают 2-3 место среди врождённых пороков развития челюстно – лицевой области (ЧЛО). Установлено, что в последнее время во всём мире прогрессивно возрастает количество детей с врождёнными пороками развития, в том числе лица и челюстей. Врождённые пороки развития лица, челюстей и зубов – это достаточно тяжёлые заболевания, представляющие одну из сложных проблем челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

Цель исследования: изучить данные отечественной и зарубежной литературы о частоте встречаемости различных патологий челюстно-лицевой области, а также о факторах, влияющих на развитие пороков.

Материалы и методы: 1. Изучить литературные данные о частоте встречаемости пороков ЧЛО. 2. Факторы воздействия в эмбриональный период. 3. Сроки антеннальной диагностики и длительности наблюдения ребёнка с челюстно-лицевой патологией. Изучены данные клиники ультразвуковой диагностики ООО «КДП» г. Изобильного Ставропольского края. Проведена их статистическая обработка

Результаты исследования показали, что среди пороков ЧЛО лидирующие позиции занимают расщелины лица, частота которых составила 8,55:10 000 новорожденных. Основные

формы расщелин лица: расщелина губы без расщепления нёба; односторонняя расщелина губы и нёба; двухсторонняя расщелина губы и нёба; срединная расщелина губы и нёба; расщелина нёба без расщелины губы; расщелина, обусловленная синдромом амниотических тяжей, а так же аномалии связанные с хромосомными изменения: трисомия 13, 18 хромосом. Ариния и пробосцис, частота которых составила менее 10:100 000 новорожденных. Основными формами которых являются этмоцефалия и цебоцефалия. ЧЛА как микрогения составила 7:10 000 новорожденных, 71 % из этого составили случаи сочетания с синдромом Эдвардса или Патау. Редко встречается гипоплазия костей носа - менее 1% в 11-14 недели беременности и 2-3% - во II триместре беременности. Однако 62% случаев гипоплазия костей носа сочетаются с синдромом Эдвардса или Дауна.

Причиной основных (или) наиболее часто встречаемых аномалий ЧЛО является эндогенный фактор, как один из основных причин развития пороков ЧЛО. К таким факторам, например, относятся вирусная инфекция, тератогены (стероиды, антиконвульсанты), заболевания матери в первый триместр беременности, анемия беременных. В этиологическом аспекте патологии развития челюстно-лицевой области являются мультифакторной патологией. Касаясь ранней диагностики пороков ЧЛО важно применить антенатальную ультразвуковую диагностику на разных сроках развития беременности, но особенно 11-14 недель беременности и преимущественно на аппаратах с высокой разрешающей способностью и квалифицированными специалистами.

Заключение. Таким образом проведенное исследование показывает, что патологии развития челюстно-лицевой области являются часто встречаемыми и при этом наблюдается их связь с хромосомными аномалиями. С целью профилактики и ранней диагностики ЧЛА необходимо провести ультразвуковое обследование на разных сроках беременности, для того чтобы сформировать дальнейшую тактику ведения новорожденного в послеродовом периоде, с последующим реконструктивным поэтапным лечением.

Ключевые слова: расщелины лица, ариния и пробосцис, микрогения, гипоплазия костей носа, ультразвуковая диагностика.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ДЦП **Аскевова М.А., Шанавазова М.Д., Юхаранов Р.Г.** **Дагестанский государственный медицинский университет**

Детский церебральный паралич (ДЦП)- одно из самых распространенных заболеваний в мире, которое приводит к инвалидности в детском возрасте вследствие нарушений двигательного развития [3, с. 123]. Челюстно-лицевая область не остается изолированной от вторичных изменений в морфологическом строении костей, и поражение органов и тканей полости рта становится неотъемлемой частью синдромов детского церебрального паралича [3, с. 125]. В результате поражения опорно-двигательного аппарата, речевой и психической сферы дети не могут самостоятельно осуществить рациональный уход за полостью рта и нуждаются в постоянном уходе [2, с. 19].

Цель исследования: оценка основных показателей состояния полости рта: изучение распространенности, интенсивности кариеса зубов, гигиенического состояния полости рта, заболевания пародонта.

Материалы и методы: Обследованы 25 детей в возрасте от 1 до 4 лет (11 мальчиков, 14 девочек), проходивших реабилитацию на базе «Республиканского детского реабилитационного центра», которые страдали такими формами ДЦП как: гемипаретическая, гиперкинетическая, двойная гемиплегия, спастическая диплегия и 20 практически здоровых детей, обучающихся в ДНОУ ОЦ «Развитие».

Все дети были распределены для сравнения на 2 группы:

1-я группа - 25 детей, страдающие различными формами ДЦП;

2-я группа- контрольная, включала 20 здоровых детей .

При оценке стоматологического статуса учитывались такие показатели состояния полости рта, как:

КП- число кариозных и пломбированных зубов временного прикуса.

УИК (уровень интенсивности кариеса) у детей с временным прикусом; Индекс гингивита-GI; оценка гигиенического состояния полости рта проводилась при помощи индекса ОНI-S; состояние маргинального периодонта- оценивалась с помощью индекса КПИ- комплексного периодонтального индекса [1, с. 60].

Результаты и их обсуждение: Распространенность кариеса у детей 1 группы (с ДЦП) – составила 84%, что является высоким уровнем распространенности, а у 2-контрольной группы (здоровые дети) - 80%, что соответствует среднему оценочному критерию.

Среднее значение индекса КП(з) у 4-летних детей в 1 группе составило 3,4, что соответствует высокому уровню интенсивности кариеса для временного прикуса. Во 2- группе КП(з) равен 2,5, что является средним уровнем интенсивности кариеса.

Анализ УИК показал: в 1-гр. у 20 детей УИК составил 0,8 (средняя активность кариеса); у 5 детей- 0,3 (низкая активность кариеса). Во 2-гр. УИК у 14 детей составил 0,3 (низкая активность кариеса), у 6 (средняя активность кариеса), что следовательно ниже, чем у детей 1-группы.

Оценка гигиенического состояния полости рта в 1-гр.(с ДЦП)- составила 1,8 , что означает неудовлетворительное состояние полости рта, а у детей 2-гр.(здоровые дети) ОНI-S-0,7 оценивается как удовлетворительная гигиена полости рта.

Индекс КПИ в 1-группе составил -2.2 (средне-тяжелая степень заболевания маргинального периодонта); во 2 –группе КПИ был равен 1,0 – оценивается как риск развития заболевания, что ниже по сравнению с показателями 1-й группы.

Индекс GI: у детей 1-й группы составил 1,5 (гингивит средней тяжести), во 2 группе GI -был значительно ниже и был равен 0.4 (легкий гингивит).

Выводы: Таким образом, полученные нами данные коррелируют с общемировыми данными и позволяют установить о преобладании пораженных кариесом зубов у детей с ДЦП по сравнению с здоровыми детьми. Также у больных с ДЦП значительно хуже гигиеническое состояние полости рта, состояние маргинального периодонта и состояние периодонта по клиническим признакам воспаления десны. Такая ситуация складывается из-за неудовлетворительного уровня оказания стоматологической помощи, она оказывается не своевременно и не в должном объеме.

Список литературы.

1. Леус П.А. Клиническая индексная оценка стоматологического статуса: учеб.-метод. пособие / П.А. Леус. – Минск: БГМУ, 2009. – С. 60.
2. Ломова Н.И., Гвоздева Л.М., Данилова М.А. Опыт оказания стоматологической помощи детям-инвалидам / Н.И. Ломова, Л.М. Гвоздева, М.А. Данилова //Российский стоматологический журнал. 2003. № 1. С. 36-37
3. Аухадеев Э. И. Стратегия коррекции развития детей при различных формах детского церебрального паралича / Э. И. Аухадеев, Ш. С. Усманов // Проблемы реабилитации в детской неврологии. М., 2000. -С. 10-11.
4. Олейник Е.А. Диагностика заболеваний зубов у детей с органическим поражением центральной нервной системы / Е.А.Олейник, А.Ф. Неретина, А.А.Кунин // Науч.-мед. вестник Центрального Черноземья. – 2001. – №4. – С. 123–127.

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА И ДЕПРЕССИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Вазиров М.М., Керимов А.С., Манышева К.Б.

Дагестанский государственный медицинский университет

Исследования, посвященные влиянию психосоциальных факторов на состояние ротовой полости у беременных являются перспективным направлением междисциплинарной медицины [1, 2]. Цель исследования – изучение связи патологии полости рта и депрессивных состояний у беременных женщин путем клинического обследования.

Материал и методы. Исследование проводилось по уникальному алгоритму с применением индивидуальной карты для каждого пациента. Депрессивный статус устанавливали с использованием шкалы депрессии Бека. Беременность подтверждали при осмотре гинеколога и проведении ультразвукового исследования. Состояние полости рта оценивалось стоматологом. В исследование вошли 102 женщины – 50 жительниц города (возраст от 15 до 39 лет) и 52

жительницы сельской местности (возраст от 17 до 46 лет). У 4 пациенток из сельской местности и 12 из города беременность была первой в жизни. Среднее количество беременностей у жительниц села составило 3,8, у женщин из городской местности – 2,7. У большинства обследованных пациенток в анамнезе отмечались выкидыши, аборт, неразвивающаяся беременность, мертворождение. Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с использованием электронных таблиц Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. При обследовании полости рта всего у 2 пациенток в сельской местности и у 4 в городской не требовалось санации. Искусственные зубы в количестве 1-4 были обнаружены у 4 пациенток в селе и у 6 – в городе, пломбированные зубы в количестве 1-11 – у 48 жительниц села и от 1 до 13 – у 44 в городе, коронки в количестве 1-12 были у 26 женщин в сельской местности и от 1 до 8 – у 8 женщин в городе. У одной пациентки в сельской местности при стоматологическом осмотре был обнаружен острый пульпит, у 1 женщины в городе – периостит, у 38 сельских жительниц и 46 городских – кариозное поражение зубов (с различной степенью выраженности кариеса) в количестве 1-4 и 3-17 соответственно. Адентия 1-6 зубов была выявлена у 36 женщин из села и 1-7 зубов у 34 беременных в городе. Показатель КПУ (кариес, пломба, удаленный зуб) у жительниц села составлял 2-16 со средним значением 8,5. УИК (уровень интенсивности кариеса) в среднем составил 0,3 (верхняя граница среднего уровня). Показатель нуждаемости в лечении кариеса в сельской местности составил 73%. В городе КПУ составил 8-21 (12,5 в среднем), УИК – 0,57 в среднем (высокий уровень). Показатель нуждаемости в лечении кариеса в сельской местности составил 92%. При анкетировании для выявления депрессии у 50% обследованных в селе и у 60% в городе количество баллов соответствовало норме. У 12 пациенток в сельской местности и 6 из города наблюдалась легкая депрессия, ещё по 12 жительниц села и города страдали от умеренной депрессии. В селе более 80% женщин, включая пациенток с нормальным баллом опросника, отметила нарушения в половой сфере и столько же – раздражительность, чуть менее 70% – бессонницу, 30 человек – постоянную усталость. В городе 38 женщин страдали от бессонницы, 36 отмечали раздражительность и усталость, 34 – снижение аппетита. У всех женщин с депрессией независимо от места жительства отмечалась нерешительность. Для беременных из сельской местности характерной является плаксивость, из города – печаль и мысли о суициде. В сельской местности все женщины в умеренной и тяжелой депрессии высказывали недовольство своим внешним видом, в городе такой тенденции не отмечалось. Беспокойство по поводу состояния здоровья отметили 40% пациенток, из которых более 50% в селе составили пациентки с результатами опросника в пределах нормальных значений. 40% беременных женщин в селе и 60% в городе отмечали замкнутость и уменьшение интереса к другим людям.

Пациентка с тяжелой депрессией в сельской местности – многорожавшая (8 родов), страдает хроническими внутриутробными инфекциями, с отягощенным акушерским анамнезом (из 13 беременностей 4 завершились самопроизвольным абортом, 1 – медицинским абортом, 1 – мертворождением). КПУ составляет 15, УИК 0,4 (высокий уровень). Акушерский анамнез пациентки с аналогичным баллом из Махачкалы также отягощен в связи с антифосфолипидным синдромом и врожденной тромбофилией: из 9 беременностей 6 завершились самопроизвольным выкидышем на сроках от 7 до 14 недель, 1 – внематочная беременность. Значение УИК у данной больной составляет 0,55 (высокий уровень), КПУ – 12. Состояние полости рта у женщин с умеренной депрессией в селе несколько лучше – отсутствие 2-4 зубов, кариозное поражение 1-6 зубов, у 1 женщины острый пульпит. У пациенток из города с аналогичным результатом теста Бека отсутствуют 1-4 зуба, нелеченый кариес 4-12 зубов. У пациенток с депрессией легкой степени в сельской местности отмечалось лучшее состояние зубов. В городе показатель УИК находился в пределах высоких и очень высоких значений. Для пациенток с суммарным баллом опросника в пределах нормы более характерно наличие пломб, искусственных зубов и коронок. Не требуется санация полости рта у пациенток с неотягощенным акушерским анамнезом, у которых суммарный балл опросника Бека соответствует норме или легкой депрессии.

Выводы. У беременных патология ротовой полости обнаруживается даже при незначительных на первый взгляд проявлениях депрессии, что проявляется нежеланием проводить мероприятия по гигиене полости рта и посещать стоматолога.

Список литературы

1. Kisely S. No Mental health without oral health // The Canadian Journal of Psychiatry. 2016. Vol. 61 (5). P. 277-282. doi: 10.1177/0706743716632523

2. Silveira M.L., Whitcomb B.W., Pekow P. et all. Anxiety, depression and oral health among US pregnant women: 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System // Journal of Public Health Dentistry. 2016. Vol. 76. P. 56-64. doi:10.1111/jphd.12112

АЛГОРИТМ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОККЛЮЗИИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА

Григоренко М.П.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Вакушина Е.А., к.м.н., доцент Брагин А.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Лечение взрослых пациентов с зубочелюстными деформациями, развившимися на фоне заболеваний пародонта, является актуальной проблемой в стоматологии, за счет выраженных нарушений морфо-функционально-эстетического оптимумов.

Так, по данным Брагина Е.А. и Вакушиной Е.А. (2003), Григоренко П.А. (2002), Гроевой Ю.А. с соавторами (2005) и целого ряда других исследователей, установлено, что аномалии окклюзии в 35-37% клинических наблюдениях сочетаются с воспалительными заболеваниями пародонта, детерминированными взаимодействием двух основных факторов – перегрузкой зубов и ослаблением тканей пародонта. Данные патологические процессы значительно осложняют работу стоматологов различных специальностей вследствие необходимости проведения дополнительных манипуляций: гигиенических; физиотерапевтических; хирургических, ортопедических и ортодонтических.

Под действием нефункциональных нагрузок, силы жевательного давления передвигают отдельные зубы или их группы в одной или нескольких плоскостях. Наиболее часто встречается нарушение ангуляции с одновременной ротацией фронтальных зубов в результате их вестибулярного перемещения в сагиттальной плоскости как на одной, так и на двух челюстях одновременно. В результате таких перемещений рядом стоящих зубов, теряются контактные пункты, что приводит к хронической травме межзубных сосочков. Без проведения своевременного лечения данных сочетанных окклюзионных нарушений деформации прогрессируют и постепенно усугубляют травматическую ситуацию в пародонте, что в значительной степени затрудняет или делает невозможным проведение рационального зубопротезирования.

Целью исследования явилось повышение роли ортодонта в планировании и проведении комплексного лечения взрослых пациентов с заболеваниями краевого пародонта.

В задачи исследования входило:

1. Применение современной несъемной ортодонтической техники Эджуайс в сочетании с внеротовыми аппаратами;
2. Создание оптимальных условий для проведения рационального зубопротезирования;
3. Шинирование современными несъемными шинами-ретейнерами.

Для решения поставленных задач нами был предложен собственный лечебно – диагностический алгоритм реабилитации 15 пациентов в возрасте от 25 до 35 лет с генерализованной формой пародонтита при интактных зубных рядах. При выполнении работы были использованы клинические, рентгенологические, биометрические методы исследования. При проведении комплексного лечения были применены терапевтические, ортодонтические и ортопедические методы.

Терапевтический этап включал проведение профессиональной чистки зубов при помощи аппарата AIR-FLOW, включающий удаление твердого и мягкого зубного налета и полировку эмали адаптируемыми пастами.

Местно применялись антибиотики по показаниям, противогрибковая, десенсибилизирующая, иммуностимулирующая и витаминотерапия. При гипертрофии края десны проводилась склерозирующая терапия. Терапевтическое лечение осуществлялось на базе современных стоматологических технологий стоматологической поликлиники нашего университета под руководством врача - пародонтолога.

Ортодонтический этап включал последовательное устранение аномалийной окклюзии, максимально приближенной к физиологической, проведение избирательного пришлифовывания и фиксацию несъемных комбинированных ретейнеров, одновременно выполняющих роль шин.

Все пациенты в активном периоде были пролечены техникой прямой дуги с рабочим пазом .018 дюйма. Во всех фазах ортодонтического лечения использовались нитиноловые, титанмолибденовые и стальные дуги по принципу от меньшего сечения к большему, от наименьших сил к большим.

Ортопедический этап реабилитации заключался в шинировании за счет фиксации несъемных шин – ретейнеров. Во всех 15 наблюдениях применили комбинированный ленточный анкированный ретейнер.

В процессе проведенной работы были получены следующие результаты исследования, полученные лично авторами:

- 1) обследовано 15 пациентов в возрасте 25 до 35 лет;
- 2) заполнено и обработано 15 амбулаторных карт формы 043-У;
- 3) изготовлено 15 пар гипсовых диагностических челюстей и 15 пар контрольных моделей;
- 4) изучено 30 ортопантомограмм;
- 5) проведено 30 профессиональных чисток зубов;
- 6) дано 30 врачебных рекомендаций;

Выводы: Таким образом, использование современных несъемных дуговых аппаратов принципа Эджуайс позволяет:

1. Применить малые ортодонтические силы, не боясь вызвать дополнительную резорбцию кортикальных замыкательных пластинок;
2. Нормализовать аномалийное положение отдельных зубов и аномалийные формы зубных рядов за счет применения суперэластичных нитиноловых дуг, несущих эффект запоминания формы;
3. Максимально исключить дополнительную травму краевого пародонта;
4. Закрепить полученный результат прямым способом несъемной, высоко эстетичной, atraumatic, шинирующей конструкцией.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ САГИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Григорян С.А., Али Алаа Эддин, Мохамед Ихаб Саьер

Научный руководитель: д.м.н. Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Прикус определяется соотношением зубов при максимально плотном смыкании зубных рядов. Именно в прикусе лицу человека придаются характерные черты, он определяет качество пережевывания и успешного переваривания пищи. Сагитальные аномалии прикуса включают дистальный и мезиальный прикусы. Дистальный прикус определяется как прогнатия, «верхняя прогнатия». Характерными признаками являются выступание средней зоны лица вперед, смещение назад нижней челюсти. В полости рта отмечается сагитальное пространство достигающее 20мм. Мезиальный прикус носит разные названия «прогения», «нижняя прогнатия», «мезиоокклюзия», «антериальный прикус». Для него характерно такое нарушение смыкания зубных рядов, при котором отмечается переднее положение нижних зубов по отношению к верхним. Нижняя челюсть при этом выдвинута вперед, что придает пациентам типичный «мужественный» вид.

Цель исследования - оценка эффективности дополнительных лечебных мероприятий при лечении сагитальной патологии у детей.

Материал и методы. На лечение взято 12 пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте 5-12 лет. Так же нами взято на лечение взяты 9 пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов в возрасте 6-10 лет. Всем пациентам проведены внешний осмотр и осмотр полости рта и опрос совместно с родителями. В случаях уточнения диагноза проводились дополнительные методы исследования (рентгенологическое, биометрические методы изучения моделей челюстей по методам Пона, Герлаха, Хаулея-Гербера-Гербста). Все пациенты были поделены на 4 группы. В 1 группу входило 9 пациентов, которым проводилось лечение дистальной окклюзии зубных рядов аппаратными методами лечения. Во вторую группу входили 3 пациента, которым перед ортодонтическим лечением проводилось удаление верхних зубов мудрости и первых премоляров. Всем Пациентам с дистальным прикусом вместе с аппаратными методами лечения применялись

дополнительные мероприятия, включающие миогимнастические упражнения и тщательный гигиенический уход за полостью рта.

В 3 группу входило 4 пациента, которым проводилось лечение мези-альной окклюзии зубных рядов аппаратурными методами лечения. Пациентам 4 группы, состоящей из 5 человек, помимо аппаратурных методов лечения применялись миогимнастические упражнения. Всем пациентам с мезиальной окклюзией проводилось тщательная гигиеническая обработка полости рта.

Аппаратурные методы лечения у пациентов из 4 групп с дистальной и мезиальной окклюзией зубных рядов включали применение съемных аппаратов на верхнюю челюсть или нижнюю челюсть для стимулирования их роста с расширяющими и секторальными винтами. На нижней челюсти применялись аппараты с вестибулярной дугой для устранения протрузии в области фронтальных зубов.

Миогимнастические упражнения проводились ежедневно у всех пациентов из 4 групп с соблюдением следующих правил: сокращения мышц должны совершаться с максимальной амплитудой до появления чувства легкой усталости и чередоваться фазами покоя. Каждые 5-7 дней увеличивалось количество упражнений.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования сагиттальной патологии у детей нами взято на лечение 14 пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте от 5 до 12 лет и 9 пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов в возрасте 6-10 лет были поделены на 2 группы. Все пациенты были поделены на 4 группы. В первые 2 группы входили пациенты с сагиттальным прикусом. В 3 и 4 группу входили пациенты с мезиальным прикусом. Всем детям независимо от вида патологии было проведено аппаратурное лечение с помощью ортодонтических аппаратов различных конструкций. Помимо аппаратурных методов лечения всем детям применялись миогимнастические упражнения, выбор которых зависел от вида, возраста и тяжести имеющийся ортодонтической патологии. Устранение дистальной и мезиальной окклюзии зубных рядов у пациентов 4 групп осуществлялось в среднем через 11-14 месяцев. Средние показатели лечения дистальной окклюзии составили 8-14 месяцев. У детей с мезиальной окклюзией зубных рядов время лечения было меньше и составило 7-11 месяцев.

Заключение. В результате лечения 23 пациентов с сагиттальной аномалией окклюзии зубных рядов в возрасте 5-12 лет у всех был достигнут лечебный эффект с формированием ортогнатического прикуса. Всем пациентам к аппаратурному лечению дополнялись миогимнастические упражнения и тщательный гигиенический уход за полостью рта. При этом, средние сроки лечения дистального прикуса составили 8-14 месяцев. Лечение мезиального прикуса составило 7-11 месяцев.

Список литературы.

1. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Л.С. Персин, В.М. Елизарова, С.В. Дьякова // М.: Медицина, 2003. - 640 с.
2. Персин Л.С. Ортодонтия / Л.С. Персин // Медицина. Isbn. 5-225-04819-6; 2007.-360 с.
3. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, Аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина // М: ООО "Медицинское информационное агентство". 2010; 592.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ОРАЛЬНЫМ МУКОЗИТОМ

Дегтярёва М.И.

Научный руководитель: Казеко Л.А.

Белорусский государственный медицинский университет

Основным методом лечения у 89% пациентов с онкологическими заболеваниями в области головы и шеи является самостоятельная лучевая терапия или ее комбинация с другими способами лечения [1, 2]. Наиболее распространенным осложнением химиотерапевтического и лучевого лечения злокачественных новообразований в области головы и шеи является оральный мукозит (воспаление и изъязвление слизистой оболочки полости рта, возникающее в результате воздействия высокодозной лучевой терапии), развивающийся более, чем в 80% случаев [3].

Клиническая картина орального мукозита достаточно вариабельна, от боли и дискомфорта в полости рта до невозможности употребления твердой пищи. Возникновение мукозита приводит к необходимости прерывать курс лучевого или комбинированного лечения [4]. В связи с этим профилактика и лечение орального мукозита являются актуальными задачами современной стоматологии.

Цель нашего исследования – оценить стоматологический статус пациентов со злокачественными новообразованиями области головы и шеи.

Материал и методы

Методом случайной выборки было отобрано 50 медицинских карт стационарных пациентов 2-го радиологического отделения Учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический диспансер» за 2017 год. Был изучен стоматологический статус онкологических пациентов, получающих противоопухолевое лечение на область головы и шеи. При анализе медицинских карт учитывались пол, возраст, наличие сопутствующей патологии, вид опухолевого процесса, проведенное противоопухолевое лечение.

Результаты и обсуждение

На основании данных литературных источников и собственного анализа была проведена оценка стоматологического статуса пациентов, получающих противоопухолевое лечение в области головы и шеи. Из всех видов злокачественных новообразований области головы и шеи 90% приходится на плоскоклеточный рак [5]. Анализ медицинских карт показал отсутствие в них диагноза «оральный мукозит». Оценка стоматологического статуса осуществлялась у пациентов с диагнозом «лучевой эпителиит». Развитие орального мукозита наблюдалось у 58% пациентов, в возрасте от 46 до 89 лет (средний возраст – 67,5 лет, женщин – 12,0%, мужчин – 88,0%).

Комбинированное противоопухолевое лечение в виде химиотерапевтического и лучевого лечения было проведено 26 пациентам (52% случаев), только лучевая терапия - 24 пациентам (48% случаев).

Большинство пациентов при стоматологическом осмотре предъявляли жалобы на боли в полости рта, дискомфорт при глотании и приеме пищи. Индекс гигиены по показателю ОНI-S являлся неудовлетворительным в 76% случаев и в среднем составил 1,97. Для оценки состояния тканей периодонта использовали КПИ (комплексный периодонтальный индекс). Средний показатель индекса КПИ составил 3,93, что соответствует тяжелой степени поражения тканей периодонта. Интенсивность кариеса зубов оценивалась по индексу КПУ и в среднем составила 20,17. Ортопедическое лечение было проведено 37 пациентам (74%), 4 человека (8%) нуждались в ортопедическом лечении.

Заключение

Одним из наиболее часто встречаемых осложнений противоопухолевого лечения новообразований области головы и шеи является оральный мукозит. Основная группа пациентов, страдающих мукозитом – мужчины, средний возраст – 67,5 лет.

Стоматологический статус у онкологических пациентов с оральным мукозитом характеризуется высоким уровнем интенсивности кариеса, тяжелой степенью поражения тканей периодонта и неудовлетворительной гигиеной полости рта, что позволяет сделать вывод о необходимости всех пациентов в профессиональной гигиене и коррекции индивидуальной гигиены полости рта.

Список литературы

1. Луцкая И.К. Профилактика патологических состояний слизистой оболочки полости рта у пациентов с онкологическими заболеваниями на фоне химио- и лучевой терапии. Новое в стоматологии. 2017; 1(221): 44-50.
2. Баррет Д. Можно ли улучшить результаты лечения онкологических больных без увеличения затрат? Материалы VI российской онкологической конференции. М.: Изд. тр. РНПЦ им Н.Н. Блохина. 2002, 16-18.
3. Kumar S., Radiation Mucositis. In: Gabor Racz, Pain management - current issues and opinions. InTech: Gabor Racz; 2012: 469-482.
4. Sonis S.T., Elting L.S., Keefe D. et al. Perspectives on Cancer Therapy-Induced Mucosal Injury: Pathogenesis, Measurement, Epidemiology, and Consequences for Patients. Cancer. 2004; 100(S9): 1995–2025.

5. Treating head and neck carcinoma with proton therapy: current practice, opportunities and challenges, 09.2016. Available at: https://ibaworldwide.com/sites/protontherapy/files/media_document/clinical_indications_paper_head_neck-va.pdf

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ СтГМУ

Есеев Ю. Р., Наухатько А.А.

д.м.н., профессор Вакушина Е.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Глобальная стратегия ВОЗ по здоровью полости рта является частью общей программы ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями. Основной акцент в этой стратегии делается на профилактике болезней полости рта и дифференцируется по 4 стратегическим направлениям деятельности:

- пропаганде здорового образа жизни и снижении факторов риска развития болезней полости рта от социально-экономических причин и причин, связанных с окружающей средой и поведением человека;
- развитию справедливой системы оказания стоматологической помощи, которая будет финансово доступна всем слоям населения;
- снижению бремени болезней полости рта и нетрудоспособности от них, особенно среди бедных и социально уязвимых групп населения;
- разработке политики укрепления здоровья полости рта и ее интеграции в общую программу развития системы здравоохранения.

Очевидно, что наиболее эффективны профилактические технологии в молодом возрасте. Учитывая, что в Ставропольском крае студенчество составляет значительную часть молодежи, в крае находится свыше 80 учреждений высшего и среднего профессионального образования, в которых обучается более 140400 человек, этот контингент требует повышенного внимания.

Учитывая изложенное, полагаем, что изучение стоматологического здоровья студенческой молодежи, факторов, оказывающих на него влияние, а также анализ организационных аспектов, в том числе эффективности диспансеризации, являются в настоящее время весьма актуальными. Это послужило основанием для проведения нами данного исследования.

Целью исследования явилось изучение состояния стоматологического здоровья студентов первых курсов СтГМУ с учетом влияющих на него медико-социальных и организационных факторов.

В задачи и исследования входило:

- 1 предложить экспресс-карту углубленного осмотра студентов I курса нашего университета;
- 2 изучить частоту встречаемости стоматологических заболеваний у студентов I курса СтГМУ;
- 3 разработать предложения по улучшению стоматологического здоровья.

В 2016 г. на базе медицинского центра СтГМУ сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии СтГМУ была разработана экспресс-карта углубленного осмотра студентов, для определения ортодонтической, ортопедической и гнатологической патологии.

Работа проводилась в комплексировании с врачами стоматологической поликлиники СтГМУ.

Методологической основой проведения работы явилось комплексное многоуровневое медико-социальное исследование. Объектом исследования явились 327 студентов СтГМУ, из них мужчин - 113 (34,6%), женщин – 214 (65,4%) первого периода зрелого возраста в возрасте от 18 до 25 лет.

Программа исследования содержала три этапа. На первом этапе сформулированы цель и задачи, составлены план и программа исследования, подобраны методы и инструментарий, определены базы, объекты и объемы исследований. Изучена распространенность и интенсивность заболеваний зубо-челюстной системы, определена потребность в различных видах терапевтического и специализированного лечения.

На втором этапе исследования выявлялись факторы, способствующие развитию стоматологической патологии, которыми явились неудовлетворительная гигиена, несбалансированное питание, боязнь врачей стоматологов.

В ходе осмотра студентов заполнялась карта углубленного осмотра, данные которых были математически обработаны с использованием стандартного пакета прикладных программ Windows.

Полученные нами данные позволили констатировать следующее – из 327 обследованных студентов в ортодонтическом лечении нуждались 237 человек, что составило 72,4 % и лишь у 90 студентов, что составило 27,6 % диагностировалась физиологическая окклюзия.

В процессе нашего исследования, помимо различных аномалий окклюзии, мы диагностировали дефекты зубного ряда; дефекты зубного ряда, осложненные нарушениями окклюзии; аномалии окклюзии на фоне интактных зубных рядов; патологию ВНЧС, не осложненную нарушениями окклюзии; нарушения окклюзии, осложненные патологией ВНЧС; дефекты зубного ряда, осложненные патологией ВНЧС, дефекты зубного ряда, осложненные патологией ВНЧС и нарушением окклюзии.

Проведенное обследование выявило следующие показатели частоты встречаемости стоматологической заболеваемости: абсолютного здоровых студентов — всего 11% (36 человек); нуждающихся в лечении — 89% (291 человек).

Студентам были даны рекомендации:

1. Сформировать у себя устойчивую мотивацию к регулярному прохождению диспансеризации, воспринимать свое здоровье в качестве основной жизненной ценности, его сохранение и укрепление относить к важнейшим приоритетам;
2. Ценить и использовать возможность бесплатного обследования и лечения при проведении диспансеризации, своевременно и регулярно посещать стоматолога и консультации специалистов;
3. Осуществить все назначенное лечение, ежегодно достигать полной санации полости рта, выполнять полученные рекомендации по коррекции питания, индивидуальной гигиене полости рта. Проведение качественной диспансеризации студенческой молодежи позволит юношам и девушкам в период обучения не только получить профессиональное образование, но и сохранить здоровье, как основу продолжительной и плодотворной профессиональной деятельности.

Выводы:

1 Состояние стоматологического здоровья совершеннолетних студентов является неудовлетворительным. По данным Л.С. Персина, И.Ю. Лебеденко, Брагина Е.А., Е.А. Вакушиной и ряда других авторов отмечается его ухудшение: рост распространенности нарушений окклюзий, дефектов зубного ряда. В структуре патологии наиболее значимыми являются: нарушения окклюзии, сочетающиеся с осложнением патологией ВНЧС 41,3 %.

2 Потребность студенческой молодежи в стоматологической помощи является высокой: по нашим данным 89% - нуждаются в лечении, 65,8% - в ортопедическом лечении, 72,2% - в ортодонтическом, 100% - в профилактическом наблюдении и санитарно-гигиеническом просвещении.

3 Внедрение в стоматологическую сферу рыночных отношений не способствует улучшению здоровья зубов и полости рта молодежи, т. к. оно доступно лишь 33% опрошенных в связи.

4. Лишь 11% осмотренных не нуждаются в стоматологическом лечении.

ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Жариков К.М., Нафиков А.В.

Научный руководитель: доцент, к.м.н., Кряжев Д.А.

Оренбургский государственный медицинский университет

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о глобальной эпидемии табака в 2017 году, около 7 миллионов человек погибают от табака во всем мире, что ежегодно обременяет экономику мира на 1,4 триллиона долларов. Около 8,90,000 некурящих умирают, будучи подвергнутыми вторичному курению. В целом, число курильщиков табака во всем мире достигнет примерно 1,1 млрд. человек к 2025 году.

Цель исследования. Изучить влияние различных факторов окружающей среды на ротовую полость, выявить меры профилактики онкологических заболеваний ротовой полости.

Материалы и методы. Анализ учебно-методических пособий, статей.

Результаты. Анализ литературы показал, что токсичные вещества, обнаруженные в сигаретном дыме, попадают в кровоток с помощью дыхательных путей и вызывают воспаление сосудистых эндотелиальных сосудов низкого уровня по всему телу. Низкосортное воспаление эндотелия сосудов в конечном итоге заканчивается ускоренным атеросклерозом и относительной иммуносупрессией.

Использование табака остается хронической проблемой глобального общественного здравоохранения. Курение установлено как один из основных предотвратимых этиологических факторов риска для начала и прогрессирования периодонтита, рака. Приблизительно 42% случаев периодонтита можно отнести к курению.

Существует сильная зависимость доза-реакция между курением табака и развитием предраковых состояний, раком полости рта и прогрессированием заболеваний пародонта. Обычно зависимость от привычки требует постоянной оценки и повторного вмешательства. В настоящее время стоматологические кабинеты все чаще признаются местом, предназначенным для того, чтобы пациенты могли прекратить или даже предотвратить начало привычки к курению. Поэтому стоматолог и специалист по периодонтам могут сыграть ключевую роль путем включения программ прекращения курения в повседневную практику и уменьшить основной риск, связанный с оральными тканями и системным здоровьем.

Количество токсических и канцерогенных веществ постоянно возрастает и некурящее население получает вещества больше предельно допустимой концентрации. Имеет место быть эффект суммации, характерный для рабочих на предприятиях, в ходе технологического процесса которых образуются канцерогенные вещества, учитывая, что, помимо этого, данный работник имеет вредную привычку курить. Причинами рака ротовой полости могут быть профессиональные канцерогены. У людей, работающих на предприятии, в котором образуется много пыли (деревообработка, обувная промышленность) повышен ориентировочный риск, так как пыль обладает раздражающим действием и приводит к предраковым состояниям.

Употребление алкоголя в больших количествах таким же образом увеличивает ориентировочный риск злокачественных заболеваний челюстно-лицевой области до 10 раз и выше. Был доказан синергизм между канцерогенным эффектом курения и алкоголем. Канцерогенное действие алкоголя было доказано во всех проведенных ретроспективных исследованиях. По данным Л.В. Орловского (1971), лица, длительно употребляющие 200 г. алкоголя в день, повышают вероятность возникновения рака слизистой оболочки полости рта и глотки в 10 раз. Раком полости рта и глотки женщины болеют в 2 раза реже, чем мужчины. Для всех злокачественных опухолей полости рта и глотки кроме рака носоглотки (для него характерен вирус Эпштейна-Барр) основными причинами являются табачные изделия всех видов, алкоголь и неправильное питание.

На основании существующих данных рабочая группа МАИР пришла к заключению, что HPV 16-го и 18-го типов являются канцерогенными для человека.

В исследованиях было доказано, что антитела к вирусу Эпштейна-Барр выявляются чаще у больных раком носоглотки, чем у здоровых людей. В результате молекулярных исследований выявлено, что все случаи недифференцированного рака носоглотки являются EBV-положительными, что EBV-положительные опухолевые клетки моноклональны и содержат EBV ДНК и белки.

Причинами опухолей ротовой полости и рака носоглотки может быть неправильное питание. В странах Восточной Азии была доказана роль рыбы в развитии онкологии. При недостаточной засолке, не правильном хранении, нарушении правил кулинарной обработки выделяются канцерогенные вещества. Постоянное употребление острой, сильно холодной и горячей пищи может приводить к предраковым состояниям из-за постоянного химического раздражения слизистой оболочки полости рта. Недостаточное поступлении овощей и фруктов вызывает рак носоглотки.

Неправильно подобранные стоматологические протезы, брекет-системы, зубные импланты, острые края зубов также вызывают постоянное механическое раздражение слизистой оболочки полости рта, что приводит к хроническим язвам, а они являются предраковым состоянием. При наличии в полости ортопедических конструкций из различных металлов возникают гальванические токи, которые могут вызывать дегенеративные изменения ротовой полости.

Отмена потребления всех видов табачных изделий, санитарно-просветительные работы населению о вреде курения; добавление в рацион большего количества фруктов и овощей, так как по эпидемиологическим исследованиям они снижают ориентировочный риск заболеваний рака ротовой полости, носоглотки, пищевода. Также витамин С, являющийся водорастворимым витамином и мощным антиоксидантом, ингибирует образование нитрозаминов из амидов, нитритов, поступающих с пищей. Пищевые волокна, селен, зеленый и черный чай, кофе, красное вино, в свою очередь, тоже обладают антиканцерогенным действием.

Выводы. Контроль над табаком является глобальным приоритетом в области здравоохранения. Краткие выступления профессионалов и специалистов могут усилить и побудить потребителей резко отказаться от табака. Реализуя программы по прекращению курения, мы могли бы обеспечить помощь в предотвращении развития заболеваний пародонта и других системных заболеваний. В конечном счете это положительно повлияет на экономическое и социальное бремя, причиняемое употреблением табака.

БИОСОВМЕСТИМОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Загорский Б.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

С целью восстановления естественной окклюзии пациентам, имеющим в анамнезе диагноз частичной или полной адентии, назначается восстановительное лечение, основой которого остаются процедуры дентальной имплантации. Важнейшее значение для достижения положительного результата восстановительного лечения играет такая характеристика материала имплантатов, имеющая сложную интегративную и многофакторную природу, как его биосовместимость. С целью достижения требуемого по общим условиям восстановительного лечения уровня биосовместимости дентальных имплантатов, в современной стоматологии применяются различные материалы, демаркируемые по данной характеристике на биотолерантные, биоинертные и биоактивные.

В зависимости от исходной физической природы, для изготовления дентальных имплантатов используют три основные группы материалов: металлы и их сплавы, керамики и полимеры, имеющие оптимальные показатели по уровню приживления имплантируемого или трансплантируемого материала.

Материалы и методы. Стоматологические материалы – металлы и их сплавы (биотолерантные материалы), керамики на основе металлов (биоинертные материалы), кальций-фосфатные и стеклокерамики, а также стекло (биоактивные материалы).

Анализу подвергаются факторы формирования характеристики биосовместимости основных групп материалов, активно используемых в современной стоматологической клинической практике в процессах изготовления имплантатов и последующей имплантации как основного средства восстановления естественной окклюзии. Экспериментальным путем фиксируются последствия имплантации по характеристикам вживления и уровня выраженности этого процесса, возможные проявления воспаления в точках имплантации.

Результаты и их обсуждения. В процессе исследования было установлено, что использование в процессах изготовления имплантатов и последующей имплантации биотолерантных материалов, таких как хром-кобальтовые и хром-молибденовые сплавов с лигатурами никеля, нержавеющей сталей приводит к возникновению в контактной зоне дистанционного остеогенеза с образованием фиброзной пленки на внешней поверхности имплантатов, что позволяет решить проблему биосовместимости материала имплантата данного типа с остеócитами контактной зоны. Использование биоинертных материалов (керамики на основе алюминия или диоксида циркония, тантал, ниобий, титан и сплавы титана) имеет своими последствиями возникновение контактного остеогенеза в зоне контакта, что приводит к прямому соединению материала имплантатов данного типа с остеócитами контактной зоны, при этом остеоинтеграция происходит вследствие демонстрируемой данными материалами полной химической инертности во взаимодействии с тканями и тканевыми средами контактной зоны и близлежащих структур ротовой полости.

Использование биоактивных материалов, таких, как стеклокерамика, стекло, кальцийфосфатная керамика инспирирует возникновение в контактной зоне остеогенеза соединительного характера, вследствие чего остеоинтеграция осуществляется на основе химического взаимодействия свободного фосфата и кальция с контактной поверхности материала имплантата с остеоцитами контактной зоны, в то же самое время обеспечивающей биосовместимость материала имплантата с тканями и тканевыми средами в точках имплантации и близлежащих структурах ротовой полости. В основе химизма процесса взаимодействия, обеспечивающего требуемый уровень биосовместимости, лежат механизмы транспорта ионов из материала имплантата в окружающие ткани и тканевые среды, сопровождающегося быстрой и массивной адсорбцией молекул из тканей и жидких тканевых сред, формирующей множественные эффекты когезии между материалом имплантата и тканями контактной зоны, при этом возникновение эффектов клеточной дифференциации и пролиферации вследствие отсутствия биохимического влияния транспортируемых ионов в процессе исследования не регистрировалось. Следовательно, биохимические маркеры присутствия имплантата на клеточном уровне не передавались, также отсутствовали реакции энзимов. Создание эффекта изолированности имплантата от иммунной системы организма позволяло ингибировать или блокировать полностью развитие локальных и общих реакций на чужеродное тело и на его последующее отторжение, что и создавало основу для вживления и приживаемости установленных имплантатов.

Выводы. Биохимические свойства материала, из которого изготавливаются дентальные имплантаты, имеют значение для достижения успешности всего процесса имплантации как единого целого. Поскольку общая цель процесса имплантации носит не только эстетический, но и функциональный характер, стоматолог-протезист должен исходить из критериев обеспечения успешного функционирования установленных имплантатов, которое, в свою очередь, напрямую зависит от биосовместимости материала, применяемого для изготовления имплантатов, и окружающих их организменных тканей и сред, химизм процесса взаимодействия которых друг с другом определяет важнейшие свойства новообразованных тканей, окружающих имплантат, то есть, – их биомеханические свойства, свойства адекватности реакции на регулярное наложение нагрузки, а также способность противостоять износу, коррозии, диссоциации материала имплантата.

Список литературы.

1. Утюж А.С., Загорский В.А., Загорский В.В. Упруго-напряженные состояния костных структур челюстей и черепа человека//Символ науки. 2016. № 2-3. С. 175-178.
2. Утюж А.С., Юмашев А.В., Адмакин О.И., Загорский В.В., Нефедова И.В. Хирургические и ортопедические аспекты протезирования пациентов с опорой на имплантаты при полной вторичной адентии//Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - 2016. - Т. 10. № 4. - С. 172-182.
3. Natali A.N., Pavan P.G., Schileo E., Dettin M., Bagno A., Di Bello C. Dental implant osseointegration: a coupled biochemical and biomechanical approach. Preceedings of the 13th Conference of the European Society of Biomechanics. ACTA of BIOENGINEERING and BIOMECHANICS. -Volume 4, Supplement 1, 2002, P. 817-818.

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ СПОРТИВНЫХ ЗАЩИТНЫХ КАПП И ИССЛЕДОВАНИЕ ИХ ПРОЧНОСТИ

Закарян Г.А.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Многие современные виды спорта не исключают или даже предполагают физический контакт между представителями противоборствующих сторон, принимающих участие в спортивном соревновании. По данным большинства международных спортивных федераций, в потенциально травмо-опасных видах спорта четыре из пяти случаев травмирования спортсменов связаны с повреждением челюстно-лицевого отдела, что ставит вопрос о действительно эффективной защите именно этой части тела от возможного травмирования ребром. Одним из наиболее эффективных

видов защиты являются специальные спортивные защитные каппы, однако, по данным Международной стоматологической ассоциации, действительно эффективную защиту от травмы способна обеспечить только индивидуально изготовленная каппа [4].

Материалы и методы исследования: материалы и оборудование – акрилполимеры, латексные слоистые полимеры, винилацетаты, аппаратный комплекс CAD/CAM-системы 3D-сканирования и моделирования трехмерных моделей пространственных объектов, вакуумформер (модуль изготовления пространственных пластичных объектов на основе их трехмерных моделей); методы исследования – метод использования технологии CAD/CAM для 3D-сканирования и моделирования трехмерных моделей пространственных объектов; метод формирования пространственных объектов из полимеров посредством вакуумформера, методы физико-механических испытаний материала изготовления защитных приспособлений челюстно-лицевой зоны на сжатие, изгиб, разрыв, кручение. В исследовании были испытаны также деиндивидуализированные стандартные защитные каппы, реализуемые через сети спортивных магазинов.

Результаты исследования и их обсуждение: появление технологий объемного сканирования и моделирования пространственных объектов [3] существенно расширило возможности процесса изготовления спортивных капп именно как индивидуальных защитных изделий и позволило внести ряд позитивных конструктивных решений усиления защитных свойств каппы. После проведения процедуры внутреннего 3D-сканирования и построения 3D-моделей верхней и нижней челюсти пациента, для изготовления индивидуальных капп использовались особые полимеры, обязательно отвечающие требованиям повышенной пластичности и гипоаллергенности. В процессе изготовления использовался термопластичный материал (два слоя). Была определена оптимальная толщина – не свыше 6 мм. Повышенная прочность и общая жесткость конструкции были достигнуты за счет исполнения специальных вставок во фронтальных отделах конструкции. Вставки изготавливались из трехслойного термопластика с внутренним слоем толщиной 0,8 мм. твердой фактуры. При установке индивидуально изготовленного изделия внутрь ротовой полости пациентом субъективно отмечались эффекты хорошей фиксации на индивидуальном рельефе зубных рядов верхней и нижней челюсти, устойчивости при интенсивных эволюциях головы, имитирующих движения головы спортсмена во время спортивного соревнования, обеспечиваемым за счет добавления в конструкцию каппы специальных усиливающих и амортизирующих элементов, а также – добавления в общую слоистую конструкцию изделия специальных усиливающих слоев.

С целью сравнения физико-механических характеристик индивидуально изготовленной конструкции с аналогичными характеристиками стандартной конструкции использовалось испытательное оборудование, имитирующее различные типы внешних нагрузок на защитное изделие, соответствующих реальным условиям спортивных состязаний. Стандартные защитные каппы, реализуемые через сети предприятий массовой торговли, изготавливаются из силикона, из резины, из термополимеров. С целью гомогенизации результатов нагрузочных испытаний, для них были использованы стандартные каппы, изготовленные из термопластика. По результатам испытаний отмечено, что прочность конструкции индивидуально изготовленной защитной каппы в сравнении с прочностью конструкции стандартной каппы превосходит последнюю по следующим контрольным видам нагрузок: на сжатие – на 45,75%; на изгиб – на 117,5%; на разрыв – на 92,5%; на кручение – на 122,5%.

Выводы: по результатам исследования отмечено, что индивидуально изготовленные с привлечением специалиста стоматологического профиля защитные каппы существенно превосходят аналогичные стандартные изделия по двум основным качествам: уровню защиты и уровню комфорта для пользователя каппы при ее помещении внутрь ротовой полости. Кроме того, в процессе исследования при установке каппы внутрь полости рта спортсменами отмечалось, что она более удобна в ситуации продолжительных соревнований, не создает помех для усиленного, напряженного дыхания, характерного для активных фаз спортивных состязаний, не мешает глотанию и не провоцирует рвоту [1]. Кроме того, исследованная индивидуализированная технология изготовления спортивных защитных капп может быть использована для спортсменов, имеющихотягощенный статус индивидуального стоматологического анамнеза [2].

Список литературы.

1. Закарян Г.А. Проблемы моделирования и изготовления спортивных защитных капп // Современные научные исследования и разработки, – 2016, № 5, – С 47-53.

2. Севбитов А.В., Борисов В.В., Канукоева Е.Ю., Юмашев А.В., Сафиуллина Е.П. Исследование ретенционной способности индивидуальных защитных зубных шин относительно границ их базиса//Труды международного симпозиума «Надежность и качество». -2015. -Т. 2. -С. 363-364.

3. Когон Б.А., Новиков Г.Е., Брызгалов А.С., Сунгурова К.А., Севбитов А.В. Сравнительная оценка эффективности использования различных видов спортивных капп.//Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной 5-летию СНО стоматологического факультета ММА «Стоматология XXI, эстафета поколений». -2009. -С. 68-70.

4. Knapik J.J., Marshall S.W. et al. Mouthguards in sport activities: history, physical properties and injury prevention effectiveness.//Sports medicine. 2007. -V. 37, № 2. -P. 117-144.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ РЕЖИМА ПОЛИМЕРИЗАЦИИ НА ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БАЗИСНОЙ ПЛАСТМАССЫ

Золоев Р.В., Санагоев А.Р., Хасаров Р.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Золоев Р.В.

Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова

Наиболее часто используемым в ортопедической стоматологии базисным материалом является акриловая пластмасса. Основными компонентами акриловой пластмассы являются: полимер(порошок) и мономер (жидкость). Как правило, в качестве мономера выступает связующее вещество, которое при смешивании с порошком запускает химическую реакцию. В качестве полимера выступают основные компоненты и добавки, характеризующие свойства базисной пластмассы и отличительные ее черты. В результате химической реакции мономера с полимером происходит процесс полимеризации.

Общим для всех акриловых пластмасс является основной компонент - метилметакрилат. Это сложный метиловый эфир метакриловой кислоты; бесцветная, маслянистая жидкость с ароматическим запахом, легко испаряется и воспламеняется. Химическая формула метилметакрилата: $CH_2=C(CH_3)COOCH_3$.

Более 50 % производимого метилметакрилата используется для получения акриловых полимеров. Они используются в зубных протезах, твердых контактных линзах, и клеях.

В остальном базисные пластмассы отличаются содержащимися в них компонентами, которые меняют различные их свойства (цвет, запах, пластичность, токсичность и т.д.)

Для того чтобы изготовить пластмассовый базис зубного протеза необходимо сначала приготовить «пластмассовое тесто», произвести формовку в ранее заданную форму в кювете и произвести варку пластмассы в определенных условиях (температура и время). Чтобы готовая базисная пластмасса обладала свойствами, которые указывает производитель, она должна изготавливаться строго по технологии: смешивать полимер и мономер следует в пропорциях указанных в инструкции, производить формовку (паковку) необходимо в тестообразной стадии полимеризации пластмассы (существует 5 стадий полимеризации пластмассы: 1) песочная стадия;

2) стадия тянущихся нитей (коротких и длинных); 3) тестообразная стадия;

4) резиноподобная; 5) стадия окончательного отверждения), производить варку необходимо при температуре 90-95 °С в течении 45 минут, охлаждать кюветы следует при комнатной температуре. Нередко мы наблюдаем незначительные нарушения данной технологии, которые по мнению «нарушителей», не должны привести к каким-либо серьезным последствиям. Поэтому мы решили провести исследование влияния нарушения режима полимеризации на технологические свойства базисной пластмассы.

Цель работы – выявить последствия, которые возникают при нарушении режима полимеризации базисной пластмассы.

Материалы и методы.

Была разработана методика технологии сравнительного анализа базисной пластмассы изготовленной с нарушением режима полимеризации и без нарушения, путем воздействия на пластмассу различных механических сил, а также с применением рентгеновской дифрактометрии. В ходе работы применялись следующие оборудования: для применения механических сил -

гидравлический пресс, разрывная машина и экстензометр; для исследования структуры пластмассы- рентгеновский дифрактометр.

Для исследования нами была выбрана пластмасса фирмы «Фторакс», так как на сегодняшний день она является наиболее часто используемой для изготовления базисов зубных протезов.

Для испытания на воздействие механических сил были изготовлены следующие изделия:

- испытание на сплющивание, куб размером 20мм×20мм×20мм;
- испытание на изгиб, прямоугольник размером 70мм×10мм×10мм;
- испытания на разрыв, пластины размером 70мм×35мм×5мм.

Каждый вид изделия изготавливался в двух экземплярах (контрольный и экспериментальный), контрольный экземпляр изготавливался с соблюдением правил режима полимеризации, экспериментальный экземпляр изготавливался с нарушением режима полимеризации, нарушение заключалось в быстром охлаждении кюветы после варки под проточной водой.

Результаты.

Сплющивание пластмассы изготовленной без нарушения режима полимеризации произошло при силе - 4260кг.,

Сплющивание пластмассы изготовленной с нарушением режима полимеризации произошло при силе - 3830кг.

Разлом пластмассы изготовленной без нарушения режима полимеризации при воздействии вертикальной нагрузки на середину прямоугольника произошел при силе—49кг. (4.81 Мпа)

Разлом пластмассы изготовленной с нарушением режима полимеризации при воздействии вертикальной нагрузки на середину прямоугольника произошел при силе— 23кг. (2.27 Мпа)

Разрыв пластины изготовленной без нарушения режима полимеризации произошло после растягивания при силе -334кг. (32.8 Мпа)

Разрыв пластины изготовленной с нарушением режима полимеризации произошло после растягивания при силе -223кг. (21.9 Мпа)

Заключение.

В результате проведенных экспериментальных исследований было выявлено, что пластмасса изготовленная с нарушением режима полимеризации обладает большей хрупкостью и нарушение режима полимеризации может привести к снижению срока эксплуатации съемных пластиночных протезов.

ДИСТРАКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ НЕСИММЕТРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ДВУСТОРОННЕГО АНКИЛОЗА ВНЧС У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Калинина С.А., Топольницкий О.З., Красовский Г.Р.

Научный руководитель: Топольницкий О.З.

**Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.
Евдокимова, Клинический центр стоматологии, челюстно-лицевой и пластической
хирургии**

Лечение двусторонних анкилозирующих заболеваний крайне актуально на сегодняшний день, ведь именно выбор правильной тактики, планирования и своевременность выполнения операций у детей и подростков с анкилозом височно-нижнечелюстного сустава, диктуется ранним развитием симметричной деформации нижней челюсти, проблемам с дыханием, речью, все это ведет к увечью и ранней инвалидизации детей. Позднее и некачественное лечение приводит к нарушению роста нижней челюсти и впоследствии приводит к поражению других костей черепа, деформациям верхней челюсти, ее сужению, деформациям скуловых костей, патологической окклюзии. Признанным показателем к дистракционному методу, особенно в период роста ребенка является недоразвитие нижней челюсти (KeBler et al. 1999). Сущность метода состоит в активации остеогенеза путем кратковременной компрессии двух костных раневых поверхностей и

последующего длительного поддержания этого процесса с помощью дозированной distraction возникающей костной мозоли до образования регенерата необходимой величины.

Материал и методы: С 2016 по 2018 год в отделении ЧЛХ стоматологическом детском, клинического центра челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии осуществлено хирургическое лечение 15 детей и подростков с диагнозом «Двусторонний анкилоз ВНЧС». В клинике проводилась подготовка детей к хирургическому вмешательству. После комплексного обследования пациентов, было проведено хирургическое лечение.

Нами было выполнено 12 хирургических операций «Остеотомия ветви нижней челюсти с постановкой в область ветви нижней челюсти distractionного аппарата».

С целью подбора аппарата всем детям было произведено изготовление стереолитографической модели, для изучения размеров ветви и тела нижней челюсти с целью выбора distractionного аппарата и планирования ориентиров линии остеотомии.

Детям были установлены distractionные аппараты Конмет 821.00, 820.00 с величиной distraction 20 и 30 миллиметров в зависимости от индивидуальных размеров нижней челюсти. Величина distraction определялась возможностями distractionного аппарата (30 мм, 20 мм) и в среднем величина регенерата составляла от 1,8 см до 3 см. После установки distractionного аппарата детям проводилась антибактериальная, обезболивающая и десенсибилизирующие терапии.

На 7 сутки после операции составлялся график distraction, и детям проводился ежедневный сеанс distraction. Как правило детям рекомендовался следующий темп distraction – по 1 мм в день (distraction проводилась 4 раза в день каждые 6 часов по 25 мм). По окончании distraction перед выпиской ребенка из стационара клиники детям выполнялась контрольная ортопантограмма для анализа проведенной distraction, состоятельности distractionного аппарата.

Ретенционный период после установки distractionного аппарата составлял от 4 до 6 месяцев.

После ретенционного периода проводилось удаление distractionного аппарата. После увеличения размеров ветвей нижней челюсти проводилась активная фаза ортодонтического лечения на несъемной технике брекет-системе.

Следует отметить, что полностью устранить деформацию костей лица после устранения анкилозов ВНЧС не всегда удается. И после 16-17 лет необходимо проводить ортогнатическую операцию на 2 челюстях с целью выравнивания окклюзионной плоскости верхней челюсти, плоскостная остеотомия нижней челюсти с нормализацией окклюзии, костная пластика мышечковых отростков эндопротезом или костным аутооттрансплантатом. При этом важным моментом является планирование данного вида операции в программе ""Долфин"" с изготовлением стереолитографической модели и индивидуальным эндопротезом. Результаты и их обсуждение

1. Нами был разработан алгоритм диагностики, выбор тактики лечения и реабилитации детей и подростков с двусторонними анкилотическими заболеваниями ВНЧС с применением метода distractionного остеогенеза.

2. Проведен сравнительный анализ антропометрических характеристик линейных размеров и параметров лица до и после проведения distractionного метода.

3. Данный этап лечения включен в алгоритм реабилитации детей с двусторонним анкилозом, и применяется на базе нашей кафедры.

Заключение Таким способом завершается комплексная реабилитация пациентов с деформациями челюстей путем устранения анкилоза ВНЧС. С 2016-2018 полностью проведено лечение у 12 пациентов, с хорошим функциональным и эстетическим эффектом.

Список литературы.

1. Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. Современные взгляды, подходы в лечении и реабилитация в различные периоды детского возраста. Я.В. Шорстов, О.З. Топольницкий, С.А. Ульянов \ No 3 (38) сентябрь 2015. Медицинский альманах с.191-195

2. Distraction osteogenesis following gap arthroplasty to correct facial asymmetry – a defined protocol in treatment of patients with temporomandibular joint ankylosis, Dr. Babu S. Parmar, Dr. Utsav

**ПЛАНИРОВАНИЕ И НОВЫЕ СПОСОБЫ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННИМИ АНКИЛОЗИРУЮЩИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Калинина С.А., Топольницкий О.З., Дмитриева И.В.

Научный руководитель: Топольницкий О.З.

**Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.
Евдокимова**

Введение: Нами были проанализированы результаты лечения детей с двусторонними анкилозирующими заболеваниями ВНЧС. Анкилозирующие заболевания височно-нижнечелюстного сустава являются сложной патологией у детей. В 75% случаев клинически заболевание проявляется у детей на первом году жизни, и как правило обусловлены рядом причин: родовой травмой, гематогенным остеомиелитом, воспалением среднего уха, травмой ребенка. Единственным эффективным способом лечения вторичного деформирующего остеоартроза и анкилоза ВНЧС является хирургическое вмешательство. Изначально хирургический подход сводился к разработке методик различных остеотомий ветвей нижней челюсти с удалением патологических (анкилотических) костных разрастаний. В дальнейшем в послеоперационном периоде пациенту изготавливался ортодонтический аппарат для удержания нижней челюсти в правильном положении, которым он вынужден был пользоваться долгое время после операции. В дальнейшем при лечении данной патологии стали использовать различные ауто-, аллотрансплантаты, эндопротезы, которым придавалась форма и размер недостающей части нижней челюсти. Очень эффективен метод компрессионно-дистракционного остеогенеза в детском возрасте, который позволяет последовательно и поэтапно устранять дефекты нижней челюсти и предупреждать развитие вторичных деформаций лицевого скелета. Исходя из множества методов хирургического лечения и многочисленных видов пластического материала, замещающего дефект нижней челюсти, возникает необходимость выработки определенного алгоритма хирургической реабилитации пациентов с двусторонним вторичным деформирующим остеоартрозом и анкилозом височно-нижнечелюстного сустава. При этом необходимо определить целесообразность выбора того или иного метода хирургического лечения в соответствии с возрастом пациента, характером патологии, анатомическими и функциональными нарушениями, усугубляющимися с ростом организма; а также совершенствовать методы хирургического лечения при односторонней костной патологии ВНЧС.

Материалы методы. С 2016 по 2018 год в отделении ЧЛХ было проведено лечение 32 детей с диагнозом ""Двусторонний анкилоз ВНЧС. После комплексного обследования всем детям было проведено хирургическое лечение. Трем детям была выполнена операция «Остеотомия ветви нижней челюсти с удалением анкилотических разрастаний», с последующим шинированием при помощи шины Ванкевича. У пяти пациентов после устранения анкилоза с целью увеличения объема кости была выполнена операция «Костная пластика аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости», как этап подготовки к дистракционному остеогенезу. Пяти пациентам была проведена операция «Остеотомия ветви нижней челюсти с одномоментной костной пластикой дефекта эндопротезом». Двенадцати пациентам, ввиду того, что после ранее проведенных операций определялись отстаивания линейных размеров нижней челюсти, была произведена операция «Остеотомия ветви нижней челюсти с постановкой в область ветви нижней челюсти дистракционного аппарата». Детям были установлены дистракционные аппараты Конмет 821.00, 820.00. Величина дистракции определялась возможностями дистракционного аппарата (30 мм, 20 мм) и в среднем величина регенерата составляла от 1,8 см до 3 см. Ретенционный период составлял 4 месяца. После ретенционного периода проводилось удаление дистракционного аппарата. После увеличения размеров ветвей нижней челюсти проводилась активная фаза ортодонтического лечения.

Результаты и обсуждение. Следует отметить, что полностью устранить деформацию костей лица после устранения анкилозов ВНЧС не всегда удается. И после 16-17 лет необходимо проводить ортогнатическую операцию на 2 челюстях с целью выравнивания окклюзионной плоскости верхней челюсти, плоскостная остеотомия нижней челюсти с нормализацией окклюзии, костная пластика мышечковых отростков эндопротезом или костным аутооттрансплантатом. При этом важным моментом является планирование данного вида операции в программе "Долфин" с изготовлением стереолитографической модели и индивидуальным эндопротезом. Таким способом завершается комплексная реабилитация пациентов с деформациями челюстей путем устранения анкилоза ВНЧС.

Заключение. С 2016-2018 полностью проведено лечение у 9 пациентов, с хорошим функциональным и эстетическим эффектом.

Список литературы.

1. Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. Современные взгляды, подходы в лечении и реабилитация в различные периоды детского возраста, Я.В. Шорстов, О.З. Топольницкий, С.А. Ульянов \ No 3 (38) сентябрь 2015 Медицинский альманах с.191-195
2. Bilateral total mandibular reconstruction with patient specific implants for temporomandibular joint ankylosis, J. Chaurand, L. Pacheco-Ruiz, Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 119, Issue 3, pp. 169–256 (June 2018)
3. Condyle-preserved arthroplasty versus costochondral grafting in paediatric temporomandibular joint ankylosis: a retrospective investigation, L. Xia Y. He J. An S. Chen Y. Zhang, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 47, Issue 8, pp. 953–1094 (August 2018)
4. The sequential treatment of temporomandibular joint ankylosis with secondary deformities by distraction osteogenesis and arthroplasty or TMJ reconstruction, W. Zhang, X. Yang, Y. Zhang, T. Zhao, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 47, Issue 8, August 2018, Pages 1052-1059
5. Protocol for Single-Stage Bilateral Temporomandibular Joint Replacement Using Intraoperative Navigation in Patients With Ankylosis, Marshall F. Newman, D. Graham Lee, M. Kinon, Lecholop, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 76, Issue 7, July 2018, Pages 1418-1423

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЫ

Карачаев М.М. Харатокова Р. М.

Научный руководитель: к.м.н., асс. Елисеева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В структуре заболеваемости взрослого населения Российской Федерации травмы челюстно-лицевой области (ЧЛО) занимают 10-е место. Клиническое обследование пострадавших, с травмами ЧЛО позволяет лишь ориентировочно представить характер травмы. Оценка сопутствующих повреждений в соседних областях часто затруднены. В связи с этим, диагностика травмы ЧЛО является актуальной задачей челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ).

Целью исследования является оптимизация диагностики травматического повреждения челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Исследование нами проводилось на кафедре хирургической стоматологии и ЧЛХ СтГМУ на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи г.Ставрополя. Было обследовано 30 пациентов отделения ЧЛХ с различными травмами ЧЛО с сентября 2016 по март 2018 г.. Обследуемые были разделены на 2 группы:

- 1) 21 пациентов с изолированными травмами ЧЛО;
- 2) 9 пациентов с множественными травмами ЧЛО.

Результаты исследований и их обсуждение. Для полной объективизации полученной травмы и клинико-функциональных изменений ЧЛО и соседних анатомических областей нами был спланирован алгоритм обследования наших 30-ти пациентов.

1 этап: у 100 % пациентов производился сбор жалоб, анамнеза, а также выполнялось клиническое обследование челюстно-лицевым хирургом. Осуществлялась постановка предварительного диагноза.

2 этап: обе группы обследуемых были осмотрены смежными специалистами в зависимости от травмы.

3 этап: всем пациентам для уточнения диагноза выполнялись дополнительные методы диагностики:

- лабораторные исследования (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимия крови (БК), и т.д);

- лучевая диагностика ЧЛО (рентгенография, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковые исследования (УЗИ) и т.д);

4 этап: при подозрениях на сочетанную травму выполняли дообследование по назначению смежных специалистов, это была как инструментальная, лучевая, так и лабораторная диагностика.

Таким образом при клиническом обследовании, у пациентов с изолированной травмой чаще всего было характерно предъявление жалоб специфического характера: боль в области НЧ, ВЧ, скуловой кости или носа. А вот у пострадавших с множественной травмой чаще наблюдались общие жалобы: онемение в области лица, головная боль или нечетко локализованная боль.

По завершению всех этапов обследования повреждение костных структур было выявлено у всех пациентов. У 1 группы с изолированной травмой, наблюдалось следующие виды повреждений: переломы скуловой кости, ВЧ, НЧ, костей носа, причем результаты традиционной рентгенографии и ОПТГ были достаточно точны. У 2 группы с множественными повреждениями, простая рентгенография не позволяла поставить точный диагноз, только лишь с использованием МСКТ и КЛКТ мы могли делать полноценное заключение.

Все пострадавшие пациенты были осмотрены нейрохирургом, а в ряде случаев - профильными специалистами в зависимости от локализации полученной травмы. Повреждение головного мозга было диагностировано у 10 обследуемых пациентов. Обычная рентгенография в данном случае оказалась практически неэффективной. Основным диагностическим методом в данных ситуациях являлась МСКТ, что позволяло поставить четкий диагноз, также пациентам проводили и УЗИ. Для уточнения цереброваскулярных нарушений дополнительно у четырех пациентов 2 группы обследуемых, были выполнены кардиоинтервалография (КИГ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных артерий головного мозга. Данные исследования позволили объективизировать отклонения в вегетативном обеспечении и в сосудах головного мозга.

Анализ результатов нашего исследования позволил предложить схему обследования больных с травмой челюстно-лицевой области, в которой определена оптимальная последовательность применения методов при изолированной, множественной (комбинированной) и сочетанной травмах ЧЛО в зависимости от характера повреждения:

Травма челюстно-лицевой области

Клиническое обследование челюстно-лицевым хирургом и смежными специалистами

А) Клиническая картина изолированной травмы

2) Лабораторная диагностика: ОАК, ОАМ, БК и т.д.

3) Лучевая диагностика: Рентгенография, ОПТГ

4) Диагноз установлен

5) Диагноз не установлен см. план Б

Б) Клиническая картина множественной травмы

2) Лабораторная диагностика: ОАК, ОАМ, БК и т.д.

3) Лучевая диагностика: МСКТ, КЛКТ, УЗИ

4) Диагноз установлен

5) Травма головного мозга - КИГ, УЗДГ

Вывод. Комплексная, оптимизированная индивидуально для каждого пациента, схема диагностики травмы челюстно-лицевой области значительно повышает эффективность традиционного обследования, позволяя определить характер и распространенность процесса, заинтересованность вещества мозга, уточнить объем предстоящей операции, а также оценить динамику течения заболевания на этапах лечения и реабилитации.

Список литературы.

1. Лежнев Д.А. Синдромальный подход в лучевой диагностике травм челюстно-лицевой области / А. Ю. Васильев, Д. А. Лежнев // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2007. – № 3 – С.4–10.
2. Лежнев Д. А. Лучевое обследование пострадавших с множественной и комплексной травмой челюстно-лицевой области / Д. А. Лежнев // Российский медицинский форум-2007: Материалы II конгресса. – Москва, 2007. – С. 95–96.
3. Арцыбушев, В. И. Особенности диагностики и лечение больных с повреждениями костей средней зоны лица при черепно-мозговой травме / В. И. Арцыбушев // Специализированная медицинская помощь : тез. докл. М., 1982.-С. 93-95.
4. Рентгенодиагностика в терапевтической стоматологии: Учебное пособие. Автор: Герасимова Л.П. Год издания: 2011. Медицинская литература от издательства "Медицинская книга" Стр.: 196.
5. Елисеева Е.В. Клинико-психоневрологические проявления при сочетанной черепно-лицевой травме. (В соавт. Карпов С.М., Гандылян К.С., Христофорандо Д.Ю., Суюнова Д.Д.). Российский стоматологический вестник. 2014, №4. стр. 45 - 48.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Керимова Л.Н., Шалимова А.К.

Научный руководитель: Шурыгина Е.П.

Уральский государственный медицинский университет

Врачи-стоматологи постоянно отмечают связь между состоянием органов полости рта и общесоматическими заболеваниями. Данное явление обуславливает постоянный интерес исследователей к изучению особенностей развития стоматологической патологии на фоне отдельных форм соматических заболеваний.

На сегодняшний день заболевания сердечно-сосудистой системы распространены повсеместно и занимают первое место среди причин инвалидизации и смертности во всем мире. Одним из наиболее распространенных заболеваний является хроническая артериальная недостаточность (ХАН), развивающаяся как самостоятельно, так и в качестве одного из проявлений или осложнений других заболеваний сердечно-сосудистой системы, например, облитерирующего атеросклероза (81,6%), облитерирующего тромбангиита (2%), неспецифического аортоартериита (9%), диабетической ангиопатии (6%) и болезни Рейно (1.4%).

В результате сдавления, обтурации или нейрогенного спазма снижается приток крови к тканям и органам. В следствие чего повышается расход кислорода и субстратов метаболизма тканями. Возникает хроническая ишемия тканей, которая в том числе сказывается на нарушении кровоснабжения органов полости рта. В результате снижаются процессы регенерации в полости рта, повышается вероятность развития кариозных и воспалительных процессов [3, 4].

Цель исследования: изучить влияние хронической артериальной недостаточности на состояние органов полости рта.

Материалы и методы исследования

В отделении гнойной хирургической инфекции ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга было проведено стоматологическое обследование 20-ти пациентов с диагнозом «Критическая ишемия нижних конечностей» (основная группа). В стоматологической поликлинике УГМУ также были обследованы 20 пациентов в качестве группы сравнения. Средний возраст пациентов основной группы составил $52 \pm 2,4$ года, группы сравнения - $49 \pm 1,8$.

По гендерному признаку основная группа состояла из 55% мужчин и 45% женщин, в то время как группа сравнения из 40% и 60%, соответственно.

В ходе исследования для объективной оценки тяжести состояния больных была использована система SAPS-II (Simplified Acute Physiological Score – Модифицированная шкала оценки тяжести состояния больных). Среднее значение в основной группе составило $16,45 \pm 1,3$ (состояние тяжелое). Из них 15% от группы составили пациенты со состоянием средней тяжести и 85% с тяжелым состоянием. В группе сравнения среднее значение равно $9,6 \pm 1,6$ (состояние

тяжелое). Из них 20% от группы составили пациенты со состоянием средней тяжести и 80% с тяжелым состоянием.

Обследование проводилось в спокойной обстановке, начинали с расспроса – жалобы, время последнего обращения к стоматологу.

Стоматологический осмотр проводили с использованием одноразовых стерильных стоматологических наборов. Осмотр полости рта проводили в следующей последовательности: губы, красная кайма губ, слизистая оболочка. Оценивали характер рельефа слизистой (цвет, увлажненность, наличие патологических элементов).

Результаты и их обсуждение

В основной группе встречались жалобы на жжение языка (40%), трещины губ, заеды (45%), возникновение язв (60%), сухость в полости рта (65%), отсутствие зубов (70%), разрушение «здоровых» зубов (75%), неприятный запах изо рта (75%), затруднение при приеме пищи (75%), частую травматизацию слизистой оболочки полости рта (СОПР) (80%), частую кровоточивость десен (80%), длительное заживление ран в полости рта (ПР) (85%).

В то время как в группе сравнения имелись жалобы на трещины губ, заеды (5%), сухость в полости рта (10%), отсутствие зубов (5%), разрушение «здоровых» зубов (30%), неприятный запах изо рта (15%), частую кровоточивость десен (25%).

При осмотре полости рта в основной группе выявлено оголение корней зубов на $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ у 17 человек, цианотичность десны (16 чел.), частичная адентия (14 чел.), бледность десны (16 чел.), трещины губ, заеды (18 чел.), над-, поддесневой зубной камень (20 чел.), кровоточивость десны (19 чел.), кариес зубов (19 чел.).

В то время как при объективном осмотре в группе сравнения было обнаружено оголение корней зубов на $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ у 7 человек; цианотичность десны (6 чел.), частичная адентия (5 чел.), бледность десны (6 чел.), трещины губ, заеды (8 чел.), над-, поддесневой зубной камень (19 чел.), кровоточивость десны (8 чел.), кариес зубов (8 чел.) (табл. 2) [7].

При исследовании частоты посещения врача-стоматолога выяснилось, что в основной группе 45% посещали стоматолога менее, чем полгода назад, 25% – от полугода до года, 30% – более года назад. В то время как в группе сравнения – 60%, 25%, 15%, соответственно.

Выводы

1. Больные с критической ишемией нижних конечностей предъявляли жалобы на длительное заживление ран в полости рта (85%), частую травматизацию и кровоточивость десен (80%).

2. У больных с критической ишемией нижних конечностей объективно определялись зубные отложения (100%), кариозные поражения (95%), оголение корней зубов (85%) и цианотичность десны (80%).

3. Несмотря на частое посещение врача-стоматолога и соблюдение индивидуальной гигиены полости рта наблюдается высокая частота патологии зубочелюстной системы.

4. Состояние полости рта у больных с критической ишемией нижних конечностей достоверно хуже, чем у пациентов группы сравнения.

5. Возникает необходимость ставки врача-стоматолога в отделении гнойной хирургической инфекции.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Кулаева А.С., Пономаренко Т.С.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Скрыль А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Частичная потеря зубов является серьезной медицинской, а также важной социальной и психологической проблемой. Вследствие одновременного удаления нескольких зубов при пародонтите или осложнениях кариеса у пациента нарушается нормальная работа зубо-челюстной системы, возникает эстетический дефект. Возможности современной ортопедической стоматологии позволяют решить данную проблему с помощью иммедиат-протезов,

способствующих воссозданию морфологического, функционального и эстетического оптимума в зубочелюстной системе за короткий срок.

Цель: повышение эффективности применения имедиат-протезов.

Материалы и методы:

Для достижения поставленной цели в клинике было изготовлено несколько вариантов имедиат-протезов.

Рассмотрим каждый из них:

Способ 1

До операции удаления зуба врач-стоматолог снимает оттиски и регистраты окклюзии. В хирургическом отделении зубы удаляются и протезы накладываются в этот же день.

В лаборатории по полученным оттискам отливают рабочие и вспомогательные модели. Зубы, подлежащие удалению, срезают на моделях на уровне их шеек. Затем с вершины альвеолярного отростка снимают тонкий слой гипса (не более 2 мм) и придают ему закругленную форму. В участках, прилегающих к шейкам оставшихся, ограничивающих дефект естественных зубов и, отступя от них на 3-4 мм, гипс снимать не следует для предупреждения отслойки будущим протезом десны естественного зуба. Затем зубной протез моделируется из воска, после чего изготавливается из акриловой пластмассы, дезинфицируется и хранится в емкости с водой до припасовки в полости рта пациента.

Способ 2

Непосредственное замещение дефекта зубного ряда заключается в восстановлении непрерывности зубного ряда с использованием стекловолокна и зуба из стандартного гарнитура или фотокомпозита. На поверхности опорных зубов с помощью боров создают небольшие выемки, куда в последующем врач фиксирует балку из стекловолокна, и далее на ее основе моделируют искусственный зуб из светоотверждаемого композитного материала. Все это делается непосредственно во рту у пациента, то есть прямым способом. Далее после отверждения материала производят его шлифование и полирование.

Способ 3

Методика с использованием «силиконового ключа» - это метод моделирования, называемый Mock-up, предполагает моделирование анатомической формы зуба в самой полости рта. До препарирования зубов снимают «силиконовый ключ» с использованием силиконовой массы. Затем производят препарирование зуба. После его изоляции, приступают к восстановлению анатомической формы с помощью «силиконового ключа» и светоотверждаемого композитного материала соответствующего оттенку зубов. На завершающем этапе производится полировка реставрированной поверхности.

Результаты:

Исходя из вышеперечисленных способов изготовления имедиат- протезов можно сделать вывод, что каждый из способов изготовления является эффективным и имеет свои преимущества. Выбор тактики изготовления имедиат- протеза во многом зависит от конкретной клинической ситуации.

Вывод: на основе полученных результатов можно сделать вывод, что применение имедиат-протезов – это один из наиболее эффективных способов решения функциональных, эстетических, фонетических проблем на период заживления лунки удаленного зуба.

ЭТИОЛОГИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА

Кулаева А.С., Григорян С.А., Пономаренко Т.С.

Научный руководитель: профессор, д.м.н. Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Причинами возникновения зубочелюстных аномалий и деформаций у детей являются вредные привычки. Среди них самыми распространенными являются привычки атипичного сосания, зафиксированные позотонические рефлексy, определяющие неправильное положение частей тела в покое.

Они способствуют парафункции мышц, окружающих зубные ряды, смещению нижней челюсти, вызывают нарушение положения отдельных зубов и их групп, изменение формы зубных рядов, нарушения прикуса в сагиттальном, трансверзальном и вертикальном направлениях. Эти

нарушения закрепляются с возрастом и нередко приводят к изменению формы и симметрии лица. Кроме того, они могут являться причиной заболеваний пародонта.

Цель исследования: выявление этиологических факторов, способствующих развитию зубочелюстных деформаций в период сменного прикуса.

Материал и методы:

Нами проведен стоматологический осмотр полости рта у 14 подростков, у которых имелись зубочелюстные деформации. У пациентов изучались этиологические факторы, способствующие развитию зубочелюстных деформаций в период сменного прикуса. В результате полученных данных все пациенты делились по классификации В.П. Окушко на 3 группы. В первую группу входили 3 пациента, которые имели привычку сосания (2 - сосали палец, 1 - прикусывал губы и щеки. Вторую группу составили 8 пациентов имеющих аномалии функции (3 - нарушение функции жевания, 4 - неправильное глотание и привычка давления языком на зубы, 1- неправильная речевая артикуляция). В 3 группу вошли 3 пациента с зафиксированными позотоническими рефлексам, определяющими неправильное положение частей тела в покое (1 - неправильная поза тела и нарушение осанки, 2- неправильное положение нижней челюсти и языка в покое).

Пациентам из 1 группы (3 чел.) объясняли вредное влияние атипичных привычек, способствующих возникновению патологии зубочелюстной системы, показывали слайды с пациентами, у которых имелись подобные вредные привычки и результаты их лечения после прекращения влияния вредных привычек.

Пациентам из второй группы (8 чел.) с нарушениями функции жевания, неправильным глотанием и привычкой давления языком на зубы и нарушениями речи помимо бесед с показом фотографий и гипсовых моделей пациентов проводилось ортодонтическое лечение с использованием аппаратов механического, функционального и комбинированного действий.

Пациентам из 3 группы (3 чел.) с зафиксированными позотоническими рефлексам проводилось ортодонтическое лечение с использованием съемных и несъемных аппаратов с использованием миогимнастических упражнений для нижней челюсти и языка и общей гимнастики для позвоночного столба и верхнего плечевого пояса.

Результаты и обсуждение:

У 3 пациентов из 1 группы (чел.) после прекращения влияния вредных привычек на полость рта в результате у 1 через 8 месяцев произошла саморегуляция атипичного наклона верхних фронтальных зубов. У 2 пациентов после прекращения вредной привычки проведено ортодонтическое лечение с помощью Эджуайс-техники.

У 8 пациентов из 2 группы обязательным условием считалось прекращение вредной привычки. При этом им проводилось ортодонтическое лечение с использованием аппаратов механического, функционального и комбинированного действий.

У 3 пациентов из 3 группы проводилось ортодонтическое лечение с использованием съемных и несъемных аппаратов с использованием миогимнастических упражнений для нижней челюсти и языка и общей гимнастики для позвоночного столба и верхнего плечевого пояса.

Закключение: В результате проведенной научно-исследовательской работы посвященной изучению этиологических факторов, формирующих зубочелюстную деформацию у подростков нами взято 14 пациентов в возрасте от 12 до 18 лет с различными видами деформаций зубочелюстной системы и определили 3 группы пациентов. Во всех трех группах обязательным условием проведения ортодонтического лечения являлось прекращение отрицательного влияния со стороны этиологического фактора, вызывающего патологию зубочелюстной системы. Во всех трех группах у 14 пациентов достигнут положительный лечебный результат. Повторный осмотр через 3, 6, 9 месяцев не выявил рецидива полученного лечебного результата.

Список литературы:

1. Персин Л.С., Слабковская А.Б., Картон Е.А. Ортодонтия. Современ-ные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии. ГЭОТАР-Медиа, 2017 г. – 160 с.
2. Янушевич О.О., Сохов С.Т., Арутюнов С.Д. Формирование стоматологических умений и навыков на учебном тренажере-симуляторе. Практическая медицина, 2017 г. – 88 с.
3. Иванов А.С., Лесит А.И., Солдатова Л.Н. Основы ортодонтии. СпецЛит, 2017 г. - 223 с.
4. Леонтьев В.К. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2017 г. – 952 с.

ВЛИЯНИЕ ТЕМПЕРАМЕНТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Куликова А.В., Голованова Е.Н., Гуркин Р.Б.

Научный руководитель: Васильева Т.А.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

Одной из основных функций зубочелюстной системы, определяющей ее состояние, является жевание. При оценке жевательной эффективности врачу-стоматологу-ортопеду необходимо выбрать максимально точный метод. При этом важным аспектом являются личностные характеристики пациента. Необходимо учитывать темперамент при определении эффективности жевания, как одного из возможных этапов ортопедического лечения, что позволит повысить точность результатов.

Цель исследования:

Определение влияния темперамента личности на показатели жевательной эффективности при ее оценке методом В. Н. Трезубова.

Материал и методы исследования:

Для определения жевательной эффективности у 30 студентов РязГМУ провели компьютерный анализ окклюзиограмм: получили окклюзиограммы, отсканировали их и обработали с помощью компьютерной программы MAT-BLAD (разработка кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии РязГМУ). После провели экспресс-пробу В.Н.Трезубова. Каждому студенту предлагали жевать миндаль до появления рефлекса глотания, засекали время от начала жевания до желания проглотить (по данным Трезубова это время равно 16 секундам). Для поправки результатов теста на темперамент личности испытуемые проходили тест Айзенка. Согласно принадлежности определенному типу темперамента, у испытуемых наблюдали разную скорость жевания. С учетом поправки на темперамент рассчитали эффективность жевания обследуемых.

Результаты и их обсуждение:

Жевательная эффективность, измеренная с помощью компьютерной программы, составила у 80% обследуемых – 95-100%, у 20% - 86-94%. По экспресс-пробе В.Н. Трезубова 74% исследуемых жевали миндаль 16 секунд и меньше, 26% - 17 и больше что соответствует значениям предварительной жевательной эффективности 100%, 94,1% и менее.

При учете типов темперамента выявили, что у меланхоликов и холериков результаты значительно разнятся с полученными со сканов. Время, за которое жует орех меланхолик выше 16 секунд в большинстве случаев, жует медленно, и жевательная эффективность составляет около 100%. У большинства холериков, сангвиников, напротив время жевания до желания проглотить короткое. Флегматики жуют с умеренной скоростью, и время близко к 16 секундам. Соответственно разницу в значениях жевательной эффективности можно устранить, делая поправку на темперамент.

Выводы:

В ходе работы мы пришли к выводу о необходимости поправки на темперамент при определении жевательной эффективности методом В.Н. Трезубова. При учете влияния личностных характеристик результаты пробы будут более достоверными.

Список литературы

1. Н.Е. Митин, Т.А. Васильева, М.И. Гришин. Современные методы оценки жевательной эффективности на этапах ортопедического лечения // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №4
2. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: Учебник для медицинских вузов / Под ред.проф. В.Н.Трезубова. - СПб.: СпецЛит,2001.- 480с.:ил.
3. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. – Ортопедическая стоматология

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЙСТВИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩИХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПОСЛЕ ОФИСНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ

Кулумбегова И.Р., Дауева Д.В.

Научный руководитель: Моргоева З.З.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В последние годы все больше людей стремятся к идеальной улыбке. Одной из главных составляющих такой улыбки является белизна зубов. Именно поэтому офисное отбеливание является одной из самых популярных процедур на стоматологическом рынке. Однако после этой процедуры повышается проницаемость эмали, вследствие чего появляется необходимость проведения процедуры реминерализации. В качестве реминерализующих средств чаще всего используют препараты фтора и кальция. Целью нашего исследования является сравнение действия реминерализующих препаратов отечественного и зарубежного производства с различным составом и ценой.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 54 удаленных зуба, ранее подвергшихся офисному отбеливанию. В качестве реминерализующих препаратов были взяты «Фторлак» (Омега-Дент), эмаль-герметизирующий ликвид (Humanchemie), суспензия «Десенсетин» (Tehnodent). После нанесения этих препаратов оценивалась скорость реминерализации с помощью КОСРЭ-теста: на реминерализованную эмаль наносился мителеновый синий, степень окрашивания оценивалась по десятибалльной шкале, учитывалась степень уменьшения проницаемости эмали. Глубину проникновения красителя в глубокие слои эмали оценивали с помощью оптического микроскопа. Чем глубже проникал краситель в эмалевые поры, тем хуже действовал препарат для реминерализации. Зубы, подвергшиеся реминерализации, сравнивались с контрольной группой. Проницаемость зубов, подвергшихся глубокой реминерализации, значительно снижалась. Статистическая обработка результатов произведена с использованием пакета программ Microsoft Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Для полной реминерализации эмали хватило двух процедур препаратом «Фторлак» (Омега-Дент), суспензией «Десенсетин» (Tehnodent) – 3 процедуры, и эмаль-герметизирующий ликвиду (Humanchemie) – 5 процедур. В результате исследования выяснилось, что реминерализации лучше подверглись зубы с нанесением «Фторлака». Проницаемость зубов с нанесенным эмаль-ликвидом изменилась незначительно. «Десенсетин» показал средний результат. Препарат «Фторлак» отлично справился со своей задачей, при этом его цена была значительно ниже препарата зарубежного производства.

Заключение. На основании проведенных нами исследований были сделаны следующие выводы: 1. Все зубы, подвергающиеся отбеливанию, нуждаются в реминерализующей терапии из-за повышения проницаемости эмали. 2. Реминерализация зубов происходит лучше под действием препарата «Фторлак», который с успехом может заменить дорогостоящий аналог. Именно поэтому мы рекомендуем использовать препарат «Фторлак» (Омега-Дент).

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО

Кулумбегова И.Р., Хубулов С.А.

Научный руководитель: к.м.н. доц. Хетагуров С.К.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Наблюдения и исследования врачей-стоматологов свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между патологией внутренних органов и состоянием полости рта. Среди системных заболеваний наиболее часто к развитию заболеваний органов полости рта, в частности, пародонта, приводят болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что, по всей вероятности, объясняется особенностями строения и функций пищеварительного тракта, его участием в регуляции количественного и качественного состава биологически активных веществ и целого ряда обменных процессов в организме. Наиболее часто встречающимися хроническими заболеваниями ЖКТ являются хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический колит и энтероколит. Важной проблемой, имеющей большое значение для

стоматологов и терапевтов, является изучение патологических изменений в полости рта, в частности, пародонта, возникающих при различных патологических процессах внутренних органов, в первую очередь, при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта.

Целью нашего исследования является изучение стоматологического статуса у больных с патологией ЖКТ, установление степени влияния рационального протезирования у таких больных на течение основного заболевания. Для достижения данной цели был проведен плановый осмотр 40 больных в возрасте от 40 до 55 лет в гастроэнтерологическом отделении республиканской клинической больницы.

При проведении осмотра оценивались следующие показатели: состояние слизистой губ, щек, десен, языка, индекс «кариес-пломба-удаленный» (КПУ). Данные осмотра заносились в специально разработанную для этого карту осмотра полости рта.

В дальнейшем 10 больным в период ремиссии было проведено рациональное протезирование – замещение отсутствующих зубов полными и частичными съемными протезами.

В результате проведенной работы выяснилось, что у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки индекс КПУ выше, чем у людей без патологий ЖКТ. У всех больных отмечалась обложенность языка, а также некоторая его отечность. Гингивит отмечался у 20% пациентов, у 75% наблюдался переход от гингивита в пародонтит. На коже губ отмечались хейлиты, трещины, заеды. Также у 15% больных отмечались различного рода стоматиты. При сравнении показателей у больных гастроэнтерологическими заболеваниями с показателями у здоровых людей, удалось выяснить, что распространенность патологий полости рта у первой группы людей больше.

Необходимость в ортопедическом лечении при хронических заболеваниях ЖКТ составляет 100%. При анализе динамики выздоровления у 10 пациентов, прошедших ортопедическое лечение, нами было отмечено, что по сравнению с контрольной группой из 10 пациентов, получавших такое же лечение, но не протезировавшихся, наблюдались положительные сдвиги в динамике заболевания. Проведенное в стадии ремиссии протезирование, позволило этим больным правильно организовать питание, отмечалось удлинение периодов ремиссии вплоть до полного исчезновения обострений.

На основании проведенных нами исследований были сделаны следующие выводы: 1. при заболеваниях ЖКТ наблюдаются выраженные изменения полости рта; 2. без оказания необходимой стоматологической помощи лечение заболеваний ЖКТ нельзя считать законченными; 3. иногда заболевания ЖКТ протекают бессимптомно, а осмотр полости рта помогает выявить латентную фазу этих заболеваний; 4. при рациональном протезировании больных с заболеваниями ЖКТ по показаниям отмечается положительная динамика заболевания, период ремиссии удлиняются.

Список литературы.

1. Бавыкина, Т. Ю. Полость рта – зеркало заболеваний внутренних органов / Т. Ю. Бавыкина, О. А. Ефремова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2011. – №10. – С. 236-237.
2. Денисова, Т. П. Мониторинг распространенности заболеваний внутренних органов на примере патологии пищеварительной системы / Т. П. Денисова, В. А. Шульдяков, Л. А. Тюльтева, Ю. В. Черненко, Л. Н. Алипова, Л. А. Саджая // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, N 4. – С. 772-776.
3. Лепилин, А. В. Патология пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / А. В. Лепилин, О. В. Еремин, Л. Ю. Островская, А. В. Еремин // Пародонтология. – 2008. – №4. – С. 10-17.

**ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ
ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ**

Купырев И.В., Свиридов Е.Г., Дробышев А.Ю.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Дробышев А.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

По данным отечественной и зарубежной литературы, от 27 до 41% населения имеют аномалии прорезывания зубов, формирования прикуса или деформации челюстей. Вертикальная резцовая дизокклюзия (ВРД) считается одной из наиболее сложных для лечения аномалий зубо-челюстной системы.

Тяжесть ВРД определяется по степеням - легкая, средняя и тяжелая. Л.С. Персин (2015) оценивает степень тяжести ВРД по отношению к вертикальной плоскости: 1-я степень - отсутствие резцового перекрытия от 1 до 3 мм; 2-я степень - от 3 до 5 мм; 3-я степень - от 5 мм и более.

Внешний вид пациентов с ВРД сопровождается такими лицевыми признаками, как полуоткрытый рот, невозможность сомкнуть губы в расслабленном состоянии, увеличение нижней трети лица (так называемый синдром «длинного лица»), десневая улыбка. При глотании отмечается напряжение круговой мышцы рта и подбородочной мышцы. При этом на подбородке появляются точечные углубления (симптом «наперстка»). При вынужденном смыкании губ определяется чрезмерное натяжение верхней губы.

Пациенты с ВРД имеют скелетные признаки: увеличение общей передней высоты лица, в основном за счет увеличения нижней передней высоты лица, уменьшение задней высоты лица, ширина лица может быть значительно сужена, как правило определяется увеличение зубоальвеолярных высот боковой группы зубов, ротация верхней челюсти против часовой стрелки, тенденция к сужению верхней челюсти, дистальный наклон мыщелкового отростка нижней челюсти, уменьшение высоты ветви нижней челюсти, прямой нижнечелюстной канал, увеличение нижнечелюстного угла, выраженная антегониальная вырезка, ротация нижней челюсти по часовой стрелке с увеличением угла нижнечелюстной плоскости.

Применяется тактика комплексного лечения пациентов с ВРД, которая включает в себя ортодонтическое и хирургическое лечение. Ортодонтическая подготовка пациентов с ВРД заключается в нормализации положения зубов, формы и размеров зубных рядов. Особенностью ортодонтической подготовки является получение необходимой требуемой длины зубного ряда в области передних зубов. Создается расстояние между корнями зубов в области будущей линии остеотомии (между боковыми резцами и клыками или между клыками и первыми премолярами, в зависимости от размера необходимого фронтального сегмента). В качестве хирургического лечения пациентов с ВРД в современной челюстно-лицевой хирургии применяется сегментарная остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I, в сочетании с применением межкортикальной двусторонней остеотомией нижней челюсти. В большинстве случаев у пациентов с ВРД наблюдается сужение верхней челюсти, которое невозможно компенсировать ортодонтически (более 6 мм), что является показанием для проведения хирургического расширения верхней челюсти (операции остеотомии верхней челюсти по Ле-Фор I и срединному небному шву с фиксацией и активацией небного дистракционного аппарата).

Материалы и методы исследования:

Было проведено хирургическое лечение 167 пациентов с ВРД. Все пациенты были разделены на 4 группы: (1) 40 (23,9%) пациентам проводилась сегментарная остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I с предварительным этапом хирургического расширения верхней челюсти; (2) 19 (11,4%) пациентам проводилась остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I с предварительным этапом расширения верхней челюсти; (3) 84 (50,3%) пациентам проводилась сегментарная остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I без предварительного этапа хирургического расширения верхней челюсти; (4) 24 (14,4%) пациентам проводилась остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I без предварительного этапа хирургического расширения верхней челюсти.

Результаты и обсуждения:

В группе пациентов у которых проводилась сегментарная остеотомия по Ле-Фор I с предшествующим расширением верхней челюсти (1) в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. В группе пациентов которым проводилась остеотомия по Ле-Фор I с предшествующим расширением верхней челюсти (2) у 4 пациентов в послеоперационном периоде

наблюдалось недостаточное резцовое перекрытие на высоту половины коронки или более. В группе пациентов у которых проводилась сегментарная остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор 1 без предварительного расширения верхней челюсти (3) у 5 пациентов в послеоперационном периоде наблюдалось сужение верхней челюсти и щечный наклон моляров верхней челюсти. В группе пациентов которым проводилась остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор 1 без предварительного расширения верхней челюсти (4) 4 пациентам в послеоперационном периоде проводилась реоперация.

Заключение:

По данным наших наблюдений применение сегментарной остеотомии по Ле-Фор 1 с предварительным расширением верхней челюсти является наиболее эффективным методом лечения пациентов с ВРД. Однако применение этого метода требует проведения дополнительного хирургического этапа и более высоких навыков хирурга.

Список литературы.

1. Водахова А.А., Козлова А.В., Дробышев А.Ю. «Двухэтапная хирургия в комбинированном лечении пациентов с гнатической формой вертикальной резцовой дизокклюзии и сужением верхней челюсти» М: Dental Forum. 2012; 3: С. 23-24.
2. Дробышев А.Ю., Клипа И.А., Дробышева Н.С. «Применение дистракционного метода для расширения верхней челюсти как один из этапов ортогнатической хирургии» - М.: «Антекс», 2013 – 32 с.
3. Персин Л.С. «Ортодонтия. Диагностика и лечение Зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций» - М. «ГЭОТАР-Медиа», 2016. – 640 с.
4. Сенюк А.Н., Богатырьков Д.В., Мохиреев М.А., Аскеров Р.Н. «Ортодонтическая подготовка перед проведением ортогнатических операций у пациентов со скелетной аномалией окклюзии III класса» - М.: Клиническая стоматология 2011; 3 (59): С. 90-92.
5. Чантырь И.В., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С. «Вертикальная резцовая дизокклюзия: этиопатогенез, классификация, клинко-морфологические формы, принципы лечения (обзор литературы)» - Урал. «Уральский медицинский журнал» 2016. 7 (140). С. 44-54.

ОБСЛЕДОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ГАЛЬВАНОЗ

Лианидис И.М.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

В клинической практике врача-стоматолога-ортопеда частой причиной возникновения гальванизма в полости рта пациентов с установленными ортопедическими конструкциями является присутствие в них разнородных металлов, находящихся в состоянии неизолированного контакта друг с другом внутри общей структуры протеза [1], [2]. Масштабы проблемы можно оценить, принимая во внимание тот факт, что на протяжении довольно значительного периода для изготовления ортопедических конструкций использовалось почти двадцать видов различных благородных и неблагородных металлов. Согласно общемировой статистике современной ортопедической стоматологии, явления гальванизма возникают у каждого четвертого пациента с установленными металлическими протезными конструкциями [3]. Возникновение в полости рта таких пациентов разницы биопотенциалов, существенно превышающей нормальные пороговые значения, в отсутствии внешней коррекции приводит к развитию патологии гальваноза, субъективно проявляющейся не только в чисто соматической, но и в неврологической симптоматике, что и определило актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы исследования: материалы и оборудование, использованное при проведении исследования – материалы для проведения опроса среди пациентов, которым восстанавливающие окклюзию протезы были установлены полтора месяца назад или в еще более отдаленные сроки. Методы исследования – метод анкетирования (опроса) среди ортопедических пациентов, методы подсчета, анализа и оценки указанных в анкетах данных субъективно ощущаемой симптоматики.

Результаты исследования и их обсуждение: общая численность контрольной выборки (количество опрошенных) составила 39 пациентов, имеющих подтвержденный диагноз гальваноза. Материалы анкеты содержали вопросы, касающиеся общих симптомов изменения самочувствия, субъективно ощущаемых и фиксируемых опрашиваемыми пациентами, а также частных симптомов, относящихся к ощущаемым локальным нарушениям внутри ротовой полости, вызывающим дискомфорт преимущественно физического характера. Фиксация (подтверждение) пациентами частных симптомов в рамках данного исследования носило скорее характер верификации основного установленного диагноза (гальваноз) с целью последующего установления этиологически обусловленных коррелянтов локальных стоматологических и общих неврологических нарушений.

Зафиксированные результаты по частной стоматологической симптоматике: жалобы на металлический привкус во рту высказали 36 опрошенных; наличие кислого привкуса – 19; наличие соленого привкуса – 10; вкусовые aberrации – 31; излишнее слюноотделение – 28; периодическое жжение и покалывание на кончике и боковых поверхностях языка – 34; ощущения «потертости» и «шероховатости» на внутренней слизистой оболочке полости рта – 16; возникающее чувство дискомфорта при пользовании металлическими ложками и вилками – 37 опрошенных. Жалобы на функциональное неудобство и более-менее выраженный психологический дискомфорт от наличия указанных выше симптомов соматического неблагополучия высказали все опрошенные пациенты. Результаты по общей неврологической симптоматике: жалобы на повышенную утомляемость высказал 31 пациент; на непроходящую усталость – 26; на субъективное ощущение разбитости, невозможность быстро сосредоточиться – 18; на плохой сон (в т.ч. и на бессонницу) – 33; на субъективно ощущаемое снижение работоспособности – 22. Помимо данных результатов, субъективные подозрения в отношении снижения индивидуального иммунного статуса (частый насморк, периодически возникающее ощущение першения, жжения в горле и носоглотке, неприятные ощущения заложенности и т.п.) высказали 19 опрошенных. При анализе полученных результатов были обнаружены также и гендерные различия: опрошенные пациентки женского пола на 22,5% чаще указывали на наличие возможной этиологической связи между установкой зубных протезов и последующим возникновением вторичной неврологической симптоматики по сравнению с пациентами мужского пола. Кроме того, не могли исключить возможность начала канцерогенеза в челюстно-лицевой зоне 4 пациентки женского пола (из всех 39 опрошенных), указывая при этом на возможную этиологическую зависимость между возникновением онкологической патологии и предшествующей установкой им зубных протезов, в то время как из пациентов мужского пола никто такого мнения не высказал. Принимая во внимание то, что зависимость между снижением защитных свойств человеческого организма и вызываемым гальванозом общим патологическим воздействием носит объективный характер, заявленные субъективные жалобы на пониженную сопротивляемость организма внешней патогенной микрофлорой имеют под собой этиологическую основу и сомнений объективного характера не вызывают.

Выводы: патологическое воздействие гальванических токов внутри ротовой полости ортопедических пациентов, возникновение которых часто оказывается спровоцировано установкой им биметаллических протезных конструкций, при отсутствии внешней коррекции этого воздействия и лечения его последствий способно стать причиной возникновения целого ряда вторичных патологий, субъективно ощущаемых пациентом и как локальное неблагополучие функциональной и физической природы в полости рта, и как общее ухудшение неврологического состояния, феноменологически многообразно проявляющееся в снижении физиологической и психической активности пациента ниже его индивидуальной нормы. Рекомендации: замена традиционных металлов в протезах на титан и его сплавы, а также на керамику.

Список литературы.

1. Понякина И.Д., Саган Л.Г., Лебедев К.А. Механизмы формирования и пути течения гальванических токов в тканях и жидкостях полости рта // Dental forum. - 2011. - № 6. - с. 33 - 38.
2. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. Непереносимость стоматологических материалов. Москва, 2009. 204 с.
3. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г., Михайлова М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2012. Т. 14. № 2. С. 26.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ПОЛНЫМ СЪЕМНЫМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ

Меркульцева В.М.

Научный руководитель: Шершнева Д.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Полная вторичная адентия является серьезным дефектом, который сочетает в себе функциональные и эстетические аспекты, часто коррелирующие с психоэмоциональным статусом лиц с данным диагнозом. Полная адентия становится причиной нарушений не только функций речи и пищеварения (твердая пища не подвергается измельчению, необходимому перед поступлением в желудок), но и снижения самооценки, особенно значительном для пациентов средней возрастной категории, у которых отсутствует возможность логически связать отсутствие у себя зубов с преклонным возрастом в присутствии посторонних лиц. При отсутствии внешней коррекции состояния полной адентии значительно сниженный психоэмоциональный статус пациента средней возрастной категории часто становится причиной возникновения униполярных психических расстройств (например, - депрессии) с последующей десоциализацией пациента с данным диагнозом, что и обусловило актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы исследования: материалы и оборудование, использованное в исследовании – истории болезни ортопедических стоматологических пациентов с полной вторичной адентией, оборудование для проведения опроса среди пациентов различных возрастных категорий, имеющих установленный диагноз полной вторичной адентии и проходящих процесс обследования, подготовки, протезирования и адаптации к полным съемным зубным протезам в клинике ортопедической стоматологии (специально разработанные опросники, листы анкетирования). Методы исследования – анализ историй болезни, проведение опроса (анкетирования) среди указанных пациентов, относимых к различным возрастным категориям, методы математической обработки и статистического анализа полученных опытных данных.

Результаты исследования и их обсуждение: целью исследования заявлялось выявление, фиксация и интерпретация зависимости между возрастной категорией опрашиваемого пациента и особенностями процесса его индивидуальной адаптации к полным съемным зубным протезам. В процессе исследования решался ряд связанных с достижением указанной цели задач, в число которых входило изучение общего клинического и психоэмоционального статуса пациентов различных возрастных категорий, имеющих установленный диагноз полной вторичной адентии и проходящих ортопедическое лечение с целью восстановления естественной окклюзии [1], [3], анализ субъективных оценок качества результатов проведенного протезирования и изготовления съемных протезных конструкций, установленных пациентам, исследование характера возможной связи между индивидуально-личностными психологическими особенностями каждого пациента и методикой повышения эффективности протезирования, планируемого для проведения данному пациенту. В процессе проведения настоящего исследования было проанализировано 257 историй болезней пациентов с первичным диагнозом полной вторичной адентии, прошедших протезирование в клинике ортопедической стоматологии и отнесенных к средней возрастной категории (до 40 лет). Дополнительно в рамках данного исследования был проведен целенаправленный отбор пациентов с диагнозом полной вторичной адентии для последующего протезирования в две исследуемые группы – экспериментальную группу среднего возраста (возраст пациентов не превышал сорока лет), и экспериментальную группу старшего возраста, где возраст пациентов превышал пятьдесят лет. Таким образом, исследование проводилось с одной открытой переменной (возраст пациента), поскольку общая клиническая картина для пациентов обеих групп совпадала. В качестве контрольной группы использовалась группа опрашиваемых (анкетируемых) пациентов, которым полные съемные протезные конструкции были установлены 3,5 года назад или ранее. Пациенты контрольной группы опрашивались по разделам анкеты, относимым к качеству изготовления протезов, их удобства для пациента при использовании, или, напротив, неудобства или дискомфорта при носке и описания их причин [2]. Оценка текущего состояния психоэмоционального статуса и фиксации изменений, произошедших/происходящих в нем, производилась на основе данных, полученных при заполнении пациентами «опросника ситуативной и личностной тревожности», а также «личностного опросника». Оценка результатов производилась по критерию Колмогорова-Смирнова и при значениях 1,03 – 1,06 пересчитывалась по шкале отношений и порядков с целью определения наличия корреляции между фактическим психоэмоциональным статусом и возрастом пациента, а также ее ранговые величины.

Выводы: в группе, прошедшей период адаптации к съемным полным зубным протезам, отмечалось удовлетворение качеством проведенного протезирования и изготовления протезной конструкции (43,5% респондентов), а также неудовлетворенность как первым, так и вторым (47,2% респондентов).

Список литературы.

1. Дорошина И.Р., Юмашев А.В. Михайлова М.В, Кудерова И.Г., Кристаль Е.А. Ортопедическое лечение пациентов с повышенным рвотным рефлексом // Стоматология для всех № 4. – 2014. – С. 18 – 20.
2. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра // Material of the X International scientific and practical conf. «Trend of modern science». Medicine. Sheffield. Science and education LTD; - 2014. - P. 42-44.
3. Утюж А.С., Юмашев А.В., Адмакин О.И., Загорский В.В., Нефедова И.В. Хирургические и ортопедические аспекты протезирования пациентов с опорой на имплантаты при полной вторичной адентии // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. № 4. С. 172-182.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ СУЛЬФАТИЗОЛА СЕРЕБРА ПРИ ПОСТЛУЧЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Мигаева В. Ю., Петова А. Д.

Научные руководители: Власова Т. Н., Хачатурян А. Э.

Ставропольский государственный медицинский университет

Постлучевые изменения считаются одними из сложных и трудно поддающихся лечению поражений слизистой оболочки полости рта. Лучевую терапию назначают по жизненным показаниям. Степень выраженности облучения варьирует в широких пределах и зависит от мощности дозы облучения (разовой или суммарной, поглощенной), продолжительности облучения, индивидуальной чувствительности тканей ротовой полости к облучению и от исходного состояния полости рта. Клиническая реакция слизистой оболочки полости рта на облучение развивается постепенно от гиперемии и отека до появления эрозий, язв, папулезных элементов поражения. Эта реакция имеет свои особенности на различных участках слизистой полости рта. В более поздние сроки слизистая мутнеет, теряет блеск, уплотняется, появляется складчатость, при соскабливании поверхностный слой не снимается, происходит усиленное ороговение. В более поздние сроки слизистая мутнеет, теряет блеск, уплотняется, появляется складчатость, при соскабливании поверхностный слой не снимается. Происходит усиленное ороговение.

Цель исследования – провести сравнительный анализ применения методики лечения постлучевого стоматита с применением препарата на основе сульфатаиозола серебра и традиционной методики лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 12 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет с диагнозом постлучевой стоматит. До лечения у всех пациентов был проведен тщательный сбор анамнеза, осмотр, консультация у специалистов смежного профиля по показаниям (онколог, гастроэнтеролог, иммунолог). Все пациенты были разделены на две группы: основную (6 человек) и контрольную (6 человек). Больные обеих групп находились на диете, питание их было дробным и частым. Исключались острое, горячее, пряности. Местная терапия в обеих группах начиналась по общепринятой схеме: санация полости рта, лечение патологии пародонта по показаниям. Местная терапия в обеих группах начиналась по общепринятой схеме: санация полости рта, лечение патологии пародонта по показаниям. В основной группе пациенты получали лечение в виде аппликаций препарата альмагель А и мази Аргосульфан в комбинации с анестезином в равных соотношениях. На 4-ом посещении были применены аппликации

облепихового масла с анестезином. Рекомендации: дома аппликации мультивитаминного комплекса аевит после еды на элементы поражения, иммудон 6-8 таблеток в сутки, диета.

Пациенты второй группы (контрольная) получали схему традиционной медикаментозной терапии: аппликации анестезина, обработка слизистой оболочки полости рта хлоргексидин 0,006%, аппликации керотопластиками- масло витамина А и Е. Результаты лечения были оценены по данным клинического обследования пациентов, а также, учитывая субъективные ощущения больных.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения у пациентов основной группы положительный результат был получен уже на 2 посещение, в отличие от контрольной группы (8 посещений). У пациентов основной группы явление воспаления, сухость и болевые ощущения слизистой оболочки полости рта были сняты после 5 сеанса аппликаций сульфата серебра в комплексе с анестезином. Клиническое улучшение наблюдалось у пациентов контрольной группы спустя 10 посещений.

Закключение. Разработка данного алгоритма лечения постлучевых поражений слизистой оболочки полости рта, включая препарат Аргосульфан, способствовала сокращению сроков лечения данной патологии. Наши наблюдения показали высокую эффективность лекарственного комплекса в состав, которого входит препарат на основе сульфата серебра с анестезином, для снятия болевого синдрома, воспаления и гиперкератоза на слизистой полости рта. На 4 посещении в процессе визуального осмотра отмечалась нормализация процессов ороговения, уменьшение явлений гиперкератоза, восстановление нормального цвета слизистой оболочки. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности, хорошей переносимости и безопасности препарата на основе сульфата серебра при лечении постлучевых стоматитов. Препарат Аргосульфан в комплексе с анестезином альтернатива общепринятым методикам лечения постлучевых поражений полости рта.

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЭЛЕКТРОМАГНИТНОЙ РЕАКТИВНОСТИ КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГАЛЬВАНОЗА В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Михайлова М.В.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Диагнозы частичной и полной вторичной адентии остаются наиболее распространенными для пациентов в современной клинической ортопедической практике. Однако, в то же самое время, процесс лечения с установкой протезной конструкции в полость рта пациента, обратившегося по поводу протезирования, а также процесс последующей адаптации пациента к протезу, могут иметь в числе своих последствий возникновение ряда патологических эффектов, к одним из которых в числе наиболее распространенных относятся эффекты гальванизма [5]. Внутренняя среда полости рта человека является сложной биохимической системой, и общий химизм процессов, протекающих внутри нее, направлен на динамическое поддержание баланса основных биохимических характеристик этой среды, внесение в которую извне протезной конструкции, изготовленной из чуждого для организма материала, может нарушить этот хрупкий баланс, что представляет собой весьма существенную клиническую проблему, определившую актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы исследования: материалы и оборудование, использованные в процессе исследования – аппаратура определения и фиксации разности электропотенциалов в полости рта стоматологического пациента, лабораторный спектрометр для определения показателя pH внутриротовой жидкости и наличия в ней примесей [3]. Методы – метод измерения и фиксации разницы биопотенциалов в различных точках полости рта ортопедического пациента, в том числе – близкорасположенных к установленной протезной конструкции, метод спектрохромографии для определения показателей кислотности и наличия примесей, метод опроса ортопедических пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение: с целью организации настоящего исследования была сформирована исследуемая выборка ортопедических пациентов, срок установки протезных конструкций в полости рта которых превышал полтора месяца от даты установки [1]. Типичные в выборке субъективно предъявляемые симптомы: постоянное ощущение во рту металлического привкуса, ощущение «химической» горечи или солоноватого привкуса, периодическое ощущение

жжения в антральной зоне языка, дискомфорт при прямом контакте протеза с металлическими столовыми приборами, повышенная сухость во рту, изменение вкусовых ощущений. По данным объективного осмотра: очаговая гиперемия слизистой оболочки и языка, гипосаливация. Численность выборки – 19 пациентов, по результатам парной фиксации биопотенциалов внутри полости рта – от 83 до 159 мВ. (норма: 50 – 60 мВ.) Диагностируемое превышение: 51 – 189%% (превышение нормы более чем на 30% указывает на наличие гальванических токов внутри ротовой полости и является объективным основанием для постановки диагноза гальваноза обследуемому пациенту). В результате спектрохромографического исследования жидкости ротовой полости обследуемых пациентов установлено значение pH 6,52 – 6,88 (норма 7,0). Диагностируемое отклонение: 2,9 – 9,7%%. pH статус – повышенная (умеренно или средней степени выраженности) кислотность внутриротовой жидкости. Определение наличия примесей в спектре - зафиксированы микропримеси: титан, марганец, никель, хром. Дополнительные факторы риска возникновения феноменов гальванизма по данным объективного осмотра полости рта: наличие металлических коронок зубов (до установки протезной конструкции), бюгельных протезов, пломб из металлосодержащих составов (11 из 19 пациентов). Отмеченные факторы развития гальванических токов в полости рта ортопедических пациентов: изготовление установленного протеза из разных материалов (образование биметаллических электролитных пар – 7 из 19 пациентов – [2]), наличие окисной пленки на коронках и металлических пломбах (3), повреждение целостности покрытия как установленного, так и уже имевшихся ранее зубных протезов (2), наличие на протезе напыления с содержанием Na или Ti (4), изношенность установленных протезов (5), олигосаливация на фоне нарушения pH слюны.

Выводы: возникновение феноменов гальванизма в период после установки протезной конструкции фиксируется у определенного количества ортопедических пациентов и приводит к развитию патологии гальваноза, следствием которой является нарушение кислотно-щелочного баланса внутренней среды в полости рта ортопедического пациента [4], нарушение процессов синтеза и отделения слюны, возникновение субъективно воспринимаемых aberrаций вкусовых ощущений, дискомфорта во рту, создания условий для присоединения инфекции и развития в ротовой полости пациента патогенной микрофлоры. В случае предъявления ортопедическим пациентом множественной субъективной симптоматики, которая может указывать на развитие внутриротовой патологии вследствие действия этиологических факторов, связанных с установкой протезов. Для проведения диагностики и назначения лечения должен быть проведен полный комплекс обследования по объективным показаниям, включающим лабораторное исследование величины разницы парных биопотенциалов внутри ротовой полости пациента по разнесенным точкам, pH внутренней жидкой среды полости рта, и наличия в этой среде микропримесей.

Список литературы.

1. Величко Л.С., Ящиковский Н.В. Заболевания, обусловленные материалами зубных протезов – Медицинский журнал. - 2010. - № 2. - С. 38-44.
2. Зайцева А.Г. Диагностика и лечение гальванизма в полости рта – Автореферат, Санкт-Петербург, 2004 г., -С.14.
3. Медведев А.Ю. Проблемы диагностики и профилактики электрохимических нарушений в полости рта - Пародонтология. 1997. -№2.-С. 71.
4. Тимофеев А.А., Ушко Н.А., Ярифа М.А., Рыбак В.А. Гальванизм как один из факторов развития злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта - Современная стоматология, №2. – 2011. – с.103-107.
5. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г., Михайлова М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2012. Т. 14. № 2. - С. 26.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Михайлюта А.Г., Касумова Д.Р., Лавриненко Е.Д.

Научный руководитель: Шилова С.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Зубы мудрости часто имеют искривленные корневые каналы, которые трудно качественно пройти, расширить и запломбировать. Сложность для врача представляет и особое положение этих зубов в зубном ряду, а следовательно – затрудненный доступ к ним. В связи с указанными обстоятельствами процент осложнений после некачественного эндодонтического лечения третьих моляров выше, чем после лечения других многокорневых зубов.

Цель исследования: провести анализ результатов эндодонтических манипуляций в корневой системе третьих моляров с целью обоснования целесообразности и эффективности их лечения.

Материал и методы исследования. В ходе проведенного нами исследования произведены трепанация коронки или препарирование кариозной полости удаленных третьих моляров с различной анатомией корней, вскрытие и раскрытие зубной полости.

Инструментальная обработка корневых каналов проводилась с использованием техники «Step Back» роторными Niti файлами и эндодонтическим мотором.

Экстрагированные зубы мудрости представлены разнообразной степенью вариабельности корневой системы.

Эндодонтический протокол выглядит следующим образом:

1. Создание «ковровой дорожки» и определение рабочей длины каналов ручными файлами 06, 08 и 10 размеров с конусностью инструментов 2%.

2. Препарирование корневых каналов машинными Niti файлами в базовой последовательности: 10.04 (размер 10 по ISO с конусностью 4%), 15.05 (размер 15, конусность 5%), 20.06 (размер 20 при конусности 6%). Скорость вращения роторных инструментов – 280 об/мин при торке 1,3-2,3 Нсм.

3. Обильная ирригация каналов на всем протяжении дистиллированной водой.

4. Пломбирование – методом латеральной конденсации гуттаперчевыми штифтами 15.04 с цинкоксид-эвгеноловой пастой.

Результаты. При препарировании корневых каналов третьих моляров с относительно прямыми корнями время, потраченное на выполнение протокола с применением роторных инструментов, составило около 40 минут. Рентгенологическая картина на контрольном снимке отражала удовлетворительные результаты.

В процессе эндодонтического «лечения» зубов мудрости со сложной анатомией корневой системы возник ряд трудностей и осложнений. На создание «ковровой дорожки» в искривленных от устья до апекса каналах израсходовано большее количество ручных файлов ввиду их деформации на скручивание. Больше часа потребовалось, чтобы определить рабочую длину. Препарирование роторными инструментами осложнилось заклиниванием и отломом файла в наиболее изогнутом участке корневого канала. Достичь obturation канала на всем протяжении не удалось.

Вывод. Техника одной длины для различного размера инструментов, система эффективной проходимости при одновременном формировании канала обеспечивает эффективное и безопасное препарирование при минимальной энергоемкости процесса. Укороченный хвостовик (11 мм) файла облегчает доступ к молярам.

Анализ проведенного исследования позволяет обосновать целесообразность эндодонтического лечения и сохранения третьих моляров при планировании их в ортопедической конструкции в качестве опоры под мостовидный протез, а также в случае наличия зубо-антагониста и активного участия в акте жевания. Однако, желательными условиями являются – полностью прорезавшийся зуб, вертикальная ось которого расположена параллельно осям соседних зубов, и не слишком причудливая анатомия корневой системы.

Список литературы.

1. Кифнер П. Современные решения для эффективного и предсказуемого эндодонтического лечения// ФАРМГЕОКОМ- Информ. – 2013. - №6. С. 10 – 14.
2. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей Н. Киельбаса.; Пер. с нем.; Под ред. Е.А. Волкова. – М.: МЕДпресс – информ, 2006. – 240 с.: ил.

3. Луцкая И.К. Эндодонтия. Практическое руководство. / И.К. Луцкая, И.Г. Чухрай, Н.В. Новак. – М.: Мед. лит., 2009. – 208 с.: ил.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АДГЕЗИВНОЙ ПРОЧНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ

Михитаров Г.Л., Нагорный И. И., Маргарян А.А.

Научные руководители: Летунов С. П., Хорев О.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Взаимодействие между фиксирующими материалами и тканями зуба – сложная и актуальная проблема стоматологического материаловедения. До недавнего времени предполагали, что большинство способных к адгезии стоматологических материалов пассивны по отношению к твердым тканям зуба, и их действие заключается в механическом прикреплении к эмали или дентину, на которые их нанесли.

Стеклоиономерные цементы (СИЦ) способны к химическому взаимодействию с тканями зуба, предполагают, что они способны к биоминерализации дентина, могут замещать утраченный дентин и имитировать его свойства. Биоактивность стеклоиономеров прежде всего проявляется в способности их полимерного компонента к образованию адгезионных и химических соединений с твердыми тканями зуба и способности минерального компонента пролонгировано выделять фториды.

Цель исследования: – сравнительная оценка адгезионных свойств стеклоиономерных цемента.

Материалы и методы: мы сравнивали следующие материалы: Цемион-Ф (ВладМиВа), Глассин Фикс (Омега-Дент и FujiI (GCCorporation, Япония)

Были подготовлены три экспериментальные группы фантомных моделей с использованием удаленных зубов по ортопедическим и ортодонтическим показаниям.

Каждый зуб распиливали на две половины в сагитальном направлении алмазным диском с охлаждением, после чего каждую половину монтировали в блок самотвердеющей пластмассой Протакрил-М (АО «Стома», Украина) таким образом, чтобы плоскость среза зуба, необходимая для испытания, была открыта и находилась на поверхности блока. Рабочую поверхность среза подготавливали в соответствии с инструкцией по применению каждого из сравниваемых СИЦ. Порошок и жидкость испытуемого СИЦ смешивали в соотношении, указанном в инструкции. В течение рабочего времени цемента полученной смесью заполняли металлическую шайбу диаметром 4 мм, наложенную на рабочую поверхность среза зуба. По окончании времени твердения образцы погружали в сосуд с дистиллированной водой, вода комнатной температуры, на 24 часа. Проведено восемнадцать исследований.

Адгезионную прочность соединения цемента с твердыми тканями зуба определяли методом сдвига универсальной испытательной машиной GOTECH/AI-7000S.

Для проведения опыта потребовалось специальное удерживающее устройство, разработанное на кафедре ортопедической стоматологии доцентом, к.м.н. Скрыль А.В., а так же траверса модифицированная ассистентом кафедры Элькановым А. А.. Образцы испытания монтировали в удерживающие устройства и фиксировали в испытательной машине. Далее запускали машину и следили за показателями. Скорость движения траверсы 0,5 мм в минуту. Значения и графики испытаний выводились специальным программным обеспечением на монитор компьютера.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью программы StatSoftStatistica 10.

Результаты и обсуждение: Показатели адгезионной прочности соединения СИЦ с твердыми тканями зуба близки у всех испытанных образцов.

Отсутствие различий прочностных характеристик объясняется тем, что кислоты, взаимодействующие с ионами Са гидроксиапатита зубных тканей у всех однотипны. Меньшая адгезионная прочность Глассин Фикс мы считаем обусловлена наличием ионов Са в составе наполнителя. Различий в составе FujiI и Цемион-Ф не прописаны в инструкциях. Отличия в прочностных характеристиках FujiI и Цемион-Ф мы объясняем особенностями технологического процесса изготовления.

Заключение и выводы: изучение адгезионных свойств образцов СИЦ разных производителей позволяет сделать выводы, что цементы отечественного производства близки по адгезионным показателям к зарубежным аналогам. Исходя из этого, можно сказать, что адгезионная прочность испытанных СИЦ определяется их составом и технологией производства.

Список литературы.

1. Ортопедическая стоматология: алгоритмы диагностики и лечения. / Лебеденко И.Ю., Каламкарлова С.Х. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008. - 640 с.
2. Основы материаловедения по стоматологии / М.М. Гернер и др. - М.: Медицина, 2016. - 296 с.
3. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирования при полном отсутствии зубов / под ред. И.Ю. Лебеденко, Э.С. Каливрадзияна, Т.И. Ибрагимова, Е.А. Брагина. - М.: ООО "Медицинская пресса", 2008. - 400 с. - 224 с.
4. Терапевтическая стоматология / под ред. Г.М. Барера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИ-ИМПЛАНТОВ У ПОДРОСТКОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Мохамад Ихаб Сабер, Али Алаа Эддин

Научный руководитель: д.м.н. Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Дистальная окклюзия зубных рядов в подростковом возрасте часто бывает отягощена различными деформациями, и как изолированная форма почти не встречается. В литературе дистальную окклюзию зубных рядов описывают, как верхнюю прогнатию или ретрогению. Каждый из этих двух терминов определяет только частные признаки этой сложной деформации, т.к. верхняя прогнатия в результате сужения верхней челюсти в боковых участках может быть и при нейтральном прикусе.

Дистальная окклюзия зубных рядов бывает отягощена деформациями, которые могут иметь различные сочетания:

- а) верхняя челюсть или обе челюсти сужены в боковых участках с одной или с обеих сторон;
- б) фронтальный участок верхней челюсти может быть выдвинут вперед, причем между фронтальными зубами может быть диастема, или зубы могут стоять плотно;
- в) иногда верхние фронтальные зубы, перекрывая нижние, стоят верти-кально, прижаты к нижним фронтальным зубам;
- г) фронтальное перекрытие часто бывает глубоким, но встречаются слу-чаи с открытым прикусом;
- д) на нижней челюсти встречается уплощение фронтального участка.

Внешние симптомы при дистальной окклюзии зубных рядов у подрост-ков почти всегда имеют характерные черты: средний отдел лица выдвинут вперед, подбородок скошен, смещен назад, нижняя челюсть смещена кзади, верхняя губа короткая и смещена вперед, нижняя губа вывернута, перекрывается верхними фронтальными зубами, между фронтальными зубами верхней и нижней челюстей имеется сагиттальная щель.

Объективное исследование устанавливает отсутствие контакта при раз-мыкании и смыкании зубных рядов между фронтальными зубами различной протяженности. В нейтральной окклюзии при вытяжении фронтального участка верхней челюсти нижние фронтальные зубы могут устанавливаться режущими поверхностями сзади шеек верхних зубов на слизистой твердого неба в пределах 3-10 мм. Соотношение шестых зубов соответствует II классу классификации Энгля. Небо высокое и готическое. В некоторых случаях нижняя челюсть имеет недоразвитие (микрогения).

Функциональная патология этой сложной деформации заключается в слабом развитии круговой мышцы рта и наружных крыловидных мышц, выдвигающих нижнюю челюсть вперед. Вследствие резких отклонений в артикуляции зубов не вся жевательная поверхность зубов используется для обработки пищи.

Лечение следует проводить дифференцировано в зависимости от возраста, тяжести и формы деформации. План лечения данной деформации включает исправление формы и ширины зубных дуг и сопоставление двух челюстей в ортогнатическое соотношение.

Дистальное смещение боковых зубов, весьма сложно и требует применения специального приспособления лингвальной дуги с пружинящими стержнями, входящими в межзубные промежутки. Одной из сложных проблем во время лечения дистальной окклюзии зубных рядов является создание опорно-удерживающей точки для смещения верхнего зубного ряда в оральную сторону.

Мини-импланты в настоящее время начинают активно внедряться в стоматологическую службу. Особенно часто их используют в ортопедической стоматологии для протезирования зубов после первичной или вторичной адентии. Но у детей и подростков они применяются крайне редко, в том числе и в ортодонтической практике.

Мини-импланты по размерам в 4 раза меньше обычных зубных протезов. Их диаметр примерно равен толщине зубочистки. Именно поэтому и лунку в кости нужно создавать намного меньше, чем при установке обычных имплантов.

Мини-имплант представляет собой конус из биоинертного материала (титана) с резьбой по всей его длине, в верхней его части расположена шаровидная головка и крепление для установки протеза. Имплантат находится в стерильной индивидуальной упаковке и установка его проводится в стерильных условиях, с применением местной (аппликационной) и инфильтрационной анестезии.

Текстурированное покрытие, биологически активная верхняя оболочка импланта, наличие антиротационных замков, прочная фиксация протезной конструкции и качественное исполнение являются основными преимуществами. Такие импланты используются как временные фиксаторы зубных конструкций и они не способны выдерживать очень сильную нагрузку, т.к. не сконструированы для этого. Они вживляются в костную ткань, а сама процедура установки не требует препарирования десенной ткани, как в случае со стандартными имплантами.

Основные различия между обычными имплантами и мини-имплантами: обычные импланты используются для реконструкции зубов и применяются для замены отсутствующего зуба. Они способны выдержать очень сильные нагрузки и являются долговечными. Ортодонтические мини-импланты используются как временные, они должны функционировать лишь несколько месяцев и не должны выдерживать значительные нагрузки.

Мини-имплант должен располагаться над поверхностью десны таким образом, чтобы было видно его закругленную верхушку. Пациенту важно знать о том, что процедура вживления мини-импланта не предполагает разрезание или отслаивание тканей десны. На установленные импланты сразу можно давать нагрузку. Процесс установки импланта не занимает много времени.

Процесс установки мини-имплантов можно осуществить в одно посещение. После нее не бывает никаких осложнений; отсутствуют особые требования по уходу за мини-имплантами (их нужно чистить зубной щеткой и нитью дважды в день). Установка мини-имплантов разрешается в любом возрасте.

Цель исследования - применение мини-имплантов при лечении дистальной окклюзии зубных рядов у подростков.

Материал и методы. На лечение взято 22 подростка г. Ставрополя с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте от 12 до 17 лет.

Пациентам проведен плановый осмотр полости рта и опрос. При необходимости уточнения диагноза исследование включало дополнительные методы (рентгенологические, анализ гипсовых моделей челюстей по методам Пона, Герлаха, Хаулея-Гербер-Гербста). Всем пациентам определялся индекс гигиены полости рта и изучалась интенсивность кариеса.

Для осуществления лечения пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от комбинации дистальной окклюзии с аномалиями прикуса в других плоскостях: 1. Дистальная окклюзия зубных рядов и глубокий прикус (12 пациентов). 2. Дистальная окклюзия и вертикальная дизокклюзия зубных рядов (3 пациента). 3. Дистальная окклюзия и перекрестная дизокклюзия зубных рядов (7 пациентов).

Первым этапом лечения всех пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов являлось приведение в норму размеров и формы верхней и нижней челюстных дуг. На втором этапе устранялась сочетанная деформация окклюзии. На третьем этапе проводилась адаптация ортогнатического прикуса. Четвертым этапом реабилитации являлась фиксация достигнутого лечебного результата. В зависимости от возраста и тяжести дистальной окклюзии

ортодонтическое лечение проводилось съёмными и несъёмными аппаратами. Съёмными аппаратами являлись ортодонтические пластиночные аппараты механического, функционального и комбинированного действия. Несъёмными конструкциями являлась Эджуайс-техника систем Roth и Diamond. Вживление мини-имплантов (C-tech, VectorTas) проводилось на верхней челюсти в области корней шестых зубов на третьем этапе лечения для перемещения зубов назад. Пациентам первой группы с дистальной окклюзией зубных рядов и глубоким прикусом мини-импланты устанавливались на верхней челюсти между корнями клыков и первых премоляров для создания точки опоры при перемещении фронтальных зубов вверх. Зачатки зубов мудрости были удалены 4 пациентам из-за их атипичного наклона и отсутствия места в зубном ряду.

Результаты и их обсуждение. В результате лечения дистальной окклюзии зубных рядов с применением в качестве опорной точки мини-имплантов во всех 3 группах пациентов подросткового возраста получены положительные лечебные результаты.

Применение мини-имплантов способствовало созданию опорной точки. Средний срок лечения всех пациентов составил 12-18 мес. Ретенционный период фиксации составил 9-14 мес.

Выводы. Благоприятный исход лечения 22 пациентов г. Ставрополя с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте от 12 до 17 лет в значительной степени зависел от вживленных мини-имплантов, способных создавать опорную точку на верхней челюсти для перемещения зубов назад до ортогнатического соотношения.

Список литературы.

1. Алимова М. Я. Коррекция плана ортодонтического лечения по данным 3D-диагностики мультиспиральной компьютерной томографии / М. Я. Алимова, А. И. Ерохин // Ортодонтия. - 2010. - №2. - С. 44-50.
2. Водолацкий В. М. Клиника и комплексное лечение сочетанной аномалии окклюзии зубных рядов у детей и подростков / В. М. Водолацкий, М. П. Водолацкий. - Ставрополь, 2010. - 158 с.
3. Малыгин Ю. М. Клинико-лабораторные исследования для диагностики зубочелюстных аномалий и планирование ортодонтического лечения : ме-тод.рук. / Ю. М. Малыгин. - М., 2015. - 64 с.
4. Персин Л. С. Виды зубочелюстных аномалий и их классификация. - М., 2008. - С. 32.

ИЗУЧЕНИЕ ШИРИНЫ ЧЕЛЮСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Нагорный И. И., Михитаров Г. Л., Маргарян А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время зубочелюстные аномалии и деформации имеют широкую распространенность. Основным показателем, который характеризует эту тенденцию, является уменьшение ширины верхней и нижней челюстей. Сравнительный анализ ширины зубных дуг занимает ключевую роль в определении тактики врачом-ортодонтом планируемого лечения. Актуальность исследования продиктована необходимостью индивидуального подхода к профилактике и лечению ортодонтической патологии.

Цель исследования: изучение ширины челюстей у пациентов в зависимости от вида ортодонтической патологии.

Материалы и методы: На кафедре стоматологии детского возраста на лечение взято 15 пациентов в возрасте от 9 до 18 лет с зубочелюстными аномалиями и деформациями. Всем им проводилось стоматологическое обследование, включающее опрос и осмотр, а так же дополнительные методы исследования – изучение ширины челюстей с помощью метода Пона, изучение ортопантограмм и контрольных гипсовых моделей челюстей.

Метод Пона изучает ширину зубных дуг и основан на наличии зависимости между суммой мезиодистальных размеров резцов и шириной зубного ряда в области первых премоляров и моляров. Соотношение между шириной премоляров и моляров выражается премолярным и молярным индексами: 80 и 64. Эта зависимость отражена в формулах для определения индивидуальной ширины челюстей.

$(\text{Сумма ширины четырех резцов} \cdot 100) / 80 = \text{расстояние между первыми премолярами}$

$(\text{Сумма ширины четырех резцов} \cdot 100) / 64 = \text{расстояние между первыми молярами}$

На верхней челюсти точками для измерения являются: середина продольных фиссур первых премоляров и передняя точка пересечения продольных и поперечных фиссур первых моляров. На нижней челюсти: дистальная точка первого премоляра, соприкасающаяся со вторым премоляром, и дистально-щечный бугор первого премоляра.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью программы StatSoft Statistica 10.

Примеры:

1) Пациент Вартаков Владислав (03.01.2001 г.).

Жалобы: нарушение эстетики лица, искривление верхнего зубного ряда.

Осмотр: верхний резцы перекрывают нижние более, чем на 2/3 высоты; зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке нижней челюсти.

Сопутствующие патологии: искривление носовой перегородки, хроническое заболевание слизистой носа (ринит)

Наследственный анамнез: нет

Антропометрические данные:

Измерение ширины зубных дуг по методу Пона:

В.ч. премоляры. идеал. размер = $(11 + 11 + 9 + 9) / 80 = 50 \text{ мм}$

В.ч. премоляры. реал. размер = 34 мм - недостаток 16 мм

В.ч. моляры. идеал. размер = $(11 + 11 + 9 + 9) / 64 = 62,5 \text{ мм}$

В.ч. моляры. реал. размер = 46 мм - недостаток 16,5 мм

Вывод: реальный размер челюсти пациента в области премоляров меньше, чем идеальный (50 мм > 34 мм);

Реальный размер челюсти пациента в области моляров меньше, чем идеальный (62,5 мм > 46 мм).

В области премоляров необходимо расширить челюсть на 16 мм, в области моляров расширить на 16,5 мм, в целях приведения ширины челюсти в норму.

2) Пациент Чуприн Игорь (09.09.2001 г.)

Жалобы: нарушение эстетики лица, искривление верхнего и нижнего зубных рядов, на плохое жевание.

Осмотр: дезокклюзия во фронтальной отделе обеих челюстей в размере 7 мм.

Сопутствующие патологии: хроническое заболевание слизистой носа (ринит)

Наследственный анамнез: нет

Антропометрические данные:

Измерение ширины зубных дуг по методу Пона:

В.ч. премоляры. факт. размер = $(10 + 10 + 8,5 + 8,5) / 80 = 46,3 \text{ мм}$

В.ч. премоляры. реал. размер = 45 мм - недостаток 1,3 мм

В.ч. моляры. факт. размер = $(10 + 10 + 8,5 + 8,5) / 64 = 67,9 \text{ мм}$

В.ч. моляры. реал. размер = 52 мм - недостаток 15,9 мм

Вывод: реальный размер челюсти пациента в области премоляров меньше, чем идеальный (46,3 мм > 45 мм);

Реальный размер челюсти пациента в области моляров меньше, чем идеальный (67,9 мм > 52 мм).

В области премоляров необходимо расширить челюсть на 3,8 мм, в области моляров расширить на 15,9 мм, в целях приведения ширины челюсти в норму.

Результаты и обсуждение: анализ ширины челюстей пациентов по методу Пона был проведен у 15 пациентов. В результате был сделан вывод о причинах развития патологий. Стоит заострить внимание на том, что 100% обследуемых пациентов нуждаются в коррекции ширины зубных дуг, вне зависимости от типов патологии.

Нами был проведен анализ тяжести дефицита ширины зубных рядов, в зависимости от вида патологии. В случаях нехватки ширины до 4-5 мм нами констатировался факт применения одного съемного пластиночного аппарата с центральным винтом. При нехватке места до 10-12 мм мы последовательно использовали два аппарата с центральным винтом. Данное обстоятельство мы объясняем тем, что возможность расширения используемых винтов VectorTas позволяет добиться расширения на 4-5 мм.

Из 15 пациентов, только 3 имеют дефицит ширины не более 4-5 мм. - пациенты 3,5 и 7. Все эти пациенты имели мезиальный прикус.

Заключение и выводы: в результате проведенного лечения у 15 пациентов в возрасте от 9 до 18 лет с зубочелюстными аномалиями и деформациями мы получили следующие данные по методу Пона: все пациенты с ортодонтической патологией имели дефицит ширины челюстей. У пациентов с мезиальным прикусом отмечается незначительное уменьшение ширины зубных дуг, что определяется анатомической особенностью лицевого скелета у данной категории пациентов.

Список литературы.

1. Комплексное лечение сочетанных аномалий окклюзий зубных рядов у детей и подростков / Водолацкий В.М. - Ставрополь: СтГМУ, 2017. - 125 с.
2. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций учебник / Л. С. Персин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с.
3. Ортодонтия: Учебное пособие. / В.М. Водолацкий, Ю.Д. Христофорандо - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017 - 168 с.
4. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: учебник / Л.С. Персин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ

Нагорный И.И.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет**

В настоящее время частота зубодесневых аномалий и деформаций в детском возрасте достигает 70-75%. В плане выбора лечебной тактики и лечебных конструкций не всегда врачи-ортодонты проводят сравнительный анализ ширины зубных дуг и ширины лица. Актуальность исследования продиктована необходимостью индивидуального подхода к профилактике и лечению ортодонтической патологии.

Цель исследования: изучение взаимосвязи типов лица и распространенности ортодонтических патологий.

Материалы и методы: На кафедре стоматологии детского возраста на лечение взято 10 пациентов в возрасте от 9 до 18 лет с зубочелюстными аномалиями и деформациями. Всем им проводилось стоматологическое обследование, включающее опрос и осмотр, а так же дополнительные методы исследования – изучение формы лица с помощью лицевого индекса Изара IFM (индекс фациальный морфологический), ортопантограмм и контрольных гипсовых моделей челюстей.

Для определения формы лица мы использовали лицевой индекс Изара IFM (индекс фациальный морфологический), в котором длину лица измеряли от точки офрион (Oph) до точки гнатион (Gn). Точка офрион находится на пересечении средней линии лица и касательной к надбровным дугам, точка гнатион - на средней линии лица под подбородком. Ширину лица определяют между наиболее выступающими точками на скуловых дугах (Zy). По полученным данным длины и ширины лица (в миллиметрах) высчитывали лицевой индекс Изара:

$$(Oph-Gn)/(Zy-Zy)*100\%$$

По полученным показателям индекса Изара определялась принадлежность пациентов: долихоцефалы - 104% и более, мезоцефалы – 96-104%, брахицефалы - 96% и менее.

Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью программы StatSoft Statistica 10.

Примеры:

1) Пациент Варганов Владислав (03.01.2001 г.).

Жалобы: нарушение эстетики лица, искривление верхнего зубного ряда.

Осмотр: верхний резцы перекрывают нижние более, чем на 2/3 высоты; зубоальвеолярное удлинение во фронтальном участке нижней челюсти.

Сопутствующие патологии: искривление носовой перегородки, хроническое заболевание слизистой носа(ринит)

Наследственный анамнез: нет

Антропометрические данные:

Orh-Gn=12,5 см

Zy-Zy=13,6 см

Индекс Изара: $(12,5)/(13,6)*100=91,9\%$ - брахицефал

Вывод:

Пациент имеет брахицефалический (широкий) тип лица, что обусловлено снижением высоты нижней трети лица, ввиду наличия глубокого прикуса.

2) Пациент Чуприн Игорь (09.09.2001 г.)

Жалобы: нарушение эстетики лица, искривление верхнего и нижнего зубных рядов, на плохое жевание.

Осмотр: дезокклюзия во фронтальной отделе обеих челюстей в размере 7 мм.

Сопутствующие патологии: хроническое заболевание слизистой носа(ринит)

Наследственный анамнез: нет

Антропометрические данные:

Orh-Gn=14,4 см

Zy-Zy=11,1 см

Вывод:

Пациент имеет долихоцефалический (узкий) тип лица, что обусловлено увеличением высоты нижней трети лица, ввиду наличия открытого прикуса.

Результаты и обсуждение: нами было обследовано 10 пациентов, среди которых долихоцефалический (узкий) тип лица имели 7 пациентов(70%), брахицефалический(широкий)тип лица имели 2 пациента (20%), мезоцефалический (средний) типа лица имел только 1 пациент (10%).

Можно отметить корреляционную зависимость между некоторыми видами патологий и типами лица пациентов:

У пациентов с долихоцефалическим типом лица 57% патологии составил мезиальный прикус, 14% пришлось на сочетание дистального и открытого прикуса, 14% на изолированный открытый прикус и 14% на изолированный дистальный прикус.

При брахицефалическом типе лица 50% патологии составил изолированный дистальный прикус, 50% пришлось на сочетание дистального и глубокого прикуса.

Заключение и выводы: в результате проведенного исследования можно утверждать, что имеется стойкая корреляция между такими факторами, как тип лица и частота ортодонтической патологии. Изучение данной зависимости позволяет более эффективно проводить профилактику и лечение зубочелюстной патологии в детском возрасте врачами - ортодонтами.

В результате проведенного лечения у 10 пациентов в возрасте от 9 до 18 лет с зубочелюстными аномалиями и деформациями мы получили следующие данные по методу Изара: пациенты с долихоцефалическим (узким) типом лица чаще всего имеют патологию, связанную с развитием мезиального прикуса. Это продиктовано неизбежным увеличением нижней трети лица. Пациенты с брахицефалическим (широким) типом лица чаще всего имеют патологию в виде дистального прикуса, при котором наблюдается снижение нижней трети лица в большей или меньшей степени.

Список литературы

1. Комплексное лечение сочетанных аномалий окклюзий зубных рядов у детей и подростков / Водолацкий В.М. - Ставрополь: СтГМУ, 2017. - 125 с.
2. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций учебник / Л. С. Персин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с.
3. Ортодонтия: Учебное пособие. / В.М. Водолацкий, Ю.Д. Христофорандо - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017 - 168 с.
4. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: учебник / Л.С. Персин и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Наухатько А.А., Григоренко М.П., Есеев Ю.Р.

Научные руководители: Чвалун Е.К., Вакушина Е.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Улыбка – часть внешнего вида и того впечатления, которое мы производим на окружающих. Являясь особой формой невербальной коммуникации, она демонстрирует положительный настрой, расположение и одобрение. Но для большинства людей «красивая улыбка» – это размытое понятие. В представлении врача-стоматолога эстетика улыбки складывается из гармонии формы, позиции, размера и цвета зубов, их пропорций и симметрии относительно друг друга и лицевых компонентов.

Зачастую пациент обращается к стоматологу с целью решения эстетических проблем, не подозревая о необходимости дополнительного лечения, включающего в себя устранение различного рода зубочелюстных аномалий. Анализ параметров улыбки – это неотъемлемый этап в диагностике, необходимый для объективного планирования лечения. Врачу - стоматологу важно и нужно знать нормы пропорциональности улыбки, уметь определять эстетические индексы и умело использовать эти знания для достижения высокоэстетичного результата комплексного лечения.

Целью исследования явилось определение частоты встречаемости зубочелюстных аномалий окклюзии среди студентов 3 курса стоматологического факультета, не проходивших ранее ортодонтическое лечение, на основании индекса эстетики улыбки. Индекс разработан в центре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И.Евдокимова» Минздрава России и кафедрой ортодонтии (протокол МЗ РФ от 01.09.2017).

Задачи исследования:

1.Провести фотостатическое исследование респондентов первого периода зрелого возраста (21-35 лет)

2.Провести фотометрические измерения респондентов для выявления частоты встречаемости зубочелюстных аномалий

Материалы и методы.

Было проведено фотометрическое обследование 36 человек, среди которых 18 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 21 до 24 года, входящих в группу первого периода взрослого возраста (21-35 лет).

Фотографирование проводилось по методике Тихонова А.В. (Сп-б, 2013). Для этого использовали штатив и с расстояния 1.5м проводили фотосъемку естественной улыбки респондента en face.

Для оценки степени эстетических нарушений в зоне улыбки измерили следующие параметры зубного эстетического индекса по фотографии обследуемого en face с помощью предложенной методики вычисления и последующим присвоением каждой характеристики определенного балла в диапазоне от 0 до 2

Параметры:

1.Измерение щечных коридоров:

Расчет производили по формуле отношения размера щечных коридоров к ширине улыбки и оценивали согласно представленным значениям.

2.Уровень положения губ:

выражали в баллах в зависимости от степени визуализации коронок зубов и десны во время улыбки: Верхняя губа закрывает 2/3 коронки зуба – 1 балл, 1/2 коронки – 1 балл, визуализируется коронка зуба целиком – 0 баллов

3.Асимметрия губ

– отношение одной половины губы к другой. Соотношение размера губ 1:2/3:4

4.Асимметрия эстетического центра

выражали в баллах: нет смещения косметического центра – 0 баллов, смещение косметического центра на $\frac{1}{2}$ - 1 балл, смещение косметического центра более чем на $\frac{1}{2}$ - 2 балла

5.Толщина верхней губы

– отношение межзрачкового расстояния к толщине красной каймы верхней губы.

Толщина нижней губы

6.Ширина улыбки

– отношение размера улыбки к межзрачковому расстоянию

7.Кривая улыбки

8.Тремы в области улыбки

9.Ангуляция резцов

10. Измерение черных треугольников

Всего был оценен 21 параметр индекса эстетики улыбки SAI

После проведения фотометрических измерений и присвоения каждому параметру определенного количества баллов, суммировали все значения и оценивали выраженность зубочелюстной аномалии по следующим показателям:

- Индекс менее 12 баллов – норма
- Индекс от 13 до 16 – легкая степень выраженности зубочелюстной аномалии
- Индекс от 17 до 21 – средняя степень выраженности зубочелюстной аномалии
- Индекс 22 и более – тяжелая степень выраженности зубочелюстной аномалии

Результаты исследования.

После завершения исследования были получены следующие результаты:

У 6 обследуемых из 36 значение индекса эстетики улыбки находится в пределах нормы (18%), 18 человек имеют легкую степень выраженности зубочелюстной аномалии (49%), у 9 обследуемых была выявлена средняя степень выраженности зубочелюстной аномалии (24%) и 3 человека с тяжелой степенью (9%).

Согласно полученным результатам были даны рекомендации: 18% наших респондентов не нуждаются в ортодонтическом лечении, т.к. значение индекса у них в пределах нормы, 82% имеют показания к ортодонтическому лечению.

Таким образом, определение индекса эстетики позволяет всесторонне оценить параметры улыбки, выявить наличие и степень выраженности зубочелюстной аномалии или ее отсутствие, а также что не мало важно, мотивирует пациентов на ортодонтическое лечение и позволяет объективно составить план стоматологической помощи.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНОЙ МОДУЛЯЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Нефедова И.В.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Проблема возникновения эффекта эмоциональной регрессии отношения пациента к процессу стоматологического терапевтического или ортопедического лечения относится к одной из наиболее острых психологических проблем в современной стоматологии, поиски действительно эффективного решения которой, или хотя бы снижения остроты проявления эффекта регрессии в процессе лечения, постоянно ведутся внутри профессионального стоматологического сообщества на протяжении последних десятилетий, что и определило актуальность настоящего исследования.

Цель работы: определение фактического эффекта применения метода мезодиэнцефальной модуляции (или «МДМ – терапии» - [3]) перед приемом у врача-стоматолога с целью профилактики возникновения у пациентов состояний тревожности и стресса, предшествующих возникновению эффекта эмоциональной регрессии, с последующим сравнением полученных результатов для экспериментальной группы пациентов, для которых был использован данный метод, и пациентов контрольной группы, для которых данный метод не применялся [4].

Описание исследования: исследуемая выборка пациентов, которым предстоит терапевтическое или восстановительное стоматологическое лечение, разделяется на две равные по численности группы, после чего всем пациентам экспериментальной группы проводится профилактический сеанс с применением аппаратуры для МДМ-терапии, тогда как для пациентов контрольной группы данная аппаратура не применялась, а использовались иные, не связанные с применением методики мезодиэнцефальной модуляции, традиционные методы установления контакта в системе «пациент – врач» (предварительный опрос и осмотр, разъяснение порядка следования лечебных манипуляций, особенностей и целей лечения, демонстрация планируемых к применению стоматологических инструментов, оборудования и материалов). После проведения

предшествующих основному лечению предварительных процедур для пациентов обеих групп фиксировались как субъективно отмечаемые, так и объективные показатели уровня тревожности, наличия стрессовой реакции, динамики и интенсивности ее развития. С целью фиксации и последующей оценки уровня выраженности конкретных исследуемых показателей применялись традиционные методики оценки уровня личной тревожности пациентов обеих групп (шкала тревожности Ч. Спилбергера – [1]), а также наличия и уровня выраженности стрессовой реакции, предшествующей основному лечению (контроль ЧСС, АД, частоты дыхательных движений). В процессе исследования учитывались особенности индивидуального анамнеза, которые могли оказать влияние на показатели тревожности и готовности к возникновению стресса, - такие, как имеющиеся нарушения процесса адаптации к протезным конструкциям, частичная или полная адентия, инфекционные поражения полости рта [2].

Кроме того, по истечению процесса основного стоматологического вмешательства фиксировались феномены проявления неконтролируемых аффектов, иррациональных ответных реакций на отдельные лечебные манипуляции и на весь последующий процесс лечения, свидетельствующие о нарушении общего баланса регуляции восприятия и поведения пациента между корой больших полушарий и подкорковыми структурами головного мозга как следствия перехода процесса развития общей ответной реакции организма пациента на стресс в стадию декомпенсации. Отдельно учитывалось количество таких проявлений в процессе лечения для пациентов экспериментальной и контрольной групп, после чего полученные опытные данные анализировались и сравнивались.

Вывод: по завершению практической экспериментальной стадии настоящего исследования, и по результатам анализа и сравнения полученных опытных данных производилось их первичное эмпирическое обобщение для пациентов обеих групп, на основании которого и сформулирован вывод о реальной эффективности применения метода мезодиэнцефальной модуляции в качестве средства предотвращения эффекта эмоциональной регрессии отношений внутри системы «врач - пациент» по следующим исследуемым показателям: уровень тревожности пациента перед стоматологическим приемом, уровень готовности к развитию стресса как реакции на предстоящее стоматологическое лечение, количество частных феноменов проявления эффекта эмоциональной регрессии отношений в системе «врач – пациент» в процессе лечения.

Полученные данные анализировались отдельно для пациентов экспериментальной и контрольной групп, после чего сопоставлялись по всем исследуемым показателям. Суммирование результатов сопоставления однозначно указывает на целесообразность предварительного применения метода мезодиэнцефальной модуляции для пациентов перед стоматологическим приемом; для тех же из них, кто по тем или иным причинам демонстрирует повышенные уровни личной тревожности или склонности к стрессу в стадии ожидания стоматологического лечения, указанное применение данного метода следует считать необходимым.

Список литературы.

1. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги - в кн. Тревога и тревожность под ред. Астапова В.М. – СПб. Питер, – 2001. – С. 88 – 103.
2. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съемным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра // В сборнике: TRENDS OF MODERN SCIENCE - 2014 Materials of XI International Research and Practice Conference. – 2014. – С. 42-44.
3. Юмашев А.В., Павлов В.А., Адмакин О.И., Кузьминов Г.Г., Нefeldова И.В. Анализ применения мезодиэнцефальной модуляции в коррекции стрессовых нарушений//Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. -2016, -№ 12. -С. 38-48.
4. Yumashev AV, Gorobets TN, Admakin OI, Kuzminov GG, Nefedova IV. Key aspects of adaptation syndrome development and anti-stress effect of mesodiencephalic modulation. Indian Journal of Science and Technology. 2016; 9(19): 93911.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА

Николаева М.О., Соколова И.С.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Соколов Н.А.
Санкт-Петербургский государственный университет**

Тема профилактики стоматологических заболеваний особенно актуальна, так как результаты многочисленных исследований показывают, что интенсивность основных стоматологических заболеваний (таких как кариозные поражения и болезни пародонта) среди населения крайне высока. По статистике Всемирной организации здравоохранения 98% населения в мире подвержены заболеваниям полости рта. Полость рта представляет собой среду с оптимальным набором характеристик, с легкостью заселяемую микроорганизмами. Таким образом, микробный фактор является определяющим в создании тактики лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

В связи с этим, целью нашего исследования является микробиологическая оценка эффективности действия зубных паст, применяемых для профилактики кариозных поражений в полости рта.

Материалы и методы. Обследуемая группа оставила 9 пациентов в возрасте от 20 до 25 лет с компенсированной формой течения кариеса. Исследуемыми средствами индивидуальной гигиены явились зубные пасты Colgate total и Lacalut activ, которые использовались в основных подгруппах (по три человека). В третьей подгруппе (контроль) гигиена полости рта осуществлялась с использованием ополаскивателя Лесной бальзам.

Забор биологического материала осуществляли из следующих биотопов полости рта: поверхность зубов, зубодесневая борозда, слизистая оболочка щеки. Полученный биоматериал рассеивали на плотную кровяную среду методом истощающего штриха по Дригальски. Культивирование микроорганизмов проводили при 37°C и 5% CO₂ в течение 18 часов. Рост микроорганизмов оценивали подсчетом колоний и определением КОЕ/мл. Проводили статистическую обработку полученных данных.

Результаты. Анализ данных количественной характеристики микробиоты ротовой полости показал выраженное действие паст, применяемых в основных группах, Colgate total и Lacalut active. После чистки зубов в течение трех минут упомянутые выше две пасты с положительным эффектом приводили к снижению микроорганизмов по сравнению с исходным значением на 45-72% для десневой борозды, на 73-86% для вестибулярной и язычной поверхностей зубов. На слизистой оболочке щеки отмечали снижение микроорганизмов на 64-95%. В контрольной группе полученные результаты свидетельствуют о несущественном влиянии на микробиоту различных биотопов полости рта.

Выводы. Проведенное исследование показало, что исследуемые пасты Colgate total и Lacalut active оказывают выраженное положительное действие, приводя к снижению микроорганизмов в 15-53 раз в зависимости от различных биотопов полости рта. Положительный эффект после чистки зубов сохранялся в течение 2 часов, в дальнейшем отмечали динамику постепенно роста. Таким образом, полученные данные убедительно доказывают лечебно-профилактический эффект паст для использования в качестве средства индивидуальной гигиены при компенсированной форме течения кариеса.

В связи с этим возникает необходимость в тщательном подборе зубных паст в зависимости от конкретной клинической ситуации и индивидуальных особенностей человека, а также в создании доступных материалов по выбору средств индивидуальной гигиены полости рта, их составу и свойствам.

Список литературы.

1. Индивидуальная гигиена полости рта: Учебное пособие / С.Б. Улитовский - М.: МЕД-пресс-информ, 2005. – 192 с.
2. Климова Е.А., Соколов Н.А., Бродина Т.В. Микробиота полости рта как ключ к пониманию кариозного процесса (состояние вопроса на 2016 год) // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. Вып. 1. С. 54-59.
3. Микробиология и иммунология для стоматологов: [пер. с англ.] / Под ред. Р.Дж. Ламонта, М.С. Лантц, Р.А. Берне, Д.Дж. Лебланка; пер. с англ. под ред. В.К. Леонтьева. – М.: Практическая медицина, 2010. – 504 с.: ил.

4. Правосудова Н.А., Мельников В.Л. Микробиология полости рта. Учебно-методическое пособие для студентов медицинских вузов. – Пенза, ПГУ, 2013. – 89 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОБЩЕЙ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТОМАТОЛОГОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ О ПРОЯВЛЕНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВА ИСТОЧНИКОВ САМООБРАЗОВАНИЯ

Олейников С.А., Саргсян А.Р., Сафиулина А.М., Чулкова Е.В., Кивва А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Джериева И.С.

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность работы обусловлена нахождением стоматолога на первой линии диагностики, так как он занимает 3 место по частоте посещений населением, а выбор патологий для оценки знаний обусловлены:

1). Социальной значимостью (ВИЧ-инфекция [1], сахарный диабет [2], болезни печени [3], синдром гиперкортицизма).

2). Специфической и/или частой симптоматикой ЧЛО (системная красная волчанка (СКВ) [6], гиперпаратиреоз [7], акромегалия, болезни крови).

3). Частым предшествованием симптоматики в ЧЛО системным проявлениям (болезнь Крона [8], гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) [9]).

Целью нашей работы было оценить влияние используемого количества источников самообразования (КИС) на общую осведомленность (ОО) стоматологов Ростовской области о проявлениях внутренних болезней в ЧЛО.

Новизна нашей работы в следующем:

1). До нас исследования знаний стоматологов в этой области и их зависимости от КИС никто не проводил.

2). Для оценки результатов использовалась нами разработанная экспериментальная шкала оценки знаний с рабочим названием СОСЧ (по первым буквам фамилий).

Материалы и методы: исследование было проведено на базе стоматологических клиник г. Азова, Ростова-на-Дону, Красного Сулина и Таганрога (МБУЗ Стоматологическая поликлиника №1 г. Ростова-на-Дону; Стоматологическая поликлиника г. Азова; стомат. Кабинет «Миг», г. Красный Сулин; клиника «Дента», г. Таганрог и т.д.) с января по февраль 2018 года.

Дизайн исследования: анкетирование, анализ и обработка результатов. Анкеты состояли из 8 вопросов: 7 с вариантами ответа (о специальности, характере и частоте самообразования, стаже работы, месте работы, давности прохождения курсов повышения квалификации (КПК)) и 1 из 10 подпунктов для развернутого описания симптомов патологий, упомянутых выше. Были анонимно опрошены 123 врача.

Критерии включения: стоматологи любых специальностей, полностью добровольно заполнившие анкету.

Критерии исключения: отказ от участия в опросе, дефекты заполнения анкеты.

Исключено 12 анкет из-за дефектов заполнения. Итоговая выборка составила: 111 стоматологов, из них: терапевтов—74, ортопедов—23, хирургов—14.

Для оценки ответов использовали нашу экспериментальную шкалу СОСЧ (5 и > баллов — достаточная ОО, <5 б. — недостаточная). Для интерпретации данных использовали специально разработанный образец ответов.

Для расчетов использовали Microsoft Excel, онлайн-калькуляторы [4]. Вид распределения определяли по критерию эксцессии-ассимметрии и критерию Колмогорова-Смирнова. По данным о количестве стоматологов Ростовской области за 2016 год [5] определили репрезентативность. Зависимость от КИС (один или несколько) оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение: 1). ОО = 3 (95%ДИ: 2,5-3,5) балла.

2). Выборка подчинена нормальному закону распределения (НЗР) по критерию эксцесса-ассимметрии ($E=-0,54$, $A=0,54$) и близка к нормальному по Колмогорову-Смирнову ($0,227 > 0,129$ при $p=0,05$), поэтому мы использовали параметрические критерии.

3). Выборка репрезентативна ($100 < 111$), следовательно, полученные результаты можно экстраполировать на всю область.

4). При оценке значимости различий ОО для использующих 1 источник и использующих несколько коэффициент Стьюдента $t = 0,09 < 2$ ($p = 0.05$). Различия незначимы. Можно предположить, что этой проблеме внимание не уделяется, сколько бы КИС ни использовалось (изучение литературы, научных статей, посещение конференций, семинаров и т.д.).

Выводы: на примере стоматологов Ростовской области, мы показали, что общая осведомленность в данной области недостаточна, и не зависит от КИС. Следует привлекать к проблеме больше внимания как со стороны студентов, так и со стороны практикующих врачей. Также мы призываем коллег проверить осведомленность в своих регионах.

Список литературы.

1. Сообщение Роспотребнадзора Ростовской области ""О ВИЧ-инфекции в Ростовской области" 1 декабря 2017 года. URL: http://www.61.rospotrebnadzor.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=7480:2017-12-01-06-24-45&catid=80:2009-12-25-16-26-24&Itemid=79
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический отчет по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. — 2017. — Т. 20. — No1. — С. 13-41. doi: 10.14341/DM8664
3. Роспотребнадзор - О снижении масштабов злоупотребления алкогольной продукцией - 18.01.2016 г. URL: http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=5533
4. Онлайн-калькуляторы с образовательного ресурса «Медицинская статистика». URL: <http://www.medstatistic.ru/calculators.html>
5. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Ростовской области «Численность врачей по отдельным специальностям», 12.02.17.
6. Aline Lauria Pires AbrГJo, Caroline Menezes Santana, Ana Cristina Barreto Bezerra, RivaldГЎvio Fernandes Batista de Amorim, Mariana Branco da Silva, Licia Maria Henrique da Mota, Denise Pinheiro FalcГJo, What rheumatologists should know about orofacial manifestations of autoimmune rheumatic diseases, Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition), Volume 56, Issue 5, 2016, Pages 441-450, ISSN 2255-5021, <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.02.006>.
7. Allan D. Padbury, Tolga F. Tözüm, Mario Taba, Erin L. Ealba, Brady T. West, Richard E. Burney, Paul G. Gauger, William V. Giannobile, Laurie K. McCauley; The Impact of Primary Hyperparathyroidism on the Oral Cavity, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 91, Issue 9, 1 September 2006, Pages 3439–3445, <https://doi.org/10.1210/jc.2005-2282>
8. Katsanos KH, Torres J, Roda G, Brygo A, Delaporte E, Colombel JF. Review article: non-malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases. Aliment Pharmacol Ther. 2015 Jul. 42 (1):40-60.
9. Ruokonen H, Helve T, Arola J, Hietanen J, Lindqvist C, Hagstrom J. "Strawberry like" gingivitis being the first sign of Wegener's granulomatosis. Eur J Intern Med. 2009 Oct. 20(6):651-3.

ОСОБЕННОСТИ РОСТА КЛИНИЧЕСКИХ ШТАММОВ CANDIDA ALBICANS

Пастухов Д.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Годовалов А.П.

Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагенра

Дрожжеподобные грибки рода *Candida* spp. являются условно патогенными микроорганизмами и могут входить в состав резидентной микрофлоры полости рта, не вызывая клинических проявлений. В состоянии иммунодефицита, вследствие длительного приема антибиотиков, цитостатиков, кортикостероидов и действия ряда других факторов происходит повышение числа грибов. Наиболее весомая роль в развитии воспалительной патологии у *Candida albicans*, несколько реже *C. tropicalis* и *C. glabrata*. Эти микроорганизмы имеют тропность к эпителию, выстилающему слизистую оболочку ротовой полости, желудочно-кишечного тракта, верхних и нижних дыхательных путей, полового тракта.

Известно, что наиболее оптимальной температурой для роста грибов является 30-37°C, pH 5,8-6,5. Однако грибки способны длительно переносить и резкокислые условия, а также хорошо растут на нейтральных и слабокислых средах.

Отличительной особенностью грибов от бактерий является наличие ядра и органоидов, которые необходимо обеспечивать энергией. Для выполнения этой функции у микроорганизмов присутствует способность ферментировать углеводы. Можно предположить, что наиболее благоприятная ситуация для жизнедеятельности грибов будет при повышенном содержании углеводов в организме хозяина. Такая картина складывается при сахарном диабете.

Цель исследования – сравнить динамику роста клинических штаммов грибов рода *Candida* spp. и оценить нуждаемость микроорганизма в глюкозе.

Материалы и методы. Для исследования использовали клинический штамм, взятые из ротовой полости, которые выделяли на среде Сабуро. Оценку динамики роста осуществляли при культивировании микроорганизмов в лунках плоскодонных полистироловых планшет. Использовали бульон Сабуро, в который в ряде случаев вносили глюкозу. В течение 24 ч каждый час производили регистрацию оптической плотности при длине волны 620 нм. Удельная скорость роста культуры рассчитывается по данным концентрации биомассы в фазах активного роста культуры по формуле: $\frac{X_1 - X_0}{T_1 - T_0}$, где X_0 и X_1 – значения биомассы, соответствующие времени роста T_0 и T_1 .

Результаты исследования. В ходе проведенных исследований, установлено что лог-фаза штамма, выделенного из зева в нейтральных условиях сменяется фазой задержки роста (9-10 и 18-20 часа) и через сутки достигает минимального значения. В растворе глюкозы продолжительность лаг-фазы роста грибов составляет 4 часа. Фаза экспоненциального роста длится 5 часов, после чего наступает фаза задержки роста, которая продолжается 5 часов. После фазы задержки роста отмечается вновь фаза экспоненциального роста, которая продолжается 9 часов. По истечении 24 часов грибки в бульоне Сабуро с добавлением глюкозы достигают максимальной численности (1,032 у.е. ОП).

Скорость роста грибов в бульоне Сабуро с глюкозой составляет 0,1795 у.е. ОП/час. Данный показатель значительно превосходит скорость роста штамма в условиях без глюкозы – 0,0627 у.е. ОП/час.

Вывод. Глюкоза не является обязательным компонентом для роста грибов. Однако *Candida albicans* в присутствии глюкозы начинают расти значительно быстрее, и достигают максимальной пролиферативной активности.

Список литературы.

1. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Ожгибесов Г.П. Характеристика *Candida* spp. в грибково-бактериальных ассоциациях при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей // Проблемы медицинской микологии. – 2009. – Т. 11, № 2. – С. 65.
2. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Шипилина Е.Д. Некоторые особенности лабораторной диагностики дисбиотических состояний полости рта // В мире научных открытий. – 2010. – № 4-14. – С. 7-8.
3. Годовалов А.П., Карпунина Т.И. О способности к биопленкообразованию *Candida albicans*, колонизирующих вагинальный биотоп // Успехи медицинской микологии. – 2017. – Т. 17, № 17. – С. 136-140.
4. Годовалов А.П., Ожгибесов Г.П., Быкова Л.П., Никулина Е.А. Участие *Candida* spp. в формировании воспалительных заболеваний различной локализации // Проблемы медицинской микологии. – 2008. – Т. 10, № 2. – С. 36а.
5. Ларин А.Э., Ларина П.М., Быкова Л.П., Годовалов А.П. Микробиологические особенности биотопа толстого кишечника при носительстве *Candida* spp // Молодежный инновационный вестник. – 2015. – Т. 4, № 1. – С. 168-169.
6. Пастухов Д.М. Особенности влияния *Candida* spp. на бактерии полости рта // Международный студенческий научный вестник. – 2018. - №1. – С.31-33.
7. Пастухов Д.М. Изучение цитологических особенностей буккального эпителия при орофарингеальном кандидозе // Молодые ученые – медицине. Материалы XVII научной конференции молодых ученых и специалистов с международным участием. - 2018. – С. 2018-221.

ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У МОНОЗИГОТНЫХ И ДИЗИГОТНЫХ БЛИЗНЕЦОВ С РАЗЛИЧНОЙ ФОРМОЙ ЧЕРЕПА

Полякова Е.В., Камалитдинова Н.М.

Оренбургский государственный медицинский университет

Особенности развития близнецов как в период эмбриогенеза, так и постнатальном онтогенезе всегда имели тенденцию к изучению в научно - медицинском направлении (Айламазян Э.К. 1997; Ушаков Г.К. 1977; Никитюк Б.А. 1978). Имеются исследования об отставании монозиготных близнецов в физическом развитии, особенностях генетической обусловленности интеллектуальных различий, подверженность психическим заболеваниями[1-4]. В доступной литературе нам не встретились исследования, направленные на изучение распространенности стоматологической патологии у близнецов с различной формой черепа.

Цель: Явилось выявление особенностей распространенности различных форм стоматологической патологии в связи с индивидуальной анатомической изменчивостью зубо-челюстной системы и краниотипами у монозиготных(МЗ) и дизиготных(ДЗ) близнецов.

Материалы и методы: Проведено стоматологическое и антропометрическое обследование 11 пар близнецов, 3 из которых ДЗ (5 девушек и 1 юноша) и 8 МЗ (16 девушек) в возрасте 17-23 лет, проживающих в Оренбургской области с рождения. Проводилось соматотипирование по росту, весу (индекс массы тела) и черепному индексу. Стоматологическое обследование включало в себя оценку зубной формулы (КПУ-кариес, пломба, удаленный) и прикуса (физиологический, патологический). Изучаемая группа - студенты Оренбургского государственного медицинского университета, обследование проводилось на кафедре терапевтической стоматологии ОрГМУ с соблюдением этических и деонтологических норм и информированном согласии обследованных. Стоматологическую группу составили врач-стоматолог-терапевт, врач-ортодонт. Соматотипирование проводилось при помощи студентов 3 курса стоматологического факультета, при наличии весов марки «Scarlett», ростомера «SECA», антропометра, штангенциркуля. Продольный диаметр черепа измерялся от точки glabella (наиболее выступающая вперед в медиально-сагиттальном сечении точка на носовом отростке лобной кости) до точки opistocranium(наиболее выступающая сзади точка на затылочной кости, лежащая на наружном затылочном возвышении), поперечный диаметр черепа (ширина головы) между точками europ(наиболее выступающая наружу точка боковой поверхности черепа, лежащая на теменной кости). Измерения проводились несколько раз, с выведением среднего значения, чтобы избежать ошибок. Пол, рост, массу тела, возраст, регион проживания, антропометрические данные, фиксировались в протоколе исследования, стоматологические данные дублировались записью в амбулаторную карту стоматологического больного (ф.-043/у), в разделы зубная формула по ВОЗ и прикус.

Результаты исследования:

Выявлено количественное распределение по краниометрии, представителей мезокефалов среди монозиготов 4 пары (8 человек), долихокефалов 2 пары (4 человека), 2 пары брахицефалы (4 человека). Представителей мезокефалов среди дизигот 1 пара (2 человека, юноша и девушка), долихокефалов 2 пары (4 человека) и брахицефалов 0.

Установлено, что среди обследованных мезокефалов МЗ 4 человека имеют физиологическую ортогнатию, нуждается в ортодонтическом лечении 2 человека. Остальные 2 на момент осмотра находились в брекет-системе. КПУ в данной группе МЗ мезокефалов составило 11-16 (преобладает П- пломбы).

В группе долихокефалов 3 человека физиологическую ортогнатию, и один после брекет-системы. КПУ у данных молодых девушек 8-10 (преобладает – П- пломбы). Наличие характерных отличий прикуса в анамнезе монозиготной пары в данной группе (МЗ близнец А1 получила ортодонтическое лечение два года назад, при том что МЗ близнец А2 не имеет показаний к ортодонтическому лечению), может послужить дальнейшему проявлению отсутствия максимальной генетической зависимости МЗ близнецов друг от друга, в области зубо-челюстной системы.

В группе брахицефалов 2 человек нуждается в ортодонтическом лечении (имеют прямой прикус) и двое без патологий, но согласно записи зубной формулы отмечено характерное «зеркальное» наличие и отсутствие третьих моляров в зубном ряду (у МЗ близнеца А1 1.8 зуб на момент обследования фиксирован, а у МЗ близнеца А2 1.8 отсутствует, при том, что зуб 2.8 у МЗ

A1 отсутствует, а 2.8 зуб у МЗ А2 фиксирован. Третьи моляры нижней челюсти отсутствуют и у МЗ А1 и А2.). КПУ в этой группе 16 (преобладает К- кариес).

ДЗ мезоцефалы 2 человека с прямыми показаниями к ортодонтическому лечению. КПУ -4-5 преобладают пломбы. Долихоцефалы ДЗ близнецов (4 человека) не нуждаются в ортодонтическом лечении (ортогнатический прикус) с КПУ 2-4. Наличие некариозных поражений с одинаковым проявлением, как в групповой принадлежности зуба, так и форме и локализации поражения.

Весовой и ростовой показатели в группе ДЗ близнецов соответствовали возрастным нормам, МЗ близнецы показали незначительный дефицит массы тела по отношению к значению роста и возраста.

Вывод: Таким образом, проведенное исследование позволяет считать полученные данные и показатели достаточными для дальнейшего увеличения числа выборки и количества оцениваемых параметров для уточнения репрезентативности полученных данных.

Список литературы.

1. Дмитриев Л. А., Бахолдина В. Ю. Антропологическое исследование близнецов / Л. А. Дмитриев, В. Ю. Бахолдина // Научный альманах кафедры антропологии Биологического ф-та МГУ. - 2001. - №1. С.163-177.
2. Эфроимсон В. П. Генетика интеллекта [Текст] / В. П. Эфроимсон. М.: Русский мир, 1998. - 578 с.
3. Особенности развития близнецов [Текст] / [Г.К. Ушаков, Н.Г. Липовецкая, Г.Н. Пивоварова и др.] ; Под ред. Г.К. Ушакова. – М.: Медицина, 1977. - 192
4. Phelps, J. A., Davis, J. O., and Schartz, K. M. (1997). Nature, Nurture, and Twin Research Strategies. Current Directions in Psychological Science, 6(5), 117-121

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ СРЕДСТВ ГИГИЕНЫ В СТОМАТОЛОГИИ

**Попова Г.И. , Меркульцева В.М.
Первый МГМУ им И.М. Сеченова**

В середине 90-х годов прошлого столетия появляются первые образцы средств гигиены полости рта, в основе лечебно-профилактического действия которых лежит принцип генерации направленных ультразвуковых колебаний, локально воздействующих на патогенную микрофлору внутри ротовой полости («ультразвуковая зубная щетка»). Первые результаты, показавшие в сравнении с результатами использования традиционных средств гигиены полости рта существенно большую эффективность, привлекли к себе внимание клиницистов и обусловили актуальность настоящего исследования.

Цель работы: определение сравнительной эффективности использования ультразвуковых средств гигиены полости рта в сравнении с использованием традиционных средств для стоматологических пациентов, перенесших восстановительное или хирургическое вмешательство.

Описание: исследование проводится на экспериментальной и контрольной группах стоматологических пациентов, перенесших восстановительное лечение (протезирование) или хирургическое вмешательство по объективным показаниям с использованием ультразвуковых и традиционных (соответственно) средств гигиены полости рта. Эффективность использования средств гигиены полости рта первого и второго типа оценивается по ряду сравниваемых показателей, в их числе: субъективная оценка удобства и комфортности применения для пациента, субъективная оценка наличия/отсутствия болевых ощущений при использовании и степени их выраженности (в случае наличия), оценка дезинфицирующего эффекта, оценка уровня обсемененности ротовой полости вторичными инфекциями в течение периода наблюдения, темпы регенерации и заживления прираневых тканей и фрагментов; темпы и полнота восстановления нарушенных в результате вмешательства функций, оценка общей динамики восстановительных процессов. Результаты исследования фиксировались по указанным показателям для пациентов экспериментальной и контрольной групп в следующих клинических ситуациях: непереносимость конструкций из традиционных материалов после протезирования [2], травматические поражения

слизистой полости рта у пациентов, перенесших ортодонтическое вмешательство [1], нарушения устойчивости детальных имплантатов [3].

Методы лечения: локальное воздействие звуковыми колебаниями сверхвысокой частоты с использованием соответствующих средств гигиены полости рта в экспериментальной группе, а также – с использованием традиционных средств гигиены (зубных щеток, флоссов и т.п.) в контрольной группе.

Фиксация опытных данных производится посредством направленного опроса и клинического осмотра полости рта исследуемых пациентов обеих групп с фиксацией фактических изменений внутреннего состояния ротовой полости любого типа, - как положительных, так и отрицательных, - и внесением последующей коррекции в индивидуальные схемы лечения каждого исследуемого пациента. С целью первичного эмпирического обобщения получаемых опытных данных производится сравнение для пациентов экспериментальной и контрольной групп не только по каждому из исследуемых показателей, но и по фиксируемым темпам динамики происходящих в восстановительных процессах изменений для каждого из исследуемых показателей, причем, учитываются как субъективные свидетельства пациентов, так и объективные данные клинических осмотров.

После получения первичных опытных данных для средств гигиены полости рта первого и второго типа производится эмпирическое обобщение и сравнение полученных величин для экспериментальной и контрольной групп стоматологических пациентов.

Выводы: исследование завершается общим выводом о превосходящей восстановительной и гигиенической эффективности средств гигиены полости рта ультразвукового типа в сравнении с традиционными средствами гигиены по совокупности исследуемых показателей для экспериментальной и контрольной групп стоматологических пациентов.

Список литературы.

1. Севбитов А.В., Невдах А.С., Платонова В.В., Кузнецова М.Ю., Юмашев А.В. Оценка качества жизни ортодонтических пациентов, имеющих травматические поражения на слизистой оболочке полости рта // Труды международного симпозиума Надежность и качество. 2015. Т. 2. С. 368-369.
2. Harvey, E. N., Loomis, A. L. High Frequency Sound Waves of Small Intensity and Their Biological Effects // Nature, 1928. № 121 — P.622.
3. Harvey, E. N., Loomis, A. L. High Speed Photomicrography of Living Ceel Subjected to the Supersonic Vibration // Journ. Gen. Physiol., 1931. № 15 — C.147.

ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

Попова С.В, Гандылян С.М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Многообразие клинических проявлений ортодонтической патологии не всегда позволяет с точностью поставить диагноз, основываясь только на опросе пациента.

Врачам - ортодонтам приходится прибегать к дополнительным исследованиям для более точной постановки диагноза.

При сложных клинических случаях требуется больше отображений ЧЛЮ пациента в виде дополнительных методов исследования, к ним можно отнести гипсовые модели, рентгеновские снимки. Одним из самых современных способов диагностики, позволяющих с большей точностью выяснить соотношения челюстных структур, положения зубов является ТРГ. Этот метод позволяет не только определить параметры костных и мягкотканых структур и поставить диагноз, но и составить план лечения. УЕль. Изучить различные цефалометрические показатели у детей с деформациями зубочелюстной системы.

Материалы и методы.

Исследование было выполнено на кафедре стоматологии детского возраста в детской стоматологической поликлинике.

Для достижения поставленной цели нами были исследованы различные показатели телерентгенограм, которые были рассчитаны с помощью программы Dolphin Imaging Software.

Результаты.

Существует два вида телерентгенографии головы:

ТРГ головы в боковой проекции позволяет доктору получить информацию об аномалии окклюзии в сагиттальном и вертикальном направлении, оценить размеры верхней и нижней челюстей, длину ветви нижней челюсти, угол наклона резцов обеих челюстей как к плоскости соответствующей челюсти, так и к переднему основанию черепа, определить тип роста лицевого скелета, что очень важно при планировании ортодонтического лечения растущих пациентов.

ТРГ головы в прямой проекции позволяет определить аномалии окклюзии в трансверзальном и вертикальном направлении, оценить симметричность лицевого скелета относительно срединной линии лица

При профильном рентгеновском снимке рентгенолог наносит на центр лица рентгенконтрастный раствор бариевой взвеси. Тогда на снимке видны не только костные структуры, но и контуры мягких тканей.

Методика перенесения ТРГ снимка на бумагу с целью расчета данных заключается в установки рентгеновского снимка на источник света, на него кладется калька и обводятся все необходимые структуры.

Вывод: В большинстве случаев выявленные деформации зубочелюстной системы возникают в результате нарушения функций дыхания, сосания и глотания, вредных привычек и заболеваний челюстно-лицевой области. Благодаря изучению цефалометрических показателей ТРГ в боковой проекции правильная постановка диагноза и определение дальнейшего плана лечения не составляет особых трудностей и гарантирует успешное лечение.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИК ПРЕЗЕРВАЦИИ ЛУНОК УДАЛЕННЫХ ЗУБОВ В ПРЕДИМПЛАНТАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Редько Н.А.

Научный руководитель: профессор Дробышев А.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И. Евдокимова

Проблемы восполнения утраченных зубов остаются актуальными на протяжении многих лет [1]. Золотым стандартом реабилитации является проведение дентальной имплантации. Однако проведение данной манипуляции в 40% случаев затруднено из-за отсутствия необходимого уровня и объема костной ткани альвеолярного отростка челюсти [2]. Для восстановления объема костной ткани необходимо проводить обширные и дорогостоящие оперативные вмешательства, которые совмещаются с выраженным отеком послеоперационной области, болевыми ощущениями. Отсутствие зуба в его альвеоле запускает каскад биологических событий, которые, как правило, приводят к значительным местным анатомическим изменениям. По данным литературы, за первые 6 месяцев можно наблюдать потерю высоты костной ткани до 45% в вертикальном измерении, а через 12 месяцев, происходит убыль на 50% по ширине [4]. Таким образом, сохранение альвеолярного гребня стало ключевым компонентом современной клинической имплантологии. В настоящее время в мире применяется более 2000 различных костнопластических материалов для предотвращения резорбции костной ткани. На данный момент для презервации лунки удаленного зуба применяются материалы на основе гидроксиапатита, трикальций фосфата, а так же ксеногенные и аутологичные (костная стружка, кровяной сгусток, плазма, обогащенная факторами роста) [3,5,6]. Целью нашего исследования был анализ и сравнение способов сохранения и восстановления костной ткани после удаления зубов с различных костно-пластических материалов.

Материалы и методы: результаты лучевых методов исследования (КЛКТ, ОПТГ), гипсовые модели пациентов до удаления зуба и перед дентальной имплантацией, ксеноматериал на основе бычьей кости Cerabone Botiss, материал на основе гидроксиапатита с коллагеном и гидрохлоридом линкомицина Коллапан-Л, интраоральный сканер.

Результаты и выводы: На базе КЦЧЛПХиС Клиники МГМСУ им. А.И. Евдокимова на кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии в 2018 году 36 пациентам производилось

удаление от 1 до 12 зубов в связи с хроническим периодонтитом или генерализованным пародонтитом с одномоментной презервацией лунок удаленных зубов материалом на основе гидроксиапатита Коллапан-Л или ксеноматериалом на основе бычьей кости Cerabone. Заживление лунки проходило без особенностей, послеоперационные швы удалены на 10-14 день, в зависимости от количества удаляемых зубов, при полной эпителизации послеоперационной раны. Через 3-5 месяцев после удаления зуба проводилась контрольная компьютерная томография для определения объема полученной костной ткани, а так же величины естественной резорбции костной ткани альвеолярного отростка челюстей. По данным КТ выявлено, что убыль костной ткани в области проведенной презервации лунки при использовании Cerabone составила 12,3% в горизонтальном направлении и 14,6% в вертикальном (язычно и вестибулярно). При использовании материала на основе гидроксиапатита, резорбция составила на уровне 15,5% в горизонтальном направлении, и 16,3% в вертикальном. При проведении контрольного интраорального сканирования убыль костной ткани в среднем составила 128,40±30,50мм³ (Cerabone) и 142,43±29,32мм³ при использовании Коллапан-Л. Оба результата могут свидетельствовать о состоятельности применяемых методик презервации лунки. При проведении дентальной имплантации проводился забор костных трепан-биоптатов. После этого в образовавшееся ложе проводилась установка дентального имплантата и фиксированием уровня стабильности при помощи аппарата Osstel (или динамометрического ключа). Результаты первичной стабильности в обеих группах были от 63 ISQ до 79 ISQ, средний результат 71 ISQ, что является важным фактором в дальнейшем полноценном функционировании имплантата. В настоящее время проведен первичный гистоморфометрический анализ полученных костных трепан-биоптатов. Анализ показал, что в полученных образцах после использования ксеноматериала Cerabone, через 3, 6 и 8 месяцев определяются нерезорбированные гранулы материала, окруженные соединительнотканной капсулой без признаков замещения костной тканью. В то время как в группе пациентов с применением материала на основе гидроксиапатита Коллапан-Л через 5-7 месяцев после внесения материала отмечается значительное замещение объема лунки новообразованной полноценной костной тканью с положительной динамикой.

Заключение: Процедуры презервации альвеолярного альвеолярного гребня являются эффективными для минимизации потери ткани после экстракции зубов. На результаты этих манипуляций оказывают влияние морфология лунки удаленных зубов, менеджмент мягких тканей, тип применяемых костно-пластических материалов, использование барьерных мембран и использование различных факторов роста. На данный момент используемые методики презервации лунки удаленных зубов имеют свои положительные и отрицательные стороны, что оставляет докторам возможность для поиска альтернативных методов костнопластических материалов.

Список литературы:

1. Кулаков Л.А., Робустова Т.Г., Неробеев Л.И. / Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010. - 928 с.
2. Дробышев А.Ю., Янушевич О.О. / Челюстно-лицевая хирургия. Учебник / М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018. - 880 с.
3. Kim E.S. / Autogenous fresh demineralized tooth graft prepared at chairside for dental implant / Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2015 Feb 18;37(1):8
4. Ten Heggeler J.M., Slot D.E. / Effect of socket preservation therapies following tooth extraction in non-molar regions in humans: a systematic review / Clin Oral Implants Res. 2011 Aug;22(8):779-88
5. Binderman I., Hallel G., Nardy C. / A Novel Procedure to Process Extracted Teeth for Immediate Grafting of Autogenous Dentin / J Interdiscipl Med Dent Sci 2014, 2:6
6. Araújo MG, Lindhe J. / Ridge preservation with the use of Bio-Oss collagen: a 6-month study in the dog / Clin Oral Implants Res 2009;20:433-40

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ И ОЦЕНКИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ КОМПОЗИЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сафонов А.Е.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Исследование самой возможности применения композитов для стоматологических целей занимает значительный временной промежуток в истории стоматологической науки последних десятилетий. Сменяющие друг друга периоды теоретических поисков и последующей практической апробации, анализа результатов проб и совершенных ошибок, преимуществ и недостатков целого ряда синтетических и полусинтетических композитов в конце концов подвели мировое профессиональное сообщество стоматологов к выводу о целесообразности использования гибридных композитных материалов нового поколения - оркомеров и компомеров [5].

Материалы и методы исследования: материалы и оборудование, использованное в исследовании – инновационные композитные материалы оркомеры и компомеры гибридные, макронаполненные (размер частиц более 8 мкм.) и микронаполненные (размер частиц менее 0,5 мкм.), оборудование и инструменты для отверждения исследуемых материалов, лабораторное оборудование для исследования физико-химических и физико-механических характеристик исследуемых материалов в отвержденном состоянии. Методы исследования – метод измерения и оценки величины полимеризационной усадки, метод денситометрии, метод оценки коэффициента термического расширения, рентгенологический метод исследования рентгеноконтрастности исследуемых материалов, метод микроскопического исследования [4].

Результаты исследования и их обсуждение - в процессе приготовления пломбировочного состава на основе гибридных композитов, готового к дальнейшему практическому применению, и последующего отверждения для целей настоящего исследования установлено: разработчиками нового поколения гибридных композитов успешно преодолены такие недостатки пломбировочных материалов предшествующих поколений, как чрезмерная усадка материала в процессе отверждения и его недостаточная прочность по завершению этого процесса. В ходе микроскопического исследования установлено незначительное количество остаточных мономеров в исследуемых пробах и их высокая водостойкость (при прямом контакте с жидкостью). В то же самое время, по результатам исследования подтверждено сохранение ряда преимуществ пломбировочных составов предшествующих поколений, таких, как хорошая пластичность, высокая прочность, нормативный уровень адгезии, однако, в исследуемых образцах и эти характеристики еще более улучшены за счет увеличения процентного содержания неорганических наполнителей, характерного для современного поколения гибридных композитов, использующих сополимеры акриловых или эпоксидных компонентов в процентной доле, достигающей до 50%, и обладающих (для ряда сополимеров – [3]) свойствами защитного покрытия.

В исследовании проанализирован общий состав исследуемых образцов, структурно сочетающий высокомолекулярную матрицу на органической основе и матричный наполнитель неорганической природы. Компонентный состав исследуемых образцов включает: функциональный ингибитор хранения и отвердевания, фотокатализатор начала реакции отвердевания под воздействием внешнего источника освещения (UV), хемокатализатор отверждения, вещество-акцептор UV-освещения, компоненты окрашивания состава. Исследуемые характеристики: линейная усадка, плотность состава, коэффициент термического расширения, рентгеноконтрастность, модуль эластичности. Достигаемое оптимальное сочетание всех указанных выше характеристик фиксировалось при следующих линейных размерах микрочастиц неорганического наполнителя: не менее 8 мкм. для макронаполненных гибридных композитов; не более 0,5 мкм. для микронаполненных гибридных композитов. Полученные экстремумы выраженности уровней свойств исчислялись с учетом данных общего (интегрированного) анализа изменений, следующих физико-химических и физико-механических характеристик исследуемых материалов: собственно, размер частиц неорганического наполнителя, использованный способ (фото-; хемо-) отверждения, исходная консистенция смеси. Субъективно оценивался важнейший фактор совпадения («сродства») всех указанных характеристик гибридных композитов аналогичным характеристикам естественного дентина зубной ткани [1].

Выводы: при проведении реставрации кариозных и некариозных повреждений или убыли естественной ткани зубов клиницист при работе с современными пломбировочными материалами композитного характера должен ориентироваться прежде всего на минимизацию риска

осложнений после вмешательства или противопоказаний для использования данного пломбировочного состава, а также долговечности проведенной реставрации. В случаях восстановления фронтальных зубов (до 5-х включительно – [2]) немаловажное значение также играют и эстетические аспекты реставрации, а в современных условиях важен также и фактор удобства применения состава.

Список литературы.

1. Зайцев Д.В. Григорьев С.С. Панфилов П.Е. Дентин человека как объект исследования физического материаловедения // Проблемы стоматологии, 2013. № 3, С.3
2. Луцкая И.К. Марченко Е.И. Чухрай И.Г. Эстетическое пломбирование некариозных дефектов твердых тканей зуба // Современная стоматология № 1. – 2012. - С. 30
3. Макеева И. М. Композитные материалы различных классов в практике терапевтической стоматологии // Стоматология № 1, 2002. - С.37-38
4. Севбитов А.В., Адмакин О.И., Платонова В.В., Браго А.С., Бондаренко И.В., Золотова Е.В., Канукова Е.Ю., Селифанова Е.И., Скотова Е.А., Юмашев А.В., Кузнецова М.Ю., Миронов С.Н., Дорофеев А.Е. Стоматология: организация стоматологической помощи и анатомия зубов// -Ростов-на-Дону.: Феникс, 2015, -155 с.
5. Третьякович А.Г., Борисенко Л.Г., Делендик А.И., Орда В.Н. Возможности применения современных реставрационных материалов. Учебно-методическое пособие – Минск: Медицина, 2004, -С. 15-32

ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ СТАЦИОНАРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Сергеев Ю.А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Письменова Н.Н.
Ставропольский государственный медицинский университет**

В последние десятилетия отмечается рост числа стоматологических больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области среди населения, который происходит несмотря на совершенствование лечебно-диагностических методов хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Более чем у 50 % стоматологических пациентов, находящихся на стационарном лечении, выявляются различные формы дезорганизации иммунной системы, что приводит к развитию серьезных осложнений с увеличением сроков нетрудоспособности, инвалидизации пациентов вплоть до летальных исходов.

Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области нередко сочетаются с различной соматической патологией. К числу самых распространенных хронических соматических заболеваний в РФ на сегодняшний день относят ишемическую болезнь сердца (ИБС) и гипертоническую болезнь (ГБ), сахарный диабет (СД).

Распространенность ишемической болезни сердца составляет 12–24 % взрослого населения, гипертонической болезни 41%, доля сахарного диабета составляет 20 % взрослого населения. Эти заболевания занимают первое место среди причин смертности в мире и являются одной из самых распространенных причин утраты трудоспособности и инвалидизации. Наличие очагов стоматогенной инфекции у пациентов с ишемической болезнью сердца ухудшает и утяжеляет состояние сердечно-сосудистой системы у таких больных, поэтому изучение их стоматологического статуса, клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области является актуальной задачей.

Для сочетанной соматической патологии характерно взаимоотягочающее действие. В связи с этим изучение методов оптимизации лечения стоматологических больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с сопутствующими хроническими заболеваниями: гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом и другими является весьма актуальным.

В стационарных отделениях стоматологического профиля сложность работы врачей-стоматологов при приеме пациентов с хронической соматической патологией (гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом и др.) сопряжена, с одной стороны,

со сложностью привлечения к лечению врачей соответствующих специальностей (врача общей практики, врача-терапевта, врача-кардиолога, врача-эндокринолога и т.д.), с другой стороны, больные с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области часто нуждаются в срочной экстренной стоматологической помощи. В связи с этим объем диагностических исследований в подобных случаях приходится ограничивать до минимально возможного. Поэтому поиск и внедрение экспресс-методов диагностики степени компенсации хронической соматической патологии и общего состояния организма на стационарном стоматологическом приеме у таких пациентов является особенно актуальным в том числе еще и потому, что сопутствующие соматические заболевания могут осложниться наличием гнойно-воспалительного процесса ЧЛЮ, проведенным оперативным вмешательством, а также эмоциональным стрессом, связанным с ним. Так, гипертоническая болезнь может осложниться гипертоническим кризом, обострение ишемической болезни сердца может привести к развитию инфаркта миокарда, сердечной недостаточности. Сахарный диабет может осложниться гипогликемической или гипергликемической комой.

В таких случаях необходимо особенно тщательно продумывать тактику ведения и оказания хирургической стоматологической помощи, особенно у больных пожилого возраста с множеством сопутствующих соматических заболеваний.

Цель исследования: исследование распространенности и нозологической структуры гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и соматической патологии на стационарном стоматологическом приеме и особенностей течения патологических процессов в челюстно-лицевой области при хронической соматической патологии.

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленной цели исследования проанализировано 40 карт стоматологических больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области соматически здоровых (группа сравнения) и 60 стационарных карт стоматологических больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с сопутствующей хронической соматической патологией (контрольная группа): гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом (3 основные группы) за 2011–2015 гг., находившихся на лечении в челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК "ГКБ СМП" г. Ставрополя.

В группы исследования включили пациентов с наиболее распространенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, встречающихся на стационарном стоматологическом приеме: абсцессы и флегмоны, прилегающие к верхней челюсти, абсцессы и флегмоны, прилегающие к нижней челюсти, одонтогенный гайморит. В процессе сбора анамнеза у стоматологических пациентов определяли наличие хронической соматической патологии, клиническую стадию и характер ее течения. Всем больным проводились инструментальные и лабораторные исследования.

Результаты клинических исследований обрабатывались с использованием метода вариационной статистики Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Группа сравнения была сформирована из стоматологических больных в возрасте старше 30 лет, которые обратились за стоматологической помощью в период 2011–2015 гг. с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, не имеющие в анамнезе соматической патологии. Таких больных было 40 человек. Из них 17 мужчин (17,5 %) и 33 женщин (85%).

СТРЕСС-ФАКТОРЫ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Соколова И.С., Николаева М.О

Научный руководитель: Соколов Н.А.

Санкт-Петербургский государственный университет

Проблема страха в стоматологии не потеряла своей актуальности на сегодняшний день. Особенно остро стоит вопрос в работе с детьми, но и с пациентами молодого возраста порой возникают трудности. Известно, что возрастная категория от 17 до 25 лет крайне подвержена негативному влиянию различных стрессоров, отражающихся на состоянии зубочелюстной системы. Для профилактики, а также ранней диагностики заболеваний необходимо

систематическое посещение врача-стоматолога, которое для многих пациентов является значительным фактором страха.

В связи с этим, целью нашего исследования является определение наиболее значимых стресс-факторов при посещении стоматолога, а также разработка метода повышения лояльности пациентов к проводимым манипуляциям.

Материалы и методы.

Был проведен опрос-анкетирование 100 студентов различных вузов Санкт-Петербурга (СПбГУ, СПбГЭУ, БГТУ «Военмех», СПбГТУ и т.д.) в возрасте от 17 до 25 лет. Анкета включала в себя 40 вопросов, касающихся отношения к стоматологическому лечению, частоте визитов к стоматологу, а также факторов страха на приеме.

Результаты.

Около 60% респондентов оценили уровень своей тревожности перед посещением стоматолога более, чем на 7 баллов по 10-балльной шкале. 47% опрошиваемых бывают у стоматолога реже, чем 1 раз в год. Основные причины, по которым молодые люди избегают посещения специалиста, распределяются таким образом: возможная боль (49,2%), неизвестные манипуляции (24,6%), неспособность контролировать ситуацию (15,2%).

Респондентам был задан вопрос, интересно ли им ознакомиться с выставкой стоматологического оборудования и инструментов, а также услышать профессиональное объяснение врачебных манипуляций на доступном уровне. Порядка 80% молодых людей проявили интерес к такому мероприятию, на котором будет возможность получить информацию о материалах и инструментах, совместно с пониманием процессов, происходящих при лечении.

Выводы.

Основные стрессоры на стоматологическом приеме были распределены таким образом: возможная боль, неизвестные манипуляции, неспособность контролировать ситуацию. Страх болевых ощущений возникает вследствие влияния исторического стереотипа, существующего со времен, когда хорошая местная анестезия была недоступна. В наше время стоит пояснять пациентам о прогрессе коллег-фармацевтов и доказывать на деле безболезненность манипуляций. Также значительным фактором страха при посещении стоматолога является непонимание молодыми пациентами действий врача. В качестве метода снижения стоматофобии и налаживания систематичности визитов к стоматологу возможно создание интерактивной выставки, посетители которой смогут увидеть инструменты, узнать о некоторых манипуляциях, что повысит уровень доверия к специалистам данного профиля.

Список литературы.

- 1) Ильин Е.П. Психология страха СПб.: Питер, 2017. — 352с.: ил. — (Мастера психологии);
- 2) Изард Кэррол Э. Психология эмоций СПб.: Питер, 2000. — 464 с.: ил. — (Мастера психологии).
- 3) Кузьмина. Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. Издательство – «Тонга-Принт», 2001, 216 с.

СОВРЕМЕННОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С МАКРОГЕНИЕЙ

Угримов А.А., Гаджиалиев Ф.М., Григорьян Э.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Изменение лица и нарушение деятельности жизненно-важных функций зубочелюстной системы в результате нарушения окклюзии зубных рядов определяют замкнутый и малообщительный характер больных с подобной деформацией. В наибольшей степени негативные проявления патологии выражены у пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов, сопровождающей формирование макрогений.

Целью исследования явилось обоснование методики комплексного лечения больных с макрогенией.

Материал и методы. В процессе лечения 15 пациентов с макрогенией использовались ортодонтические и хирургические мероприятия. Ортодонтический этап лечения включал применение несъемной и съемной аппаратуры, предусмотренной традиционными методиками, а

также эджуайс-технику отечественных и зарубежных производителей. Оперативное лечение, направленное на уменьшение длины тела нижней челюсти, осуществлялось внутриротовым доступом методом плоскостной остеотомии в области угла и ветви.

Установленная на гипсовых моделях пациента деформация зубоальвеолярного комплекса, препятствующая восстановлению хирургическим путем физиологического соотношения зубных рядов, определяла объем и характер дооперационной ортодонтической коррекции. Целью аппаратного лечения с использованием несъемных и съемных ортодонтических конструкций являлось устранение аномального положения зубов и исправление формы зубных рядов.

Характерной особенностью деформации зубочелюстной системы при развитии макрогении являлась ретрузия фронтальной группы нижних зубов. Устранение наклона нижних фронтальных зубов в дооперационном периоде обеспечивало возможность формирования в процессе костнопластической операции межрезцового угла в пределах 130° и восстановление окклюзионных контактов между резцами.

В процессе лечения у 9 пациентов осуществлялась операция удаления премоляров с целью формирования формы верхнего зубного ряда ортодонтическими несъемными аппаратами.

Проведение двусторонней плоскостной остеотомии в области угла и ветви нижней челюсти в процессе хирургического лечения позволяло устранить аномалию окклюзии зубных рядов практически при всех ее вариантах. Расщепление нижней челюсти по плоскости давало возможность свободно перемещать срединный фрагмент челюсти вперед, вверх и вниз, сохраняя контакт между костными фрагментами. Достигнутая при этом подвижность тела челюсти с нижним зубным рядом обеспечивала восстановление окклюзионного взаимоотношения зубных рядов, нарушенного не только в сагиттальной, но также горизонтальной и орбитальной плоскостях.

Ортодонтические аппараты, применяемые на этапе дооперационного устранения деформации зубных рядов, в ряде случаев использовались для достижения межчелюстной эластической фиксации, обеспечивающей не-подвижное положение челюстных фрагментов и стабилизацию ортогнатического соотношения зубных рядов после проведения костнопластической операции.

Ортодонтическое лечение в послеоперационном периоде было направлено на предотвращение смещения фрагментов нижней челюсти при помощи съемного аппарата и направляющих пилотов. На заключительном этапе реабилитации несъемными и съемными ортодонтическими аппаратами осуществлялась коррекция формы зубных рядов и формирование окклюзионных взаимоотношений между ними.

Удержание достигнутого лечебного результата в течение 18-24 месяцев являлось завершающим и самым длительным этапом реабилитационного процесса. Одним из основных способов ретенции итога лечения у больных с макрогенией являлось использование головной шапочки и подбородочной пращи с резиновой тягой.

Восстановление размера нижней челюсти в ходе реконструктивной операции способствовало устранению типичных косметических нарушений, составляющих предмет жалоб до начала лечения у основной части пациентов. Эффективное устранение лицевых признаков макрогении являлось положительным аспектом при оценке реабилитационных мероприятий, как для пациента, так и врача.

Восстановление эстетических пропорций лица пациентов и достигнутая в результате лечения удовлетворенность собственной внешностью повышала у них оценку своих возможностей, уверенность в себе и выполняемых действиях. Важным итогом реабилитации больных с макрогенией являлось снятие психологического напряжения в семье и нормализация их общения с окружающими.

Выводы. Анализ заверщенного комплексного лечения свидетельствовал об устранении патологического соотношения зубных рядов. Успешным результатом устранения нарушения окклюзии зубных рядов у больных с макрогенией являлось достижение нейтрального соотношения первых моляров и не менее 6-8 окклюзионных фиссурно-бугорковых контактов между зубами-антагонистами. При оценке лечебных исходов принималось во внимание также совпадение центральной линии между верхними и нижними зубами, формирование межрезцового угла в пределах 130° и перекрытие верхними резцами не более $1/3$ высоты нижних резцов.

Ближайшие и отдаленные исходы комбинированного (хирургического и ортодонтического) устранения макрогении и обусловленного этим сочетанного нарушения соотношения зубных рядов, подтверждали эффективность избранной лечебной программы. Осложнений, связанных с

проводимыми лечебными мероприятиями, не наблюдалось. Выполнение хирургического вмешательства внутриротовым доступом исключало формирование операционных рубцов на коже, обеспечивая высокий косметический результат лечения. Ретенция достигнутого результата на протяжении 10-24 месяцев исключала вероятность развития рецидива деформации зубочелюстной системы.

Список литературы.

1. Слабковская, А.Б. Диагностика трансверсальных аномалий окклюзии по данным телерентгенографии / А.Б. Слабковская // Ортодонтия. - 2003. - № 3. - С. 17 - 21.
2. Степанов, Г.В. Комплексное лечение мезиоокклюзии при зубоальвеолярном укорочении / Г.В. Степанов // Стоматология. - 2008. - № 5. - С. 65 - 67.
3. Трезубов, В.Н. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями / В.Н. Трезубов, Р.А. Фадеев. - М., 2005. - 224 с.
4. Федотов, С.Н. Хирургическое лечение нижнеймакрогнатии / С.Н. Федотов, О.С. Федотов. - Архангельск, 2006. - 262 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОСРЭ-ТЕСТА У СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Цыпленкова Л.С., Темирбиева М.М.

Научный руководитель: Кражан И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Кариес зубов – одна из центральных и нерешенных проблем стоматологии. Это заболевание, несомненно, относится к так называемым болезням цивилизации.

В настоящее время является общепризнанным, что при начальной стадии кариеса в очаге поражения имеется выраженная деминерализация эмали. При этом наиболее значительные изменения отмечаются в подповерхностном слое. Непосредственной причиной возникновения очага деминерализации являются органические кислоты (в основном – молочная), которые образуются в процессе ферментирования углеводов микроорганизмами зубной бляшки.

При рассмотрении возникновения кариеса зуба обращают внимание на многообразие различных факторов, взаимодействие которых и обуславливает появление очага деминерализации. Эти факторы делятся на общие и местные. Кроме того, важная роль принадлежит состоянию твердых тканей, их резистентности и способности к реминерализации. (ОМР→К)

К общим факторам относятся диета, пищевой рацион, в том числе – содержание фтора в воде, сдвиги в функциональном состоянии органов и систем организма, экстремальные воздействия.

Местные факторы включают: микроорганизмы зубного налета, нарушение состава и свойств ротовой жидкости, углеводистые остатки.

Резистентность зубных тканей характеризуется полноценностью структуры, химическим составом, генетическим кодом.

В развитии кариозного процесса принимают участие не только факторы, повреждающие твердые ткани зуба, но и состояние врожденной устойчивости эмали, и механизмы ее восстановления. При нарушении равновесия между разрушением и восстановлением возникает деструктивный процесс твердых тканей. К факторам, препятствующим деструктивным процессам, относятся резистентность твердых тканей и способность ее к восстановлению, за счет реминерализующих свойств слюны. Согласно литературным данным, снижение резистентности эмали прямо пропорционально заболеваемости кариесом.

Реминерализующие свойства слюны зависят от качества питания, состояния нервной системы и функционирования слюнных желез, которое определяется гормональным фоном, регулируется уровнем основного обмена веществ. Известно, что образ жизни, повышенные нагрузки, питание студентов ВУЗов могут приводить к нарушению равновесия.

В связи с этим, целью исследования явилась оценка состояния реминерализующих свойств эмали зубов у студентов 2 курса стоматологического факультета медицинского

университета (а именно – определения КОСРЭ-теста – клинической оценки скорости реминерализации эмали).

Материалы и методы.

Работа проводилась на базе кафедры пропедевтики стоматологических заболеваний СтГМУ. В исследование были включены 40 студентов обоего пола (20 мужчин и 20 женщин), возрастом от 18 до 20 лет, которым выполнялся КОСРЭ-тест. Исследование проводилось в первой половине дня после еды. Губную поверхность центрального верхнего резца тщательно очищали от зубного налета 3% раствором перекиси водорода, промывали водой и высушивали. На поверхность эмали наносили аппликатором каплю солянокислого буферного раствора (рН – 0,3-0,6) диаметром 2-3 мм. Через минуту каплю смывали водой и протравленный участок эмали окрашивали в течение того же времени 2% водным раствором метиленового синего. Излишки удаляли. Окрашивание протравленного участка эмали повторяли с суточным интервалом до тех пор, пока эмаль сохраняла способность адсорбировать краситель. Число суток является цифровым показателем устойчивости зубов к кариесу. На слайде показано окрашивание протравленного участка эмали зуба на первые сутки, вторые сутки, на третьи сутки и на четвертые сутки.

Окрашивание зуба по данным КОСРЭ-теста в пределах трех суток указывает на нормальное течение процессов реминерализации. Продолжительность окраски, равная четырем суткам и более, свидетельствует о замедлении реминерализации и сопровождается повышенным поражением зубов кариесом.

Результаты и их обсуждение.

Данные, полученные при проведении исследования, отражены в диаграмме 1 и сведены в таблице 1. Из таблицы следует, что у 60% студентов структура и функции эмали зубов восстанавливаются в трехдневный срок, что соответствует показателям нормы. При этом реминерализация эмали у мужчин происходит быстрее, чем у женщин, что подтверждает литературные данные.

Восстановление эмали в более поздние сроки свидетельствовало о снижении регенераторных способностей эмали и было более характерным для женщин.

Полученные результаты говорят о том, что почти половина студентов второго курса имеет пониженные регенераторные способности эмали зубов. Причем наиболее ярко это проявляется у обследуемых женского пола, что, вероятно, связано с более лабильным уровнем гормонального и минерального обмена.

ОСТЕОТРОПНЫЕ МАТЕРИАЛЫ В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА-СТОМАТОЛОГА

Шутова Е.Е., Иванюта С.О., Зоркина А.В.

Научный руководитель: Конев С.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Благодаря наличию большого спектра остеотропных материалов в современной хирургии у хирурга-стоматолога имеется возможность, по показаниям, проводить костную пластику, которая позволяет восстанавливать костную ткань и улучшать состояние протезного ложа при атравматичном удалении зубов, проводимого с целью дальнейшего имплантологического лечения, а также для заполнения костных дефектов при одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. Цель исследования: провести сравнительную характеристику ауто- и ксеноостеотропных материалов, используемых в хирургической стоматологии.

Материалы и методы: Исследование проводилось на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ на базе ГБУЗ СК ГКБ СМП г. Ставрополя. В исследовании принимали участие 8 человек в возрасте от 27 до 35 лет мужского пола, которые были разделены на две группы по 4 человека в каждой. В первую группу входили пациенты, которым после атравматического удаления жевательных зубов на нижней челюсти лунки удаленных зубов одномоментно были заполнены остеоиндуктивным ксено материалом и ушиты, с использованием биорезорбируемой мембраны. Во второй группе помимо остеоиндуктивного материала для заполнения лунки при атравматичном удалении использовался остеокондуктивный материал - аутокость, забор которой осуществлялся с наружной косой линии на нижней челюсти, для чего

требовалось дополнительное хирургическое вмешательство. Всем пациентам через четыре месяца после удаления планировалась операция по установке имплантата.

Результаты и обсуждение: по результатам исследования через четыре месяца после костной пластики у пациентов в первой группе рентгенологически на конусно-лучевой компьютерной томограмме определялась менее плотная костная ткань, значения которой составили $1685,4 \pm 311$, чем во второй подгруппе, где показатели приближались к значению $1935,4 \pm 293$, что указывает на преимущества комбинированного применения ауто- и ксенотрансплантата для достижения первичной стабильности имплантата и прогнозирования сроков реабилитации пациентов.

Заключение: В настоящее время выбор остеотропных материалов весьма разнообразен. Ауто- и ксенотрансплантации можно использовать как отдельно, так и комбинированно, что дает возможность хирургу-стоматологу найти индивидуальный подход к лечению каждого пациента, в зависимости от финансовых возможностей и клинического случая. Комплексное же их использование позволяет хирургу-стоматологу достигнуть максимально положительной динамики в лечении пациентов.

В данных таблицах представлены существенные недостатки, а также преимущества ауто- и ксенотрансплантатов, выявленные нами в ходе данного исследования:

Недостатки аутогенного трансплантата:

1. Дополнительные траты
2. Длительная реабилитация
3. Необходимость второй хирургической процедуры для извлечения трансплантатного материала
4. Несколько месяцев для реабилитации наращенной костной ткани

Недостатки ксенотрансплантата:

1. Возможные аллергические реакции
2. Риск инфицирования области имплантации
3. Необходимость большего времени для получения клинического положительного эффекта

Преимущества аутогенного трансплантата:

1. Аутогенный трансплантат считается «золотым стандартом» и единственным источником остеогенных клеток

2. Вероятность отторжения и резорбция минимальны
3. Высокая приживаемость
4. Незначительная болезненность в послеоперационный период
5. Госпитализация в большинстве случаев не проводится
6. Быстрый период восстановления
7. Внутриротовой доступ
8. Приемлемая морфология аутогенного трансплантата

Преимущества ксенотрансплантата:

1. Доступность первичного материала
2. Доступность метода получения
3. Экономическая выгодность получения
4. Высокая остеоиндуктивность препарата
5. Низкая антигенность
6. Возможность интраоперационного моделирования трансплантата определенной необходимой формы

7. Гетеротопический остеогенез – отмечается рост костной ткани при гетеротопической трансплантации

8. Легкость обработки
9. Отсутствие риска передачи инфекции от донора реципиенту

Раздел 6. Регенеративная медицина

ВЛИЯНИЕ АЛЛОГЕННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ КРЫС ПРИ ОСТРОМ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ

Колесников Д.А., Демьяненко Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Бойченко П.К.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Известно, что даже кратковременная иммобилизация вызывает микроциркуляторные расстройства во внутренних органах, активирует свободнорадикальные процессы, изменяет соотношение компонентов прооксидантно-антиоксидантной системы, приводит к нарушению структуры и функции органов и тканей [3, 4]. Среди внутренних органов почки рассматриваются как один из главных компонентов системы адаптации [3, 4]. Так как применение мезенхимальных стволовых клеток (МСК) – одно из перспективных направлений лечения различных состояний [1, 2, 5], а биохимические механизмы подавления окислительного стресса на фоне клеточной терапии до конца не выяснены, целью нашего исследования было изучение влияния МСК на динамику содержания малонового диальдегида (МДА), супероксиддисмутазы (СОД), каталазы и восстановленного глутатиона в ткани почек крыс на фоне 24-часового острого иммобилизационного стресса.

Материал и методы. Исследование проведено на 195 половозрелых самцах беспородных крыс массой 200 – 250 грамм. Клетки костного мозга извлекали промыванием питательной средой полостей бедренных костей лабораторных крыс, культивировали их в питательной среде 14 суток в условиях CO₂-инкубатора при 37° С в атмосфере 5% CO₂ со сменой среды 1 раз в неделю. Стресс моделировали однократной иммобилизацией животных в течение 24 часов в индивидуальных фиксирующих камерах. Животных разделили на группы: № 1 – интактную, № 2 – контрольную (после иммобилизации МСК не вводили), № 3 – экспериментальную (внутривенно вводили по 5 миллионов МСК через 1 час после иммобилизации). Крыс групп № 2 и № 3 декапитировали под легким эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после действия стрессора. Выделяли почки, гомогенизировали их в среде выделения. Содержание МДА определяли спектрофотометрически при $\lambda = 532\text{nm}$ реакцией с 2-тиобарбитуровой кислотой. Уровень восстановленного глутатиона определяли спектрофотометрически при $\lambda = 400\text{nm}$ реакцией с реактивом Элмана. Активность СОД определяли спектрофотометрически при $\lambda = 347\text{nm}$ реакцией аутоокисления адреналина. Активность каталазы определяли спектрофотометрически при $\lambda = 410\text{nm}$ реакцией с солями молибдена.

Статистически данные обрабатывали программой «Statistica 10.0» с последующей оценкой по критерию Манна-Уитни. Достоверно значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Установлено, что 24-часовая иммобилизация в почечной ткани усиливает процессов перекисного окисления липидов, снижает активность как ферментативного (СОД, каталаза), так и неферментативного (восстановленный глутатион) звеньев антиоксидантной защиты почечной ткани. Применение МСК при остром иммобилизационном стрессе способствовало более быстрому восстановлению показателей антиоксидантной системы по сравнению с контролем.

Уровень МДА на 3 и 7 сутки у животных группы № 2 возрос в 2,26 и 3,16 раз соответственно, группы № 3 – в 2,21 и 3,1 раз соответственно по сравнению с интактными значениями ($p < 0,001$). В контрольной группе на 7 сутки показатели МДА достоверно превышали интактные в 2,52 раза, на 14-е – в 1,77 раз, на 21-е – в 1,16 раз ($p < 0,001$). У крыс, леченных МСК, концентрация МДА на 7 сутки достоверно снизилась в 1,21 раз, на 14 сутки – в 1,37 раз, на 21 сутки – в 1,1 раз, на 30 сутки – в 1,06 раз относительно контроля ($p < 0,05$).

Показатели восстановленного глутатиона в почечной ткани на 1 и 3 сутки снизились относительно интактных цифр как в группе № 2 (в 1,55 и 2,145 раз), так и в группе № 3 (в 1,54 и 2,055 раз), $p < 0,001$. В группе № 2 данный показатель был достоверно меньше по сравнению с группой № 1 на 7 сутки в 1,87 раз, на 14 сутки – в 1,6 раз, на 21 сутки – в 1,25 раз, на 30 сутки – в 1,1 раз ($p < 0,05$). В группе № 3 отмечалось статистически значимое повышение уровня

восстановленного глутатиона относительно контроля, однако его значения были достоверно ниже интактных цифр ($p < 0,001$).

В группах № 2 и № 3 уровни каталазы и СОД в 1 сутки снизились относительно интактных значений в 1,86 и 1,39 раз соответственно, на 3 сутки – в 2,4 и 1,99 раз, на 7 сутки – в 1,78 и 1,71 раз, на 14 сутки – в 1,48 и 1,22 раза, на 21 сутки – в 1,24 и 1,11 раз ($p < 0,001$). В группе № 3 показатели каталазы достоверно превышали контрольные значения на 7 сутки в 1,16 раз, на 14 сутки – в 1,26 раз, на 21 сутки – в 1,23 раза и на 30 сутки – в 1,07 раз ($p < 0,001$). Значения СОД у экспериментальных животных возросли относительно контроля на 7 сутки в 1,3 раз, на 14 сутки – в 1,06 раз, на 21 сутки – в 1,07 раза и на 30 сутки – в 1,08 раз ($p < 0,05$).

Выводы. Острая иммобилизация приводит к интенсификации перекисного окисления липидов, угнетению активности как ферментативных, так и неферментных компонентов антиоксидантной системы. Применение МСК при остром иммобилизационном стрессе способствовало более быстрому восстановлению показателей антиоксидантной системы по сравнению с контролем.

Список литературы.

1. Кирпатовский, В. И. Возможности клеточной терапии в восстановлении нарушенной функции органов мочеполовой системы / В. И. Кирпатовский // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2016. – № 1 (56). – С. 60 – 67.
2. Момыналиев, К. Т. Клеточные технологии в трансплантации почки / К. Т. Момыналиев, В. Б. Огай, Е. В. Хорошун, Н. Н. Бабенко, М. М. Каабак // Нефрология и диализ. – 2014. – Т. 16. – № 4. – С. 439 – 452.
3. Хужахметова, Л. К. Особенности свободнорадикальных процессов при иммобилизационном стрессе у крыс в онтогенезе / Л. К. Хужахметова, Д. Л. Теплый // Естественные науки. Физиология. – 2016. – № 4 (57). – С. 72 – 78.
4. Souza, D. B. Effects of Immobilization Stress on Kidneys of Wistar Male Rats: A Morphometrical and Stereological Analysis / D. B. Souza, D. Silva, C. M. C. Silva, F. J. B. Sampaio, W. S. Costa, C. M. Cortez // Kidney Blood Press Res. – 2011. – 34. – P. 424 – 429. DOI: 10.1159/000328331
5. Spees, J. L. Mechanisms of mesenchymal stem/stromal cell function / J. L. Spees, R. H. Lee, C. A. Gregory // Stem Cell Research & Therapy. – 2016. – 7. – P. 125. DOI: 10.1186/s13287-016-0363-7

СОЗДАНИЕ ТКАНЕИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ КОЖИ НА МОДЕЛИ СВИНЬИ

Кузнецова Д.М., Куевда Е.В., Губарева Е.А

Научный руководитель: Губарева Е.А

Кубанский государственный медицинский университет

Разработка протокола децеллюляризации дермального матрикса крупных лабораторных животных является одним из важнейших этапов создания тканеинженерной конструкции кожи. Подбор максимально действенных детергентов в оптимальной концентрации для воздействия на дермальный лоскут дает возможность за максимально короткий срок произвести качественную децеллюляризацию. Оптимизация времени обработки рабочим раствором и правильно подобранное количество оборотов шейкера позволяет избежать разрушения дермального матрикса.

Материалы и методы. При разработке протокола использовался дермальный лоскут свиньи породы ладрас толщиной 0,7 мм. В качестве детергента применялся 4% Deoxycholate с добавлением щелочи. Протокол подразумевает 7 циклов воздействия рабочим раствором. В промежутке между воздействием детергента матрикс промывался в растворе PBS для удаления остатков ДНК и клеточных структур. При воспроизведении протокола проводилось двукратное воздействие раствором ДНКазы. Образцы дермального матрикса исследовались после каждого цикла воздействия детергентом методом рутинной гистологии. После забора образцы фиксировались в 10% нейтральном забуференном формалине и подвергались гистологической проводке, далее были заключены в парафин. Гистологические срезы были окрашены с применением стандартной методикой Haematoxylin Eosin, флуорофором DAPI (4',6-diamidino-2-phenylindole). Микрофотографии были сделаны на микроскопе Olympus BX51 (Tokyo, Japan).

Спектрофотометрическим методом проводилось определение количества остаточной ДНК в нативном и децеллюляризованном дермальном лоскуте.

Результаты наглядно показали необходимость проведения каждого из циклов воздействия рабочим раствором и длительности промывания в растворе PBS.

Заключение. Исследования показали, что правильно подобранные параметры для воспроизведения протокола децеллюляризации позволяют создать бесклеточный дермальный каркас, оптимизировать расходы материалов, сократить временные затраты.

Список литературы.

1. Evaluation of Detergent-Free and Detergent-Based Methods for Decellularization of Murine Skin. Authors: Farrokhi A, Pakyari M, Nabai L, Pourghadiri A, Hartwell R, Jalili R, Ghahary A.
2. Biochemical Methods in Production of Three-Dimensional Scaffolds from Human Skin: A Window in Aesthetic Surgery. Authors Hashemi SS, Jowkar S, Mahmoodi M, Rafati AR, Mehrabani D, Zarei M, Keshavarzi A.
3. Development of a new method for the preparation of an acellular allodermis, quality control and cytotoxicity testing. Authors Dragúňová J, Kabát P, Babál P, Mrázová H, Boháč M, Krajčiová Ľ, Koller J.

БИОСОВМЕСТИМОСТЬ ТКАНЕИНЖЕНЕРНОЙ КОНСТРУКЦИИ ПИЩЕВОДА НА ОСНОВЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО КАРКАСА

**Накохов Р.З., Губарева Е.А., Сотниченко А.С., Куевда Е.В.
Кубанский государственный медицинский университет**

Сравнительное морфологическое изучение тканеинженерных конструкций в процессе их постимплантационной резорбции имеет важнейшее значение для разработки оптимальных методов тканевой инженерии. Морфологический анализ имплантатов дает представление о биосовместимости тканеинженерной конструкции пищевода на тканевом уровне. Подкожная имплантация децеллюляризованных матрицсов является важным этапом *in vivo* оценки реакции тканевого ответа организма-реципиента в ответ на имплантацию тканеинженерных конструкций. У большинства исследователей остаются вопросы — является ли источник ткани или метод ее обработки основным фактором, определяющим реакцию организма реципиента.

Материал и методы. В работе использовали 80 взрослых крыс-самцов линии Wistar весом 200 ± 25 г. Животные были разделены на 3 группы. В 1 группе ($n=20$) отрабатывался протокол децеллюляризации пищевода, животным из 2 группы ($n=30$) проводились подкожные имплантации, животным из 3 группы ($n=30$) — имплантации в область брюшной части пищевода (без вскрытия просвета). Животным из 2 и 3 группы проводились имплантации децеллюляризованного ($n=10$), рецеллюляризованного ($n=10$) и нативного ($n=10$) пищевода. Децеллюляризацию пищевода выполняли перфузионным детергент-энзиматическим методом. Рецеллюляризацию ацеллюлярных матрицсов проводили с использованием меченных GFP (green fluorescent protein) МСК (мезенхимные стромальные клетки) костного мозга. Для морфологической оценки образцы после фиксации в 10% нейтральном забуференном формалине и гистологической проводки были заключены в парафин. Полученные срезы были окрашены с помощью стандартных методик: гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, флуорофором DAPI (4',6-diamidino-2-phenylindole). Определение количества остаточной ДНК в нативных и децеллюляризованных органах проводилось на спектрофотометрическим методом. Детекцию провоспалительных макрофагов в парафиновых срезах эксплантированных образцов проводили путем иммуногистохимического окрашивания с использованием поликлональных антител кролика к маннозным рецепторам. Микрофотографии были сделаны на микроскопе Olympus BX51 (Tokyo, Japan). Статистическую обработку полученных данных осуществляли методами вариационной статистики на персональном компьютере GraphPad Prism version 6.04. (источник www.graphpad.com). Полученные результаты представлены как среднее арифметическое и стандартное отклонение ($\text{mean} \pm \text{SD}$). Результаты исследований обработаны с использованием t-критерия Стьюдента. Достоверными признавались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования показали, биосовместимость тканеинженерной конструкции зависит от содержания остаточной ДНК в децеллюляризованном пищеводе. Снижение содержания ДНК в биологическом каркасе пищевода способствует более длительной биodeградации каркаса. В свою очередь, содержание ДНК в децеллюляризованном пищеводе зависит от скорости подачи растворов, времени воздействия детергента и последующей промывки каркаса раствором PBS (phosphate buffered saline).

Заключение. Тканевая реакция на имплантацию тканеинженерных конструкций пищевода зависит не только от качества децеллюляризации и эффективности удаления молекул-антигенов, но и качества предимплантационной подготовки образца.

Список литературы.

1. Шехтер А. Б. Морфология коллагеновых матриц для тканевой инженерии (биосовместимость, биodeградация, тканевая реакция) / А.Б Шехтер, А.Е. Гуллер, Л.П. Истратов [и др.] // Архив патологии. – 2015. – Т. 77. – №. 6. – С. 29-38.
2. Huang, N.F. Regulation of the matrix microenvironment for stem cell engineering and regenerative medicine / N.F. Huang, S. Li // Ann. Biomed. Eng. – 2011. – Vol. 39 – № 4. – P. 1201-1214.
3. Keane T. J., Saldin L. T., Badylak S. F. Decellularization of mammalian tissues: preparing extracellular matrix bioscaffolds / T.J. Keane, L.T. Saldin, S.F. Badylak [et al.] // Characterisation and Design of Tissue Scaffolds. – 2016. – P. 75-103.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ МАРКЕРОВ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ГИППОКАМПЕ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Оганнесян А.А., Аветисян Г.А., Овоян Г.А.

Научный руководитель: Овоян Г.А.

Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци

Ишемический инсульт имеет наивысшую распространённость среди населения наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Различные факторы влияют на гомеостатические параметры головного мозга, и если компенсаторные механизмы дают недостаточный ответ к стрессорам, риск развития ишемического инсульта резко повышается. Сердечно-сосудистые заболевания являются мощными индукторами, так как повышается риск тромботической окклюзии артерий головного мозга. Нарушение метаболизма холестерина приводит к формированию атеросклеротических бляшек, инициируя патологический процесс. Специфические мутации в генах факторов свертывания повышают риск тромботических процессов, соответственно возможность развития ишемии в головном мозге. Ишемический инсульт поражает жизненно важные регуляторные центры головного мозга, повышая риск смертности, а также деменции в реабилитационном периоде. Ишемия нарушает проводимость гематоэнцефалического барьера, стимулируя синтез про-инфламаторных цитокинов и нарушение иммунологического гомеостаза головного мозга. Выброс про-инфламаторных цитокинов ингибирует дифференциацию нейрональных стволовых клеток, которые вовлечены в процесс регенерации и реабилитации головного мозга. Предшественники стволовых клеток мигрируют в мозг, получая стимулирующий сигнал из костного мозга. Доказано, что костный мозг является донором предшественников стволовых клеток для организма. Особый интерес представляет процесс дифференциации мезенхимальных стволовых клеток в нейрональные стволовые клетки. Процесс имеет особый интерес с терапевтической точки зрения для лечения нейродегенеративных заболеваний и ишемического инсульта. Специфические белки, в том числе кластер дифференциации 45, 47 и 55 отвечают за хоуминг мезенхимальных стволовых клеток в мозг наряду с интегринами и молекулами миграции. Специфические Т клетки, которые несут FOXP3+ маркер, защищают нейрональные и мезенхимальные стволовые клетки от аутоагрессии.

Материал и методы

Эксперимент был проведён на 40 белых крыс (n=10), которые весили 200-220 г. Крысы содержались в стандартных условиях вивария до эксперимента и имели свободный доступ к еде и воде. Модель ишемического инсульта был получен путем связывания средней мозговой артерии. Все процедуры, включая декаптацию животных, были проведены после интраперитонеальной

инъекции 40 мг/кг нембутала для анестезии. После декапитации извлекали гиппокамп, гомогенизировали в 50 мМ Трис –HCl содержащей буфере pH=7,5 при температуре 4 0C. Буфер содержал 0,05 % Triton X-100 , 1мМ ЭДТА , 1мМ ДТТ и ингибиторы протеаз .Центрифугирование проводили при интенсивности 6000 g 60 мин 40C. Активность гликопротеина Thy-1, кластера дифференциации 47 и 34, молекулы адгезии нейрональных стволовых клеток определяли с помощью метода ELISA (Sigma).

Результаты и обсуждение

Эксперимент показывает , что активность кластера дифференциации 34 увеличивается на 22% на седьмой день, так как на сороковой и шестидесятый день активность увеличивается соответственно 18% и 24% ($p<0,001$). Активность кластера дифференциации 47 увеличивается 36% в шестидесятый день ($p<0,01$), что свидетельствует о глубоких нарушениях при декомпенсации в процессе дифференциации мезенхимальных стволовых клеток. Активность гликопротеина Thy-1 увеличивается 25% и 40% на сороковой и шестидесятый день эксперимента ($p<0,001$) . С другой точки зрения увеличение активности молекулы адгезии нейрональных стволовых клеток 36,5% , 43% и 51% ($p<0,02$),свидетельствует об активации миграции и дифференциации предшественников мезенхимальных стволовых клеток.

Заключение

Результаты свидетельствуют о глубоких нарушениях в процессе дифференциации стволовых клеток что является результатом влияния ишемического процесса. Малозаметные изменения маркеров стволовых клеток свидетельствуют об недостаточной активации защитных механизмов клеток ,что и повышает их уязвимость против про-инфламматоных цитокинов в частности ИЛ-16/2/6, ФНО-альфа , которые являются мощными индукторами глутаматэргической эксайтотоксичности и гибели нейронов при ишемии мозга[7]. Также прямое влияние долговременных стресс факторов замедляет репарацию мозга с помощью стволовых клеток и их предшественников.

Список литературы.

1. Fisher M, Folland E./Acute ischemic coronary artery disease and ischemic stroke: similarities and differences// American journal of therapeutics-2008-No2-p 137-149
2. Yun-hua Y. Ling-yun L./The association of lipid metabolism relative gene polymorphisms and ischemic stroke//Lipids in Health and Disease-2017- No10-p 120-125
3. Goldman S. Prior S. Undas A./Activation of blood coagulation and thrombin generation i cature ischemic stroke treated with tPA//Journal of Thrombosis and Thrombolysis-2017- No3-p 362-370
4. Mathieu P. Battista D./The functional role of inflammation on neural differentiation of endogenous and transplanted neural stem cells in the adult brain// Journal of Neurochemistry-2010- No6-p 1368-1385
5. Xing C. Arai K./Induction of vascular endothelial growth factor and matrix metalloproteinase-9 via CD47 signaling in neurovascular cells//Neurochemical Research -2010- No7-p 1092-1097
6. Ren X. Offner H./CD4+FoxP3+Regulatory T cells in cerebral ischemic stroke//Metabolic Brain Disorders//-2011- No1-p 87-90
7. Heather M. Russel H./Tumor Necrosis Factor alpha in Cerebral Ischemia//Journal of Neurochemistry-2015- No4-p 369-372

ТИТАНОВЫЕ ИМПЛАНТАТЫ С ОКТАКАЛЬЦЕВОФОСФАТНЫМ ПОКРЫТИЕМ, ИЗГОТОВЛЕННЫЕ С ПОМОЩЬЮ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: ЭКСПЕРИМЕНТ IN VIVO

Пресняков Е.В., А.Ю. Федотов, В.С. Комлев

Научный руководитель: Деев Р.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Черепно-мозговая травма является одной из самых распространенных травм в мире. По данным НИИ Нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко РАМН 37% пациентов обращались за помощью по поводу различных дефектов и деформаций черепа. Лечение таких патологий в преобладающем большинстве случаев оперативное.

В краниопластических операциях используются аутотрансплантаты, алло- и ксеногенные костные матриксы различных технологий обработки, а также имплантаты.

Аутогенная костная ткань является «золотым стандартом» остеопластических материалов. Однако, когда речь идёт о дефектах больших размеров, использование этого материала становится нежелательным, ввиду расширения операционного поля и увеличении времени оперативного вмешательства для получения аутогенной кости.

Использование алло- и ксеногенных матриксов имеет свои преимущества. К ним относятся доступность данного материала, выбор размера и форм, простота хранения, а также остеогенные свойства. Однако отсутствие иммуносовместимости, сложности заготовки, риск инфицирования (заражения ВИЧ и гепатитами), условность юридической и этической обоснованности, медленное замещение – всё это значительно затрудняет использование данных материалов.

В преобладающем большинстве случаев краниопластические операции (особенно в случаях с протяженными дефектами) выполняются с помощью имплантатов. В настоящее время существует большое разнообразие материалов, из которых изготавливают эту группу изделий. Самым распространённым материалом является титан (Ti), зарекомендовавший себя, как наиболее эффективный. Но и в случае с последним недостатки неизбежны: низкая пластичность, склонность к коррозии, токсичность, низкая адгезивная способность – всё это формирует задачу, требующую решения.

Применение биоактивных материалов, таких как октакальциевый фосфат (ОКФ) в виде напыления на поверхности титановых имплантатов, возможно, станет перспективным решением этой проблемы.

Цель исследования. Оценить особенности остеоинтеграции титановых имплантатов, покрытых ОКФ и изготовленных с помощью технологии трёхмерной печати в ходе эксперимента *in vivo*.

Материал и методы. Исследование проводилось на кроликах породы «Советская шиншилла». В качестве образцов для будущих имплантатов, использовали модель лобной кости подопытных животных. Изготовленное изделие имело полусферическую форму диаметром 18 мм и высотой 2 мм.

В ходе операции животным наносились дефекты чешуи лобной кости диаметром 11 мм, в которые были помещены имплантаты из Ti. Подопытные кролики были разделены на две группы. Первой группе имплантировали изделия из Ti без ОКФ напыления, второй – с таким напылением соответственно.

Животные выводились из эксперимента на сроках 14, 42, 84 дней. Полученные результаты оценивали с помощью стандартного гистологического исследования.

Результаты. Ни одно животное не погибло за время эксперимента. На ранних сроках (14 суток) у экспериментальной группы кроликов целостность костей черепа не была восстановлена. Ti имплантат, в большинстве своём, окружен соединительной тканью. Формирование костной ткани наблюдается только у краёв нанесённого дефекта. Воспалительная реакция отсутствует.

На сроке 42 дня после операции целостность лобных костей также не восстановлена, однако отмечается интеграция материала Ti сетки с ОКФ покрытием и костного регенерата как в периферической части, так в центральных участках. Признаки воспаления и гигантоклеточная реакция на инородное тело отсутствуют.

На поздних сроках (84 суток) дефект костей черепа не прослеживается, т.к. он заполнен мощными, сливающимися между собой трабекулами ретикулофиброзной костной ткани (с признаками перестройки в пластинчатую кость). В некоторых трабекулах центральной части дефекта отмечено наличие каналов с кровеносными сосудами. Количество соединительной ткани, окружающей изделие, значительно меньше, чем на сроках 14 и 42 суток после операции.

Обсуждение. На ранних сроках в центральной зоне всех имплантатов костные трабекулы не были обнаружены. Причиной этому, вероятно, служит короткий послеоперационный срок, недостаточный для формирования регенерата в костях черепа. Однако на более поздних сроках (42, 84 сут.), остеоинтеграция имплантатов с ОКФ напылением, была более выражена, чем у имплантатов без ОКФ напыления. Такой результат, возможно, объясняется свойством остеокондукции октакальциевого фосфата.

Вывод. Таким образом, использование титановых имплантатов, изготовленных посредством технологии трёхмерной печати и покрытых ОКФ, является эффективным способом замещения краниальных дефектов. Однако для получения более подробных результатов требуются дополнительные исследования.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАНОКЕРАМИКИ КАК НОВАЯ ВЕХА В РАЗВИТИИ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Савин С.Д., Жданов Р.Р., Чудаков Н.В.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Л.И. Каспрук
Оренбургский государственный медицинский университет**

Различные специалисты сферы травматологии и хирургии вынуждены использовать в лечении пациентов рискованные методы, осложняющие как их применение, так и послеоперационную реабилитацию, обусловленные отторжением материала в организме человека.

Цель работы: произвести детальный обзор нанокерамического материала и использование его в остеосинтезе.

Материалы исследования: научный фонд библиотеки.

Метод исследования: аналитический.

Задачи:

- 1) Изучить теоретическую базу химизма нанокерамического материала;
- 2) Произвести анализ биосовместимости готовой нанокерамической продукции, а также в целом отношение его с клеточными структурами человеческого организма;
- 3) Оценить тенденцию к развитию биоимплантологии в остеосинтезе.

Обсуждение результатов. Биоматериалы - это материалы, которые являются границей между биологическими системами. Они нужны для того, чтобы оценивать, производить лечение, наращивание или полную замену определённой ткани или органа в целом. Биокерамика широко используется в создании эндопротезов и т.д.

Одним из ярких представителей биоактивного материала является биокерамика на основе гидроксиапатита.

Гидроксиапатит, это плотная и пористая. Пористость структуры биокерамики соответствует пористости натуральной кости, это играет главную роль в костной интеграции имплантата.

Явление свойств биоактивности материала, обуславливается химическими факторами, к ним относятся кристаллическая фаза и молекулярная структура биокерамики. На поверхности биокерамического имплантата происходит масса сложных химических реакций. Во-первых, происходит адсорбирование ионов и протеинов. Далее адсорбированная пленка на поверхности биокерамического имплантата, инициирует адгезию собственных клеток, которые крепятся на протеины. К адгезируемым клеткам относятся остеогенные мезенхимальные стволовые клетки. Процесс адгезии является главным фактором пролиферации и дифференцировки остеобластов на поверхности биокерамического имплантата.

Выводы: таким образом, нанокерамический материал является своеобразным прорывом в травматологии и лицевой хирургии, повышая эффективность остеосинтеза, облегчая репарацию, послеоперационную реабилитацию и общее состояние пациентов после вмешательства.

Список литературы.

1. Воронкевич И.А., Ненашев Д.В., Перетьяка А.П. Остеосинтез переломов проксимального отдела плечевой кости вилочной пластиной: медицинская технология. СПб. : ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена», 2009. 16 с.
2. Гусев А.И., Ремпель А.А. Нанокристаллические материалы. – М.: Фихматлит. 2000. – 224 с.
3. Коган П.Г., Воронцова Т.Н., Шубняков И.И., Воронкевич И.А., Ласунский С.А. Эволюция лечения переломов проксимального отдела плечевой кости (обзор литературы) // Травматология и ортопедия России. 2013. № 3. С. 154-161.
4. Макарова М.Р. Ранняя реабилитация больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / М.Р. Макарова, А.Б. Серебрякова // Доктор. Ру. – 2009. - №7. – с. 26-32.
5. Ненашев Д.В., Варфоломеев А.П., Майков С.В. Анализ отдаленных результатов эндопротезирования плечевого сустава // Травматология и ортопедия России. 2012. № 2. С. 71-78.
6. Шевцов В.И. Косметическая ортопедия: удлинение и коррекция конечностей / Шевцов В.И., Аранович А.М., Новиков К.И., Климов О.В. // Гений ортопедии. – 2008. №4. – с. 69-73.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЧЕК КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СТРЕССЕ НА ФОНЕ ВВЕДЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Шупик А.С., Демьяненко Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бойченко П.К.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Действие какого-либо фактора среды приводит к развитию стресс-реакции, направленной на мобилизацию сил организма [1]. Известно, что почки крайне чувствительны к действиям различных факторов, но в то же время они являются ключевыми элементами системы адаптации [1, 4]. Однако при действии стрессора чрезвычайной интенсивности изменяются макроструктура и микроструктура почек, а, следовательно, и функция этого органа [1, 3]. В настоящее время для лечения различных состояний успешно реализуется идея клеточной терапии с использованием мезенхимальных стволовых клеток [2, 3]. Однако практически отсутствуют литературные данные о влиянии МСК на состояние почечной ткани при стрессовых воздействиях. Таким образом, целью нашего исследования было изучение влияния МСК на показатели функциональной активности почечной ткани крыс – суточного диуреза, концентрации креатинина и мочевины сыворотки крови и мочи, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), клубочковой реабсорбции (КР), - после 24-часового иммобилизационного стресса.

Материалы и методы. Исследование проведено на 195 самцах нелинейных белых крыс массой 200 – 250 грамм. Культуру МСК получали культивированием клеток костного мозга в течение 14 суток в питательной среде ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками в условиях CO₂-инкубатора. Острый стресс моделировали 24 часовой иммобилизацией крыс в индивидуальных стеклянных камерах. Животных разделили на группы: № 1 – интактную, № 2 – контрольную (иммобилизация без введения МСК), № 3 – экспериментальную (после иммобилизации внутривенно вводили по 5 млн МСК). Для сбора суточного количества мочи животных помещали в обменные клетки на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 суток наблюдения. Стандартными методами в моче определяли концентрацию креатинина и мочевины. Животных групп № 2 и № 3 декапитировали под эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 суток исследования. Производили забор крови для получения сыворотки, в которой определяли содержание мочевины и креатинина с использованием биохимического анализатора. Рассчитывали СКФ и КР. Результаты обрабатывали программой «Statistica 10.0» и оценивали по критерию Манна-Уитни. Результаты считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что функциональная активность почек меняется после 24-часовой иммобилизации. Так суточный диурез увеличился на 1 и 3 сутки как в группе № 2 (на 23,94% и 35,21%), так и в группе № 3 (на 18,31% и 32,39%), $p < 0,001$. У контрольных крыс суточный диурез увеличился на 7-е сутки на 28,17%, на 14-е – на 19,72%, а у крыс, получавших МСК, он был ниже контрольных значений на 7 сутки на 12,09%, на 14 сутки – на 12,94% ($p < 0,001$). В сыворотке крови на 3 сутки в группах № 2 и № 3 достоверно увеличились концентрации креатинина (на 28,36% и 28,64%) и мочевины (на 54,34% и 40,1%) по сравнению с группой № 1. У контрольных животных интактные значения креатинина сыворотки крови были достигнуты к 30 сутками наблюдения, а в опытной группе – к 14. Показатели мочевины к 30 суткам превышали интактные значения в группе № 2 на 4,38%, а в группе № 3 уже с 21 суток достигали интактных цифр. Показатели мочевины и креатинина мочи в контрольной группе были ниже интактных значений в 1 сутки на 14,5% и 24,15% соответственно, на 3 сутки – на 33,53% и 40,88%, с 7 суток в группе № 2 уровни мочевины и креатинина мочи постепенно повышались, однако были достоверно ниже интактных цифр: на 7 сутки на 26,96% и 32,73% соответственно, на 14 сутки – на 14,94% и 22,07% ($p < 0,001$). У крыс, леченных МСК, на 1 и 3 сутки наблюдения показатели мочевины и креатинина мочи статистически не отличались от аналогичных показателей группы контроля, а на 7 сутки достоверно превышали контрольные показатели соответственно на 18,42% и 17,99%, на 14 сутки – соответственно на 14,46% и 23,53% ($p < 0,001$). Что касается СКФ и КР, то у контрольных животных эти показатели были ниже интактных в 1 сутки на 26,315% и 2,65% соответственно, на 3-и сутки – на 37,6% и 4,56%, на 7-е сутки – на 26,315% и 2,74%, на 14-е сутки – на 13,53% и 1,51% ($p < 0,001$). У экспериментальных животных показатели СКФ превышали контрольные значения на 7-е сутки на 12,245%, на 14-е сутки – на 9,57% ($p < 0,01$). Значения КР у крыс, леченных МСК, на 7-е сутки повысились на 1,52%, а на 14-е – на 1,28% ($p < 0,01$) по сравнению с контрольными значениями.

Выводы. Установлено, что 24-часовая иммобилизация приводит к изменению показателей функциональной активности почек. Применение аллогенных МСК при острой иммобилизации способствовало более быстрому восстановлению значений функциональных показателей до интактных цифр у крыс экспериментальной группы по сравнению с контролем.

Список литературы.

1. Киричук, В. Ф. Влияние электромагнитного излучения терагерцового диапазона частотой молекулярного спектра оксида азота 150+0,75 гГц на морфофункциональные нарушения микроциркуляции у белых крыс в состоянии острого и длительного стресса / И. О. Бугаева, В. Ф. Киричук, А. Н. Иванов и соавт. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 511–516.
2. Кирпатовский, В. И. Возможности клеточной терапии в восстановлении нарушенной функции органов мочеполовой системы / В. И. Кирпатовский // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2016. – № 1 (56). – С. 60 – 67.
3. Момыналиев, К. Т. Клеточные технологии в трансплантации почки / К. Т. Момыналиев, В. Б. Огай, Е. В. Хорошун, Н. Н. Бабенко, М. М. Каабак // Нефрология и диализ. – 2014. – Т. 16. – № 4. – С. 439 – 452.
4. Souza, D. B. Effects of Immobilization Stress on Kidneys of Wistar Male Rats: A Morphometrical and Stereological Analysis / D. B. Souza, D. Silva, C. M. C. Silva, F. J. B. Sampaio, W. S. Costa, C. M. Cortez // Kidney Blood Press Res. – 2011. – 34. – P. 424 – 429.

Раздел 7. Хирургия

EFFICIENCY OF PRE-OPERATION OF TWO-LAYER ANTIBACTERIAL MEMBRANES USED FOR PREVENTION OF ADVANCED ILLNESS OF THE BRUCEUR

Gokin A.G., Yarmamedov D.M., Kaulin V.V.

Kursk state medical university

In operations on the abdominal organs, the most common operative access is laparotomy. The frequency of adhesions after the first laparotomy varies from 10.4% to 67%, with repeated laparotomies reaches 93%, and after open surgery on the pelvis is 97-100% (surgery adhesions and clinical studies) [1]. The barrier to adhesions, which has antimicrobial activity is a two-layer antibacterial membrane.

Of great interest is the study of microrelief features and degree of adhesion, as well as their correlation. In this regard, of particular interest is the study of medical implants using atomic force microscopy techniques that allow you to select the best samples from the experimental series without the use of living organisms in vitro [3].

The aim of the study was to conduct a comparative analysis of parameters of the microrelief and the adhesion of a series of native antibacterial membranes with antibacterial membranes, contacting with isotonic sodium chloride solution [2, 3].

Materials and methods: two series of 9 samples of two-layer antibacterial polymer membranes based on sodium salt of carboxymethylcellulose were studied, which differed in the method of manufacture and concentration of antiseptic substance. The first series contained native samples. The second series, the samples for 30 minutes before microscopy was subjected to contact with the isotonic solution of NaCl. The scanning probe microscope NT-MDT Solver Next under the control of Image Analyses 3.0 was used to assess the degree of adhesion and the nature of the microrelief of the samples under study. In the process of learning, we used cantilevers of the company NT-MDT NSG01A and NSC-19.

Indicator ""peak – to-peak"" - the difference between the maximum and minimum values on the z axis, allows you to determine the amplitude of the membrane height variations. The average value of the indicator ""peak-to-peak"" of the first series is equal to 493,88 nm, the second series – 367,66 nm. Thus, it is possible to judge more sleek relief of samples of the second series owing to the smaller difference between minimum and maximum value (the highest point of a polymeric membrane).

Indicator ""Roughness average"" - the arithmetic mean of the roughness of the selected area, allows us to judge the homogeneity of the studied surface. The average value of ""Roughness average"" of the first series is 45.45 nm, the second series-42.92 nm.

Indicator ""Ra, Arithmetic mean deviation of profile"" – the arithmetic mean of the absolute values of the profile deviations within the sample length. The average value of ""Ra, Arithmetic mean deviation of profile"" of the first series is 41.20 nm, the second series is 39.34 nm.

Indicator ""Rp, maximum profile peak height"" - shows the distance between the highest point of the profile and the middle line within the estimated length. ""Rv, maximum profile valley depth"" is the distance between the lowest point of the profile and the middle line within the estimated length. Parameter ""Rc, min height of roughness profile elements"" is the arithmetic mean of the absolute values of the profile height deviations from the average line within the estimated length. Thus, with the help of these parameters it is possible to identify samples with the smoothest relief and low roughness profile. Rp (Series 1)=102,22 nm, Rp (Series 2)=91,18 nm, Rv (Series 1)=139,96 nm, Rv (Series 2)=115,63 nm, Rc (Series 1)=72,37 nm, Rc (Series 2)=99,14 nm.

Indicator ""Sa, Average roughness"" - the average roughness, calculated based on the values of the average roughness of the sample, allows us to judge the structure of the membrane relief, which determines the area of contact with the substrate, which determines the degree of their interaction. The average values of the indicator ""Sa, Average roughness"" the first and the second series constitute 41,23 nm and 42.84 nm, respectively.

The ""Adhesion"" index determines the degree of adhesion of the sample to the substrate. The average value of the ""Adhesion"" index of the samples of the first series is 0.21 nm, the second series-0.25 nm, which indicates the best interaction of the membranes of the second series with the substrate.

The inverse moderate and weak correlation of adhesion with most of the studied parameters of the microrelief was revealed, i.e. the degree of adhesion of two-layer antibacterial membranes with antimicrobial effect directly depends on their microrelief and is inversely proportional to most of the known parameters. Consequently, samples with a lower roughness profile, less asymmetry and a number of cavities and heights have a higher degree of adhesion to the substrate.

Thus, as a result of the comparative analysis of microrelief and adhesion parameters of a series of native antibacterial membranes (series 1) with antibacterial membranes, pre-contacting with isotonic sodium chloride solution (series 2), it was found that the samples of the second series have a higher degree of adhesion, since they have the lowest peak height of the profile, the arithmetic mean of roughness. A high degree of adhesion, in turn, is one of the key requirements for antibacterial membranes used to prevent adhesive disease of the peritoneum. Thus, it is necessary to further study the best samples of the second series in vivo.

Список литературы.

1. Иванов А.В., Липатов В.А., Лазаренко С.В., Жердев Н.Н., Северинов Д.А. Влияние механических характеристик сосудистой заплаты на формирование перипротезной капсулы // Журнал имени академика Б.В. Петровского. - 2016. - № 1. - С. 51–57.
2. Липатов В.А., Ярмамедов Д.М., Гокин А.Г. Исследование показателей рельефа и адгезии двухслойных антибактериальных мембран // Журнал научных статей "Здоровье и образование в XXI веке". - 2017. - Т. 19 № 3. - С. 48-50.
3. Maver U., Velnar T., Gaberšc M., Planinšek O., Finšgar M. Recent progressive use of atomic force microscopy in biomedical applications // Trends in Analytical Chemistry. - 2016. - № 80. - P. 97-108.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-СБЕРЕГАЮЩИЕ ИННОВАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Абдусаламова П. М., Идрисова З. М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Алиев С.А.

Дагестанский государственный медицинский университет

Достижения в хирургии кардиоэзофагеального рака впечатляют, однако результаты не всегда удовлетворительны.[2]

На современном этапе развития онкохирургии важным представляется разработка пилоро – сплено органосберегающих, функциональных операций и оценка качества жизни пациента.[1] Целью нашего исследования явилось улучшение непосредственных и отдаленных функциональных результатов хирургического лечения кардиоэзофагеального рака . Задачи исследования

1. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов (с 2012 по 2017 год) с кардиоэзофагеальным раком .
2. Выявить причины неудовлетворительных функциональных результатов оперированных пациентов.
3. Разработать дифференцированный подход к функционально сберегающим сплено-, пилоро- сохраняющим технологиям операций.

Материалы и методы.

Исследование ретроспективное, основано на анализе результатов хирургического лечения 179 пациентов (основная группа), оперированных в отделении торако - абдоминальной онкохирургии ДЦГХ, из которой выделена контрольная вторая группа (n=33)с объемом надплевратниковой гастрэктомии.

Функционально-сберегающие операции в основной и контрольной группах дополнены спленосохраняющими операциями у 45 (15%) больных .

Наряду со стандартными методиками обследований в программу включены: ФГДС с верификацией диагноза, УЗИ, КТ, а также методики позволяющие изучить и скорректировать функциональные возможности сердечно сосудистой системы , как этап предоперационной подготовки (толерантность к физической нагрузке , холтеровский мониторинг, УЗИ сердца).

Результаты и обсуждение.

В основную группу вошли 146 больных с радикальными операциями при кардиоэзофагеальном раке. Возраст больных варьировал с 21 до 84 лет, из которых мужчин 103, женщин 43. Соматический статус отягощен у 33% больных.

Они распределены по стадиям следующим образом:

1-2 стадия – 12 (8,2%)

3 стадия – 61 (41,8%)

3-4 стадия – 60 (41,1%)

Им были выполнены радикальные операции: проксимальная резекция желудка (n=27) гастрэктомия (n=93), с лимфодиссекций в объеме D2, D3, после операционной летальностью 1,3%.

С точки зрения органосохраняющих, функциональных операций большего внимания заслуживают пилоросохраняющие операции с включением дуоденального транзита. Они практически вытесняют стандартную гастрэктомию из статуса <золотого стандарта> при первой и второй стадиях рака проксимального отдела желудка.

Операции с сохранением пилорического жома, позволили повысить функциональные возможности операции с прямым эзофагодуоденальным анастомозом с разрешением постгастррезекционных синдромов (рефлюкс-эзофагита, демпинг – синдрома) с улучшением качества жизни.

У 22 пациентов (15%) с кардиоэзофагеальным раком выполнена высокая резекция. С целью улучшения функциональных результатов реконструктивный этап, выполнен с высокой транслокацией тонкой кишки. Анастомоз сформирован по оригинальной методике, предложенной в нашей клинике (рационализаторское предложение №10-1432 от 6 декабря 2011 г.).

При выполнении эзофагогастроанастомоза мы применяли муфтообразный кулисный анастомоз по М.И. Давыдову, который позволил предупредить грозное послеоперационное осложнение - несостоятельность пищевода анастомоза.

Выводы

1. Радикальные функционально - берегающие (сплено-пилоро-сохраняющие) операции с расширением показаний к варианту реконструкции пищеварительного тракта типа Ру, позволили улучшить отдаленные функциональные результаты и качество жизни оперированных пациентов.

2. Сплено-сохраняющие технологии позволили в 15% случаев сохранить орган при полной лимфодиссекции в объеме D2.

3. Пилоро-сохраняющие надпривратниковые гастрэктомии позволили снизить процент реакционных, постгастрэктомических синдромов: рефлюкс-эзофагита, демпинг-синдрома.

Список литературы.

1. Алиев С. А. Надпривратниковая гастрэктомия при раке желудка // Алиев С. А., Магомедов С.М. // Фундаментальные исследования. - 2011. - № 10. – С.462-466
2. Selcukbiricik F, Tural D, Bilici A, Uzel EK, Ozguroglu M, Demirelli F, Buyukunal E, Serdengeci S Clinicopathological features and localization of gastric cancers and their effects on survival in Turkey // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534793>
3. Черноусов А.Ф., Хоробрых Г.В., Ногтев М.В. Осложнение гастрэктомии – 2017. – С.134

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И МИКРОБНЫЙ СПЕКТР ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Авдеева Е.Ю.

Научный руководитель: к.м.н, доцент Довнар И.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Проблема инфекционных осложнений сахарного диабета в современной хирургии сохраняет свою актуальность в силу различных причин, в первую очередь в связи с постоянным возрастанием количества больных с данным заболеванием. Одно из характерных проявлений сахарного диабета, как инсулинзависимого, так и инсулиннезависимого - диабетическая ангиопатия нижних конечностей, с развитием синдрома диабетической стопы [1]. Наиболее

серьезным осложнением данного синдрома является развитие гнойно-некротических процессов в нижних конечностях.

Крайне актуальным является изучение этиологии и патогенеза синдрома диабетической стопы, поиск новых альтернативных путей улучшения результатов лечения пациентов с данной тяжелой патологией [2].

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы находившихся на стационарном лечении во II хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в 2010-2011 и 2015-2016 годах. Среди них 75 пациентов были госпитализированы в 2010-2011 годах: мужчин – 38 (50,7%), женщин – 37(49,3%), в 2015-2016 – 109 больных: мужчин было 51(46,8%), женщин – 58(53,2%). Средний возраст всех пациентов составил 65 лет. Изучался видовой состав выделенной микрофлоры. Проводился анализ резистентности изолированных культур к 30 антибактериальным препаратам.

У исследованных пациентов были выявлены следующие гнойно-некротические осложнения диабетической стопы: диабетической стопы в 2010-2011 и 2015-2016 годах: гангрена пальцев и стопы в 19 (25,3%) и 17(15,6%)случаях, трофические язвы голени и стопы – 18 (24%) и 47(43,1%), остеомиелит – 8 (10,7%) и 11(10,1%), флегмона стопы и голени – 12(16%) и 8(7,3) соответственно.

Результаты и обсуждение. Видовой состав возбудителей, а следовательно, этиологическая структура инфекционных осложнений, в 2010-2011 годах были представлены прежде всего бактериями рода *Staphylococcus*, составившими 49,3% культур. Среди них на долю *S. aureus* приходилось 30,6%, *S. Epidermidis* - 10,7%, *S. Saprophiticus* - 8% штаммов. Второй по частоте обнаружения группой бактерий были грамотрицательные палочки, составившие 48% культур, в их числе 20% - представители рода *Enterobacter*, 17,3% - *Pseudomonas aeruginosa*, 2,7% - *Proteus vulgaris*, 2,7% - грамотрицательные палочки семейства неферментатирующих бактерий и 1,3% бактерии рода *Proteus*.

Видовой состав возбудителей в 2016-2016 годах также были представлены в большинстве случаев бактериями рода *Staphylococcus*, составившими 67,8% культур. На долю *S. aureus* приходилось 90,5%, *S. pseudintermedius*- 4,1%, *S. haemolyticus* – 1,4%, *S. saprophyticus* – 1,4%, *S. epidermidis* – 2,7% штаммов. Грамотрицательные палочки составили 22% культур, в их числе 41,7% - представители рода *Enterobacter*, 20,8% - *Pseudomonas aeruginosa*, 12,5% - *Klebsiella pneumonia*, 8,3% - *Proteus vulgaris*, 4,2%- *Esherichia coli*, 4.2% -бактерии рода *Proteus*.

Эффективность антибактериальной терапии у пациентов с осложненным синдромом «стопы диабетика» во многом зависит от правильного выбора препарата и должна обеспечивать максимальный лечебный эффект при минимальном воздействии на организм пациента, страдающего, как правило тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Анализируя резистентность микрофлоры к антибиотикам в 2010-2011 годах было отмечено, что наиболее часто микроорганизмы устойчивы к бензилпенициллину (93.9%), амоксиклаву (91.8%), цефепиму (90.9%), кларитромицину (81.8%) и хлорамфениколу (81.8%). Кроме того, резистентность более 50% была к таким антибиотикам, как цефазолин, эритромицин, линкомицин, рифампицин, клиндамицин, цефтриаксон, тетрациклин, ко-тримоксазол. В 2015-2016 годах резистентность микрофлоры к бензилпенициллину составила 88,6%, амоксиклаву - 70%, цефепиму - 30%. К кларитромицину и хлорамфениколу посев микрофлоры на чувствительность к антибиотикам не проводился. Резистентность более 50 % была зафиксирована к таким антибиотикам, как эритромицин, клиндамицин, оксациллин, амоксиклав, цефотаксим, ампициллин, цефаклор, стрептомцин.

Выводы. Проведенные исследования показали, что при гнойно-некротических осложнениях диабетической стопы в ранах преобладают монокультуры микроорганизмов, лидирующее положение здесь занимает *Staphylococcus aureus*. За пять лет удельный вес бактерий рода *Staphylococcus* возрос на 18,5%. Среди них *S. aureus* встречался в 3 раза чаще. Обнаружено, что грамотрицательные палочки в последнее время в 2 раза реже встречались в раневом отделяемом. Следовательно, эмпирическая антибактериальная терапия при гнойно-некротических осложнениях диабетической стопы должна быть направлена на подавление, прежде всего бактерий рода *Staphylococcus*.

Высокая распространенность устойчивой к антибиотикам микрофлоры делает эмпирическую антибиотикотерапию во многих случаях неэффективной, поэтому в настоящее время, наиболее не эффективно назначение антибиотиков, резистентность к которым у микроорганизмов остается высокой, а именно: бензилпенициллина и амоксиклава –

антибиотикорезистентность более 70 %, эритромицина и клиндамицин – остаются резистентными в более 50% случаев. Своевременно начатая и адекватная антибактериальная терапия позволяет остановить прогрессирование гнойно-некротического процесса, предотвратить распространение инфекции и тем самым избежать повторных хирургических вмешательств.

Список литературы.

1.Верещенко В.А. Диагностика и лечение диабетической стопы/В.А. Верещенко, Д.А. Истомин, Д.С. Чиглашвили, А.Е.Митичкин и др.; Под ред. А.З.Гусейнов. – М.: «Триада-Х», 2009. – 72 с.

2.Павлова М.Г. Синдром диабетической стопы / М.Г. Павлова, Т.В. Гусов, Н.В. Лаврищева // Трудный пациент. – 2006. - №1.

ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Авдеева Е.Ю., Гайдукевич В.И.

**Научный руководитель: к.м.н, доцент Василевский В.П.
Гродненский государственный медицинский университет**

Цереброваскулярные заболевания, являясь одной из основных причин смертности и стойкой утраты трудоспособности, представляют собой одну из наиболее актуальных сосудистой хирургии.[1] Одной из основных причин развития острой фокальной ишемии головного мозга является атеросклеротическое поражение кровоснабжающих артерий. Радикальные хирургические методы лечения атеросклеротических поражений сосудов, в том числе и брахиоцефальных артерий, значительно сокращают число летальных исходов и тяжелой инвалидизации из-за этого заболевания. В настоящее время для восстановления проходимости артерий дуги аорты в основном используют эндартерэктомию (открытое вмешательство) и стентирование (эндоваскулярная методика). Для коррекции стенозирующих поражений плечевого ствола (ПГС), позвоночных и внутричерепных артерий эндоваскулярные вмешательства признаются предпочтительными, а в ряде ситуаций – безальтернативными; для сонных артерий «золотым стандартом» до сих пор остается каротидная эндартерэктомия (КЭА).

Материал и методы. С 2013-2017 года в отделении сосудистой хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница» 7 пациентам с патологией проксимальных сегментов брахиоцефальных артерий выполнены реконструктивные операции. Все пациенты - мужчины. У всех пациентов патологические изменения брахиоцефальных артериальных структур носили атеросклеротический характер.

Результаты и обсуждение. За 2013-2017 года операция была выполнена 7 пациентам. Эффективным и безопасным способом хирургического лечения при изолированных хронических поражениях проксимальных сегментов общей сонной и подключичной артерий и невозможности их эндоваскулярной коррекции у 6 оперированных явились экстраторакальные внеанатомические операции. Хирургическое лечение поражений общей сонной артерии заключалось в проведении 2-х ее транспозиций в подключичную артерию и одного подключично-общекаротидного шунтирования синтетическим протезом. Ликвидацию нарушений гемодинамики вследствие окклюзии первой порции подключичной артерии осуществили с помощью общесонно-подключичного шунтирования эксплантатом у 3 пациентов. У одного пациента с массивной эмболической обструкцией бифуркации брахиоцефального ствола и близлежащих сегментов магистральных артерий представилось возможным ее устранить путем биартериальной полужакрытой баллонной тромбэктомии. Первичный технический и клинический успех вышеописанных хирургических вмешательств получен во всех клинических наблюдениях.

Выводы. Таким образом, вариантом выбора реваскуляризации изолированных проксимальных каротидных и подключичных окклюзий следует считать экстраторакальные межсосудистые шунтирования и удаление эмболии путем биартериальной полужакрытой баллонной тромбэктомии.

Список литературы:

1. Cina, C. Subclavian carotid transposition and bypass grafting: consecutive cohort study and systematic review/ C. Cina, H. Safar, A. Lagana// J. Vasc. Surg.- 2002.-V35, №3.- P. 422–429

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДОВ СЕРДЦА ПРИ ИШЕМИИ

Асмагов А., Бурпиев Н., Калмагамбетова С.

Научные руководители: к.м.н., доцент Журабекова Г.А., Каркимбаев У.М.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М. Оспанова

Как известно, наиболее результативными методами лечения и профилактики коронарных заболеваний в настоящее время зарекомендовали себя методы реваскуляризации миокарда, среди которых аортокоронарное шунтирование (АКШ) оказалось наиболее оптимальным с большим показателем преимуществ [Осадчий, А.М. 2011, Григорьева, Н. Ю.2012]. Однако подобные методы вмешательств нередко сопровождаются неудачами и часто нуждаются в морфологическом обосновании этиологии и патогенеза сдвигов, объясняющие их на клеточно-тканевом уровне. Поэтому актуально в исследовании во-первых изучить особенности сосудистого поражения на поздних стадиях заболевания, во вторых изучить путем создания различных экспериментальных моделей по исследованию коронарного кровотока [Г. Дуйшеева, Н.С. Леонтьева 2013]. Подобные эксперименты дают возможность объяснения большого ряда неудач преследующих проведение инвазивных вмешательств, являются предпосылками в понимании тех адаптивных механизмов включающихся в ответ на искусственное восстановление кровоснабжения сердца.

Цель исследования: Изучить особенности сосудистого поражения сердца в условиях клинической и экспериментальной ишемии коронарных сосудов.

Материалы и методы: Дизайн исследования – когортное ретроспективное и экспериментальное исследование. В ходе работы были изучены истории болезни 109 пациентов с критическими стенозами коронарных артерий ($\geq 80-90\%$) получавших лечение в период 2016-2017 года в медицинском центре ЗКГМУ им.Марата Оспанова (г.Актобе). Критерий исключения: а) пациенты с врожденными пороками сердца, б) ранее перенесшие стентирование, в) пациенты с инфарктом миокарда в острой стадии. После анализа историй болезни с учетом критерия исключения в исследование были включены только 83 пациента, из них 22 женщины (26,5%) и 61 мужчина (73,5%) с поражением коронарных артерий в результате длительного течения ИБС. Всем пациентам проведено АКШ. Пациентам предварительно проводилась коронароангиография, исследование крови (холестерин, ЛПВП, ЛПНП), коагулограмма, ЭКГ, ЭХО-КГ. Статистическая обработка полученных результатов проведена программой Statistica 10.

Экспериментальная часть проводилась на белых крысах, самцах массой 250-300 г. Животным под эфирным наркозом производили вскрытие грудной полости и перикарда. Производилась модель ишемии путем перевязки правой или левой венечной артерий сердца у разных животных. Ишемия создавалась длительностью от 10 до 40 минут. По окончании эксперимента сердце подвергалось гистологическому исследованию по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение: По данным КАГ в группе женщин в основном преобладало трех сосудистое поражение КА-16чел.(72,7%) в возрасте 60-64 лет, двух сосудистое поражение КА-2 (9%), стволное поражение левой КА (ЛКА)-4 (18,2%). Тип коронарного кровотока правый-17 (77,3%), сбалансированный- 3 (13,6%), левый- 2 (9%). В группе мужчин трехсосудистое поражение отмечено в 75,4% в возрасте 55-59 лет и 60-64 года, двухсосудистое в 3,3% случаев, однососудистое 1,6%, ЛКА - 19,7%. Тип коронарного кровотока правый-56 (91,8%), сбалансированный- 3 (4,9%), левый- 2 (3,3%). По ЭХО-КГ у 11 пациентов снизилось ФВ по сравнению с ЭХО-КГ до операции, однако преобладают возрастающие показатели. Создавая модель коронарной ишемии, мы столкнулись с определенными трудностями в проведении, начиная от вида наркоза, поддержания дыхательной функции легких, заканчивая корректным лигированием коронарных сосудов. Длительное проведение ишемии миокарда не представлялось возможным, так как примерно на 25-27 минуте возникала фибриляция желудочков с последующей полной остановкой. На работающем сердце перевязка коронарных сосудов дала хорошие результаты о результативности выбранной модели, в виде изменения цвета участка миокарда у 4х животных (очага ишемии), полной работы сердца и вентиляции легких до 25 минут. У двух

животных в лигатуру не попал коронарный сосуд. При 15 минутной ишемии сердечной ткани крыс выявлено изменение стенки и отёк ткани окружающей сосуда 3 и 4 порядка, что привело к его деформации. Подобные изменения, возникшие через 30 минут после наложения лигатуры способствовали возникновению более глубоких изменений в виде кровоизлияний, к нарушениям ангиоархитектоники и привели к не обратимым процессам в участках кровоснабжаемых данными сосудами. Таким образом, коронароангиография сосудов сердца показала, что при длительно текущем состоянии ИБС среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, в стадии декомпенсации идет преобладание трехсосудистого поражения сосудов, и данный тип преобладает в старшем возрасте, начиная от 55 до 64 лет. Данный трудоспособный возраст подвержен большому риску инвалидизации и смертельных исходов, при несвоевременно проводимых операциях аортокоронарного шунтирования. Очень низкий процентный показатель поражения одного и двух сосудов. Также отмечено, что преобладает среди пациентов правосторонний тип кровоснабжения, что уже как факт специалисту необходимо учитывать в экстренных ситуациях. Экспериментально полученные изменения сосудов показывают необратимость клеточных изменений при уже 15 минутной ишемии начиная с периферических ответвлений.

Вывод: По экспериментальным данным получено время зависимое поражение сосудов сердца, что подчеркивает важность раннего интенсивного лечения ИБС. Многососудистое поражение коронарных сосудов возникает не на первых стадиях заболевания ИБС, а является уже более поздним финалом. Это дает специалистам время для разработки более обширной программы профилактики на ранних стадиях болезни и снижение риска инвалидизации среди лиц трудоспособного возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЙ ТИМЭКТОМИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ

Байрамкулова Л.М. Хабекирова С.А.

Научный руководитель: к.м.н. Погосян Г.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Миастения является аутоиммунным заболеванием, которое характеризуется мышечной слабостью и патологической утомляемостью, обусловленными нарушением нервно-мышечной проводимости в результате образования аутоантител к ацетилхолиновым рецепторам. Актуальность данной проблемы определяется, прежде всего, прогрессирующим течением, тенденцией к инвалидизации в 60–70% наблюдений, и при отсутствии эффективного лечения гибелью больных. Внедрение видеоторакокопии, ввиду малой травматичности, позволило более широко применять тим(тимом)эктомию в качестве лечебного пособия при миастении.

Цель исследования - изучение непосредственных результатов тим(тимом)эктомии из «открытого» и видеоторакокопического доступов.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 55 историй болезни с анализом результатов видеоторакокопических и открытых тим(тимом)эктомий у пациентов с генерализованной миастенией, госпитализированных в краевую клиническую больницу г. Ставрополя в период с 2011 по 2018 гг. Наибольшее количество пациентов встречалось в возрасте 30-39 лет, они составили 40%, в возрасте 20-29 лет за хирургической помощью обратились 27% пациентов. В половой структуре преобладали женщины, они составили 54%, наиболее активного трудового возраста.

Результаты. Интраоперационная кровопотеря при выполнении тимэктомии из видеоторакокопического доступа составила 50 мл, традиционный доступ предполагает выполнение стернотомии, что делает рутинной кровопотерю на уровне 100 мл. При выполнении видеоторакокопической тимэктомии время от окончания операции до экстубации составило 180 минут, при стернотомии 280 минут. Среднее время операции при выполнении тим(тимом)эктомии из видеоторакокопического доступа составило 160 минут, стернотомия длилась в среднем 89 минут. Длительность нахождения больных в стационаре при неосложненном течении послеоперационного периода после открытой операции составила до 12 суток, после эндохирургической 4 суток. После открытой операции дренаж из средостения удаляли на 2-3

сутки послеоперационного периода, после эндохирургической операции дренаж из плевральной полости удаляли на следующий день. Субфебрилитет у пациентов, перенесших видеоторакоскопическую тимэктомию, отмечали не более одних суток, а в большинстве случаев подъема температуры не было, после традиционной операции температура тела оставалась повышенной на протяжении 3-4 дней. Операционная травма предопределяла выраженность болевого синдрома после стернотомии, поэтому анальгетики назначали в течение всего послеоперационного периода. После видеоторакоскопической операции обезболивание производили только дважды в течение первых трех-четырёх суток после операции. Учитывая тот факт, что большинство больных генерализованной миастенией женщины, преимущественно молодые, косметический эффект имеет одно из первостепенных значений. В этом аспекте преимущества видеоторакоскопической операции неоспоримы. Суммарная длина разрезов при стернотомии составила 15 см, при видеоторакоскопии 2 см.

Заключение. Сравнение хирургических критериев тимэктомии из видеоторакоскопического и стернотомического доступов демонстрирует существенные преимущества миниинвазивных технологий, которые реализуются легким течением послеоперационного периода, хорошей переносимостью операции пациентами, минимальным риском интраоперационных осложнений и прекрасным косметическим эффектом. При этом клиническая эффективность операции находится на столь же высоком уровне, как и при тимэктомии из стернотомического доступа. Поэтому использование видеоторакоскопической техники для выполнения тимэктомии является предпочтительным при хирургическом лечении больных генерализованной миастенией.

Список литературы.

1. Конькова Д.Ю. История исследования миастении -от описания симптомов до изучения патогенеза // Дальневосточный медицинский журнал. 2015. №1.
2. Заславский Л.Г., Косачев В.Д., & Хуршилов А.Б. (2016). СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИАСТЕНИИ В ОТДАЛЕННЫХ ПЕРИОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова, 23 (2), 49-53.
3. Beydoun, S. R., Gong, H., Ashikian, N., & Rison, R. A. (2014). Myasthenia gravis associated with invasive malignant thymoma: two case reports and a review of the literature. Journal of medical case reports, 8, 340.
4. Bulent Aydemir. The effect of myasthenia gravis as a prognostic factor in thymoma treatment. North Clin Istanbul. 2017;3(3):194-200.
5. Lu, C. F., Yu, L., Jing, Y., Zhang, Y. F., & Ke, J. (2018). Value of Adjuvant Radiotherapy for Thymoma with Myasthenia Gravis after Extended Thymectomy. Chinese medical journal, 131(8), 927-932.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Бархударян А.С., Филиппева Н.В., Шукуров Х.З.
Научный руководитель: д.м.н., профессор Минаев С.В.
ГБУЗ СК Краевая детская клиническая больница

Цель работы – определить эффективность и результативность лучевых методов исследования у детей с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО).

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 64 ребенка с ОГО трубчатых костей составили 3-17 лет. Мальчиков было – 47 (73,4%), девочек -17 (26,6%). Дети были разделены на 2 группы: I группа - 59 детей, которым выполнена рентгенография при поступлении в стационар на 7, 21 и 4 сутки после операции. Во II группе - 15 пациентов, которым выполняли компьютерную томографию (КТ) при поступлении, на 7, и 45 сутки после оперативного лечения (остеоперфорация).

Для определения эффективности и результативности лучевых методов исследования были учтены следующие параметры: периостальное утолщение, истончение эндооста, остеопения, уплотнение мягких тканей и изменение подкожно-жировой клетчатки. Качество выявленных закономерностей исследовали с помощью ROC-анализа (Receiver Operator Characteristic).

Результаты: ROC-кривая показала зависимость количества верно классифицированных положительных результатов по исследуемому признаку от количества неверно классифицированных отрицательных результатов.

Для модели, описывающей вероятность выявления признаков ОГО с помощью КТ, определена чувствительность - 86%, специфичность - 89%. Для модели, описывающей возможность диагностики острого гематогенного остеомиелита у детей с помощью рентгенографии, определена чувствительность - 64%, специфичность - 67%.

Выводы: Таким образом, высокий уровень значимости и низкая вероятность ошибки позволяет предпочесть КТ перед обзорной рентгенографией конечности у детей с ОГО."

БЕСФИКСАЦИОННЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

Богомолов А.Ю., Натальский А.А., Мокрова А.В.

Научный руководитель: Тарасенко С.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

В современной хирургии паховых грыж предполагается использование сетчатых эндопротезов, особенно при лапароскопических герниопластиках. Большой интерес для хирургов представляет способы и техника фиксации сетчатого эндопротеза при лапароскопической паховой герниопластике. [3,4]. В настоящее время приспособлением для фиксации сетки является герниостеплер или шов, определённую популярность получили высокоадгезивные эндопротезы и эндопротезы с фиксирующими элементами (микрокрючками)[2]. Цель исследования — сравнение непосредственных и отдалённых результатов лапароскопической ТАРР (от англ. Transabdominal preperitoneal — трансабдоминальная преперитонеальная) паховой герниопластики с фиксацией сетчатого эндопротеза и без неё у пациентов с прямыми и косыми паховыми грыжами. [1].

Материалы и методы. Исследование было выполнено на клинической базе кафедры госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета и на базе Областной клинической больницы г.Рязани. В исследование были включены 145 пациентов старше 18 лет с паховыми грыжами, в том числе рецидивными. Средний возраст составлял 42,1±9,1 года. Использовали полипропиленовые эндопротезы отечественного производства с традиционной структурой плетения и без дополнительных компонентов в составе с поверхностной плотностью 65–80 г/м².

В первой группе (71 пациент) проводили ТАРР-пластику без фиксации сетчатого импланта, в случае прямых паховых грыж дополнительно применяли пластику поперечной фасции. Во вторую группу были включены 74 пациента, которым выполняли классическую ТАРР-пластику грыжевых ворот с фиксацией сетчатого импланта герниостеплером и/или эндокорпоральным швом. Обязательным условием выполнения бесфиксационной герниопластики был заступ сетчатого эндопротеза не менее 5 см от края грыжевых ворот во все стороны.

Для оценки непосредственных результатов лечения в группах сравнения исследовали следующие критерии:

- продолжительность оперативного вмешательства;
- выраженность послеоперационного болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ);
- частота и тяжесть послеоперационных осложнений, оцениваемых по шкале Clavien–Dindo;
- доза вводимых анальгетиков, представленных опиоидным производным;
- средняя продолжительность госпитализации (койко-дни).

Статистическая обработка материалов выполнена с помощью программного обеспечения Statistica 6.1 (StatSoft, Inc., США) и Excel (Microsoft Office 2010) в среде операционной системы Windows 10. Для статистической обработки количественных нормально распределённых признаков применяли параметрический t-критерий Стьюдента, для обработки качественных порядковых и номинальных признаков — непараметрический метод с вычислением критерия χ^2 (Пирсона). Достоверным считали уровень $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анализе продолжительности оперативного вмешательства не отмечено существенного статистически значимого различия в показателях основной и контрольной групп, время составляло соответственно $37,6 \pm 14,1$ и $35,5 \pm 15,2$ мин, $p=0,92$. В первой группе через 24 ч уровень боли по ВАШ составил $1,35 \pm 1,03$, во второй группе — $2,74 \pm 1,54$ ($p=0,45$). Необходимая доза наркотического анальгетика в 1-е сутки после оперативного вмешательства в среднем на 1 пациента составила в первой группе $0,21 \pm 0,1$ мг, во второй — $0,46 \pm 0,05$ мг ($p=0,03$). Послеоперационные осложнения не превышали I степени среди пациентов обеих групп. Среди осложнений преобладали умеренная боль в области послеоперационных швов, слабая тошнота и головокружение. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в первой группе составила $4,1 \pm 1,2$ койко-дня, во второй — $5,2 \pm 1,1$. ($p=0,5$). При фиксации сетчатого импланта герниостеплером в стандартных точках использовали титановые спиралеобразные клипсы, а в основной группе сетчатый имплант расположен предбрюшинно, без использования фиксации. При фиксации к костным структурам, сухожильным и мышечным волокнам в той или иной степени есть риск вовлечения в шов нервных и сосудистых структур.

При контрольных осмотрах пациентов на момент выписки и через 6 мес после оперативного вмешательства не было выявлено ни одного случая дислокации сетчатого импланта, что свидетельствует об эффективности бесфиксационных методов герниопластики полипропиленовыми сетчатыми эндопротезами.

Выводы.

1. Длительность операции достоверно не различается в первой и второй группах.
2. Выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале через 24 ч и 5 сут в первой группе ниже, чем во второй. Различалась потребность в наркотических анальгетиках в пересчёте на морфин: $0,21 \pm 0,1$ и $0,46 \pm 0,05$ мг ($p=0,03$) в первой и второй группах соответственно.
3. Эффективность бесфиксационного способа (отсутствие дислокаций сетчатого эндопротеза) не ниже, чем при общепринятой TAPP-герниопластике.

Список литературы.

1. Тарасенко С.В., Богомолов А.Ю., Зайцев О.В. и др. ERAS — современная концепция ведения хирургических больных. Собственный опыт. Наука молодых — Eruditio juvenium. 2016; (3): 67–71. [Tarasenko S.V., Bogomolov A.Yu., Zaytsev O.V. et al. ERAS is modern concept of treatment of surgical patients. It is own experience. Nauka molodykh — Eruditio juvenium. 2016; (3): 67–71. (In Russ.)].
2. Li W., Sun D., Sun Y. et al. The effect of transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernioplasty on chronic pain and quality of life of patients: mesh fixation versus non-fixation. Surg. Endosc. 2017; 31 (10): 4238–4243. DOI: 10.1007/s00464-017-5485-1.
3. Lederhuber H., Stiede F., Axer S. et al. Mesh fixation in endoscopic inguinal hernia repair: evaluation of methodology based on a systematic review of randomized clinical trials. Surg. Endosc. 2017; 31 (11): 4370–4381. DOI: 10.1007/s00464-017-5509-x.
4. Rosen M., Brody F., Ponsky J. et al. Recurrence after laparoscopic ventral hernia repair. Surg. Endosc. 2003; 17 (1): 123–128. DOI: 10.1007/s00464-002-8813-y.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ КАК ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Богомолов А.Ю., Никифоров А.А., Авилушкина Е.О.

Научный руководитель: Тарасенко С.В.

Рязанский государственный медицинский университет

Цель. Целью работы явилось изучение полиморфизма ряда генов и их роль как predisposing факторов развития хронического панкреатита.

Методы. Проведено исследование генетических полиморфизмов у 35 пациентов с хроническим панкреатитом. Больные были разбиты на группы. В опытной группе 8 женщин и 27 мужчин, средний возраст которых оставил $43,2 \pm 5,3$ лет. Контрольную группу составили гипотетические исследуемые по общепризнанным данным для европеоидной расы. Было получено информированное согласие на участие в исследовании. Всем больным проводились стандартные

общеклинические, биохимические анализы, так же анализу подвергали геномную ДНК человека, выделенную из лейкоцитов крови.

Результаты. Было обнаружено, что в опытной группе частота полиморфизма генов была выше, чем в контрольной группе. Нормальная гомозигота в опытной группе в генотипе отсутствовала среди всех генов: - матриксной металлопротеиназы-1-(1607delG); матриксной металлопротеиназы-9 -(A-8202G) ; тканевого ингибитора металлопротеиназ 1(C536T) ; гена интерлейкина (G-1082A); мутация рецептора 11В фактора некроза опухоли (мутация G1181C); цитохрома Р450 (3А4 СYP3А4 1А/1В); цитохромаР450(СYP1А1); липопротеиназы(мутация Ser447Ter), р-глутатионS-трансферазы-(мутация Ile105Val). Среди гетерозиготных генов преобладали полиморфизмы тканевого ингибитора металлопротеиназ 1 (C536T); гена интерлейкина(G-1082A), липопротеиназы (мутация Ser447Ter), цитохрома Р450 (СYP1А1). Наибольшее число патологических гомозигот было тканевого ингибитора металлопротеиназ 1, металлопротеиназы-9, цитохрома Р450 (3А4 СYP3А4 1А/1В), рецептора 11В фактора некроза опухоли.

Выводы. Исследование генетического полиморфизма человеческого генома показало, что имеет место высокий риск развития хронического панкреатита у пациентов с указанными полиморфизмами (ММР1, 9ММР9, Р450 (3А4 СYP3А4 1А/1В), ОРG).Получены достоверные различия частоты встречаемости мутаций генов в группах сравнения. Указанные полиморфизмы являются одними из факторов, предрасполагающих к развитию хронического панкреатита. Определение полиморфизма генов может использоваться в хирургической практике, включая комплексную диагностику и прогнозировании характера течения хронического панкреатита- развитие кистозной формы хронического панкреатита.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЭЛА У ПАЦИЕНТКИ С ИБС ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Булавинцева А.В.

Научный руководитель: к.м.н. Шатов Д.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

На сегодняшний день коронарография (КГ) является «золотым стандартом» в диагностике ишемической болезни сердца, позволяющий визуализировать степень вовлеченности коронарных артерий в патологический процесс. Несмотря на низкую частоту осложнений, применение данного метода диагностики все же сопряжено с определенным риском для пациентов, среди которых преобладают геморрагические проявления. Однако тромбоз глубоких вен нижних конечностей, осложнившийся тромбоэмболией легочной артерии, является редким, но драматичным осложнением трансфеморальной коронарографии. Анализ частоты ТЭЛА, как причины летальности, проведенный в России в условиях многопрофильного стационара, показал, что ТЭЛА наблюдается у 15–20 из 1000 лечившихся, включая лиц, подвергшихся оперативному вмешательству.[1] Целью данной работы является представление клинического случая развития тромбоэмболии легочной артерии у пациентки после выполнения селективной коронарографии.

Материалы и методы: Работа выполнена на основании анализа медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях.

Результаты и обсуждение: Пациентка 57 лет, поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами на пекущие боли за грудиной, возникающие при ходьбе до 300 м и психоэмоциональных перегрузок, купирующихся в течение 10 мин после отдыха, головные боли при повышении АД. На основании вышеописанных жалоб и данных анамнеза пациентке был выставлен предварительный диагноз: ИБС: стенокардия напряжения III Ф.К.(клинически), СН I с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, риск IV (очень высокий). С целью определения уточнения диагноза, объема и вида возможного оперативного лечения пациентке была выполнена коронарография по методу Селдингера трансфеморальным доступом через правую общую бедренную артерию. Результат исследования: гемодинамически значимые поражения коронарных артерий отсутствуют. После выполнения вмешательства наложена давящая повязка. На следующий день, состояние больной резко

ухудшилось, появились жалобы на головокружение, сильные боли в левой половине грудной клетки, слабость. Заподозрена тромбоэмболия легочной артерии с явлениями обструктивного шока (снижение АД до 60/40 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 110-120 в минуту). Незамедлительно была начата инфузия норадреналина и гепарина. Для уточнения диагноза была проведена экстренная ангиопульмонография: ТЭЛА средней степени тяжести (ангиографический индекс Миллера 21). Пациентке был начат селективный (15 мг алтеплазы), а затем и системный тромболизис. На фоне проводимого лечения состояние пациентки улучшилось, стабилизировалась гемодинамика. На 4 сутки больная была активизирована в вертикальном положении, при этом повторные эпизоды ТЭЛА не наблюдались. Через 2 недели пациентка с улучшением была выписана из стационара.

Выводы: Коронарография несомненно является важным диагностическим методом у пациентов с ИБС, при котором необходимо учитывать все риски и возможные осложнения. Представленный случай демонстрирует, что тромбоэмболия легочной артерии является редким и грозным осложнением трансфеморальной коронарографии. Активная инвазивная тактика позволила оперативно диагностировать и начать тромболитическую терапию, избежав летального исхода у пациентки после диагностического исследования.

Список литературы:

1. Крукович, А. А. Тромбоэмболия легочной артерии: вопросы диагностики и прогноза / А. А. Крукович, Н. В. Примак, Н. В. Захарчук, М. В. Мокшина // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2017. — №4. — С. 31.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬШИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Галета Т.Д.

Научный руководитель: Гобеджишвили В.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Грыжесечения занимают лидирующие позиции среди плановых оперативных вмешательств (10 - 25% от всех операций абдоминальной хирургии). Результаты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остаются неудовлетворительными из-за высокой частоты рецидивов.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с большими ПОВГ путем дифференцированного подхода к выбору способа операции, основанного на изучении внутрибрюшного давления (ВБД).

Современное понимание методов лечения грыж брюшной стенки заложены работами клиники Мейо, Сапежко (они начали стандартно применять поперечные и продольные методы пластики белой линии в лечении ПОВГ). Подавляющее большинство работ последних лет посвящено применению аллопластических материалов для пластики ПОВГ (широко применяются: sublay, inlay и onlay технологии).

Материал и методы: в клинике общей хирургии Ставропольского государственного медицинского университета с 2012 по 2016 гг проведено лечение 76 больных с большими ПОВГ (мужчин было 27(35,5%), женщин – 49(64,5%)).

В зависимости от примененной лечебной тактики, мы всех пациентов разделили на 2 равнозначные (по количеству, полу) группы: контрольная (КГ) и основная (ОГ) по 38 человек. В выборе метода хирургической пластики учитывали: у КГ - локализацию и размеры грыж, у ОГ – локализацию, размеры грыж и ВБД.

С целью профилактики развития синдрома интраабдоминальной гипертензии интраоперационно на этапах оперативного вмешательства у 38 больных контролировали ВБД с целью выбора пластики грыжевых ворот при больших ПОВГ. Для измерения ВБД давления использовали специальную закрытую систему Unometer Abdo-Pressure (обеспечивает многократное измерение ВБД, точный мониторинг мочевого давления, функции почек и эффективное предупреждение восходящего инфицирования мочевыводящих путей), полностью готовую к использованию.

Результаты и их обсуждение. КГ - для закрытия грыжевых ворот данной группы применялась: у 29(76,3%) пациентов аутопластика, у 9(23,7%) – аллопластика. Чаще других использовалась мышечно-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Сапежко - у 19(50%) больных. У 10(26,3%) пациентов применена фасциально-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Мейо. Аллопластика применена у 9(23,7%) больных (у 4(10,5%) применили методику «Sublay», у 3(13,2%) «Inlay»).

ОГ - с целью повышения радикальности лечения больших ПОВГ, у 4(10,5%)-аутопластика, у 34(89,5%) пациентов выполнена открытая пластика с применением алломатериалов. В качестве аллотрансплантата использовали сетку полипропиленовую хирургическую эндоприл «славянская кольчуга».

При проведении пробного сведения краев апоневроза повышение ВБД до 15 мм.рт.ст. определяло выполнение «не натяжной» пластики передней брюшной стенки с применением синтетического имплантата по методике «onlay» или «sublay»; а если ВБД превышало 15 мм рт. ст., то выполняли пластику передней брюшной стенки по методике «inlay».

Проведенные операции. Укрепление грыжевых ворот у 13(34,3%) больных осуществляли подшиванием имплантата по технологии «Onlay». У 14(36,8%) больных использовали технологию "sublay" (у 8(57,1%) пациентов вскрывали грыжевой мешок, иссекали его стенки и ушивали дефект брюшины, в 6(42,9%) случаях грыжевой мешок не вскрывался). Когда свести швами края грыжевого дефекта не представлялось возможным, или при пробном сведении краев грыжевых ворот ВБД резко повышалось, применяли технологию "inlay" у 7(18,4%) больных (у 2(28,6%) больных вскрывали грыжевой мешок, иссекали его стенки и ушивали дефект брюшины). Из аутопластичных методов применяли фасциально-апоневротическую пластику грыжевых ворот по Мейо - 3(7,9%) пациентов. У 1(2,6%) больного выполнена мышечно-апоневротическая пластика грыжевых ворот по Сапежко.

Результаты лечения. В послеоперационном периоде возникло 28 осложнений у 16 больных контрольной группы.

Повреждение петли тонкой кишки у 1(2,6%) больных во время операции имело место при выраженном спаечном процессе в зоне хирургического вмешательства. Из интраабдоминальных осложнений у 2(5,3%) больных был стойкий парез кишечника, и в 1(2,6%) случаи развилась клиника ранней спаечной тонкокишечной непроходимости.

Осложнения раннего послеоперационного периода возникли у 9(23,7%) больных. Из них у 3 оперированных с невосправляемыми ПОВГ, в связи с неправильно выбранным методом хирургического вмешательства, развился абдоминальный компартмент синдром; у 2(5,3%) больных возникла пневмония; у 1(2,6%) пациента на 4 сутки после операции появилась клиника острой сердечно-сосудистой недостаточности. Причиной смерти у 2 пациентов стал острый инфаркт миокарда. Летальность составила 7,9%.

Формирование в пределах подкожно-жировой клетчатки небольших размеров серомы отмечено у 2(5,3%) пациентов ОГ после открытой аллопластики по технологии «onlay».

Рецидив заболевания в сроки от 4 месяцев до 1 года выявлен у 9(23,7%) больных КГ и только у 3(7,9%) пациентов ОГ с открытой пластикой с применением алломатериалов.

Заключение:- разработанный комплекс диагностических, тактических и лечебных мероприятий позволил улучшить результаты лечения больных с ПОВГ;- измерение в динамике ВБД при операциях по поводу ПОВГ является важным критерием в выборе варианта герниопластики и профилактикой развития синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Список литературы:

1. Мерзликин Н.В./Аллопластика как метод выбора при операциях по поводу грыж передней брюшной стенки/ЦхайВ.Ф.,Клиновский И.Ю. /Волгоград,011,-с.229-230.
2. Винокуров Т.И./Исследование прочностных свойств эндопротезов для герниопластики.- Москва,2008.-с.22-25.
3. Алишев О.Т. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж/Р.Ш.Шаймарданов//Практ. Медицина.-2013-№2-с.16-21.
4. Белослудцев Д.Н./Выбор метода аллопластики при лечении послеоперационных вентральных грыж.-Новгород,2007,с-24.
5. Самарцев В.А, Сандаков П.Я, Семенов Н.Г./Выбор способа герниопластики при вентральных грыжах с учетом гемодинамики и внутрибрюшного давления.-Москва,2010.-с.206-210.

ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гиляров М.Ю., Чигарева И.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гиляров М.Ю.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Введение: В течение последних десятилетий кардиохирургия и кардиоанестезиология достигли значительных успехов в обеспечении безопасности больного, сведя к минимуму количество осложнений при операциях, проводимых в условиях ИК[1;2]

Цель исследования: Разработка мер для проведения первичной профилактики у пациентов неврологических дисфункций (сосудистой патологии на фоне сопутствующих заболеваний в виде ИМ головного мозга, ТИА, проведение вторичной профилактики для снижения факторов риска и дальнейшего лечения послеоперационных осложнений кардиохирургических пациентов.

Материал и методы исследования: В проведенном исследовании, на базе ГКБ №1 им. Н.И.Пирогова, в 15 отделении реанимации и интенсивной терапии для больных с инфарктом миокарда, объектом исследования явились 1669 пациентов юношеского (16 -21 лет) и зрелого (41-70 лет) возраста. Из них были обследованы лица мужского пола - 497, женского – 1172, с наличием признаков сочетанной патологии сердца и сосудов, оперированных в условиях ИК. При проведении нейропсихологической коррекции у пациентов использовались различные неврологические шкалы: инсульта NIHSS, оценка психического статуса MMSE, шкала определения степени тяжести состояния пациента в послеоперационный период - Apache II, SOFA, определение психоэмоциональной степени нагрузки (таблицы Шульте, Лурия). Результаты исследований и их обсуждение: Анализ данных по проблеме позволил отметить, что когнитивные дисфункции развившиеся в ранний и сохраняющиеся в поздний послеоперационный период, клинически проявлялись нарушениями памяти, концентрацией внимания, нарушением чувствительности. В группе риска находились пациенты старше 60 лет, так они имели на основании полученных данных возрастные изменения мозгового кровообращения. Ухудшение состояния ГМ у пациентов происходило за счет развития нейродегенеративных заболеваний в отдаленном послеоперационном периоде.

Выводы: Госпитальной летальности не было. Время ИК составило в среднем - 107,0 мин. Всем пациентам были выполнены реконструктивные операции на клапанах сердца. В 10% случаев у больных без неврологических дефицитов на предоперационном этапе, и в послеоперационном периоде отмечались транзиторно- ишемические атаки. У пациентов при обследовании были выявлены ухудшения познавательной функции, изменения психомоторной деятельности, нарушения сна, развитие личностных, тревожных и аффективных расстройств, а также депрессии. Мы знаем, что одним из основных факторов риска развития инсульта после кардиохирургических вмешательств является атеросклеротическое поражение артерий головного мозга и аорты. Лечение постинсультных нарушений высших психических функций сосудистого генеза в себя включало: этиопатогенетическое воздействие, проведена коррекция артериальной гипертензии и нарушений липидного обмена, прием антиагрегантов больными, перенесшими ишемический инсульт и антикоагулянтов больными с кардиоэмболическим инсультом, антиоксидантная терапия; медикаментозная терапия сопутствующих заболеваний, коррекция сердечной и дыхательной недостаточности.

Список литературы.

1. Мороз В.В. Проблема повреждения головного мозга при кардиохирургических вмешательствах в условиях искусственного кровообращения / Мороз В.В., Корниенко А.Н., Мозалев А.С., Парфенюк А.В., Шахмаева С.В. // Общая реаниматология. 2008. - IV. - №4. - С.16-20.
2. Козлов И.А. Психоэмоциональное состояние и качество послеоперационного периода при различном темпе активизации кардиохирургических больных / Козлов И.А., Хотеев А.Ж., Виткалова Т.А. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2002. - №6 - С.22-26.
3. Левиков Д.И. Биомаркеры повреждения нервной ткани при кардиохирургических операциях / Левиков Д.И. Борисов К.Ю., Шрадер Н.И. // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2013.- X. - №1. - С. 38-47.

4.Carrascal Y., Guerrero A.L. Neurological damage related to cardiac surgery: pathophysiology, diagnostic tools and prevention strategies. Using actual knowledge for planning the future. // Neurologist. 2010. T. 16. № 3. С. 152–164.

5. Carrascal Y., Guerrero A.L., 2010; Zanatta P. и др., 2011; Nicolini F. и др., 2013; Culley D.J., Crosby G., 2016; Kuroda K. и др., 2016

ВАЛИДИЗАЦИЯ ШКАЛЫ АЛЬВАРАДО В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ БСМП Г.ПЕТРОЗАВОДСКА

Гуляева П.С.

Научный руководитель: Щеглов Э.А.

Петрозаводский государственный университет

Острый аппендицит(ОА)-острое воспалительно-некротическое заболевание червеобразного отростка слепой кишки. Число больных ОА в хирургических отделениях составляет 20-50% от всех пациентов, а количество аппендэктомий по отношению к другим неотложным операциям 70-80%. Частота осложнений ОА варьирует от 32,6- 43%, а процент летальности при осложнениях от 0,1%-15% без тенденции к снижению. Причиной этого являются несвоевременная и/или ошибочная диагностика ОА, составляющая в среднем 15-45% всех случаев. Диагностика ОА затруднена у женщин детородного возраста, беременных, пожилых, т.к. часто «маскируется» под другие заболевания: нарушенная внематочная беременность, апоплексия или перекрут кисты яичника, почечная колика, мезаденит, кишечные, мочевые инфекции, острый панкреатит, дивертикул Меккеля. Классическая картина ОА отсутствует в 20-33% случаев. Несмотря на наличие современных инструментальных методов исследования, точная и своевременная диагностика ОА требует от хирурга качественного сбора анамнеза и выявления специфических клинических симптомов. Одной из самых распространённых шкал, учитывающих такие симптомы, является шкала Альварado, согласно которой, наличие менее 5 баллов говорит о маловероятности ОА, 5-6 баллов-ОА возможен и пациент нуждается в наблюдении, 7-8 баллов-ОА вероятен, 9-10 баллов-ОА имеется и пациенту требуется немедленное хирургическое вмешательство. Мы попытались оценить чувствительность и специфичность шкалы на базе БСМП г.Петрозаводска. Целью настоящего исследования явилась валидизация шкалы Альварado в диагностике ОА в условиях хирургического стационара.

Материалы и методы. Обследовано 110 пациентов в возрасте 18-75 лет, направленных в БСМП с подозрением на ОА. Среди обследованных пациентов мужчин-46, женщин-64. Средний возраст составил $38 \pm 2,5$ года. В 32% случаев пациенты были доставлены в стационар бригадой СМП с предварительным диагнозом ОА, по направлению из поликлиник в 13% случаев, остальные 55% обратились за помощью самостоятельно. Причиной несвоевременного обращения в 80% случаев стали сами пациенты в связи с их попытками купировать боль медикаментозно на дому, а также поздним вызовом машины СМП с момента возникновения боли. Результаты. Пациенты разделены на 2 группы: клиническая-63(57,3%) пациента, оперированные с подозрением на ОА, контрольная-47(42,7%) пациента, неоперированные в связи с исключением ОА. Средний балл по шкале по группам составил 7,2 и 4,7 соответственно. Баллы распределились так: 2-4 балла в клинической группе у 5 пациентов(7,9%), а в контрольной 21(44,7%); 5-7 баллов 27/ 22(42,9/46,8%), 8-10 баллов-31/4(49,2/8,5%). Аппендэктомия была выполнена 63(57,3%) пациентам. Из них аппендэктомия без диагностической лапароскопии- у 43 пациентов (39% от всех больных) со средним баллом по шкале-7. При операции были выявлены: флегмонозный аппендицит-37 случаев(86%) со средним баллом 7,2, гангренозный-3(5,3%) случая со средним баллом 6,7, катаральный в трёх случаях со средним баллом 7. Диагностическая лапароскопия из 63 пациентов была проведена 20(18,2% от всех больных) пациентам, при этом ОА был исключён у 14 пациентов со средним баллом 6,1. У 6 пациентов, у которых ОА был подтверждён при лапароскопии, средний балл составил 8,3. Вариабельность баллов при негативной лапароскопии: у 11(78,6%) пациентов средний балл 5-7; у 3(21,4%)– 8-10 баллов. При позитивной лапароскопии 8-10 баллов у 4(66,7%) пациентов и 5-7 баллов у 2(33,3%) пациентов. У 31(28,2%) пациента ОА был исключен только клинически и средний балл составил 4,3. Из этой группы: 27(87,1%) пациентов, у

которых ОА так и не был диагностирован (средний балл 3,7) и 4 (12,9%) пациента в дальнейшем с диагностированным ОА. Данные пациенты поступали повторно в стационар через 12-24 часов в связи с усилением боли и появлением положительного симптома Щёткина-Блюмберга. Так, при первом обращении средний балл по шкале составил 7,5, при повторном 8,5. Всем пациентам во втором случае была выполнена аппендэктомия и во время операции выявлен флегмонозный аппендицит.

Выводы. Итак, выявление низкого балла по шкале Альварado может явиться: дополнительным диагностическим критерием по исключению ОА и основанием для отказа от выполнения диагностической лапароскопии, которая при всех своих плюсах является всё же хирургическим вмешательством. Целесообразно использовать такие методы как УЗИ, СКТ, либо продолжить наблюдение за пациентом. При исключении диагноза ОА низкий балл по шкале даёт хирургу дополнительные основания для отказа в госпитализации. Выявление как можно более высокого балла по шкале может явиться дополнительным основанием для определения показаний к диагностической лапароскопии и подтверждает целесообразность госпитализации больного в хирургический стационар для наблюдения. В случае отказа пациента от госпитализации целесообразно рекомендовать ему наблюдение хирурга поликлиники и, в случае, прогрессирования клиники ОА срочную повторную госпитализацию.

В заключении хотелось бы сказать, что применение шкалы Альварado и верификация ее результатов не требует от лечащего врача много времени и усилий, так как она доступна и основывается на данных анамнеза, осмотра и диагностических методов, и более того, как показывает наше исследование, при ее применении есть тенденция к наиболее точному и своевременному выявлению острого аппендицита и выбору наиболее подходящей тактики ведения пациента с данной патологией.

МЕТОДЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Жариков К.М., Нафиков А. В.

Научный руководитель: Швецов С.А.

**Оренбургский государственный медицинский университет, НУЗ ОКБ на ст. Оренбург
ОАО "РЖД"**

Увеличение числа больных сахарным диабетом (СД) во всем мире неизбежно приводит к росту количества лиц с его осложнением – нейропатией, которое влияет на качество жизни, социальную интеграцию и часто приводит к более тяжелым осложнениям.

Цель исследования. Раннее выявление диабетической нейропатии у больных СД.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов с СД 1 и 2 типа с использованием анкет и специализированных инструментов, с целью наиболее раннего выявления симптомов нейропатии и ее осложнений. Обследование проводилось в соответствии с указаниями, представленными в руководстве для врачей О.В. Удовиченко и Н.М. Грековой «Диабетическая стопа» 2010 г.

Результаты. Наиболее информативными факторами, определяющими возможность развития осложнений, явились: наличие парестезий (79%), онемение нижних конечностей (69%), деформации стопы и/или пальцев (35%), различные виды повреждений (75%), ночные и острые боли (61%), жжение (56%), отсутствие ахиллового рефлекса (56%), нарушение термочувствительности (56%).

Тактильная и вибрационная чувствительность, симптом Оппеля, отёки, коленный рефлекс, курение, алкоголь и другие оказались не информативными ($\leq 50\%$). Парестезия, онемение, нарушение термочувствительности – признаки имеющейся нейропатии.

Выводы. Чувствительность при диабетической полинейропатии исчезает индивидуально и зависит от: продолжительности заболевания, тяжести течения заболевания, возраста и вредных привычек.

От того, выпадение какого вида чувствительности превалирует, зависит доминирование определенного симптома, а также правильный подход к лечению данных нарушений.

У 26 исследованных больных выявлена 2 стадия ДПН, проявляющаяся хронической болевой формой, а также безболевой формой в сочетании с полной или частичной потерей

чувствительности. У 11 пациентов выявлена третья стадия ДПН, сопровождающаяся язвами стоп, нейроостеоартропатией, нетравматическими ампутациями пальцев.

У 15 пациентов периферическая нейропатия носила обратимый характер, что говорит о том, что при адекватном и раннем лечении процесс демиелинизации можно остановить.

Таким образом, представленная методика анкетирования и инструментального исследования позволяет выявить нейропатию на ранних стадиях развития осложнений СД.

ПЭТ/КТ С ФДГ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ШЕИ БЕЗ ВЫЯВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

Захаркина Т.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Куликов Е.П.

**Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова,
ГБУ РО «Областной клинический онкологический диспансер»**

В последние годы неуклонно растет роль совмещенной позитронно-эмиссионной и рентгеновской компьютерной томографии (ПЭТ/КТ) с радиофармпрепаратом ^{18}F -фтор-2-дезоксид-глюкозой (ФДГ) в диагностике ряда онкологических заболеваний [2,3]. Особый интерес заключается в изучении возможностей данного метода в диагностике метастазов в лимфатические узлы шеи без выявленного первичного очага (ВПО). ПЭТ/КТ с ФДГ может проявить свою эффективность в диагностике данной патологии, т.к. в отличие от стандартных диагностических методов, позволяет получить функциональные и анатомические данные, визуализировать опухолевые очаги малого размера и провести исследование всего тела [1,4,5]. То есть, в пределах одного исследования возможно не только установить локализацию первичного очага, но и оценить распространенность опухолевого процесса.

Цель исследования: оценка возможностей ПЭТ/КТ с ФДГ в диагностике метастазов в лимфатические узлы шеи без ВПО.

Материал и методы. Нами ретроспективно проанализированы результаты ПЭТ/КТ исследований 72 больных с метастазами в лимфатические узлы шеи без ВПО. Мужчин было 58 человек (80,6%), женщин - 14 (19,4%) в возрасте от 27 до 83 лет. Средний возраст больных составил $60,68 \pm 10,36$ лет. Во всех случаях метастатическое поражение лимфатических узлов шеи было подтверждено морфологически: у 65 пациентов по данным гистологического (90,3%) и у 7 - по данным цитологического (9,7%) исследований. По гистологическому строению преобладали метастазы плоскоклеточного рака различной степени дифференцировки (61,6 %). У 10,8% больных выявлена картина метастазов аденокарциномы, у 9,3% – меланомы, у 7,7 % - недифференцированного рака. Другие формы представлены единичными наблюдениями. Всем больным был выполнен комплекс общеклинических, инструментальных и лучевых методов обследования с целью поиска первичного очага и оценки распространенности опухолевого процесса. В результате чего первичную опухоль выявить не удалось, данных за отдаленное метастазирование получено не было. Все пациенты направлены на ПЭТ/КТ с ФДГ.

Результаты и обсуждение. В результате ПЭТ/КТ с ФДГ у 48 больных отмечено накопление радиофармпрепарата (РФП) в различных органах и тканях. После дообследования в соответствии с полученными результатами у 26 человек из 72 (36%) был подтвержден и гистологически верифицирован, предполагаемый при ПЭТ/КТ, первичный очаг. В большинстве случаев (65,3%) опухоль локализовалась в органах головы и шеи, у 23,2 % - в легких, у 7,6% в пищеводе и шейке матки. В остальных (18) случаях первичный очаг не подтвердился и они расценены как ложноположительные. Ложноположительные результаты обусловлены в основном неспецифичностью применяемого РФП, который помимо опухолевых, активно накапливается и в воспалительных очагах, либо некоторой асимметрией физиологического накопления ФДГ. С целью выявления возможных различий между ПЭТ/КТ картинками, характерными для истинно положительных и ложноположительных результатов, мы сравнили полученные данные в зависимости от среднего уровня SUV_{max} РФП. Наиболее высокие показатели метаболизма наблюдались при истинно положительных результатах ПЭТ/КТ и среднее значение SUV_{max} составило $10,78 \pm 3,13$. А при ложноположительных результатах среднее значение SUV_{max} было достоверно ниже и составило $6,55 \pm 1,48$ ($p < 0,001$). Это факт подчеркивает, что при расшифровке

результатов ПЭТ/КТ с ФДГ и дифференциальной диагностике характера накопления РФП, чем выше SUVmax, тем больше вероятность того, что очаг гиперфиксации ФДГ является первичной опухолью. Однако, учитывая, то, что ФДГ не является специфическим туморотропным препаратом, руководствоваться уровнем SUVmax в разграничении доброкачественных и злокачественных изменений не правомочно.

Ложноотрицательные результаты были получены у 4 больных. У этих пациентов первичный очаг реализовался во время лечения и последующего динамического наблюдения и выявлен в носоглотке, гортаноглотке, корне языка и легком. При этом соответствующего накопления ФДГ в указанных очагах при ПЭТ/КТ у них не наблюдалось, что, связано с отсутствием тропности РФП.

На основании полученных данных, были рассчитаны диагностические показатели ПЭТ/КТ с ФДГ в выявлении первичного очага. Чувствительность ПЭТ/КТ составила 86,7%, специфичность 57,1 % и точность 69,4 %.

Кроме того, с помощью ПЭТ/КТ с ФДГ у 30 пациентов (42%) были выявлены отдаленные метастазы, которые при первичном обследовании не были диагностированы. В основном метастазы локализовались в лимфоузлах средостения, костях и легких. У 9 пациентов выявлены множественные метастазы в кости, головной мозг, легкие, отдаленные лимфоузлы, т.е. у них констатирована генерализация опухолевого процесса. Во всех этих случаях ПЭТ/КТ с ФДГ повлияла на тактику их дальнейшего лечения в пользу системного.

Выводы. Таким образом, ПЭТ/КТ с ФДГ у больных с метастазами в лимфатические узлы шеи без ВПО позволила выявить первичную опухоль у 36% полностью обследованных больных и у 42% больных диагностировать отдаленное метастазирование. В результате исследования у 78% больных данные ПЭТ-КТ изменили тактику их дальнейшего лечения.

Список литературы.

1. Поляков, А.П. Метастазы в лимфоузлы шеи без первично выявленного очага/ А.П. Поляков, Ю.А. Панасейкин // Голова и шея.- 2014.- №4.- С.35-38.
2. Совмещенная позитронно-эмиссионная и компьютерная томография в диагностике первично-метастатического поражения лимфоузлов шеи / Е.П. Куликов [и др.] // Российский онкологический журнал.- 2015.- Т.20,№4.- С.6-8.
3. Cervical lymph node metastases of squamous cell carcinoma of unknown origin: the diagnostic value of FDG PET/CT and clinical outcome/ E. Dale [et al.] // Eur Arch Otorhinolaryngol.- 2017.- Vol. 274, № 2.- P.1015-1019.
4. Fulop, M. The role of PET-CT in detecting unknown primary tumor in patients with cervical lymph node metastases/ M. Fulop, M. Kasler // Magy Oncol.- 2012.- Vol. 56, №2.- P. 84-92.
5. Prognostic relevance of (18) F-FDG PET/CT in carcinoma of unknown primary / N. Breuer [et al.] // Clin Nucl Med.- 2014.- Vol.39.- P.131–5.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОБЪЁМ КРОВОПОТЕРИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

Землянский М.А., Климов П.В.

Научный руководитель: Жаркин И.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. В структуре смертности в РФ летальный исход от внешних причин стоит на третьем месте по значимости, уступая только онкологии и болезням системы кровообращения. Один из главных параметров, характеризующих опасность травмы для жизни человека, – объём кровопотери. При этом алкоголь, являясь периферическим вазодилататором, способен усиливать процент кровопотери и, оказывая депрессивное действие на ЦНС, значительно снижать адекватность оценки своего состояния пострадавшим, что ещё сильнее повышает риск для жизни. Следует отметить, что влияние этанола на состояние сосудистой системы является дозозависимым [2], и лёгкая степень алкогольной интоксикации скорее оказывает благоприятное действие на течение шока, в отличие от умеренной и тяжёлой [1].

Цель. Изучить влияние алкогольного опьянения на объём кровопотери у пострадавших с политравмой

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 200 историй болезней из специализированных больниц Волгограда и Волгоградской области в период с 2013 по 2018 годы. Всех исследуемых разделили на две группы: пострадавшие с политравмой в состоянии алкогольного опьянения и с политравмой вне состояния алкогольного опьянения (контрольная группа). Объём кровопотери оценивался с помощью формулы Мура, степень шока – по шокровому индексу (ШИ) Альговера. Вычисления производились в программе Microsoft Excel, достоверность подтверждалась при помощи t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В первой группе было 44 женщины и 56 мужчин, во второй – 38 женщин и 62 мужчины. Усреднённые показатели массы и роста были приблизительно одинаковы. В первой группе средний ШИ составил 1,14, во второй – 1,07. Средний объём кровопотери в группе лиц в состоянии алкогольного опьянения составил 1,66 л, в контрольной группе – 1,31 л. Обе группы имели нормальное распределение, t-критерий составил 4,4, что говорит о достоверности различий.

Выводы. Состояние алкогольного опьянения действительно отрицательно влияет на объём кровопотери, что даёт основания уделять этому факту больше внимания при оказании помощи на месте происшествия, а также учитывать его при планировании и организации эвакуационно-транспортных мероприятий.

Список литературы.

1) Пиголкин, Ю. И. Судебно-медицинская оценка острой кровопотери по морфофункциональным изменениям внутренних органов / Ю. И. Пиголкин, О. В. Должанский / Судебно-медицинская экспертиза. — 2011 — №5. — С. 4-7.

2) Mariann R. Piano. Alcohol's Effects on the Cardiovascular System / Alcohol Research 2017; 38(2): 219–241.

ТЕЧЕНИЕ ВАЗОСПАЗМА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗОРВАВШИМИСЯ АНЕВРИЗМАМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Каххаров Р.А.

Научный руководитель: к.м.н. Пичугин А.А.

Казанский государственный медицинский университет

Вазоспазм церебральных артерий – отсроченное сужение артерий большой емкости на основании мозга, которое имеет радиографический эквивалент и приводит к уменьшению перфузии в соответствующей зоне мозга. Как следствие контакта оксигемоглобина с адвентицией сосудов во время субарахноидального кровоизлияния и в отсроченном периоде (чаще на 7-10 день) возникает более чем у половины пациентов [3,4]. Исходами вазоспазма являются симптоматическая ишемия головного мозга, топико-клиническая и радиографическая картина которой проходит спонтанно в течение 20-30 дней с момента обнаружения. Стойкая ишемия головного мозга может быть причиной инвалидизации пациента вследствие стойкого неврологического дефицита и причиной летального исхода [1,2,3,4].

Цель исследования - анализ клинического течения ангиоспазма у пациентов в остром периоде нетравматического субарахноидального кровоизлияния.

Материалы и методы

В исследование были включены 47 пациентов в остром периоде разрыва аневризмы сосудов головного мозга с развитием нетравматического субарахноидального кровоизлияния (НСАК), проходившие оперативное лечение в нейрохирургической клинике ГАУЗ "Межрегиональный Клинико-Диагностический Центр" г. Казани в период с января 2017 года по январь 2018 года.

На этапе стационара, в зависимости от клинической картины заболевания и микроанатомии аневризмы, тактика хирургического лечения разделялась на клипирование аневризмы или рентген-эндоваскулярную окклюзию (РЭО) аневризмы.

Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение

47 исследованных пациентов по половому признаку разделились, как 21 пациент мужского пола и 26 женского. Большинство пациентов приходились на трудоспособный возраст, средний возраст которых составил 53 ± 2 года (от 26 до 76 лет).

В зависимости от локализации аневризмы пациенты различались: 23 (48,9%) аневризм ПМА-ПСА, 16 (34,1%) аневризм развилки М1-М2 СМА, 8 (17%) аневризм ВСА. Размер аневризм варьировался в диапазоне 3–13 мм (средний размер 7 ± 1 мм). Оценка состояния пациентов оценивалась по шкале Hunt-Hess: 16 (34%) пациентов соответствовали I степени, 16 (34%) пациентов – II степени, 13 (27,7%) пациентов – III степени и 2 (4,3%) – IV степени; характер кровоизлияния оценивался, по стандарту [4], по шкале Fisher: у 8 (17%) пациентов выраженность субарахноидального кровоизлияния соответствовала I степени, II степени – у 24 (51,1%) пациентов, III степени – у 3 (6,4%) пациентов, IV степени – у 12 (25,5%) пациентов.

По тактике хирургического лечения, в остром периоде НСАК при разрыве аневризмы сосудов головного мозга в большинстве случаев использовался открытый доступ, а именно 29 (61,7%) пациентам было выполнено клипирование аневризмы, при этом 5 (10,6%) пациентам открытая операция была завершена декомпрессивной краниоэктомией вследствие выраженного отека головного мозга. В 18 (39,3%) случаях выполнялось РЭО аневризмы.

Основным методом диагностики ангиоспазма являлась транскраниальная доплерография (ТКДГ), по данным которой сосудистый спазм развился у 24 (51,1%) пациентов на 7 ± 1 день (в период между 3 и 15 днями) от момента НСАК. По скоростным показателям (линейная скорость кровотока – ЛСК), манифестация клинических проявлений приходилась на: для СМА: от 100 до 140 см/сек у 1 из 9 пациентов, от 140 до 180 см/сек у 4 пациентов; от 180 до 220 см/сек у 4 пациентов; для ПМА-ПСА: от 90 до 110 см/сек у 2 пациентов; от 110 до 130 у 7 пациентов.

Клинически ангиоспазм манифестировал у 17 (70,8%) пациентов. Клиническая картина ангиоспазма наблюдалась в виде угнетения сознания у 3 (12,5%) пациентов, двигательных нарушений у 7 (29,2%) пациентов, поражения черепно-мозговых нервов – у 4 (16,7%), афазии – у 3 (12,5%) и у 1 (4,2%) пациента в виде нарушения контроля за функцией тазовых органов. Психические нарушения развились у 7 (29,2%) пациентов. Была выявлена тенденция в развитии психических нарушений у пациентов, перенесших НСАК при разрыве аневризмы передней мозговой артерии (6 из 7 пациентов с психическими нарушениями).

Наблюдался один летальный исход пациента с выраженностью НСАК по Hunt-Hess – 4 и Fisher 4, которому было выполнено клипирование аневризмы ПМА и декомпрессивная краниоэктомия.

Заключение

Клинически выраженный ангиоспазм – грозное осложнение, которое развивается у трети (36,2%) пациентов с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием и успешно диагностируется с помощью ТКДГ (70,8%). Клинические проявления ангиоспазма начинают появляться при достижении ЛСК 140 мм/сек по СМА и при достижении ЛСК 110 мм/сек по ПМА циркуляции.

Список литературы.

1. Коновалов А.Н., Крылов В.В., Филатов Ю.М., Элиава Ш.Ш., Белоусова О.Б., Ткачев В.В., Парфенов В.Е., Свистов Д.В., Антонов Г.И., Лазарев В.А., Иванова Н.Е., Пирадов М.А., Пирская Т.Н., Лапатухин В.Г., Скороход А.А., Курдюмова Н.В., Лубнин А.Ю., Цейтлин А. М. Клинические рекомендации по ведению больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга. Москва, 2012 год.
2. Connolly ES Jr et al, American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Radiology and Intervention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2012 Jun. 43 (6): 1711-1737.
3. Matsuda M, Watanabe K, Saito A, Matsumura K, Ichikawa M. Circumstances, activities, and events precipitating aneurysmal subarachnoid hemorrhage. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2007; 16: 25–29.
4. Donmez H, Serifov E, Kahriman G, Mavili E, Durak AC, Menku A. Comparison of 16-row multislice CT angiography with conventional angiography for detection and evaluation of intracranial aneurysms. Eur J Radiol. 2011; 80:455– 461.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГИОНАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ЭМОКСИПИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КИСТИ

Ковалёва Д. В.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.
Гродненский государственный медицинский университет**

Данные исследования направлены на решение проблемы лечения гнойных заболеваний и травматические повреждения кисти. Достижения в области молекулярно-клеточной теории позволяют разрабатывать новые медицинские технологии, способствующие уменьшению нагноений и стимуляции заживления ран.

До настоящего времени усилия хирургов были направлены на ликвидацию последствий, развившихся в результате повреждения, а не на лечение раневого процесса, в частности – раневой инфекции. Поэтому остановимся лишь на лечении гнойных осложнений и стимуляции заживления ран в хирургической практике. Доказанным фактом является обоснованность проведения лечения ран с учетом фазы раневого процесса. После очищения раны и уменьшения признаков воспаления (I-ая фаза раневого процесса), наступает фаза регенерации, характеризующаяся появлением грануляционной ткани. В это время рана чувствительна к действию различных повреждающих агентов, что может привести к развитию ряда осложнений (суперинфекции, келоидных рубцов, слабости рубцов и т.д.). Опасным фактором для раневого процесса является нарушение и уменьшение оксигенации, что приводит к развитию местного окислительного стресса. В свою очередь чрезмерная активация свободнорадикальных и перекисных реакций – один из главных факторов повреждения клеточных мембран и ферментов.

В условиях раны, воспаления, нарушения локального кровотока равновесие в системе оксидантов-антиоксидантов резко смещается в сторону первых. Итак, в последние годы основное значение приобретают препараты группы антиоксидантов, среди которых наибольшей активностью отличается эмоксипин (выпускается РУП “БЕЛМЕДПРЕПАРАТЫ”).

Препарат имеет широкий спектр фармакологического действия, из которых наиболее важными для лечения ран являются: ингибитор свободнорадикальных процессов, антигипоксанта и антиоксидант; уменьшает вязкость крови и агрегацию тромбоцитов; повышает содержание циклических нуклеотидов (цАМФ и цГМФ) в тромбоцитах, обладает фибринолитической активностью; уменьшает проницаемость сосудистой стенки и степень риска развития кровоизлияний, способствует их рассасыванию; запускает каскад реакций саногенеза и адаптационных механизмов, ограничивает величину некротизированных участков.

Методика введения препарата возможна парентерально, внутримышечно, интраназально, ретробульбарно или парабульбарно. В наше время доказана целесообразность введения эмоксипина паравульбарно внутримышечно при огнестрельных ранениях конечности. Это позволяет снизить выраженность воспалительно-некротических изменений в мышцах.

Цель исследования – обоснование регионарного применения эмоксипина в комплексном лечении ранений и гнойных заболеваний верхних конечностей.

Материалы и методы исследования. На базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» с 2014 по 2017 г. пролечили 33 пациента с травмами верхних конечностей: служебный травматизм – 23 (78%), бытовая травма – 10 (22%). В нозологических единицах заболевания преобладали панариции разной степени тяжести (подкожные, сухожильные, костные) - 25; травмы - 8, в том числе 1 - травматическая ампутация бугристости ногтевой фаланги, 1 - открытый перелом дистального конца средней фаланги. 12 пациентам с травматическими поражениями мягких тканей верхних конечностей к традиционному лечению добавили введение 3% - 2 мл эмоксипина. После первичной хирургической обработки ран, вскрытия гнойных очагов, репозиции костных отломков и иммобилизации верхних конечностей при переломах, на фоне традиционных методов лечения применялось регионарное введение 30% раствора линкомицина внутривенно под жгутом по 1 мл 1 р/д в течение 4-13 дней, экспозиция жгута 15 минут. К данной методике стали применять одновременное введение 3% раствора эмоксипина в дозах по 2 мл.

Данная процедура проводится следующим образом:

1. Собирается стерильный шприц, присоединяется игла для набора лекарственного средства, набирается назначенная доза антибиотика совместно с 2 мл 3% раствора эмоксипина, разводят 0,9 % раствором натрия хлорида.

2. Пациент садится так, чтобы пунктируемая вена была хорошо доступна. Под локоть больного подкладывается клеенчатая подушечка. Выше локтевого сгиба на 8-10 см поверх одежды (салфетки) накладывают резиновый жгут.

3. Пациент несколько раз сжимает и разжимает кулак; находят наполненную *v. intermediacubiti*; пунктирую её, осуществляют контроль, после чего медленно в течение 3-4 минут производят введение лекарственных средств из шприца.

4. Не снимая жгута с плеча, накладывают второй жгут на предплечье на 10 см проксимальнее лучезапястного сустава.

5. Снимают первый жгут с плеча. Пациент сгибает руку в локтевом суставе и удерживает её так в течение 3-5 минут.

6. В течение 15 минут производится экспозиция жгута на предплечье, после чего он снимается.

Результаты и обсуждения. Время закрытия раны при травматических повреждениях от 7 до 13 суток, а при нагноительных процессах от 8 до 20. У больных, которым вводился эмоксипин, отмечалось значительное уменьшение болей, снятие отека, отсутствие лимфореи и заживление происходило в среднем от 7 до 11 суток.

Выводы. Метод регионарного введения линкомицина в сочетании с эмоксипином – высокоэффективен, патогенетически обоснован и может быть рекомендован для внедрения в широкую клиническую практику.

Список литературы:

1. Трухан, А. П. Влияние местного применения антигипоксантов на динамику раневого процесса при огнестрельных ранениях / А. П. Трухан [и др.] // Экстренная медицина. – 2016. – Т. 5 – № 2. – С. 252 - 257.

2. Блатун, Л. А. Местное медикаментозное лечение ран. Проблемы и новые возможности их решения. / Л. А. Блатун // Consilium medicum. Хирургия. – 2007. - №1. – С. 51 - 59.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Коханова Д.А., Борзенкова Е.А., Мамина Ю.Р.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Фуныгин М.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Некротический панкреатит является наиболее тяжелым заболеванием органов брюшной полости и занимает одно из ведущих мест в неотложной абдоминальной хирургии. Лечение больных с некротическим панкреатитом остается наиболее сложной и трудоемкой проблемой для специалистов ургентной хирургии. Об этом свидетельствует как отсутствие единых согласованных взглядов, так и значительная вариабельность послеоперационной летальности. [2] В настоящее время острый панкреатит занимает третье место среди неотложных заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита. Летальность составляет 2,6 – 9%, а при инфицированном панкреонекрозе – 40-70%. Послеоперационная летальность составляет 20-25%. Как показали проведенные исследования, некротический панкреатит имеет отличительную особенность патогенеза – развитие широкого спектра патоморфологических форм заболевания, которые имеют совокупность факторов: распространенность, глубина, характер поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и органов брюшной полости. [3] Цель нашего исследования: оценить результаты лечения некротического панкреатита.

Материалы и методы. Были изучены результаты лечения 35 больных различными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 2 ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга в 2016 – 2017 гг.

Результаты и обсуждения. В ходе проведенного исследования было выявлено, что преобладающее количество приходится на долю стерильного панкреонекроза – 35 человека, из которых острый жировой панкреонекроз наблюдался у 10 больных, острый геморрагический панкреонекроз – 11, острый смешанный панкреонекроз – 14. У всех пациентов острый панкреатит сопровождался разлитым ферментативным перитонитом. При поступлении оценивались:

субъективные жалобы – боль, тошнота, рвота, данные лабораторных и инструментальных исследований – УЗИ, ОАМ, ОАК. Заключительный клинический диагноз ставился по результатам лапароскопии. [1]

Стоит отметить, что для больных стерильным панкреонекрозом были выявлены характерные клинические признаки – интенсивный болевой синдром по всему животу, тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, отсутствие дефекации, а также явления интоксикации организма. При пальпации характерны разлитая болезненность по всей брюшной стенке, максимально выраженная в эпигастрии, положительные симптомы раздражения брюшины. Живот в акте дыхания не участвует.

Диагностика: УЗИ проводилось при поступлении, также в последующем делалось контрольное УЗИ для отслеживания динамики процесса. На УЗИ оценивалось состояние поджелудочной железы и наличие свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу. В общем ОАМ оценивался уровень диастазы. В ОАК оценивалось, прежде всего, количество лейкоцитов, свидетельствующее о наличии или отсутствии системной реакции, У 12 больных при поступлении отмечался лейкоцитоз, у 3 – лейкопения, у 20 – норма.

Время проведения лапароскопии определялось тяжестью состояния при поступлении, динамикой процесса. Сроки проведения: от даты поступления (1 сутки) в стационар до 3 суток.

Показаниями для выполнения лапароскопии являлись: ухудшение динамики течения панкреонекроза, усиление интоксикации, обнаружение свободной жидкости в брюшной полости, малом тазу, положительные симптомы раздражения брюшины.

Лапароскопия включала: удаление выпота из брюшной полости, оценка состояния органов брюшной полости, санация и дренирование брюшной полости.

Консервативное лечение: больным было назначено раннее энтеральное питание со 2 суток с момента проведения хирургического вмешательства. Консервативная терапия также была направлена на восстановление и ограничение воспалительных процессов путём назначения блокаторов поджелудочной секреции. Проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия.

У 3 пациентов, несмотря на весь комплекс консервативной интенсивной терапии, произошло инфицирование панкреонекроза. Причем у этой группы пациентов по данным КТ имелось субтотальное поражение поджелудочной железы с внепанкреатическим распространением процесса с формированием абсцессов парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Все пациенты выжили благодаря применению малоинвазивных дренирующих операций с некрэксеквестрэктомией (вскрытие, санация, дренирование абсцессов из мини-доступа под УЗИ-навигацией).

Выводы. Использование современной интенсивной терапии в комплексе с лапароскопическими вмешательствами позволяет провести некротический панкреатит по асептическому пути. Малоинвазивное хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза способствует ограничению распространения гнойного процесса и увеличивает шансы пациента на выживание.

Список литературы.

1. Гальперин, Э.И., Дюжева, Т.Г. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева - Москва, 2008 - С.55-59.
2. Костюченко, А.Л. Неотложная панкреатология / А.Л. Костюченко, В.И. Филин – Санкт – Петербург, 2009.-С.249-260.
3. Мартов, Ю.Б. Острый деструктивный панкреатит / Ю.Б. Мартов, В.В. Кирковский, В.Ю. Мартов – Москва, 2010.-С.57-58.

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КОАГУЛЯЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ

Крон А. В., Приймак В.В., Хаджимурзаева А.И.

Научный руководитель: Бондаренко А. Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящий момент ни одна хирургическая манипуляция не обходится без использования коагуляции. Все виды энергии, используемые для этой цели делят на два вида: электромагнитная (моно- и биполярная коагуляция и лазер) и механическая (механический шов и ультразвуковое воздействие).

Цель исследования: сравнение результатов применения различных типов коагуляционных приборов.

Материалы и методы исследования. Основу исследования составило анкетирование хирургов (18 человек) и анализ протоколов операций (330 наблюдений). Анкета содержала, в том числе и вопросы о предпочтительном способе коагуляции в зависимости от интраоперационной ситуации, удовлетворенность используемой методики, пожелания по оснащению коагуляторами. Анализ протоколов операции включал в себя используемые способы коагуляции, успешность манипуляции, послеоперационные осложнения.

Заключение. На основании данных анкетирования и анализа протоколов операции установлено, что 83,3% опрошенных положительными моментами монополярной коагуляции считают: относительно небольшую стоимость, гибкость применения в тканях, обширный хирургический опыт использования. Вместе с тем 66,7% респондентов признают такие отрицательные моменты, как ограничение коагуляции сосудами до 2 мм, искрение, прилипание, нагар, боковое термическое повреждение.

При использовании биполярной коагуляции 77,8% отмечают положительные моменты вследствие уменьшения риска альтернативных электроповреждений в сочетании с достаточной прецизионностью. Однако 61,2 % опрошенных отмечают, что данный вид коагуляции не всегда позволял получить надежный гемостаз, при этом возможно образование выраженных коагуляционных некрозов с возникновением туннелизации электрического заряда.

При применении новой технологии лигирования Liga Sure 94,5% респондентов отмечают однозначно положительные моменты: надежные результаты при работе на сосудах до 7 мм, эффективность на больших прядях тканей без изоляции сосудов, минимальное распространение тепла, малое налипание и нагар, малое время электролигирования, уменьшение времени операции, уменьшение риска альтернативных электротравм. Одновременно с этим 83,3% хирургов отмечают сочетание высокой стоимости аппарата и расходных материалов с ограниченной прецизионностью.

Список литературы.

1. Майстренко Н. А., Юшкин А. С., Курыгин Ал. А. Физические способы диссекции и коагуляции тканей в абдоминальной хирургии / Н. А. Майстренко, А.С. Юшкин, Ал.А. Курыгин. – 2008. – С. 7-16, с. 54-68.
2. Данилов М.В. Осложнения минимально инвазивной хирургии/ М.В. Данилов. – 2015 – С. 98-112.
3. Чернеховская Н.Е. Оперативная лапароскопия / Н.Е. Чернеховская. – 2010 – С. 241-248

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ВАРИАНТЫ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Кузема Д. Е, Щендрыгина Е. С., Чудин В. В.

Научный руководитель: Бондаренко А. Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Лапароскопическая холецистэктомия сочетает в себе радикальность с малой травматичностью, благодаря чему значительно сокращаются сроки восстановления трудоспособности пациентов. Но и эта, широко внедренная методика, сопряжена с опасностью развития осложнений.

Цель исследования анализ характера осложнений при проведении лапароскопических холецистэктомий и причин их вызвавших на изменение тактики лечения и длительность послеоперационного периода.

Клиническая база: хирургическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя»

Материалы исследования. Основу исследования составили 398 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет (преобладающий возраст 31-51 год) которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия в период с 2012-2017 гг

Легкие осложнения после лапароскопической холецистэктомии возникли в 16,1 % наблюдений. Тяжелые осложнения отмечены в 7 случаях (1,4%). Все случаи тяжелых осложнений потребовали экстренного оперативного вмешательства. Летальных исходов при возникновении осложнений не отмечено. У 35 пациентов потребовались дополнительные манипуляции, входящие в категорию миниинвазивных.

К тяжелым осложнениям мы отнесли: ранение внепеченочных желчных протоков 0,25% (1наблюдение), электротермическое поражение полых органов 0,25% (1 наблюдение), желчеистечение с развитием желчного перитонита 0,5% (2 эпизода), формирование внутрибрюшных абсцессов 0,8% (3 наблюдения).

Причиной ранения внепеченочных желчных протоков связано с достаточно редким вариантом развития билиарного тракта.

Электротермическое повреждение полых органов (1 наблюдение). Возникло из-за повреждения изоляции коагулирующего инструмента и пересекающего его зажима, находящегося в «слепой» зоне из-за малого угла обзора. В результате зажим приобрел коагулирующие свойства – нанесено незамеченное электротермическое поражение передней стенки 12 п.к. Перфорация наступила на третьи сутки. Диагностика была затруднена из-за применения анальгетиков, инфузионной коррекции, антибиотикотерапии. Наличие дуоденального отделяемого по дренажу послужило показанием к оперативному вмешательству. Осложнение устранено при лапаротомии.

Желчеистечение с развитием желчного перитонита (2 наблюдения).

Осложнение распознано через 30-36 часов после холецистэктомии.

В обоих случаях источником желчеистечения явилась несостоятельность культи пузырного протока. Коррекция осложнения проводилась во время релапароскопии.

При формировании внутрибрюшных абсцессов отмечалась характерная клиническая картина с 6-8 суток заболевания. Диагноз подтверждался данными УЗИ и КТ. Во всех случаях выполнялось дренирование под контролем УЗИ, при этом объем абсцесса от 60 до 110 мл. Сроки санации полости абсцесса составляли от 7 до 12 суток. Уменьшение полости абсцесса доказано фистулографией.

К легким осложнениям нами отнесены: транзиторная гипертермия – 34 наблюдения (8,5%), эмфизема клетчаточных пространств и сальника – 24 наблюдения (6,1%), желчеистечение I степени без явлений желчного перитонита наблюдалось у 12 пациентов (3%). Кроме того, отмечалось нагноение после-операционной раны – 22 пациента (5,5%), кровотечение из троакарных доступов – 17 случаев (4,3%), реактивный плеврит – 8 наблюдений (2%), биллома подпеченочного пространства – 2 эпизода (0,5%).

Как видно общее число легких осложнений превышает количество больных с осложнениями, так как у одного больного зачастую развивалось два и более осложнений.

При анализе клинического материала нами сделаны выводы, что транзиторная гипертермия связана с наличием достаточно обширного участка коагуляционного некроза в области ложа желчного пузыря.

Нагноение раны в параумбиликальной области связано с её наибольшей травматизацией при извлечении желчного пузыря.

Реактивный плеврит наблюдался в 8 случаях. Характерной особенностью было сочетание с другими осложнениями (желчеистечение, биллома). Выполнялось от 1 до 4 пункций плевральной полости под УЗ-наведением. Существенного влияния на сроки пребывания в стационаре не отмечено.

Кровотечение из троакарной раны (17 наблюдений) связано с недостаточным гемостазом во время операции. В 6 случаях понадобилась релапароскопия, коагуляция раны со стороны брюшной полости, эвакуация сгустков и крови, дренирование полости малого таза и дополнительное прошивание через все слои троакарного доступа. В 11 случаях кровотечение остановлено наложением дополнительных швов на рану.

Выводы: В связи с постоянным совершенствованием техники данного оперативного вмешательства количество тяжелых осложнений невелико, а их частота в основном зависит от аномалии развития билиарного тракта. Легкие осложнения существенно не влияют на тактику лечения и сроки пребывания в стационаре.

Список литературы.

1. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии. Назаров Ф.Н., Ахмедов А., Гульмурадов Т.Г. Здоровоохранение Таджикистана. 2013. № 4 (319). С. 51-57.
2. Визуально контролируемые санации брюшной полости в комплексном лечении распространенного перитонита. Выродов К.С., Бондаренко А.Г., Архипов О.И., Пыхтин Ю.Ю. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2006. № 2. С. 20-23.
3. Отдалённые результаты хирургического лечения холецистита в зависимости от способа холецистэктомии. Савченко Ю.П., Бенсман В.М., Карипиди Г.К., Гуменюк С.Е., Суздальцев И.В. Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 5 (160). С. 98-101
4. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их хирургическая коррекция. Тищенко А.М., Бойко В.В., Смачило Р.М., Мушенко Е.В. Хирургия Украины. 2014. № 3 (51). С. 44-49

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кузёма Д. Е., Щендрыгина Е. С., Чудин В. В

Научный руководитель: Бондаренко А. Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования обусловлена увеличением количества тяжелых форм острого деструктивного панкреатита.

Цель исследования: Сравнение характера осложнений, длительности послеоперационного периода и продолжительности оперативного вмешательства при выполнении традиционной программы лечения и при применении миниинвазивных методов вмешательства.

Клиническая база: хирургическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница СМП г. Ставрополя»

Материалы и методы исследования. Проведено сравнение двух групп больных: контрольная группа – традиционная программа лечения острого панкреатита (56 пациентов) и основная группа – 51 пациент, в комплексном лечении которых применялись миниинвазивные методики: вмешательства под УЗИ и рентген контролем, видеолaparоскопические вмешательства.

При выполнении оперативного вмешательства по поводу деструктивного панкреатита, распространенного ферментативного перитонита у больных контрольной группы интраоперационно наблюдалась следующая картина: выраженный отек поджелудочной железы, чаще преимущественно выраженный в области головки железы и как следствие билиарная гипертензия с увеличением желчного пузыря. Грязно-геморрагический выпот во всех отделах брюшной полости, имбибиция таким же выпотом самой железы, сальника, парапанкреатической клетчатки. Выполнялся стандартный объем вмешательства: холецистостомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки сквозным или встречными дренажами, санация и дренирование брюшной полости, назоинтестинальная интубация.

При проведении данных вмешательств подавляющем большинстве случаев применялось общее обезболивание – эндотрахеальный наркоз (в 92,2%), Внутривенный наркоз применялся только для этапных ревизий сальниковой сумки. Продолжительность операции от 73 минут, до 112 минут. В среднем 74 минуты.

В основной группе применялись различные миниинвазивные вмешательства. Так в ранней фазе (IA) производилась новокаиновая блокада парапанкреатической клетчатки и блокада чревного сплетения. В фазе IB, в зависимости от клинической ситуации, выполнялись: холецистостомия, пункция или дренирование острых парапанкреатических скоплений жидкости, аспирация жидкости из плевральной и брюшной полости под контролем УЗИ, либо видеолaparоскопии. При явлениях желчной гипертензии в данной фазе, холецистостомия выполнялась

под контролем УЗИ. Значительные размеры пузыря и относительно небольшая глубина его расположения позволяют выполнить холецистостомию при наличии любого типа датчиков. Пункция и последующее дренирование желчного пузыря осуществлялось при помощи устройства для дренирования полостных образований. В поздней фазе при возникновении гнойных осложнений выполнялись пункция или дренирование локализованных гнойников, дренирование парапанкреатических флегмон и чрескожное удаление секвестров под контролем УЗИ. В зависимости от размеров и формы полостей мог быть введен дополнительный дренаж. В последующем состоянии патологического очага и динамика процесса оценивалась при помощи фистулографий. Уменьшение количества отделяемого по дренажу в сочетании с сохраняющейся гипертермией и характерными изменениями в картине крови свидетельствовали о наличии в полости секвестров. В этом случае под контролем ЭОПа по имеющемуся дренажу вводился рентгенконтрастный проводник, а сам дренаж извлекался. По проводнику проводился дренаж большего диаметра, что позволяло в последующем адекватно санировать полость.

При проведении миниинвазивных вмешательств эндотрахеальный нар-коз не применялся. В 45 случаях вмешательство выполнялось под местной анестезией (94%). Продолжительность операций от 11 минут, до 32 минут. В сред-нем 21 минуту.

Основные результаты: использование миниинвазивных методов вмешательств достоверно сократило время оперативных вмешательств в 3,4 раза ($t=2,45$; $p < 0,05$), позволило избежать неоправданных релапаротомий в 1,4 раза ($t=2,35$; $p < 0,05$). Общее количество больных с осложнениями достоверно снизилось в 1,5 раза ($t=2,37$; $p < 0,05$).

Выводы: малоинвазивные методы вмешательств в комплексном лечении острых деструктивных форм панкреатита, сокращая время оперативного вмешательства, снижая количество послеоперационных осложнений и количество неоправданных релапаротомий, существенно уменьшают продолжительность послеоперационного периода.

Список литературы.

1. Анализ осложнений при пункционно-дренирующих малоинвазивных вмешательствах Бондаренко А.Г., Суздальцев И.В., Байчоров Х.М., Демьянова В.Н., Мойсеев П.Н., Королев В.В., Кубанов С.И., Пыхтин Ю.Ю. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 3. С. 224-227
2. Эффективность применения монооксида азот-содержащего газового по-тока при миниинвазивном лечении интраабдоминальных абсцессов. Кубанов С.И., Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю. Вестник Северо-Кавказского федерального университета. 2014. № 1 (40). С. 83-85

АНАЛИЗ ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК АМИКАЦИНА В ОТНОШЕНИИ ОСНОВНЫХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

Кузьменков А.Ю.

Научный руководитель: Козлов Р.С.

Смоленский государственный медицинский университет

Известно, что ранняя адекватная антибиотикотерапия и профилактика нозокомиальной хирургической инфекции (НХИ) способствует улучшению исходов заболевания [1]. В то же время, в последние годы отмечается рост и вариабельность данных об антибиотикорезистентности основных этиологически значимых возбудителей [1, 5].

По последним данным, в группе пациентов с осложнёнными интраабдоминальными нозокомиальными инфекциями относительное количество резистентных штаммов энтеробактерий к одному из препаратов альтернативной схемы антибиотикотерапии – амикацину, составило 27,4% [2]. По данным российских авторов среди нозокомиальных изолятов *P. aeruginosa* доля устойчивых к амикацину составила 70%, среди *A. baumannii* - 74,6% соответственно [2, 3].

В складывающихся обстоятельствах оптимизация антибиотикотерапии и профилактики нозокомиальных хирургических инфекций должна основываться на анализе фармакодинамических параметров антимикробных препаратов, а также комплексной динамической оценке эпидемиологических показателей [4, 5].

Материал и методы

В исследовании был ретроспективно проанализирован клинический материал 5118 пациентов с нозокомиальной хирургической инфекцией за период с 1997 по 2015 гг. из 37 городов Российской Федерации (РФ) 74 центров клинических исследований. Изоляты были выделены у пациентов с симптомами нозокомиальной хирургической инфекции из соответствующего клинического материала.

Результаты и обсуждение

Среди аминогликозидов в качестве «класс-препарата» был выбран амикацин. Проводилось тестирование изолятов *P. aeruginosa* (N = 1236), *E. coli* (N = 617), *A. baumannii* (N = 585), *K. pneumoniae* (N = 471), *P. mirabilis* (N = 191), *E. cloacae* (N = 185).

Аминогликозиды продемонстрировали низкую активность в отношении *A. baumannii* (МПК50 – 128 мг/л, МПК90 – 512 мг/л, доля нечувствительных – 92,86%), *P. aeruginosa* (МПК50 – 16 мг/л, МПК90 – 128 мг/л, доля нечувствительных – 60%), *Enterobacterales* (МПК50 – 4 мг/л, МПК90 – 512 мг/л, диапазон нечувствительности 9,09 – 37,88%). Таким образом, *in vitro* активность амикацина в отношении изолятов *A. baumannii*, *P. aeruginosa* и *Enterobacterales* в целом уменьшается с течением времени.

Несмотря на различия между отдельными федеральными округами в доле нечувствительных изолятов, большинство 95% ДИ находилось в пределах перекрытия друг друга (что свидетельствует в пользу отсутствия статически значимой разницы), а также пересекало линию общероссийского уровня. Хорошо заметна тенденция смещения доли нечувствительных изолятов с течением времени в сторону более высоких значений во всех федеральных округах Российской Федерации для изолятов *A. baumannii* и *P. mirabilis*, напротив для изолятов *E. coli*, *E. cloacae* и *K. pneumoniae* видна тенденция к уменьшению доли нечувствительных штаммов.

Таким образом, доля нечувствительных к аминогликозидам изолятов *A. baumannii*, *P. aeruginosa*, *P. mirabilis* статистически значимо увеличивается с течением времени и к 2009-2015 гг. достигает 88,10%, 49,83% и 31,25% соответственно, при этом изменение доли нечувствительных *E. cloacae*, *K. pneumoniae* и *E. coli* в 2009-2015 гг. статистически значимо не отличается от уровня 1997-2015 гг.

Выводы. Во всех регионах Российской Федерации для эмпирической фармакотерапии нозокомиальных хирургических инфекций следует ограничить применение аминогликозидов ввиду их низкой активности в отношении *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *E. cloacae*.

Список литературы.

1. Абдоминальная хирургическая инфекция. Российские национальные рекомендации / ред. В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд. – Москва: Боргес, 2011. – 98 с.
2. Козлов, Р.С. Антибиотикорезистентность грамотрицательных возбудителей осложнённых интраабдоминальных инфекций в России / Р.С. Козлов [и др.] // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2015. – Т. 17. – № 3. – С. 227-234.
3. Мартинович, А.А. Динамика антибиотикорезистентности и эпидемиология инфекций, вызванных *Acinetobacter* spp., в России / А.А. Мартинович // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2010. – Т. 12. – № 2. – С. 96-105.
4. Antibiotic resistance surveillance and control in the Mediterranean region: Report of the ARMed consensus conference. Vol. 3 / M.A. Borg [et al.]. – 2009.
5. O'Neill J. Antimicrobial Resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations / J. O'Neill // Review on Antimicrobial Resistance. – 2014. – № December. – P. 1-16.

ОЦЕНКА СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СТЕНКИ КИШКИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ

Кулумбегов Г.Р.

Научные руководители: к.м.н. Епхийев А.А., к.м.н. Тотиков З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Обтурационная толстокишечная непроходимость является наиболее частым осложнением рака толстой кишки, встречается у 20-40% больных данной группы. Острая кишечная непроходимость требует неотложного разрешения, так как может осложняться некрозом участка кишки и развитием калового перитонита. Экстренная хирургическая резекция сопряжена с высоким риском, так как не сопровождается адекватной лимфодиссекцией, поэтому на современном этапе развития хирургии предложена альтернатива – эндоскопическая реканализация стенки кишки с использованием металлического саморасширяющегося стента. В части случаев стентирование может приводить к осложнениям, одно из наиболее частых – разрыв кишки. Вероятность повреждения толстой кишки зависит от состояния ее стенки, что достоверно оценивается только с помощью микроскопического исследования.

Цель исследования: оценить возможность повреждения кишечной стенки с опухолью при проведении эндоскопической реканализации путем стентирования зоны обструкции металлическим саморасправляющимся стентом.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 26 фрагментов толстой кишки с опухолью, резецированных во время операций по поводу злокачественной толстокишечной непроходимости. На первом этапе производилась макроскопическая оценка различных параметров, в частности толщины стенки кишки в центральной и периферической частях опухоли. Материал фиксировался в 10% забуференном формалине, после чего заливался в формалин по стандартной методике. Срезы приготавливались на полуавтоматическом ротационном микротоме, окрашивались гематоксилином и эозином, часть – по Ван-Гизону и иммуногистохимически с использованием кроличьих моноклональных антител к эндотелиальному Erythroblast transformation specific related gene (ERG). На втором этапе, при микроскопии, определялся гистологический тип опухоли, степень дифференцировки, глубина инвазии. С использованием окулярной измерительной сетки Автандилова вычисляли объемные доли участков некроза, опухолевой ткани, остатков мышечного и серозного слоев стенки кишки. Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2013 и Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Опухолевый очаг локализовался преимущественно в прямой (11) и сигмовидной ободочной (7) кишках, реже – в восходящей ободочной (4), слепой (2), поперечной ободочной (1) и нисходящей ободочной (1) кишках. Тип роста в подавляющем большинстве случаев – экзофитный (19), в 7 случаях – экзофитно-инфильтративный. Протяженность опухоли варьировала от 3,9 до 13,0 см. Гистологический тип в 22 случаях – высокодифференцированная аденокарцинома, реже – низко- (3) и умереннодифференцированная аденокарцинома (1). В зависимости от протяженности опухоли разделили на 2 группы: до 5,5 см и свыше 5,5 см. В первой группе достоверности разности между объемными долями сохранной волокнистой ткани и некротизированных участков ни в центре, ни в периферии опухоли не наблюдалось. Во второй группе центральные участки опухоли имели гораздо большие объемные доли некроза по сравнению с ее периферическими участками. Это также подтверждалось при окрашивании на волокнистый компонент по Ван-Гизону. Для центральных участков больших опухолей определялось слабое иммуногистохимическое окрашивание на наличие ERG, что говорит о плохой васкуляризации таких участков и, следовательно, резком ослаблении прочностных свойств кишечной стенки.

Выводы. Макро- и микроскопическая оценка степени выраженности некротических явлений и глубины прорастания опухолью кишечной стенки, проведенная в различных участках пораженного сегмента, позволяет сделать вывод, что для опухолей протяженностью свыше 5 см объем деструкции нарастает от периферии к центру. При протяженности опухоли свыше 5 см попытка проведения реканализации грозит развитием осложнений в виде кровотечения или прободения стенки.

Список литературы.

1. Автандилов, Г. Г. Медицинская морфометрия / Г. Г. Автандилов. – Москва, 1990. – С. 65-78.
2. Тотиков, З. В. Хирургическая тактика при раке дистальных отделов толстой кишки, осложненном острой обтурационной непроходимостью / З. В. Тотиков, В. З. Тотиков, К. Э. Зураев, В. В. Медоев, М. В. Калицова // Медицинский вестник Юга России. – 2014. – № 4. – С. 101-103.
3. Abdussamet Bozkurt, M. Colonic stent as bridge to surgery in patients with obstructive left-sided colon cancer / Bozkurt M. Abdussamet, M. Gonenc, S. Kapan, A. Kocatass, B. Temizgönül, H. Alis // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. – 2014. – № 18(4).
4. Gainant, A. Emergency management of acute colonic cancer obstruction. / A. Gainant // Journal of visceral surgery. – 2012. – № 149(1).
5. Salamone, G. Colonic stenting in acutely obstructed left-sided colon cancer: clinical evaluation and cost analysis. / G. Salamone, N. Falco, J. Atzeni, R. Tutino, L. Licari, G. Gulotta // Annali Italiani di Chirurgia. – 2014. – № 85(6).

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Кулумбегов Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбегова И.Р.

Научный руководитель: к.м.н. Беслекоев У.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В последнее время отмечается рост заболеваемости калькулезным холециститом и его осложнениями, в том числе холедохолитиазом. На сегодняшний день эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является весьма эффективным малоинвазивным методом хирургического лечения холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, патологий большого дуоденального сосочка, а также хронического панкреатита, вызванного сужением устья вирсунгова протока. В большей части случаев (до 85%) ЭПСТ является способом лечения заболевания, в остальных случаях используется для предоперационной подготовки. Суть метода заключается в рассечении большого дуоденального сосочка (БДС) специальной струной папиллосфинктеротома под действием серий коротких подач высокочастотного электрического тока. По данным разных авторов осложнения при проведении данной операции встречаются в 2,1-9,7% случаев, а летальность составляет 0,5-4,9%, но это в разы меньше, чем после альтернативной трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (5,4-17,9% и 2,6-5,2% соответственно). Цель исследования – оценить эффективность проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии по результатам работы клиники общей хирургии.

Материал и методы. В ретроспективном анализе были изучены результаты лечения 138 пациентов, которым производилась ЭПСТ в клинике общей хирургии. Статистическая обработка результатов исследования, построение графиков и таблиц производились с использованием пакета программ MS Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Из 138 пациентов 70,1% женского пола, 29,9% мужского. 67,4% пациентов находились в возрастной группе 70-85 лет, средний возраст пациентов 70,4±7 лет. Подавляющее большинство операций выполнено типичным канюляционным способом (93%). Показанием к ЭПСТ в большинстве случаев являлся постхолецистэктомический синдром и холедохолитиаз (78,1%); холедохолитиаз с гнойным холангитом (9,2%); папиллостеноз (5,4%); аденома большого дуоденального сосочка (7,3%). Выполнение ЭПСТ предполагало субтотальное рассечение БДС, после чего у большей части пациентов камни мелкого и среднего калибра отходили самостоятельно, почти в четверти случаев (23,1%) для литоэкстракции и извлечения сладжа требовалось использование корзины Dormia. Литоэкстракция не всегда удавалась, поэтому в некоторых случаях производилась внутрипротоковая литотрипсия (7,2%), стентирование гепатикохоледоха (23,2%), наружно-внутреннее дренирование желчных протоков с обходом конкремента (3,6%). В части случаев встречались осложнения ЭПСТ: острый панкреатит (8,7%), кровотечение (2,2%), ретродуоденальная перфорация (0,7%). Среди сопутствующей патологии чаще других встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь – 61,6%, ишемическая болезнь сердца – 52,2%, нарушения ритма – 8,0%, постинфарктный

кардиосклероз – 11,6%; желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 8,0%, хронический панкреатит – 13,0%; эндокринной системы: сахарный диабет – 14,5%, гипотиреоз – 5,8% и инфекционные заболевания (гепатит С – 6,5%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре с учетом предоперационной подготовки и послеоперационного периода составила 8,7 дней (минимальная – 6, максимальная – 14).

Заключение. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия несмотря на высокую стоимость лечения является хорошей альтернативой трансдуоденальной папиллосфинктеротомии, сокращает число осложнений, продолжительность восстановительного послеоперационного периода и может применяться у пациентов из группы высокого операционного риска с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Список литературы.

1. Гусев, А. В. Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии / А. В. Гусев, А. Ю. Соловьев, А. К. Лебедев и др. / Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 323.
2. Cotton, PB. Effect of endoscopic sphincterotomy for suspected sphincter of Oddi dysfunction on pain-related disability following cholecystectomy: the EPISOD randomized clinical trial / PB Cotton, V. Durkalski, J. Romagnuolo and oth. / JAMA. – 2014. – № 20. – P. 2101-2109.
3. Jamry, A. Risk factors of pancreatitis after endoscopic sphincterotomy. / A. Jamry / Polski przeglad chirurgiczny. – 2017. – № 5. – P. 29-33.
4. Xu, XD. Minor endoscopic sphincterotomy followed by large balloon dilation for large choledocholith treatment / XD. Xu, B. Chen, JJ. Dai and oth. / World journal of gastroenterology. – 2017. – № 23. – P. 5739-5745.

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кулумбегов Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбегова И.Р.

Научный руководитель: к.м.н. Беслекоев У.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Несмотря на успехи консервативного лечения язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), достигнутые в связи с успешной ранней диагностикой и эффективной фармакотерапией современными противоязвенными препаратами, перфорация язвы продолжает оставаться одним из самых грозных осложнений и встречается у 8-17% больных данной группы.

Цель исследования. Провести анализ структуры заболеваемости, диагностики и лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. В ретроспективном анализе были изучены результаты лечения 128 пациентов, проходивших лечение по поводу перфоративной язвы в РКБСМП в 2011-2017 гг. Статистическая обработка результатов исследования, построение графиков и таблиц производились с использованием пакета программ MS Excel 2013.

Результаты исследования. Распределение пациентов по возрасту выглядело следующим образом: до 29 лет – 17 чел. (13,3%), 30-49 лет – 48 чел. (37,5%), 50-69 лет – 35 чел. (27,3%), 70 лет и старше – 28 чел. (27,9%); возраст самого взрослого пациента составил 92 года, самого молодого – 26 лет; средний возраст пациентов – 57,7 года. Степень тяжести состояния была средней у 67 человек (52,3%) и тяжелой у 61 (47,7%). От момента начала заболевания прошло до 5 ч – в 62 (48,4%) случаях, 5-20 ч – в 47 (36,7%), свыше 20 ч – в 19 (14,9%) случаях. Язвенный анамнез отмечали лишь 24 человека (18,7%), продолжительность которого составляла от 3 до 20 лет. Правильный диагноз «перфорация полого органа» на догоспитальном этапе удалось установить у 49,2% больных, остальные поступали в стационар с «острым панкреатитом», «острым аппендицитом», «кишечной непроходимостью», «острым холециститом» и др. С помощью физикальных методов обследования, а также рутинных дополнительных методов («обзорная R-графия брюшной полости на предмет свободного газа и УЗИ) большей части пациентов львиной

доле пациентов был поставлен верный диагноз «перфоративная язва», в 16 случаях (12,5%) потребовалось проведение диагностической лапароскопии. Пациентам производилось ушивание язвенного дефекта, в 12 случаях (9,4%) проводилась пилоропластика по Гейнеке-Микуличу. Локализовался язвенный дефект наиболее часто в луковице двенадцатиперстной кишки (69,5% – 89 случаев), реже – в пилорическом отделе желудка (13,3% – 17 случаев), в области тела и дна желудка (8,6% – 11 случаев), послеолуковичная язва (4,7% – 6 случаев). Признаки местного перитонита обнаруживались у 11 пациентов (8,6%), рампостраненного – у 117 (91,4%). Объем свободной жидкости варьировал от 50 до 1500 мл. При этом экссудат имел серозный характер в 2 случаях (1,6%), серозно-фибринозный – 89 (69,5%), гнойно-фибринозный – 28 (21,9%), серозно-фибринозный с геморрагическим компонентом – 9 (7%). Ранние послеоперационные осложнения отмечались у 13 пациентов: нагноение раны – 7 (5,5%), кровотечение – 5 (3,9%), пневмония – 1 (0,8%). Имел место один летальный случай вследствие перитонеального сепсиса. Все пациенты получали антибиотикотерапию, инфузионную, антисекреторную терапию, гастропротекторы, симптоматическое лечение. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 11,4 суток (минимальная – 6, максимальная – 33).

Выводы. Наиболее благоприятное течение и исход заболевания наблюдались у пациентов, госпитализированных в течение первых 5 часов после появления первых симптомов. Для профилактики и улучшения прогноза больных рекомендуется своевременное консервативное лечение ЯБЖ и ЯБДПК, эрадикационная терапия хеликобактера, периодическая диагностика групп риска методами гастродуоденоскопии с биопсией.

КЛИНИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ

Курмашев Р.Ж., Курмангали А.А.

Научный руководитель: к.м.н., профессор Ромнюк С.Н.

Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Острый аппендицит является экстренной хирургической патологией, которая может встречаться и у детей. В целом, 1-8% детей, поступающих с клиникой острого живота, имеют острый аппендицит [1]. Однако, аппендицит встречается редко у детей дошкольного возраста от 2 до 9% [2]. Несмотря на наличие развитой диагностики, постановка диагноза острого аппендицита у детей младшего возраста остается открытой проблемой, поскольку большинство таких пациентов поступают уже с осложнениями, например, перфорация червеобразного отростка, которая приводит к формированию абсцесса, перитониту и сепсису. Задержка в диагностике острого аппендицита, связана с его неспецифическим проявлением, маскировкой симптомов под вид других заболеваний, вместе с тем неспособностью ребенка объяснить выраженность боли при осмотре. Процент ошибочных диагнозов колеблется от 28 до 57% у детей в возрасте от 2-х до 12-ти лет и почти 100% у детей в возрасте до 2 лет [3].

Рассмотрим следующую возрастную группу, новорожденные дети до 30 дней. В этой возрастной группе, у недоношенных новорожденных детей, часто развивается острый аппендицит [4]. В данной группе обструкция просвета не всегда является причиной развития острого аппендицита. Боль и тошнота не являются патогномоничными симптомами острого аппендицита у новорожденных. У этих пациентов, как правило, наблюдается вздутие живота от 60% до 90%, 59% рвота, раздражительность или вялость в 22% и 20-40% диффузное напряжение передней брюшной стенки [5].

У группы младенцы и дети младшего возраста (до 3-х лет) явными симптомами являются рвота (85% до 90%), боль (от 35 до 81%), лихорадка (40-60%) и диарея (18 до 46%). Другие общие симптомы в этой возрастной группе, раздражительность (от 35% до 40%), кашель или ринит (40%), тяжелое дыхание (от 8% до 23%), ограничение подвижности бедра вправо, хромота в 3% до 23% [6].

При физикальном обследовании, у большинства детей (87% до 100%), обнаруживается температура выше, чем 37 ° С и диффузное напряжение мышц передней брюшной стенки (от 55% до 92%), в то время как локализованные боли в правом нижнем квадранте наблюдаются менее чем в 50% случаев. Другие заметные признаки летаргия (40%), вздутие живота (30-52%). В клинике острого аппендицита, в этой возрастной группе, указанные симптомы является неспецифическим

и расплывчатыми. Средний интервал времени между началом симптомов и окончательным диагнозом, как правило, от 3 до 4 дней. Эта задержка в диагностике наиболее часто приводит к перфорации (82-92%), и непроходимость кишечника 82% [7].

Острый аппендицит является редкой патологией для детей до 6-ти лет, что составляет лишь менее 5% всех детей младшего возраста [1,8]. С возрастом, дети способны описать симптомы острого аппендицита, ранняя диагностика острого аппендицита становится более легкой и точной. У большинства детей в этой возрастной группе присутствуют жалобы в течение 2-х дней и у 17% имеются симптомы в течение более чем 6 дней до того, как окончательный диагноз будет установлен. [9]. В этой возрастной группе, боли в животе является наиболее распространенным симптомом (89% до 100%), а затем рвота (66% до 100%), лихорадка (от 80% до 87%) и анорексия (53% до 60%). При осмотре, болезненность локализуется в правом нижнем квадранте (58% до 85%) преобладает над диффузной болезненностью передней брюшной стенки (19% до 28%) [10].

Таким образом острый аппендицит у детей младшего дошкольного возраста и детей раннего возраста редкая патология. Задержка в диагностике и лечении связана с низкими коммуникативными навыками в общении, неспособности провести физикальное обследование на должном уровне, атипичной клинической картиной и маскировкой симптомов под другими расстройствами.

Список литературы.

1. Rothrock SG, Pagane J. Acute appendicitis in children: emergency department diagnosis and management. *Ann Emerg Med.* 2000;36:39–51. doi: 10.1067/mem.2000.105658. [PMC free article] [PubMed]
2. Puri P, Boyd E, Guiney EJ, O'Donnell B. Appendix mass in the very young child. *J Pediatr Surg.* 1981;16:55–57. doi: 10.1016/S0022-3468(81)80115-7. [PMC free article] [PubMed]
3. Nance ML, Adamson WT, Hedrick HL. Appendicitis in the young child: a continuing diagnostic challenge. *Pediatr Emerg Care.* 2000;16:160–162. doi: 10.1097/00006565-200006000-00005. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
4. Williams N, Kapila L. Acute appendicitis in the preschool child. *Arch Dis Child.* 1991;66:1270–1272. doi: 10.1136/adc.66.11.1270. [PMC free article] [PubMed]
5. Barker AP, Davey RB. Appendicitis in the first three years of life. *Aust N Z J Surg.* 1988;58:491–494. doi: 10.1111/j.1445-2197.1988.tb06241.x. [PMC free article] [PubMed]
6. Jancelewicz T, Kim G, Miniati D. Neonatal appendicitis: a new look at an old zebra. *J Pediatr Surg.* 2008;43:e1–e5. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.05.014. [PMC free article] [PubMed]
7. Cherian MP, Al Egaily KA, Joseph TP. Acute appendicitis in infants: still a diagnostic dilemma. *Ann Saudi Med.* 2002;23:187–190.
8. Buntain WL, Krempe RE, Kraft JW. Neonatal appendicitis. *Ala J Med Sci.* 1984;21:295–299. [PubMed]
9. Puri P, O'Donnell B. Appendicitis in infancy. *J Pediatr Surg.* 1978;13:173–174. doi:10.1016/S0022-3468(78)80014-1. [PMC free article] [PubMed]
10. Chang Y-T, Lin J-Y, Huang Y-S. Appendicitis in children younger than 3 years of age: an 18-year experience. *Kaohsiung J Med Sci.* 2006;22:432–436. doi: 10.1016/S1607-551X(09)70334-1. [PMC free article] [PubMed]

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ДЕ КЕРВЕНА

Мажуга Ю.И., Лазовикова Е.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Беспальчук П.И.

Белорусский государственный медицинский университет

Болезнь де Кервена (стенозирующий лигаментит I кистно - фиброзного канала) – это заболевание, характеризующееся воспалением стенки 1-го канала разгибателей пальцев кисти и его содержимого: сухожилия короткого разгибателя большого пальца и длинной мышцы, отводящей большой палец и их синовиальных влагалищ. Болезнь де Кервена поражает людей трудоспособного возраста, что определяет актуальность и значимость данной проблемы, необходимость совершенствования методов диагностики и лечения.

Ущемление сухожилия короткого разгибателя I пальца и сухожилия длинной мышцы, отводящей I палец, проходящих через первый тыльный канал разгибателей кисти, является механизмом развития заболевания, также необходимо учитывать особенности анатомии строения как непосредственно канала, так и сухожилий данных мышц: возможно наличие дополнительного канала внутри основного, при этом стеноз может быть основного или дополнительного, либо обоих. При наличии дополнительного канала через него чаще всего проходит сухожилие короткого разгибателя большого пальца. Сухожилие длинной мышцы, отводящей большой палец может быть представлено не одним, а несколькими телами: от 1 до 4 [1] .

Целью нашей работы является изучение структуры пациентов с болезнью де Кервена и оценка эффективности проведенного лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось с сентября 2017 по сентябрь 2018 г. на базе 6 ГКБ г. Минска. Полученные данные проходили обработку в программе Microsoft Excel 2010, эффективность лечения оценивалась опросным методом.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находился 96 пациентов в возрасте от 25 лет до 81 года, из них 84 женщины и 12 мужчин. Средний возраст $51,03 \pm 6,9$ лет. Заболевание на левой руке имело место в 43 случаях, правой – в 49, обе руки были поражены в 4 наблюдениях. По занятости преобладали профессии, связанные с легким физическим трудом (водители, продавцы, инженеры) и преимущественно с умственным трудом (кассиры, учителя, воспитатели, экономисты), из 96 пациентов 23 находятся на пенсии.

На момент поступления пациенты предъявляли жалобы на боль в зоне лучезапястного сустава со стороны первого пальца, усиливающуюся при движении пальца, ограничение движений большим пальцем. При пальпации сустава отмечается болезненность. Давность заболевания составила от 1 месяца до 18 месяцев.

Для уточнения диагноза всем пациентам проводился тест Финкельштейна: врач захватывает большой палец пациента, сгибает его и просит пациента отвести кисть в локтевую сторону. Тест считается положительным при возникновении резкой болезненности в области запястья. Также 50 пациентам было проведено УЗ-исследование, в процессе наблюдения определяли эхогенность кольцевидных связок, толщину, неравномерное утолщение сухожилия в мышечносухожильной части, компрессию сухожилий. При динамическом исследовании в режиме реального времени наблюдали нарушение нормального скольжения сухожилия.

По данным литературы, консервативное лечение эффективно лишь на начальных стадиях заболевания, частота возникновения рецидивов составляет от 70 до 85%. Эффективность оперативного лечения — около 90%. Выполняется эндоскопическая или открытая лигаментотомия с ревизией основного и дополнительного канала, рассечением удерживателя разгибателей и декомпрессией сухожилий с восстановлением их свободного скольжения. Во время открытой операции выполняется небольшой доступ к измененной связке 1-го костно фиброзного канала, которая покрывает сухожилия. Верхняя стенка канала иссекается, тем самым достигается декомпрессия сухожилий. Рана ушивается послойно.

При болезни Де Кервена отмечалась повышенная эхогенность кольцевидной связки, ее утолщение (более 0,4 мм), истончение и компрессия сухожилий сгибателей на уровне пястно-фалангового сустава (более чем на 0,5 мм). При динамическом исследовании обнаружено нарушение скольжения сухожилия, вплоть до его полной блокады, утолщение гиперэхогенной стенки фиброзного канала, на поперечном срезе вокруг сухожилий имелся гипоехогенный ореол (теносиновит).

При статистической обработке данных было определено, что для принятия решения об оперативном лечении, достаточно болевого синдрома и ограничения

функции, а так же диагностического симптома Финкельштейна. Однако данные ультразвукового исследования высокоинформативны для принятия решения о тактике операции, ее объеме и топографии патологического процесса.

Всего проведено 99 операции. Одна пациентка от операции отказалась. Все оперативные вмешательства прошли успешно, послеоперационный период протекал без осложнений. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 3 суток, швы были сняты на 12-14 сутки. Эффективность оперативного лечения составила 98 %. При выписке из стационара всем больным был рекомендован комплекс восстановительного лечения, включавший физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, нестероидную противовоспалительную терапию. Все прооперированные пациенты отмечали исчезновение боли и возвращение полной

функциональности оперированных кистей в течение 1-2 месяцев после операции, симптом Финкельштейна – отрицательный, трудоспособные пациенты вернулись к прежней профессии.

Заключение. В структуре патологии преобладают люди трудоспособного возраста (25 – 59 лет), занятые легким физическим, либо умственным трудом. При этом соотношение поражения женщин данной патологии к мужчинам – 7:1. Для принятия решения об оперативном лечении достаточно болевого синдрома и ограничения функции, а так же диагностического симптома Финкельштейна. Однако данные ультразвукового исследования высокоинформативны для принятия решения о тактике операции, ее объеме и топографии патологического процесса. Хирургическое лечение является достаточно эффективным методом терапии данной патологии.

Литература.

1. Bahm, J. The anatomy of de Quervain's disease / J. Bahm, Z. Szabo G. Foucher // International Orthopaedics. — 1995. — №19 (4). — pp 209–211.

ОПЫТ ПУНКЦИОННО - ДРЕНАЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Мазурина К.В., Буряк Ю.Г.

Научный руководитель: Машурова Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Долгое время считалось, что пункция эхинококковых кист опасна и противопоказана из-за возможности обсеменения печени и брюшной полости через пункционное отверстие в оболочках кисты. С внедрением в практику методов визуализации полостных образований с помощью УЗИ и других методов ситуация изменилась.

Цель: анализ малоинвазивных методов лечения больных с эхинококкозом печени.

Материал и методы исследования. С 2003 по 2018 г. в ККБ у 35 пациентов был использован пункционный метод лечения эхинококкоза печени, известный в литературе как PAIR– метод (пункция, аспирация, инъекция, респирация) или PAIR– метод в сочетании с дренированием кисты, описываемый как PEVAC percutaneous evacuation of cysts content. Данный метод лечения получили 19 мужчин и 16 женщин. Возраст от 17 до 78 лет. Чаще кисты локализовались правой доле 28 (). Это были одиночные кисты без дочерних пузырей (у 30 больных). Вариант пункционного метода рассматривался в зависимости от состояния эхинококковой кисты по данным УЗИ, придерживаясь классификации А. Charbi и соавт. по которой выделяют 5 типов эхинококковых кист: 1 -тонкостенная киста без дочерних кист, 2 – полость с расщепленными провисающими стенками., 3 –многокамерные кисты с множественными дочерними пузырьками, 4- киста с разнородными по плотности зонами, возможно инфицированная, 5 – толстостенная киста с плотными массами в ней. Техника выполнения была следующей. С помощью УЗИ сопровождения под м/а или в/в анестезии выполняли пункцию в точке, где над кистой имелся слой ткани печени размерами до 3 см.

Результаты и их обсуждение. У 21 пациента пункция удалась через брюшную полость, у 2 осуществленная через диафрагму и плевральный синус. Под контролем УЗИ жидкость из кисты эвакуировали после чего вводили гермицидный препарат. У 21 пациента для этих целей использован 20% натрия хлорида, 6 () больных – 96 % спирт, 8 () больных – глицерин 88 %. После 10-15 мин экспозиции р-р эвакуировали. У 29 человек после аспирации гермицида, устанавливали дренаж от 9-14 фр. Длительность дренирования колебалась от 15-30 дней. Средняя прод. 22,5 дней. Полости 2-3 раза промывали р-ром антисептиков, и дренажи подключали к стерильной емкости. Все лечившиеся пациенты пункционным методом перенесли лечение хорошо, летальных исходов и осложнений не выявлено. Средняя длительность пребывания в стационаре до 7 дней. У 3 человек, которым была выполнена пункция, при контрольном УЗИ 3 сутки полости не выявлено (киста 1 тип размеры до 4 см). У 20 пациентов после пункции наблюдалась лихорадка в течении 5-6 дней. У 23 пациентов полость уменьшилась на 50% при выписке, дальнейшее лечение они продолжили амбулаторно. Дренажи удаляли после стихания лихорадки и облитерации полости. Повторная пункция кисты потребовалась 3 пациентам, после чего полости облитерировались. У 3 пациентов после пункционного метода пришлось прибегнуть к открытой операции. В сроки наблюдения рецидивов эхинококкоза после использования пункционного метода не выявлено.

Выводы. Оправдано применение этого метода тогда, когда легко аспирировать из кист содержимое, т.е. 1-3 тип по А. Charbi. Конечно PAIR и PEVAC методы сопровождались химиотерапией. Наш опыт применения пункционных методов лечения эхинококкоза печени небольшой, но позволяет полагать, что он может быть альтернативой традиционным операциям.

АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Мехтиева Э.Т., Салпагарова Ф.Б.

Научный руководитель: Перегудова Л.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Аортокоронарное шунтирование – это хирургическая операция на пораженных коронарных артериях, направленная на восстановление их проходимости и кровообращения путем создания искусственных сосудов, обходящих участки сужения, в виде шунтов между аортой и здоровым участком коронарной артерии.

Впервые аортокоронарное шунтирование с использованием внутренней грудной артерии в эксперименте было выполнено отечественным хирургом В.П. Демиховым в 1953 г., а в 1964 г. В.И. Колесов впервые успешно выполнил и внедрил в клиническую практику маммарокоронарный анастомоз. В.И. Колесов выполнил маммарокоронарный анастомоз без использования ИК, на работающем сердце. Таким образом, его методика явилась не только первой в мире успешной операцией коронарного шунтирования, но и прообразом современных миниинвазивных вмешательств на КА.

Актуальность проблемы

На сегодняшний день ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности (36 % в структуре общей смертности) населения. Основными современными принципами лечения больных ИБС является восстановление адекватной перфузии по коронарным артериям и улучшение функционального состояния ишемизированного миокарда. Ежегодно во всем мире выполняется более 800 000 операций аортокоронарного шунтирования и более 850 000 коронарных ангиопластик, причем число последних постоянно растет.

Цель:

Целью нашего исследования является теоретический анализ научных литературных источников, изучение современных методик проведения аортокоронарного шунтирования.

Методы и материалы исследования.

Нами был проведен анализ современных научных литературных источников и изучение современных методик проведения аортокоронарного шунтирования. Основопологающим для предпринимаемого исследования явился описательный метод, включающий прием интерпретации, сопоставления и обобщения данных.

Современные виды аортокоронарного шунтирования:

1. Коронарное шунтирование «оконным» доступом
2. Техника аортокоронарного шунтирования с искусственным кровообращением.
3. Операции прямой реваскуляризации миокарда на работающем сердце без искусственного кровообращения
4. Минимально-инвазивное коронарное шунтирование (МИКШ)

Стандартная операция коронарного шунтирования выполняется из срединной стернотомии с использованием ИК, на остановленном сердце. К преимуществам данной методики необходимо отнести возможность прецизионного выполнения анастомозов, особенно при использовании значительного оптического увеличения, и возможность полной реваскуляризации всех пораженных коронарных артерий. К отрицательным моментам относится негативное воздействие кардиopleгии на миокард, что особенно важно у пациентов с исходно сниженной сократительной способностью миокарда, а также неблагоприятное воздействие искусственного кровообращения как такового на функцию печени, почек, легких, ЦНС, что актуально в первую очередь у больных пожилого и старческого возраста.

Операции прямой реваскуляризации миокарда на работающем сердце без искусственного кровообращения.

Попытки избежать связанных с ИК осложнений привели к развитию в последние годы методики OPCAB (off-pump coronary artery bypass)- коронарного шунтирования без использования

искусственного кровообращения. Для адекватного выполнения анастомоза шунта с коронарной артерией необходима иммобилизация участка миокарда в месте анастомоза. Операция ОРСАВ проводится из стандартной срединной стернотомии. После подготовки аутовенозных и выделения аутоартериальных трансплантатов на ранорасширитель устанавливают различные системы иммобилизации миокарда. Позиционируют сердце таким образом, чтобы стала доступной артерия, которую предполагается шунтировать, после чего иммобилизируют миокард в зоне предстоящего анастомоза. Проксимальное и дистальное анастомоза коронарную артерию перекрывают турникетами. На первый план выходит создание таких гемодинамических условий, в которых возникновение ишемии миокарда маловероятно: сохранение синусового ритма, умеренной брадикардии, инфузия вазопрессора, последовательность шунтирования коронарных артерий, в отдельных случаях — использование временных интракоронарных шунтов, плавная дислокация сердца и достаточная продолжительность промежутков между пережатиями коронарных артерий для восстановления оптимальной функции сердца. После стабилизации миокарда вскрывают артерию и накладывают анастомоз. Последовательно шунтируют все пораженные артерии, накладывают проксимальные анастомозы шунтов с аортой. Методика позволяет выполнение множественного (до 5 коронарных артерий) шунтирования, в том числе с использованием всех аутоартериальных трансплантатов. Обнаружено несколько меньшее повреждение клеток миокарда, чем при стандартной операции с ИК.

Выводы

В ходе нашего исследования мы пришли к выводу, что АКШ без ИК более эффективная и безопасная операция чем АКШ с ИК, так как имеется меньший риск послеоперационных осложнений.

Список литературы.

1. Акчурин Р.С. Актуальные проблемы коронарной хирургии / Р.С. Акчурин, А.А. Ширяев., 2010. - 88 с.
2. Арзикулов Т.С. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца без искусственного кровообращения / Т.С. Арзикулов // Хирургия. 2009. - № 5.-С. 64-69.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОГО ЭНДОКОНТЕЙНЕРА В ЛАПАРОСКОПИИ

Минаев С.В., Григорова А.Н., Герасименко И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Лапароскопические операции в детской хирургии набирают большую распространённость из-за малотравматичности и быстрой реабилитации пациентов в после операционном периоде, и несмотря на большое разнообразие используемого инструментария, встает вопрос о эффективности различных эндоскопических контейнеров при лапароскопическом удалении хитиновой и фиброзной оболочек эхинококковой кисты печени [1,2]. Крайне важным является определение эффективности применения вакуумного эндоконтейнера при извлечении из брюшной полости биологического материала при лапароскопии у детей с эхинококкозом, и обследовании длительности болевого синдрома [3,5].

Материалы и методы. На базе ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя наблюдалось 9 детей с эхинококкозом печени за период 2013 – 2017 гг. Средний возраст составил $8,3 \pm 1,8$ года. Мальчиков было 6, девочек - 3. Для интерпретации сонографических данных в работе применяли классификацию типов кист по Н.А. Ghardi (1981) и ВОЗ-IWGE (2003). Критериями включения послужило: эхинококковая киста печени тип I-III по Gharbi / CE1-3, размер кисты ≥ 3 см. расположение в IV-VI сегменте печени. Всем пациентам выполнялась многопортовая лапароскопическая эхинококкэктомия. Совместно с хирургическим лечением проводилась консервативная терапия препаратом «Немозол» (альбендазол) в дозе 6-15 мг/кг/сут., с учетом гепатотоксичности препарата в динамике исследовали трансаминазы. Для уменьшения негативного воздействия на организм ребенка альбендазола использовали полиферментный препарат Вобэнзим по 2-3 табл.× 3 раза в сутки, так же назначались между курсами гепатопротекторы и пробиотики [4]. Во время операции использовали 3 - 4 троакара, первый 5/10 мм троакар в окологрудинной области для видео камеры, 1-2 троакара 5 мм в правом мезогастрii и 1 троакара Xcel 12 мм в левом/правом мезогастрii, в зависимости от локализации

эхинококковой кисты печени. Через 12 мм троакар вводили девайс – вакуумный эндоконтейнер (Устройство для эндоскопического извлечения инфицированного биологического материала Patent RU170304) для эвакуации хитиновой и фиброзной оболочки с фрагментами печеночной паренхимы. При включение электроотсоса создавалось отрицательное давления в эндоконтейнере. происходило всасывание хитиновой оболочки, в том числе и дочерних кист. Поскольку, эндоконтейнер является прозрачным, то обеспечивался визуальный контроль удаляемого материала. После извлечения из брюшной полости вакуумный эндоконтейнер отсоединялся и утилизировался. В случае неполного извлечения материала из полости кисты использовали новый вакуумный эндоконтейнер.

Результаты. Время выполнения лапароскопии с применением вакуумного эндоконтейнера составила 75 (56–105) минут. Длительность извлечения хитиновой оболочки составило 8.7 ± 2.0 минут. После проведенной эхинококкэктомии на 3, 10, 90, и 365 сутки операции проводили УЗИ. При анализе осложнений в раннем п/операционном периоде не наблюдалось, в позднем п/операционном периоде - 1 остаточная полость.

Заключение. Лапароскопическая эхинококкэктомия с применение вакуумного эндоконтейнера является эффективной и безопасной операцией при эхинококкозе печени у детей. Необходимо дальнейшее проведение изучения и сравнения эффективности различных устройств по извлечению удаленных тканей из брюшной полости у детей.

Список литературы.

1. Машенко, А.Н. Эхинококкоз в детском возрасте / Машенко, А.Н., Герасименко И.Н., Минаева О.С. // Вестник молодого ученого. – 2017. - №1(16). - С.25-29.
2. Минаев, С.В. Современные подходы в лечении эхинококкоза печени в детском возрасте / С.В. Минаев, И.Н. Герасименко, Н.И. Быков, С.В. Тимофеев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2013. – №1. – С.71-74
3. Минаев С.В. Новые подходы в лечении эхинококкоза печени у детей / С.В. Минаев, И.Н. Герасименко, Ч.Г. Гудиев // Практическая медицина. – 2012. - №3:.. – С.158-160
4. Шангареева, Р.Х. Эхинококкоз печени у детей. Роль консервативной терапии / Р.Х. Шангареева// Практическая медицина. – 2014. – С.1(77). – С.78–83.
5. Minaev, S.V. Gerasimenko I.N., Kirgizov I.V. et al. Laparoscopic Treatment in Children with Hydatid Cyst of the Liver / S.V. Minaev, I.N. Gerasimenko, I.V. Kirgizov et al. // World J Surg. – 2017. - №41(12). -3218-3223. doi:10.1007/s00268-017-4129-x

МАРКЕРЫ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ НЭК

Минаев С.В., Качанов А.Н., Григорова А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одной из частых патологий, при которых необходимо экстренное оперативное лечение у новорожденных, являются пороки развития кишечной трубки. Одной из которых является некротизирующий энтероколит (НЭК). Актуальность исследования НЭК заключается в том, что приводит к инвалидизации детей и имеет большую смертность [3,4]. Тем самым адекватное оценивание болевого синдрома у детей и её объективизацией, после хирургического вмешательства, является крайне актуальной, особенно у детей раннего неонатального возраста. В связи с этим целью нашего исследования стало адекватное оценивание боли у новорожденных с некротизирующим энтероколитом, путём определения субстанции Р и нейрокинина А, как маркера болевого синдрома.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя, в период с 2015 по 2018 гг. находилось на лечении 18 детей, оперированных на органах брюшной полости. В исследовании проводилось определение методом ИФА субстанции Р и нейрокинина А до операции, на 1 и 3 сутки после неё. Для оценки болевого синдрома применяли стандартные клинические показатели, такие как ЧСС, АДс, АДд, САД; шкала измерения интенсивности боли COMFORT, как одна из самых адаптированных для данной группы пациентов. Также оценивали длительность ИВЛ после окончания обезболивания и наличие гнойно-септических осложнений по группам наблюдения.

Результаты и обсуждение. Всех оперированных пациентов мы разделили на 2 подгруппы, 10 детей были с НЭК 2Б-3Б стадии, и 8 детей со стадией НЭК 1А-2А на консервативной терапии. Контрольную группу составили 20 здоровых детей, у которых колебания субстанции Р и нейрокинина А до 10 пг/мл. При определении субстанции Р, в 1-й подгруппе отмечается повышение субстанции Р в среднем до $427,4 \pm 87,1$ пг/мл, и нейрокинина - до $50,3 \pm 7,1$ пг/мл. При этом важно отметить существенное повышение субстанции Р, более чем в 30 раз выше нормы, при этом показатель нейрокинин А повышался примерно в 2 раза. При этом до операции сохраняются высокие показатели субстанции Р, в среднем $425 \pm 138,7$ пг/мл; нейрокинина - $18,36 \pm 3,7$ пг/мл. На первые сутки после операции отмечается некоторое снижение показателей субстанции Р, до $274,9 \pm 48,6$ пг/мл, и нейрокинина А - $12,3 \pm 0,8$ пг/мл, что скорее всего связано с использованием наркотических обезболивающих препаратов. На 3 сутки после операции у пациентов с хирургической патологией брюшной полости, получавших стандартное обезболивание, показатели субстанции Р остаются высокими, в среднем $250 \pm 6,5$ пг/мл, показатели нейрокинина А начинают стабильно нарастать, в среднем $22,5 \pm 3,1$ пг/мл. Отмечалось варьирование показателя исследуемого нейромедиатора в исследуемых группах в зависимости от тяжести заболевания, его прогрессирования и исхода. Следует отметить, что наибольшие величины субстанции Р были обнаружены во 2 подгруппе наблюдения. Повторные измерения субстанции Р обнаружили его подъем до значений, которые достоверно отличались от исходных, а также показателей контрольной группы.

Вывод. Таким образом, субстанция Р и нейрокинин А, являются наиболее информативными маркерами болевого синдрома у новорожденных с НЭК, которая позволяет объективизации болевого синдрома у пациентов.

Список литературы:

1. Минаев, С.В. Оптимизация лечебного подхода у новорожденных с некротизирующим энтероколитом / Минаев, С.В., Товкань Е.А., Качанов А.С. // Медицинский Вестник Северного Кавказа. – 2013. – №8(3). – С.30–34.
3. Минаев, С.В. Ультразвуковая диагностика у новорожденных с некротизирующим энтероколитом / Минаев С.В., Исаева А.В., Товкань Е.А. и др. // Доктор.Ру. – 2014. – №3(91). – С.31–33
4. Обедин, А.Н. Некротический энтероколит новорожденных. Всё ли мы делаем для спасения своих больных? / Обедин А.Н., Качанов А.Н., Анненков М.В. и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – №10(2). – С.140–143
5. Minaev, S.V. Outcome of Laparoscopic Treatment of Anorectal Malformations in Children / Minaev S.V., Kirgizov I.V., Gladky A. et. al. // World Journal of Surgery. – 2017. – №41(2). – С.625–629

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Морозов А. М., Бахвалова А. И., Джанкараева В. А.

Научный руководитель: Аскеров Э. М.

Тверской государственный медицинский университет

Синдром Меллори-Вейсса - это поверхностные разрывы слизистой оболочки, которые возникают в брюшном отделе пищевода и кардиальном отделе желудка при рецидивирующей рвоте и сопровождаются обильным кровотечением. Каждый десятый пациент с болезнями желудочно-кишечного тракта сталкивается с данным кровоизлиянием. Во всем мире хирургами было отмечено неоднократное увеличение количества пациентов с синдромом Меллори-Вейсса. Синдром Меллори-Вейсса составляет около одной пятой от всех желудочно-кишечных кровотечений. Длительная кровопотеря может приводить к существенному ухудшению состояния пациента. Если вовремя не провести лечение, то скрытые проявления могут длиться многие месяцы. Следовательно, любой врач должен уметь диагностировать данное заболевание.

Цель исследования состоит в установление симптоматики синдрома Меллори-Вейсса и корреляции с наличием вредных привычек у пациента.

Материалы и методы: в ходе работы было изучено 20 историй болезни пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении Городской Клинической больницы №7 г.

Твери с синдромом Меллори-Вейсса с 2016-2017г. Анализ был направлен на выявление таких факторов риска, как возраст, пол, употребление алкоголя, а также особенности основных причин госпитализации и жалоб при поступлении; изменений общего и биохимического анализа крови, и состояния стенки пищевода при эндоскопическом исследовании.

Результаты: путем статистического исследования было обнаружено, что синдрому Меллори-Вейсса более подвержены мужчины (в 85% случаев). Основной причиной госпитализации больных послужило желудочно-кишечное кровотечение (90%). Самыми распространенными жалобами при поступлении были слабость (95%) и рвота с примесью крови (90%), головокружение (в 60% случаев), появление мелены - 60% случаев, и боли в эпигастральной области (около 40%), часто жаловались на тошноту.

В общем анализе крови у более половины больных проявилась лейкопения, в 65% - эритропения, в 85% - анемия разной степени тяжести, количества тромбоцитов у 92% пациентов было в норме. Уровень сахара в крови в 65% случаев находился в пределах нормы, в 30% - повышен, и лишь в 5% - снижен. На фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в 100% случаев наблюдался дефект слизистой.

Чаще всего применялось консервативное лечение (в 70% случаев): инфузионная и гемостатическая терапия, гемотрансфузия, в 30% - возникла необходимость в хирургическом лечении.

В ходе оценки приемного статуса больных, было выявлено, что 45% из них поступили с признаками алкогольного опьянения, отдельно отметим, что все обследуемые были мужчинами трудоспособного возраста.

Выводы: этимологией синдрома Меллори-Вейсса можно считать поражения слизистой пищевода. Синдром имеет клиническую картину характерную для кровотечения и практически всегда определяется при эндоскопическом обследовании. Однако данное заболевание часто приводит к массивным кровотечениям, не поддающимся консервативной терапии. Наиболее подвержены данному заболеванию мужчины трудоспособного возраста, имеющие пристрастие к алкоголю. Подобные пациенты должны быть отнесены в группу риска по этому заболеванию.

Список литературы.

1. Карпов Т.А. Заболевания желудка и пищевода: причины, симптомы, лечение / Изд. «АСТ; СПб.: Сова». - 2010. - 128 с.
2. Морозов А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А.М., Кадыков В.А., Пельтихина О.В., Аскеров Э.М., Морозова А.Д. // Синергия наук. - 2018. - № 19. - С. 1018-1024. - URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>.
3. Павлов А.Л. Морфологические изменения органов при различных формах алкогольной болезни / Павлов А.Л., Павлова А.З., Богомолов Д.В., Ларев З.В., Трофимова И.Н. // Вопросы наркологии. - 2012. - №3. - С. 34-40.
4. Плаченова Т.С. Распространенность синдрома Маллори-Вейсса / Плаченова Т.С., Халявина В.А., Зибяев С.О., Стяжкина С.Н.// Вопросы науки и образования. - 2017. - № 5 (6). - С. 122-126.
5. Стяжкина С.Н. Особенности терапии при желудочно-кишечных кровотечениях по этиологическому признаку / Стяжкина С.Н., Константинова Э.Г., Хайруллина Л.М.// В сборнике: Молодой исследователь: вызовы и перспективы - Сборник статей по материалам XLVI международной научно-практической конференции. 2017. - С. 43-46.
6. Филимонов С. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение / Филимонов С., Трухан Д., Викторова И, Тарасова Л. // 2013. - 13 с.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Морозов А. М., Гурова Ю. Е., Скворцов И. Д.

Научный руководитель: Аскеров Э. М.

Тверской государственный медицинский университет

Желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК) – называют кровотечения, происходящие в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Желудочно-кишечное кровотечение одно из

наиболее распространенных осложнением заболеваний органов пищеварения, которое несет потенциальную угрозу для жизни пациента. ЖКК часто является причиной экстренной госпитализации в хирургию. Потеря крови может быть больших объемов, именно поэтому такое состояние представляет опасность для жизни и требует экстренной медицинской помощи. Кровотечение может локализоваться в любом отделе ЖКТ. По этому выделяют кровотечения из верхних отделов ЖКТ (от пищевода по двенадцатиперстную кишку) и нижних отделов ЖКТ (от тонкого кишечника по прямую кишку). Целью работы является выявление специфики течения, оптимальных методов диагностики и лечения ЖКК неясной этиологии.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов, находившихся на госпитализации в хирургическом отделении ГБУЗ «ГКБ No7» г. Твери в 2014-2017 годах, с ЖКК неясной этиологии.

Результаты: в случае, когда причину кровотечения из ЖКТ установить обычными диагностическими методами не удастся, диагностируют ЖКК неясной этиологии. Несмотря на то, что эндоскопическая техника хорошо развита, что привело к улучшению диагностики и результатов лечения основных причин желудочно-кишечных кровотечений, существует довольно большая группа пациентов (по различным данным от 4 до 43%), у которых наличие клинических или лабораторных признаков ЖКК сопровождалось отрицательными данными ФГДС. По этой причине сохраняется использование термина «неуточненных ЖКК» или кровотечений из неустановленного источника. При этом различают явные (наличие клинической картины) и скрытые (определяются только лабораторными методами исследования) кровотечения. Заболевания, вызывающие неуточненные ЖКК, чаще всего поражают тонкую кишку. Анализ медицинской документации показал, что среди возможных факторов риска возникновения ЖКК можно выделить сосудистые патологии слизистого или подслизистого слоя, ращличные опухоли, эрозивно-язвенное поражение различного происхождения, хронические воспалительные заболевания различных отделов ЖКТ, дивертикулез тонкой кишки.

Согласно статистическим данным каждый десятый пациент, поступающий по экстренным показаниям в хирургическое отделение, страдает желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии. Группу риска по данной патологии формируют мужчины 45-60 лет, причем средний возраст пациентов с кровотечениями из нижних отделов ЖКТ выше, чем у пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ. Анамнестические данные и показатели объективного обследования больного имеют наибольшее значение при диагностике кровотечений из нижних отделов ЖКТ. Важное место занимают генетическая отягощенность, наличие перенесенных или настоящих хронических заболеваний, бытовые условия, место работы и контакт с животными. Весомое значение в диагностике поражения нижних отделов ЖКТ имеет колоноскопия, иногда больным показана ангиография. Пальцевое ректальное исследование является достаточно информативным, простым и доступным в любых условиях методом исследования, который имеет особое значение при многих патологиях прямой кишки.

В ходе настоящего исследования ЖКК неясной этиологии встречалось независимо от пола (24 случая у женщин и 26 у мужчин). В возрастной категории наиболее распространен старческий возраст. Средний возраст у мужчин составил 75 лет, у женщин – 78 лет. Около 85% госпитализированных находились в состоянии средней степени тяжести. Всем пациентам проводилась ЭГДС, по результатам которой были выявлены сопутствующие заболевания ЖКТ, а также наличие или отсутствие кровотечения. Среди сопутствующих заболеваний у 90% больных отмечались гастрит и язвенная болезнь желудка. Так же у всех пациентов с ЖКК неясной этиологии отмечалась выраженная клиническая симптоматика: слабость, головокружения, боли в нижней части живота, стул с примесью крови, анемия на фоне ЖКК. У 60% пациентов зафиксировано повышенное АД. Примерно в 70% случаях госпитализация приходилась на летнее время года.

Выводы: В связи с усовершенствованной диагностикой кровотечений - применением колоноскопии и ангиографии, а также с оптимальным алгоритмом лечения кровотечений показатели смертности от острых кровотечений из нижних отделов ЖКТ в последнее время снизились, однако следует развивать методы лечения, так как комплексная терапия при желудочно-кишечных кровотечениях должна быть индивидуальной и проводиться с учетом основного и сопутствующего патологических процессов.

В качестве профилактики ЖКК неясной этиологии, людям с язвенной болезнью желудка и хроническим гастритом следуют регулярно проводить обследование ЖКТ.

В связи с тем, что в большинстве случаев госпитализация проводилась в летнее время года, стоит проводить работу с населением, особенно пожилого возраста в период подготовки поздней весны.

Список литературы.

1. Бородин Н.А. Желудочно-кишечные кровотечения: методическое пособие для клинических ординаторов кафедры факультетской хирургии. - Тюменская государственная медицинская академии Минздрав РФ. - 2014. - 19 с.
2. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей //Сборник методических материалов «Школы хиорургии РОХ» – Москва: Машиностроение. - 2015. - 360 с.
3. Корнюшин В.Ю. Желудочно-кишечное кровотечение. Внимание на раннюю диагностику! // IN VIVO. - 2016. - No 3. с. 36-42.
4. Маев И.В. Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия) / Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г. А., Агапова Н. Р. Острые // Лечащий врач. - 2003. - No 5. - с. 16-18.
5. Морозов А.М. О возможностях определения актуальности темы научного исследования / Морозов А.М., Кадыков В.А., Пельтихина О.В., Аскеров Э.М., Морозова А.Д. // Синергия наук. 2018. No 19. - С. 1018-1024. - URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article1670>

ТРОМБОЗ БРЫЖЕЕЧНЫХ ВЕН ТОНКОГО КИШЕЧНИКА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ

Недосеев С.С., Недосеева А.Ю.

**Научный руководитель: д.м.н. профессор Торгунаков А.П.
Кемеровский государственный медицинский университет**

Антикоагулянтная терапия относится к наиболее востребованным в современной практической медицине методам лечения и профилактики различных заболеваний и тромбозэмболических осложнений. С расширением применения данных препаратов, увеличивается количество осложнений, представленных в основном геморрагическим синдромом. Число пациентов с данными осложнениями составляет в США -1,1%, в Нидерландах -1,99%, в России -2,4%.

В нашей работе считаем необходимым обратить внимание на встречающийся тромбоз брыжеечных вен тонкого кишечника при применении варфарина.

Материалы и методы исследования:

Анализ историй болезни пациентов хирургического отделения ""ГКБ №2"" г. Кемерово с тромбозом брыжеечных вен тонкого кишечника при применении варфарина. Проанализированы истории болезни за 2016-2017гг. Выявлено 3 пациента с тромбозом брыжеечных вен, связанным с применением варфарина.

Результаты и их обсуждение:

в качестве иллюстраций приведём выписки из историй болезни. 1)Больной Ю., 62 года, поступил в экстренном порядке 14.05.2016 года с жалобами на боль и вздутие в животе, задержку стула и газов, тошноту, рвоту, слабость. При лапаротомии обнаружен венозный тромбоз участка тощей кишки с некрозом её стенки. Аналогичны два других клинических случая, у пациенток В и Н, принимавших длительно препарат варфарин. 2)Больная В., 76 лет, поступила ""ГКБ №2"" г. Кемерово 27.10.2017 с жалобами на ноющую боль в животе. Общее состояние средней степени тяжести, температура тела 37.6 С. Длительно принимала варфарин. При лапаротомии 30.10.2017, выявлено: участок некроза. Выполнена резекция участка тощей кишки. 3)У пациентки Н, 67 лет, с аналогичными жалобами и длительным применением варфарина, выявлен некроз кишки на расстоянии 50 см от связки Трейца. Выполнена резекция тонкой кишки.

Выводы. Тромбоз брыжеечных вен тонкого кишечника встречается у пожилых людей фоне длительного применения варфарина, что связано с повышенной чувствительностью к препаратам данной группы у этой категории больных.

Список литературы.

1. Напалков Д.А, Соколова А.А. Новые пероральные антикоагулянты: безопасность в фокусе внимания // РФК. -2014.- №4.-С.444-447.
2. Хруслов М. В., Ройтман Е. В. Оценка терапевтической эффективности Варфарина производства ЗАО «Канонфарма продакшен» (Россия) // Архивъ внутренней медицины.- 2014.- №1.-С.30-32.
3. Котельников Михаил Викторович Антикоагулянтная терапия в профилактике и лечении тромбозов: международные рекомендации и реальная клиническая практика // Лечебное дело.- 2012.-№4.-С.20-38.
4. Новые возможности антикоагулянтной терапии // Клиническая лабораторная диагностика. 2013.-№9.-С.85-88.
5. Bousser M.-G. Antithrombotic agents in the prevention of ischemic stroke. Cerebrovasc Dis 2015;27(Suppl 3):12-9.
6. Thrombosis prevention trial: randomized trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of ischemic heart disease in men at increased risk. The Medical Research Council's General Practice Research Framework. Lancet 2016;351:233-41.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Павлов А.А., Флегонтов Н.С.

Научный руководитель: Демьянова В. Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Частота встречаемости в популяции узловых образований щитовидной железы (УОЩЖ) колеблется в пределах 50%, причём у женщин данная патология встречается в 4 раза чаще. Совершенствование техники ультразвукового исследования обусловило доступность для визуализации непальпируемых образований щитовидной железы малых размеров. При выявлении малых образований возникает проблема выбора дальнейшей тактики ведения пациентов, определения потребности в диагностических манипуляциях, консервативном или хирургическом лечении.

Цель исследования.

Обосновать необходимость систематизации и выработки единых подходов к классификации (УОЩЖ), определяющих тактику ведения пациентов с данной патологией.

Материалы и методы.

Работа проводилась на базе хирургического отделения ГБУЗ СК Городской клинической больницы скорой медицинской помощи. В ходе исследования ретроспективно были изучены истории болезни пациентов с УОЩЖ за 2016-2017гг, результаты УЗИ щитовидной железы с данными тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) и результатами гистологических исследований операционного материала. В последующем все данные сопоставлялись и распределялись согласно современной классификации TI-RADS, в основе которой заложены УЗИ-признаки УОЩЖ.

Результаты и обсуждения.

За 2016г прооперировано 25 человек, из них 20 женщин, 5 мужчин, что составило 2,77% от общего числа пациентов хирургического отделения.

В 2016 г: TI-RADS 2 - 3 пациента, что составило 12%

TI-RADS 3 – 15 пациентов, что составило 60%

TI-RADS 4a – 7 пациентов, что составило 28 %.

За 2017г прооперировано 28 человек, из них 24 женщины, 4 мужчин, что составило 3,19% от общего числа пациентов хирургического отделения.

В 2017 г: TI-RADS 2 - 4 пациента, что составило 14,28 %

TI-RADS 3 – 18 пациентов, что составило 64,26 %

TI-RADS 4a – 6 пациентов, что составило 21,42 %.

Возраст оперированных пациентов составил от 21 до 63 лет.

Заключение.

1. Отсутствие единого подхода к описанию УОЩЖ и алгоритму дообследования подобных пациентов приводит к разночтению заключений различными специалистами и выполнению ТАБ даже тогда, когда можно обойтись динамическим наблюдением.

2. Врачи-клиницисты при дообследовании пациентов с УОЩЖ пользуются не всем арсеналом возможностей, которые может обеспечить УЗИ, и при назначении ТАБ ориентируются в большей степени на размеры образования и на степень изменения регионарных лимфоузлов.

3. Применение классификации TI-RADS позволит объединить подходы врачей различных специальностей (эндокринологов, хирургов, УЗИ-специалистов), занимающихся пациентами с УОЩЖ, сократить применение ТАБ не по показаниям.

Список литературы.

1. Суздальцев, И. В. Диагностика и хирургическое лечение узловых образований щитовидной железы / И. В. Суздальцев, С. И. Кубанов, Ю. Ю. Пыхтин // Медицинский вестник Северного Кавказа — Ставрополь, 2008. — С. 13–15.

2. Выродов, К. С. Трудности в диагностике и хирургическом лечении первичного гиперпаратиреоза / К. С. Выродов, О. И. Архипов, А. Г. Бондаренко, Д. А. Цацев, Ю. Ю. Пыхтин // Кубанский научный медицинский вестник — Краснодар, 2009 — С. 20–22.

3. Зубов, А. Д. Алгоритмы обследования больных с узловыми образованиями щитовидной железы: современное состояние вопроса и собственный опыт / А. Д. Зубов, О. В. Сенченко // Кубанский научный медицинский вестник — Краснодар, 2016 — С. 3,4,6,7.

4. Erik Ridley TI-RADS guidelines shine for managing thyroid nodules / AuntMinnie.com — 2016 — С. 1–3.

5. Цзин Ли ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee / Цзин Ли, Сяо Ма, Кефей Куи// Journal of American College of Radiology — Чжэнчжоу, 2017. — С. 2–4.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РОЖИ

Петрова Ю.В., Савченко Л.М.

Научный руководитель: Гобеджишвили В.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Рожь — острое инфекционное заболевание вызываемое гемолитическими стрептококками, характеризующееся лихорадкой интоксикацией и воспалительным поражением четко ограниченных участков кожи. Актуальность рожи очень велика, так как она приобрела широкое распространение возбудителя во внешней среде травматизация (бытовая, производственная), склонность к рецидивам и развитие осложнений обуславливают актуальность болезни. Возбудителем рожи считается гемолитический стрептококк группы А. В зависимости от способности гемолизировать эритроциты стрептококки разделяются на бета- (полный гемолиз), альфа- (частичный гемолиз) и гамма-гемолитические (отсутствие гемолиза). Стрептококки вырабатывают токсины, ферменты и гемолизины. Идентифицировано более 20 внеклеточных антигенов, выделяемых гемолитическими стрептококками группы А при росте в тканях человека. Эпидемиология: при экзогенном варианте заражения источник — больные любым стрептококковым заболеванием (ангина, фарингит, скарлатина, стрептодермия и др.) или здоровые носители стрептококка, пути передачи — воздушно-капельный, контактный; при аутоинфекции возбудитель попадает в очаг поражения из эндогенных очагов стрептококковой инфекции.

Патогенез: проникновение в очаг поражения контактным путем (через микротравмы кожи) или гематогенно-лимфогенно (при аутоинфекции) —> активация медиаторов аллергической воспалительной реакции (при наличии сенсибилизация определенных участков кожи к АГ стрептококка) —> развитие серозного или серозно-геморрагического воспаления с гиперемией, отеком и инфильтрацией пораженных участков кожи и подкожной клетчатки —> вовлечение в процесс сосудов микроциркуляторного русла, лимфатических капилляров, повреждение сосудистых стенок —> элиминация стрептококка благодаря активизации фагоцитоза и гуморальной иммунной системы с сохранением сенсибилизации кожи —> повторное попадание стрептококка —> склерозирование и запустевание повторно повреждающихся сосудов,

хронический лимфостаз вплоть до слоновости; помимо местных, характерны и общие проявления заболевания, обусловленные ферментами МБ.

Структура исследования: проспективное контролируемое исследование.

База для исследования: кафедра общей хирургии СтГМА, МУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Ставрополь.

Критерии включения в исследование: больные с различными клиническими формами рожи, находившиеся на лечении с сентября 2014 г. по январь 2018 г.

Критерии исключения из исследования: отказ больного от включения в группу для исследования. Методы исследования: бактериологический и метод ПЦР, иммуно-ферментный анализ. Метод ПЦР основан на амплификации ДНК стрептококка группы А при помощи фермента термостабильной ДНК-полимеразы, 4-дезоксинуклеозидтрифосфатов, являющихся структурными элементами ДНК и специфичных для ДНК *Streptococcus pyogenes* праймеров. На кафедре общей хирургии совместно с противочумным институтом сконструирована иммуноферментная тест-система: методами физической деструкции клетки *Str. Pyogenes* (экструзия, УЗ-воздействие) и модно-солевой экстракции получен полигрупповой стрептококковый антигенный комплекс. Для получения полигрупповой антистрептококковой сыворотки использована оригинальная схема иммунизации водорастворимыми антигенами кроликов породы шиншилла с использованием иммуномодулятора - феракрила. Исследовались сыворотки крови, полученные от больных с различными клиническими формами рожи. Методы статистического анализа данных: программы «Microsoft Excel» и «Biostat», t-критерий Стьюдента, непараметрические методы Вилкоксона, Уилла, Манна, Спирмена, дискриминантный анализ.

Исследуемая группа составила 98 больных: мужчин - 32 (32,6 %), женщин - 66 (67,4 %). Эритематозная форма диагностирована в 55,5 % случаев, эритематозно-буллезная в 19,1 %, эритематозно-геморрагическая в 6,8 %, буллезно-геморрагическая в 18,6 % случаев. Исследовалось содержимое булл и тканевая жидкость больных рожей с помощью бактериологических методов и ПЦР-диагностики. Полученные результаты: использование ПЦР в диагностике рожи позволило идентифицировать б-гемолитический стрептококк группы А (возбудителя рожи) в 91 % случаев, тогда как бактериологические методы были способны подтвердить клинический диагноз только в 40 %.

У больных с эритематозными формами заболевания при проведении иммуноферментного анализа в случае положительных реакциях сывороток крови больных в разведении 1:200 с магноиммунносорбентной тест-системой в 86 % случаев отмечено появление гнойных осложнений. У пациентов с геморрагическими формами при проведении аналогичного исследования в разведении сывороток больных 1:200 - в 92 % случаев отмечено появление гнойных осложнений, а при положительных реакциях в разведении сывороток крови больных в разведении 1:400 - в 96 % случаев развиваются некротические осложнения. Выводы:

Специфичность метода ПЦР превысила специфичность традиционных методик в 2 раза; время, необходимое для обнаружения возбудителя, сократилось с 4 суток (культуральный метод) до 4-5 часов (ПЦР), что позволило уменьшить количество гнойно-некротических осложнений более обследования с привлечением при необходимости специалистов соответствующего профиля.

Разработанная тест-система позволяет осуществлять контроль за течением воспалительного процесса и прогнозирование развития гнойно-некротических осложнений при роже.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

Петросянц С.В. [1], Зинченко Д.О. [2], Фирсов К.А. [2], Шапошников Б.С. [2], Ким Р.В. [3]

Научный руководитель: к.м.н. доцент Владимирова О.В.

[1] Новосибирский национальный исследовательский государственный университет

[2] Ставропольский государственный медицинский университет»

**[3] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.
И.П. Павлова**

Проблема профилактики и лечения патологических рубцов находится на стыке многих специальностей медицины, таких как дерматология, хирургические специальности и реабилитационная медицина, и даже психология и психиатрия, так как часто образование патологических рубцов у пациентов сопровождаются не только функциональными, но и эстетическими дефектами, что в свою очередь может провоцировать психологические нарушения. Патологические рубцы носят разнообразный характер и особое место среди них занимают атрофические рубцы. В данной публикации мы представляем несколько комбинированных методов лечения атрофических рубцов с описанием их эффективности в сравнении с монотерапией.

Цель исследования. Изучить эффективность применения комбинированных миниинвазивных методов лечения атрофических рубцов.

Материалы и методы. Проспективное контролируемое клиническое исследование 32 пациентов на базе ГБУЗ ГКБ №2 г. Ставрополя, отделения гнойной хирургии и ожогов в течение трех лет. Критерии включения в исследование: возраст от 19 до 26 лет (в среднем $22,7 \pm 1,5$ лет), наличие атрофического рубца (травматической этиологии с дальнейшим хирургическим лечением) в области лица и/или шеи, размером $4,4 \pm 0,2 \times 0,3 \pm 0,1$. Критерии исключения: острые инфекционные процессы, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, системные заболевания соединительной ткани, онкологическая патология в анамнезе, беременность, отказ пациента или невозможность выполнения протокола исследования. Качество жизни оценивалось при помощи системы SF-36, стартовые значения общего показателя качества жизни составляли $62,1 \pm 0,3$ балла для всех исследуемых пациентов. Последующее исследование качества жизни осуществлялось через 1 год, после завершения лечения. Для косметической оценки рубцов применялась шкала Stony Brook Scar Evaluation Scale (SBSES), она включает в себя оценку ряда параметров по двоичной системе (0 или 1 балл), общая оценка составляет от 0 (наихудший вид) и 5 (отличный вид) и The Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS), состоящая из двух частей. Первая часть – опросник для пациента с предложением оценки от 1 до 10 по следующим параметрам: болезненность, зуд, цвет, плотность, толщина, рельеф, сопоставимость с окружающими тканями. Вторая часть – таблица фиксации данных со стороны врача с предложением оценки от 1 до 10 по следующим критериям: васкуляризация, пигментация, толщина, рельеф поверхности, эластичность, площадь рубца (относительно исходной раны). Критерий «общая оценка внешнего вида рубца» в обеих частях шкалы не учитывается при расчетах результата. Стартовые значения для всех исследуемых пациентов по POSAS составили $P36O28$ ($p < 0,05$), а по шкале SBSES $2,15$ ($p < 0,05$). Пациенты были разделены на 3 группы. I группа ($n=10$) получала монотерапию в виде инъекций i-PRF 1 раз в неделю, 7 недель (изготовление инъектируемого материала производилось индивидуально из 20 мл аутокрови пациентов по протоколу разработанной методики), с перерывом в 3 месяца и повтором лечения. II группа ($n=11$) получала комбинированное лечение методикой мезонидлинг 1 процедура в неделю, в течение двух месяцев + i-PRF по схеме I группы исследования спустя 3 месяца после курса микронидлинга. III группа ($n=11$) получала лечение методикой микронидлинг по схеме II группы исследования + местное применение крем-мусса с коллагеном 1 раз в день в течение 2 месяцев с момента начала процедуры микронидлинга. Статистический анализ данных осуществлялся с использованием многофакторного дисперсионного анализа, межгрупповые различия оценивались с использованием критерия U Манна-Уитни при помощи пакета «BIOSTAT 2009 5.8.3.0».

Результаты. При оценке рубцов через 6 месяцев после лечения по системе POSAS – средний индекс в I группе исследования составил $P29,3/O22,2$, во II – $P24,2/O19,1$ ($p < 0,05$), а в III – $P27,4/O20,2$ ($p < 0,05$). Через год после проводимого лечения, значения составили в I группе – $P20,3/O18,2$, во II – $P17,5/O14,3$ ($p < 0,05$), а в III – $P21,3/O18,2$ ($p < 0,05$). По шкале SBSES в I группе исследования через полгода после начала лечения показатели имели значения $2,96$, во II группе –

3,87($p<0,05$), в III – 3,11 ($p<0,05$). Через год, после начала терапии значения составляли в I группе исследования 3,1, во II группе – 4,33 ($p<0,05$), а в III – 3,72 ($p<0,05$). Усредненные результаты оценки качества жизни после полного курса лечения пациентов I группы: соматический компонент составил 21,2 балла, психологический компонент – 25,4 балла, социальный компонент – 25,3 балла. Общий показатель качества жизни у больных первой группы исследования составил 71,9 балла; II группы исследования: соматический компонент составил 28,5 балла, психологический компонент – 30,4 балла, социальный компонент – 27,3 балла. Общий показатель качества жизни у больных II группы исследования составил 86,2 балла ($p<0,05$); у пациентов III группы соматический компонент составил 24,3 балла, психологический компонент – 26,3 балла, социальный компонент – 26,6 балла. Общий показатель качества жизни у больных первой группы исследования составил 77,2 балла ($p<0,05$).

Выводы. Выявлено преимущество методики, применяемой во II группе исследования, однако следует заметить, что эффективность в отдельных случаях была выше в III группе. Эффективность монотерапии атрофических рубцов достоверно ниже, чем применение комбинированных методов. Необходимы дальнейшее изучение и создание алгоритма поиска индивидуального подхода в зависимости от типа кожи, давности образования рубца и некоторых других параметров. Исследования продолжаются.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Расулов Н.А., Аблаев Э.Э.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Бутырский А.Г

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, ГБУЗ РК Симферопольская
клиническая больница скорой медицинской помощи № 6**

За последние годы, тиреоидэктомии с центральной лимфодиссекцией (ЦЛД) стала одним из основных методов оперативного лечения при дифференцированном раке щитовидной железы (РЩЖ) с метастатическим поражением лимфатических узлов данной области. Успехи лечения больных данной группы позволяет достичь 10-ти летней общей выживаемости у 90% больных, однако рецидивы продолжают создавать проблемы в ведении таких пациентов [3]. По данным Американской тиреоидологической ассоциации (АТА) рецидивы папиллярного рака возникают в 20-30% случаях из-за метастазов в шейные лимфатические узлы, при отсутствии явных признаков метастазирования по данным УЗИ или интраоперационно [1]. Данный факт побуждает хирургов к выполнению профилактической лимфодиссекции при интактных лимфатических узлах центральной зоны шеи. В ряде работ говорится об отсутствии достоверных данных по показателям безрецидивной и общей выживаемости при выполнении профилактической ЦЛД, однако выполнение оперативного вмешательства в таком объеме позволяет повысить точность стадирования опухоли и облегчает дальнейшее наблюдение и лечение [3]. Возможно, вопрос стоило закрыть, когда расширение объема операции преследует цель повысить выживаемость и предотвратить возникновение рецидивов, но технические трудности, риск осложнений (паралич верхнегортанного нерва, стойкий гипопаратиреоз) и как следствие необоснованное удаление тканей продолжает вызывать дискуссию среди сторонников и противников профилактической ЦЛД.

Цель: дать оценку ближайших результатов выполнения профилактической ЦЛД при РЩЖ.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 42 больных с дифференцированным РЩЖ, которые находились на лечении в хирургическом отделении Клинического медицинского многопрофильного центра Святителя Луки ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И.Вернадского» за 2011-2017 гг. Медиана возраста 52,03 (от 24 до 80 лет), мужчин и женщин - 1:13,1. Первичный диагноз осуществлялся по сбору жалоб, анамнеза, УЗИ щитовидной железы с последующей ТАПБ (тонкоигольной аспирационной биопсии) узлового образования для исследования цитоморфологической структуры и решения выбора оперативного вмешательства; функциональное состояние железы оценивали по уровню гормонов в крови (ТТГ, Т4, Т3, кальцитонина). Окончательный диагноз устанавливался по результатам экстренного,

окончательного гистологического и иммуногистохимического исследований. Основным объемом оперативного вмешательства – тиреоидэктомия, был дополнен профилактической ЦЛД при интактных лимфатических узлах центрального коллектора по данным УЗИ. Согласно классификации TNM (2009), преобладали больные с опухолью в пределах щитовидной железы, не прорастающие капсулу щитовидной железы T1-T2 – 73,8% (n=31), тогда как T3- в 26,2% (n=11), (с прорастанием капсулы). Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета программ Microsoft Office 2010.

Результаты исследования. Гистологическая структура опухолей щитовидной железы среди прооперированных больных представлена дифференцированным типом, формы которого распределились следующим образом: папиллярная карцинома —69,05% (n=29), фолликулярный рак 19,05% (n=8) и медулярный рак 11,90% (n=5). Ввиду более агрессивного течения медулярного рака через месяц, 3 месяца и полгода после тиреоидэктомии таким пациентам определялся уровень кальцитонина, при высоких показателях которого рекомендовалась УЗИ, для определения дальнейшей тактики. В нашем исследовании, был 1 случай, при котором через полгода высокий уровень кальцитонина, результаты УЗИ лимфатических узлов шеи с последующей ТАПБ позволил заподозрить рецидив заболевания, что сделало необходимым к выполнению повторной операции - боковой лимфодиссекцией (II-V групп). На наш взгляд, в данном случае речь идет не сколько не рецидиве, а сколько не выявленный первично регионарный метастаз. В послеоперационном периоде явления послеоперационного пареза гортани выявлены у 21,4% (n=9) больных, кровотечения в 2,38% (n=1). Парез имел характер транзиторного и на момент контрольного осмотра (через 6 месяцев) успешно разрешался. Гематома послеоперационной раны выявлена в 7,14% (n=3), при этом во всех случаях прибегали к эвакуации геморрагического содержимого пункционным способом без ревизии раны. К сожалению, объем предоперационного исследования, включая УЗИ органов шеи, ТАПБ, ряд лабораторных методов далеко не всегда позволял сделать вывод о клиническом течении, распространении и характере опухолевого процесса, что вынуждало к принятию некоторых решений интраоперационно. Особенно, это имело место при опухолях ЩЖ малых размеров (до 3-х см) в пределах T1-T2. Нами выявлены 2 случая раннего рецидива в сроки до 6-месяцев папиллярной формы рака в область боковой лимфатической группы, при котором была выполнена повторная операции – боковая лимфодиссекция. Повторное вмешательство в таких случаях сопровождается значительными техническими трудностями.

Вывод. Независимо от размеров и распространенности опухолевого процесса, выполнение профилактической ЦЛД при дифференцированном раке ЩЖ мы считаем оправданным. Во-первых, одномоментное удаление лимфатических узлов данной области позволяет снизить вероятность рецидивов, метастатическую диссеминацию и вероятности повторной операции. Во-вторых, количество осложнений, возникающие при операции в таком объеме не превышают число при изолированной тиреоидэктомии, согласно нашим данным и в сравнении с данными литературы.

Список литературы.

1. Кузнецов Ю.В. Неадекватные операции при раке щитовидной железы: автореф.дисс.канд.мед.наук. – СПб., 2016. -21с.
2. Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Криволапов Д.С., Пришвин А.П. Концепция диагностики и лечения хирургических заболеваний щитовидной железы. Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Т.3, №2 – С.163 – 170.
3. Савенок Э.В., Минакова Е.С., Рыжих О.В., Панов Е.Д., Карапетян Е.А., Анализ частоты рецидива и метастазов высокодифференцированного рака щитовидной железы// Опухоли головы и шеи. – 2015. – С.19 – 21.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Розенфельд И. И., Чиликина Д. Л.

Тверской государственный медицинский университет

Вопрос о фиксации имплантата является крайне актуальным. По данным Sajid M. S. отсутствие фиксации не повышает риск его миграции или возникновения рецидива грыжи, но данная апробация методики при ГПОД не была проведена. В работе Tam K. W. говорится, что выполнение хирургической операции без фиксации сетки не влечёт к повышению рецидивов [1, 3, 4].

Для предупреждения рецидивов рекомендуется использовать сетку размером 10×15 см, при размерах грыжи более 4 см имплантировать сетку с большими параметрами, например, 12×19 см [2].

По данным исследований I и II уровня доказательности, жёсткие полипропиленовые и композитные материалы — самые надёжные в плане профилактики рецидивов, а сетчатые имплантаты дают осложнения с частотой 2–25%. Биологические имплантаты наоборот, хотя и дают минимальный процент осложнений, но частота анатомических рецидивов (АР) при их использовании — 10–50%, что является неприемлемым [2].

Цель исследования: описание преимуществ концепции методики двухслойной аллогерниопластики частично рассасывающимся облегчённым сетчатым имплантатом.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 124 пациента: 66 больным контрольной группы I проводили пластику по традиционному методу; 58 человек — исследовательская группа II, им выполняли оригинальный фиксационный способ. В исследовании проводился анализ непосредственных и отдалённых результатов 58 пациентов (51 мужчина и 7 женщин), находившихся отделении по поводу лечения больших грыж (10–20 см²) и в основном гигантских ГПОД (более 20 см²) с выполнением методики «TAPP». Им выполнялся оригинальный способ двухслойной аллогерниопластики пищевода отверстия диафрагмы на основе «биокарбона медицинского»®. Все они прошли повторную диагностику в обеих наблюдательных точках. Основная группа без фиксации имплантата (n = 37) и группа с фиксацией (n = 21) были репрезентативны по возрасту (52,0 ± 10,5 лет и 57,0 ± 13,0 лет) и ИМТ. (25,1 ± 2,7 кг/м² и 25,3 ± 2,7 кг/м²). Критерии включения в исследование: возраст старше 18 лет, отсутствие соматической патологии, информированное согласие пациента.

Операцией выбора при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ассоциированной с ГПОД, признана пластика пищевода отверстия диафрагмы и фундопликация по Ниссену, эффективность которой составляет 86–95%. Наиболее часто используются варианты фиксации: фиксация сетки поверх ножек диафрагмы после крурорафии и фиксация краёв сетки к ножкам диафрагмы без крурорафии [3]. На базе хирургического отделения «Областной клинической больницы» и государственной клинической больницы № 7 города Твери в 2014 году автором предложен оригинальный способ двухслойной аллогерниопластики медицинским биокарбоном с фиксацией сетки позади ножек диафрагмы в комбинации с крурорафией. Облегчённый имплантат состоит из двух слоёв: первый частично рассасывается, второй — биокарбоновая плёнка на основе карбита. Структура позволяет снизить риск АР, так как при классической методике может формироваться грубая рубцовая ткань.

Результаты оценивались в рамках пилотного исследования по шкале «VAS». Пациенты опрашивались перед операцией, на 3-й день после операции и через 1 год. Критический уровень значимости был менее 0,05 по Пирсону.

Результаты и обсуждения: впервые представлена оригинальная концепция аллогерниопластики для лечения больших и гигантских ГПОД. Предложенная методика основана на клинических рекомендациях «SAGES» [4].

По контрольной группе необходимо отметить, что болевой синдром отмечался у 53,3% пациентов. У 7 больных степень интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале составила 1–3 балла, один отмечал умеренную боль по аналоговой шкале в 4–6 балла, у одного пациента из группы с фиксированным протезом наблюдался сильный болевой синдром (7–10 баллов).

Болевой синдром в экспериментальной группе пациентов значительно уменьшился в послеоперационном периоде, по визуальной аналоговой шкале составил 1–3 балла у подгруппы Б. Ни у одного из пациентов основной группы не отмечалось сильной хронической боли. Средняя максимальная интенсивность боли по аналоговой шкале составляла до операции 2,70 ± 2,90 и 3,30

$\pm 2,30$ в 1-й послеоперационный день. На 3-й день болевые ощущения по аналоговой шкале снизились до $1,60 \pm 1,70$, а через 1 год после операции составили $0,65 \pm 1,70$ ($p < 0,001$). В то время как 42,0% пациентов контрольной группы I описывали после операции ограничение физической активности из-за боли, у одного из них через 1 год после оперативного вмешательства не отмечалось данных жалоб.

Выводы:

1. Выявлена проблема в хирургическом лечении ГПОД, проявляющаяся в высоком риске возникновения болевого синдрома и риска рецидивов при ГПОД.
2. Доказана перспектива оптимизации хирургического метода для профилактики АР на основе оригинального способа аллогерниопластики.
3. Получены положительные клинические результаты новой методики по болевому синдрому.

Список литературы.

1. Баулин А. А. От оперативного лечения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы до оперативного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. А. Баулин, В. А. Баулин, О. А. Баулина, В. А. Стародубцев // Хирургия. — 2017. — С. 31–33.
2. Грубник В. В. Методы лапароскопической фундопликации / В. В. Грубник, В. В. Ильяшенко, А. В. Грубник, А. В. Малиновский // Клиническая хирургия. — 2017. — Т. 5, № 6. — С. 23–24.
3. Розенфельд И. И. Классификация негативных результатов лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, В. А. Акопян // Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых учёных-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению». — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых учёных и студентов. — 2018. — С. 856–858.
4. Bittner R. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia (International endohernia society [IEHS]) / R. Bittner, E. Arregui, T. Bisgaard et al. // Surgical Endoscopy. — 2016. — № 25. — P. 2773–2843.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Розенфельд И. И., Чиликина Д. Л.

Тверской государственный медицинский университет

Важную роль в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) играет размер дефекта: малый с площадью дефекта менее 5 см², средний — 6–10 см², большой — 11–20 см², гигантский — более 20 см².

Сложность в хирургии больших и гигантских ГПОД — большое количество анатомических рецидивов (АР). Согласно рекомендациям «SAGES» результаты аллопластики пока недостаточно убедительны [6].

Цель исследования: анализ хирургического лечения больших и гигантских ГПОД, определение наиболее эффективного метода их пластики.

Материалы и методы: Анализ литературы по проспективным рандомизированным исследованиям (ПРИ) лечения ГПОД, а также оценка результатов собственного опыта пластики при больших и гигантских ГПОД.

Результаты и обсуждения: По данным литературы при больших и гигантских ГПОД показано лечение с использованием аллопластики и крурорафии [2]. Проведение лапароскопических операций — серьёзная проблема, особенно в осложнённых и urgentных случаях. Согласно Nguyen N. Т. лапароскопия по поводу ГПОД больших и гигантских размеров выполнена в 81% случаев, при наличии осложнений в 57%. [8]. В работе Ballian N. частота послеоперационных осложнений достигла 20%, осложнённые случаи дали риск летальности 88% [3].

Вторая проблема — частота АР, составляющая при крурорафии 40%, а при оценке отдалённых результатов 60% [7]. Её снижение возможно при аллопластике. У Huddy J. R. частота

АР составила — 25,5% с пластикой синтетическими имплантатами и 14,5% с пластикой биологическими имплантатами [5]. В обзоре Targarona E. M. частота АР практически одинакова. [9].

Проанализируем результаты собственного исследования с 2008 по 2015 год по поводу ГПОД на базе Тверской областной клинической больницы, основанного на 280 историях болезни и практики. Больные распределены на группы по методике Granderath F. A. [4]. Средний возраст пациентов 52,6 лет.

Первая группа — 122 пациента с большими ГПОД, которым выполнялась крурорафия (подгруппа А — 47 человек) или аллопластика (подгруппа Б — 75 человек). В подгруппе Б у 40 пациентов использовалась «onlay» пластика имплантатом, а у 35 больных — пластика с использованием оригинального имплантата.

Вторая группа — 148 пациентов с гигантскими ГПОД, которым выполнялась аллопластика (подгруппа А — 108 человек) или новая методика ненатяжной аллопластики (подгруппа Б — 40 человек). В подгруппе А у 32 пациентов использовалась «onlay» пластика полипропиленовым имплантатом, а у 76 больных — «sublay» пластика с использованием оригинального имплантата. Автор использует методику лапароскопической двухслойной аллогерниопластики пищевода отверстия диафрагмы облегчённым сетчатым двухслойным имплантатом: первый слой частично рассасывается, второй слой — биокарбоновая плёнка на основе карбита [1]. Частота АР между подгруппой А и подгруппой Б 1-й группы отличалась в пользу аллопластики ($p = 0,0011$), а частота дисфагии — в пользу крурорафии ($p = 0,0220$). Сравнение методик аллопластики имплантатом «onlay» и авторской выявило увеличение частоты дисфагии при использовании первого — 13,6% по сравнению с 3,6% соответственно ($p = 0,0008$). Данные об отсутствии рецидивов и одновременно пищеводных осложнений получены нами первыми. С учётом результатов нами в 2015 году начато ПРИ эффективности нового метода по сравнению с остальными.

Выводы: Выявлена проблема лечения больших и гигантских ГПОД. Практическим путём доказано, что при больших ГПОД оптимальной техникой является оригинальная методика и что при гигантских ГПОД перспективным методом является ненатяжная пластика биокарбоновым частично рассасывающимся сетчатым имплантатом.

Список литературы.

1. Адамян А. А. Биокарбон, способ его получения и устройство для его осуществления / А. А. Адамян, В. Г. Бабаев, М. Б. Гусева и другие // Патент на изобретение № 2095464. — Опубликовано 1997.
2. Розенфельд И. И. Классификация негативных результатов лапароскопических операций при грыжах пищевода отверстия диафрагмы / И. И. Розенфельд, В. А. Акоюн // Материалы XII Международной научно-практической конференции студентов и молодых учёных-медиков «Молодежь — практическому здравоохранению». — Тверь: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России. Совет молодых учёных и студентов. — 2018. — С. 856–858.
3. Ballian N. A clinical prediction rule for perioperative mortality and major morbidity after laparoscopic giant paraesophageal hernia repair / N. Ballian, J. D Luketich, R. M Levy et al. // Journal of thoracoscopic and cardiovascular surgery. — 2013. — Vol. 145, № 3. — P. 721–729.
4. Granderath F. A. Laparoscopic Nissen fundoplication with prosthetic hiatal closure reduces postoperative intrathoracic wrap herniation: preliminary results of a prospective randomized functional and clinical study / F. A Granderath, U. M. Schweiger, T. Kamolz et al. // Archives of surgery. — 2005. — Vol. 140, № 1. — P. 40–48.
5. Huddy J. R. Laparoscopic repair of hiatus hernia: Does mesh type influence outcome? A meta – analysis and European survey study / J. R Huddy, S. R Markar., M. Z. Niet al. // Surgical endoscopy. — 2016. — Vol. 30, № 12. — P. 5209–5221.
6. Kohn G. P. Guidelines for the management of hiatal hernia / G. P. Kohn, R. R. Price, S. R. De Meester, J. Zehetner // Surgical endoscopy. — 2013. — Vol. 27, № 12. — P. 4409–4428.
7. Moher D. Consort 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials / D. Moher, S Hopewell, K. F. Schulz et al. // International journal of surgery. — 2012. — Vol. 10, № 1. — P. 28–55.
8. Nguyen N. T. Utilization and outcomes of laparoscopic versus open paraesophageal thernia repair / N. T. Nguyen, C. Christie, H. Masoomi et al. // The American surgeon. — 2011. — Vol. 77, № 10. — P. 1353–1357.

9. Targarona E. M. Long – term outcome and quality of life after laparoscopic treatment of large paraesophageal hernia / E. M. Targarona, S Grisales, O Uyanik. et al. // World journal of surgery. — 2013. — Vol. 37, № 8. — P. 1878–1882.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ (БОЛЕЗНИ ВЕГЕНЕРА), ПРОТЕКАЮЩЕГО С РАЗВИТИЕМ ВТОРИЧНОГО СИНДРОМА ШЕГРЕНА

Рябенченко Н.Н., Черников С.С.

Научный руководитель: Ибишев Х.С.

Ростовский государственный медицинский университет

Бесплодие – полиэтиологическое заболевание. Установление причины и лечение представляет зачастую серьёзные сложности. На сегодняшний день считается, что мужчины и женщины осуществляют равный вклад в статистику пар с данным недугом. До 25 % мужского бесплодия – идиопатическое [1]. Соответственно, поиск причин представляет научный интерес.

По существующим данным вполне вероятным представляется влияние ВПЧ на качество спермы. Мета-анализ распространённости ВПЧ показал, что в общей популяции в среднем она составляет 10 %, среди инфертильных мужчин – 16 %. [2] Множество исследований демонстрируют негативное влияние ВПЧ на ряд параметров сперматозоидов. Образцы, положительные по ВПЧ, были связаны с аномальной вязкостью, гипоспермией, более высоким значением pH и увеличенным числом лейкоцитов, подвижностью спермы и процентом морфологически нормальных сперматозоидов. [6, 8] В некоторых подобную связь отрицают вовсе. [4, 5] В одном из обзоров эти результаты были собраны воедино: изменяемые параметры отличались от исследования к исследованию, не был раскрыт патогенез влияния. Высказано предположение о том, что возможный механизм это встраивание вируса в ДНК сперматозоидов, а затем нарушение развития зиготы [3]. В частности, такую позицию подтверждают 2 исследования влияния ВПЧ-инфекции на ход ЭКО. [6, 9]

Целью нашей работы было установить распространенность ВПЧ среди мужчин с идиопатическим бесплодием и среди обратившихся по иным причинам в клинику РостГМУ. Главная гипотеза состоит в том, что инфицированность ВПЧ в исследуемой группе выше, чем в контрольной.

Актуальность заключается, во-первых, в том, что добавляется статистический материал для общего анализа из нашей страны, увеличивая географический охват исследований. Во-вторых, в статье рассматривается исключительно идиопатическое бесплодие, которое устанавливалось в результате строгого отбора.

Материалы и методы: исследование осуществлялось на базе урологического отделения РостГМУ. Проведён ретроспективный анализ ПЦР мазков соскоба из уретры на наличие ВПЧ, а также историй болезни на наличие или отсутствие диагноза «Идиопатическое бесплодие».

Общая выборка – 197 пациентов. В неё вошли 2 группы. Критерии включения в первую, соответственно, подтвержденный диагноз бесплодия, а также возраст 25-40 лет. Объём: 45 мужчин. Критерии невключения: установленная причина инфертильности. Вторая группа (контрольная) составила 152 пациента. Критерии включения: возраст 25-40 лет, отсутствие диагноза бесплодие.

Для статистической обработки применялся критерий хи-квадрат Пирсона, так как выборки независимые, а показатели номинальные.

Результаты и обсуждение: 17 (37.8%) исследуемых первой группы имеют положительный результат по ВПЧ ПЦР-теста. 29 (20 %) членов второй группы заражены ВПЧ. По критерию хи-квадрат $p=0.004$ [ОШ 2.88, ДИ 95 % 1.38 – 6], различия статистически значимы.

Работа имеет ограничения. В качестве контрольной группы выделили лиц, обратившихся в РостГМУ вне зависимости от повода, а не истинно фертильных мужчин. Однако, как предполагается, среди них уровень заражения ВПЧ должен быть выше, чем среди здоровых мужчин, поскольку обратившиеся в урологическое отделение чем-либо больны. Также получены аномально высокие значения распространенности инфекции. Авторам не удалось полноценно

объяснить это явление, за исключением возможных колебаний в зависимости от региона и клинической базы.

Выводы: различия в распространенности ВПЧ среди мужчин с идиопатической инфертильностью и мужчин, обратившихся по другому поводу, статистически значимы. При таком уровне распространения ПВИ среди мужчин с бесплодием значение ВПЧ в его развитии представляется вполне вероятным. Выглядят обоснованными дальнейшие эпидемиологические исследования общей популяции в контексте зараженности ВПЧ, а также сравнение распространенности идиопатического бесплодия среды носителей и не носителей ВПЧ.

Список литературы.

1. Jungwirth A. Guidelines on Male Infertility / A. Jungwirth [et al.] // European Association of Urology. – 2017. – 42 p.
2. Laprise C. Prevalence of human papillomaviruses in semen: a systematic review and meta-analysis / C. Laprise [et al.] // Hum Reprod. – 2014. – 29 (4). – P: 640-651.
3. Gizzo S. Male and Couple Fertility Impairment due to HPV-DNA Sperm Infection: Update on Molecular Mechanism and Clinical Impact—Systematic Review / S. Gizzo [et al.] // Biomed Res Int. – 2014. – 230263.
4. Golob B. High HPV Infection Prevalence in Men from Infertile Couples and Lack of Relationship between Seminal HPV Infection and Sperm Quality / B. Golob [et al.] // Biomed Res Int. – 2014. – 956901.
5. Luttmer R. Presence of human papillomavirus in semen in relation to semen quality / R. Luttmer [et al.] // Hum Reprod. – 2016. – 31 (2). – P. 280-286.
6. Damke E. Male Partners of Infertile Couples with Seminal Infections of Human Papillomavirus Have Impaired Fertility Parameters / E. Damke E. [et al.] // Biomed Res Int. – 2017. – 4684629.
7. Perino A. Human papillomavirus infection in couples undergoing in vitro fertilization procedures: impact on reproductive outcomes // Fertility and Sterility. – 2011. – Vol. 95. Is. 5. – P. 1845 – 1848.
8. Yang Y. Correlation between HPV sperm infection and male infertility / Y. Yang [et al.] // Asian J Androl. – 2013. – 15 (4). – P. 529–532.
9. Steven D. Prevalence of cervical human papillomavirus in women undergoing in vitro fertilization and association with outcome / D. Steven [et al.] // Fertility and Sterility. – 2006. – Vol. 86. Is. 3. – P. 765 – 767.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Салпагарова Ф. Б., Мехтиева Э. Т.

Научный руководитель: Бондаренко А. Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Варикозная болезнь вен нижних конечностей (ВБВНК) – одно из самых распространенных заболеваний сосудистой системы. По современным статистическим данным той или иной формой варикоза страдает до 50-60% жителей нашей планеты (40% женщин и 17% мужчин), а явления хронической венозной недостаточности можно обнаружить у 80% населения Земли [2]. Задачей оперативного пособия при ВБВНК является: устранение патологического вено-венозного сброса крови – рефлюкса и удаление варикозно трансформированных вен. Одним из методов ликвидации вертикального рефлюкса при лечении хронических заболеваний вен является радиочастотная абляция (РЧА) [1].

Цель исследования.

Сравнительная оценка эффективности радиочастотной абляции вен и классической флебэктомии.

Материал и методы исследования.

Был проведен ретроспективный сравнительный анализ, для сравнения ультразвуковых и клинических данных применения РЧА и классической флебэктомии. В период с 03.2015 по 07.2018 гг. проведено лечение 149 больных с подтвержденной первичной несостоятельностью

большой подкожной вены класса C2, C3 по классификации CEAP на одной из конечностей. В контрольной группе, численностью 73 пациента, проводилась классическая флебэктомия. В основной группе, численностью 76 пациентов, выполнялась РЧА.

У больных контрольной группы применялся классический способ флебэктомии, включающий 4 этапа: 1. Кроссэктомия – перевязка и пересечение большой подкожной вены в районе впадения в глубокую вену. 2. Перевязка перфорантных вен для предотвращения сброса крови в поверхностную систему. 3. Стриппинг – удаление ствола больной вены. 4. Минифлебэктомия – непосредственное удаление участков варикозно расширенных узлов и вен через небольшие единичные проколы кожи. Операция выполнялась под внутривенной или спинальной анестезией.

В основной группе выполнялось РЧА с использованием аппарата VNUS™ и радиочастотные катетеры ClosureFAST™.

Данное вмешательство проводится путем венепункции с использованием ангиографического набора 7F, либо путем катетеризации БПВ в дистальной точке рефлюкса. Операция осуществлялась под тумесцентной анестезией, которая рассчитывалась в дозе 10 мл на 1 см вены, в среднем 300-400 мл раствора лидокаина в концентрации 0,05%, разведенного с помощью 0,9% раствора натрия хлорида. Проводилась анестезия под ультразвуковым контролем. Позиционировался конец катетера в 2 см от сафенофеморального соустья, дистальнее v.epigastrica superficialis. В соответствии с рекомендациями производителя РЧА катетером ClosureFAST проводилась с фиксированной температурой в 120°C на протяжении 20 секунд в автоматическом режиме. В приустьевом отделе БПВ выполнялось два цикла воздействия, затем на каждые последующие 7 сантиметров в дистальном направлении-1 цикл воздействия. В послеоперационном периоде на конечность накладывался бандаж с валиком, для эксцентрической компрессии одевался компрессионный трикотаж в проекции целевой вены.

Результаты.

Контрольное дуплексное сканирование проводилось всем пациентам основной группы. При этом окклюзивный тромбоз отмечался у 73% пациентов уже на 2-е сутки после РЧА. У 92% больных стойкий положительный эффект наблюдался к исходу 4-х недель.

В послеоперационном периоде при сравнении двух групп была использована 10- балльная цифровая рейтинговая шкала. Шкала имеет градацию от «0» до «10», где «0»-нет боли, а «10»-максимально возможная боль. В основной группе отмечался значительно меньший уровень боли через 2, 7 и 14 суток.

Аналогичным образом проведено сравнение обеих групп по уровню нарушения чувствительности и появлению парестезий. В основной группе отмечалось меньше случаев нарушения чувствительности через 2 суток, 7 и 14 суток.

При применении РЧА экхимозы размером более 25 % площади, подвергшейся воздействию наблюдался в четырех случаях (5,1%), по сравнению с 32 пациентами (43,8%) в группе с классической флебэктомией.

Также было проведено сравнение качества жизни по веноспецифическому опроснику CIVIQ, в котором отражены основные факторы: болевой, физический, психологический и социальный.

При оценке полного спектра параметров послеоперационного восстановления и качества жизни метод РЧА был предпочтительней классической флебэктомии. Наиболее значимо было суммарное соотношение при РЧА и классической флебэктомии со 2-х по 14 сутки послеоперационного периода ($21,6 \pm 2,12$ балла и $34,3 \pm 8,01$ балла соответственно)

Выводы.

1. При одинаковой надежности ликвидации патологического венозного рефлюкса, после РЧА наблюдается более низкий уровень послеоперационной боли, в течение первых 14 суток, чем при классической флебэктомии.

2. В соответствии с веноспецифическим опросником «CIVIQ2» РЧА обеспечивает лучшее качество жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде.

3. Радиочастотная абляция является высокоэффективным и безопасным методом ликвидации патологического венозного вертикального рефлюкса в магистральных подкожных венах диаметром до 2 см и превосходит классическую флебэктомию по сочетанию надежности устранения рефлюкса, уровня боли, площади подкожных кровоизлияний и парестезии.

Список литературы.

1. Беленцов С.М., Веселов Б.А., Чукин С.А., Эктова М.В., Макаров С.Е. Критерии отбора пациентов для радиочастотной абляции магистральных венозных стволов при варикозной болезни, ближайшие и отдаленные результаты//Ангиология и сосудистая хирургия. 2013. Т. 19. № 4. С. 177-181
2. Кулакова А.Л. Современные методы лечения варикозной болезни нижних конечностей//Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 12. С. 47-51

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сторожилова Ю.Н., Верясова И.О., Верясова Ю.О.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Кондрашов Н.И.

Оренбургский государственный медицинский университет

В России система организации диагностики и лечения рака ободочной кишки выглядит следующим образом: 1) первичное выявление заболевания и постановка предварительного диагноза проводятся в поликлиниках общей лечебной сети; 2) непосредственно хирургическое или комбинированное лечение выполняются в специализированных онкологических лечебных учреждениях. Тем не менее часть больных госпитализируется для диагностики и лечения не в специализированные онкологические стационары, а в те медицинские учреждения, которые оказывают неотложную хирургическую помощь. Это часто самым непосредственным образом касается пациентов с опухолями ободочной кишки в связи с развитием осложнений (острая кишечная непроходимость, перфорация в зоне опухоли), требующих госпитализации в экстренном порядке в общехирургический стационар, точной и быстрой дифференциальной диагностики с другими, неонкологическими, заболеваниями органов брюшной полости с использованием максимально возможного объема диагностических и лечебных мероприятий в течение короткого промежутка времени [2]. По данным НИИ им. П.А. Герцена, ежегодно в России регистрируются около 6.7% впервые выявленных опухолей ободочной кишки. Максимальные показатели заболеваемости опухолями ободочной кишки отмечаются в возрастной группе 70-79 лет. Причем частота заболеваемости в общей популяции начинает возрастать у пациентов после 40 лет [1]. Оперативные вмешательства, выполняемые пациентам при раке ободочной кишки по неотложным показаниям, помимо спасения жизни, преследуют цель как можно более радикального излечения самой опухоли, послужившей причиной развития осложнений и госпитализации [1].

Целью данного исследования было изучение результатов хирургического лечения пациентов с острой кишечной непроходимостью опухолевой этиологии в «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лабораторно-инструментального обследования и оперативного лечения 128 пациентов в возрасте от 24 до 95 лет за 2013-2017 г. Использованы статистический и аналитический методы анализа.

Результаты исследования. Изучено 128 случаев лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) раковой этиологии в период с 2013 по 2017 годы. Распределение по годам: 2013 г.-21 случай, 2014 г.-20, 2015 г.-22, 2016 г.-27, 2017 г.-30.

Из них мужчин было 65, женщин - 63. Распределение по полу и возрасту было следующим: мужчины в возрасте 20-30 лет – 1 случай, 31-40 лет – 2, 41-50 лет – 2, 51-60 лет – 10, 61-70 лет – 27, 71-80 лет – 17, 81-90 лет – 5, старше 90 лет – 1 случай. У женщин в возрасте 20-40 лет не выявлено ОКН раковой этиологии, однако в возрасте 41-50 лет уже 2 случая, 51-60 лет – 7, 61-70 лет – 18, 71-80 лет – 27, 81-90 лет – 6, старше 90 лет – 3 случая.

Локализация опухоли была следующей: в сигмовидной кишке 55 случаев, в ректосигмоидном отделе - 21, в селезеночном углу - 13, в печеночном - 12, в слепой кишке - 10, в восходящей ободочной - 7, поперечно ободочной - 6 и нисходящей - 4.

У мужчин ОКН раковой этиологии встречалась наиболее часто в возрасте от 61 до 70 лет, а у женщин в 71-80 лет. Больные поступили экстренно в состоянии средней и тяжелой степени тяжести. Время появления клиники кишечной непроходимости до обращения за хирургическую помощью составляло от 2 до 14 суток. С целью обследования и установления локализации ОКН до

оперативного лечения больным были выполнены: обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, рентгенография с контрастным веществом в динамике.

Все больные оперированы. Им были выполнены следующие виды операций: правосторонняя гемиколэктомия -24 случая, левосторонняя гемиколэктомия - 6, резекция поперечно-ободочной кишки -2, резекции сигмовидной кишки - 14, операция Гартмана – 29, выведение коло- и энтеростом на различных уровнях – 3, расширенная колэктомия – 1, наложение илеостомы -9, наложение сигмостомы -31, наложение транверзостомы -5, наложение цекостомы - 4.

При оперативном лечении были обнаружены следующие осложнения: некроз стенки кишки с перфорацией -16, перитонит -47, параканкротный инфильтрат -7, опухоль с прорастанием в брыжейку, предстательную железу, ректо-сигму -4, метастазы в печень -1, метастазы в большой сальник -1, кровотечение -5, распад опухоли -9.

Послеоперационная летальность составила 10 пациентов. Смерть больных, как правило, наступала вследствие полиорганной недостаточности, развившейся в результате позднего обращения за медицинской помощью (2-11 суток). Средний срок пребывания больных в стационаре составил от 13 до 15 суток.

Выводы:

1. Возраст больных составил от 61 до 94 лет, причём мужчины чаще болеют в возрасте 61-70, а женщины 71-80 лет.

2. При поступлении больных с клиникой частичной кишечной непроходимости целесообразно провести комплекс обследования и консервативного лечения с целью подготовки их к плановому оперативному лечению.

3. В случаях отсутствия эффекта от проведённого комплексного лечения – оперативное лечение в экстренном порядке с целью спасения жизни пациента.

4. Основным методом хирургического лечения острой кишечной непроходимости опухолевой этиологии, применяемого для спасения жизни пациентов, по результатам нашего исследования, является операция Гартмана в различных её модификациях.

5. Принадлежность пациентов к старшим возрастным группам, по нашим данным, не уменьшила уровень резектабельности рака ободочной кишки.

Список литературы.

1. Важенин, А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В. Важенин, Д.О. Маханьков, С.Ю. Сидельников // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. -№4. – С. 49-53.

2. Клиническая хирургия. Национальное руководство. М., 2008.

СИНДРОМ ИВЕМАРКА У НОВОРОЖДЁННОГО Шидаков И.Х., Калниязов Б.М., Шавтикова А.Т. РГБЛПУ Республиканский перинатальный центр

Синдром Ивемарка (СИ) является поликомпонентным заболеванием, из группы гетеротаксических синдромов, при которых происходит сбой в лево-правой асимметрии внутренних органов и нарушение уникальной ориентации и пространственных отношений, приводящее к формированию правого (гетеротаксия с аспленией) или левого изомеризма (гетеротаксия с полиспленией).[3]

Встречаемость заболевания составляет 1 на 10000 – 40000 живорождённых детей и 1% от всех врождённых пороков сердца (ВПС). [2,5]

Для клинической картины СИ характерны тяжёлые ВПС: аномалии положения и позиции сердца, дефекты перегородок сердца, патология клапанов камер сердца, пороки развития сосудов сердца и т.д. Часто поражаются лёгочные артерии, нижняя полая, печёночные, воротная вены, чревный ствол и брыжеечные артерии [1, 2, 5]. К числу основных экстракардиальных проявлений СИ относятся пороки развития лёгких, поджелудочной железы (ПЖЖ), кишечника, печени, желудка. Основным же диагностическим критерием для постановки правого изомеризма является аспления. [1,3].

Заболевание манифестирует, как правило, в первые сутки после рождения ребёнка. Именно мальформации сердечно-сосудистой системы обуславливают, в наибольшей степени, степень тяжести и клинические проявления заболевания у таких больных при рождении. Степень выраженности сердечной недостаточности зависит от сложности ВПС и от выраженности нарушений кровообращения (НК). Внесердечные проявления обнаруживаются либо сразу при рождении, в таком случае речь идёт о декомпенсации функции поражённого органа, наступившего внутриутробно; либо выявляются случайно при обследовании больного. Лишь 5 – 10 % пациентов с синдромом правого изомеризма не имеют серьёзных пороков развития, такие случаи, как правило, диагностируются после смерти.

Клинический случай.

Ребёнок Б, родилась от 3 беременности матери, протекавшей на фоне анемии, кольпита, 3 преждевременных родов в 37 недель гестации, ОША - 6 -7 баллов, кардиореспираторная депрессия. На 2 – е сутки состояние больного ухудшилось, диагностировано гипоксическое поражение ЦНС. По сан/авиации ребёнок был переведён в Республиканский перинатальный центр.

На момент поступления, состояние больного тяжёлое, обусловлено выраженным угнетением ЦНС, дыхательной, почечной недостаточностью, нарушениями кровообращения, электролитными сдвигами. Выраженная мраморность кожных покровов, умеренный дистальный цианоз. На ИВЛ, с аппаратом синхронен, отмечалось притупление перкуторного звука паравертебрально. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Пульс слабого наполнения. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах, патологические объёмные образования не определяются. Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание самостоятельное.

Выставлен диагноз: Синдром дыхательных расстройств тяжёлой степени. Внутриутробная гипоксия.

При УЗИ брюшной полости было установлено отсутствие селезёнки в типичном месте. УЗИ почек: признаки гипоплазии обеих почек, дуплексные признаки отсутствия адекватного кровоснабжения. Рентгенография органов грудной полости: признаки левосторонней диафрагмальной грыжи.

Эхокардиограмма: правостороннее леворасположенное сердце. ВПС: атриовентрикулярный канал (АВК), полная форма (первичный дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), общий атриовентрикулярный клапан. Недостаточность АВ клапана 2 – 3 степени. Несбалансированный вариант, выраженная дилатация правых отделов, гипоплазия левого желудочка. Коарктация аорты. Открытый артериальный проток.

В связи с тяжестью состояния ребёнка, наличием множественных пороков развития, угрожающих жизни, оперативное вмешательство было выполнено лишь на 7-е сутки, после стабилизации состояния больного. При лапаротомии обнаружено, что большую часть верхнего этажа брюшной полости занимала увеличенная левая доля печени, за которой обнаружена грыжа Бохдалека, через которую в плевральную полость пролабировали петли тонкой и ободочной кишки, желудок, часть левой доли печени. После низведения последних, от большой кривизны желудка обнаружены сосуды, идущие к аплазированной селезёнке размерами 1.0* 1.0 см. Выполнена пластика левого купола диафрагмы. Далее обнаружена мальротация кишечника. Дренирование плевральной полости, ушивание операционной раны.

В послеоперационном периоде состояние больного оставалось очень тяжёлым, обусловленным НК 2 Б степени, находился на ИВЛ 7 суток. Лишь на 36 – е сутки больной был переведён НМИССХ им. А.Н.Бакулева для коррекции ВПС и дальнейшего лечения.

Заключение.

Больные с СИ редко доживают до взрослой жизни. Наиболее распространённой причиной ранней смерти этих детей являются врождённые пороки сердца. Существенным фактором, влияющим на смертность является аспления, обуславливающая высокую восприимчивость к инфекциям. В первые сутки после рождения погибают 10% больных, грудной период переживают лишь 20 – 30% детей, а 5 – летняя выживаемость таких больных составляет менее 5%. [1,2,4].

Список литературы.

1. Erdem SB / Asplenia in children with congenital heart disease as a cause of poor outcome. / SB Erdem, F Genel, B Erdur // Central-European journal of immunology. – 2015. - № 40 (2). - P: 266-9.

2. Hrusca A / Ivemark syndrome-a rare entity with specific anatomical features. / A Hrusca, AL Rachisan, B Lucian // Revista médica de Chile. - 2015 Mar. - 143(3). - P: 383-6.
3. Konstantinidou A / Pancreatic aplasia in a fetus with asplenia-cardiovascular defect-heterotaxy (Ivemark syndrome). A Konstantinidou, S Sifakis, O Koukoura // Birth defects research. Part A, Clinical and molecular teratology. - 2008 Aug. - № 82 (8). - P: 601-4.
4. Patel PH. Ivemark syndrome: bronchial compression from anomalous pulmonary venous anatomy. PH Patel, J Hayden, R Richardson. // Journal of surgical case reports. - 2017 Mar. - № 17.
5. Petitpierre F / Acute pulmonary embolism revealing Ivemark syndrome in an adult. / F Petitpierre, N Alberti, L Raffray // Diagnostic and interventional imaging . - 2013 Mar. - №94 (3). - P: 333-5.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: НАСЛЕДСТВЕННАЯ АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ЛЕБЕРА

Юрченко С.М.

Научный руководитель: Вашкулатова Э.А.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия

Наследственная атрофия зрительных нервов Лебера (НАЗНЛ) – нейроофтальмологическое заболевание митохондриальной природы, проявляющееся быстрой, обычно необратимой, потерей зрения и поражающее преимущественно молодых мужчин (частота встречаемости 2 на 100 000 населения)[4]. Оптическая нейропатия Лебера - заболевание редкое, сложно диагностируемое, является одной из причин прогрессирующей безболезненной атрофии зрительных нервов, приводящее к инвалидизации лиц молодого возраста [1,2].

Цель настоящей работы состоит в оценке варианта течения НАЗНЛ у мальчика 14 лет путем собственного клинического опыта.

Материалы и методы. Пациент Д., 14 лет, мужского пола, наблюдается с февраля 2017 года, когда впервые обратился к офтальмологу с жалобами на снижение зрения вдаль и вблизи. Данные жалобы появились в декабре 2016г. Из анамнеза известно: очки не носил, мог читать и писать, наследственность не отягощена. При осмотре было выявлено снижение зрительных функций: вдаль Vis OD = 0,06 н/к, Vis OS = 0,06 н/к; вблизи Vis OD = 0,1, Vis OS = 0,1, критическая частота слияния мельканий (КЧСМ): 43/39 Гц, поля зрения сужены с висков на 5-15 градусов. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные. При офтальмоскопии - признаки отека диска зрительного нерва (ДЗН). По результатам оптической когерентной томографии (ОКТ): ДЗН OD выстоит на 763 мкм; ДЗН OS выстоит на 854 мкм. При неврологическом осмотре отклонений от нормы не обнаружено. Предварительный диагноз: застойный ДЗН с обеих сторон.

Проведено КТ головного мозга (ГМ), МРТ ГМ с контрастированием, ультразвуковое звуковое исследование (УЗИ) периферических сосудов шеи - патологических изменений не выявлено.

При осмотре 24.03.2017г. – Vis OD = 0,03 н/к, VisOS = 0,01 н/к, ВГД: 13/13 мм рт.ст. Признаки застоя ДЗН сохраняются. По данным ОКТ ДЗН: ДЗН OD выстоит до 560 мкм; ДЗН OS выстоит до 688 мкм. Наблюдается уменьшение выстояния ДЗН, уменьшение отека, уменьшение гиперемии. Динамика зрительных функций отрицательная. Госпитализирован в офтальмологический стационар в марте 2017г., проведена противовоспалительная, дегидратационная, метаболическая терапия. Зрительные функции не улучшились: Vis OD = 0,02, Vis OS = 0,03, КЧСМ снизилась до 25/25 Гц, при периметрии выявлено сужение периферических границ на 5-15 градусов. Признаки застоя ДЗН сохраняются, в динамике отмечается уменьшение выстояния ДЗН и его гиперемии. Выставлен клинический диагноз: Основной диагноз: Неврит неясной этиологии. Застойные ДЗН обоих глаз. Диагноз специалиста: Идиопатическое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы. Дифференциальный диагноз: оптиконейромиелит (болезнь Девика) с наследственной атрофией зрительных нервов Лебера. При обследовании на антитела к аквапориному 4 получен отрицательный результат, что позволило исключить оптиконейромиелит (Болезнь Девика).

02.05.2017г консультирован в Московском НИИ ГБ РАН, где проведены дополнительные исследования. Общая электрореография (ЭРГ): тенденция к супрессии, увеличение волн «а» и «в», ритм ЭРГ по 30Гц – норма, латентность - норма. Вспышечный зрительный вызванный

потенциал – резко снижена амплитуда P100, латентность - норма. При ДНК тестировании выявлены вторичные мутации мтДНК, а именно: T4216C, G13708A.

Пациенту выставлен заключительный диагноз атрофии Лебера, назначена симптоматическая нейротрофическая, метаболическая терапия.

Результаты и обсуждение. При осмотре 11.09.2017г. – Vis OD = 0,8 , Vis OS = 0,8, вблизи Vis OD = менее 0,1 , Vis OS = менее 0,1, КЧСМ = 46/47 Гц, периметрия в норме. По данным ОКТ: в макулярной области снижение толщины сетчатки, характерное для атрофии. Однако на фоне атрофических изменений ДЗН отмечается положительная динамика зрительных функций продолжительное время.

При последнем осмотре 28.09.2018г. выявлено: Vis OD = 1,0, Vis OS = 1,0, КЧСМ = 39/41 Гц, периметрия в норме. По данным ОКТ выявлено снижение толщины перипапиллярного слоя нервного волокна сетчатки преимущественно в височном секторе, в макулярной области сохраняется снижение толщины сетчатки

В представленном клиническом случае у пациента наблюдается спонтанная стойкая ремиссия в течение 14 месяцев. Спонтанное улучшение описано в литературе как один из вариантов, который проявляется у пациентов, при раннем проявлении заболевания (до 13 лет) [3,5]. Длительность ремиссии у пациента прогнозировать сложно. По литературным данным, среднее время до полной потери зрения составляет около 5 лет с момента первых клинических проявлений.

Заключение. Представленный случай ярко иллюстрирует сложность диагностики и вариабельность течения атрофии Лебера: у пациента 14 лет сформировалась двусторонняя атрофия зрительных нервов в течение 9 месяцев; исключено органическое поражение ГМ; при генетическом обследовании выявлены вторичные мутации мтДНК; спонтанная стойкая ремиссия в течение 14 месяцев; отрицательный семейный анамнез.

Список литературы.

1. Л.В. Брылев, Е.В. Байдина, В.В. Гнездицкий, М.Н. Захарова, И.А. Завалишин Наследственная атрофия зрительных нервов Лебера / Атмосфера. Нервные болезни. – 2010. – №2 – С. 27-31.
2. Н.Н. Маслова, Е.А. Андреева, Е.В. Ерохина Болезнь Лебера. Клиническое наблюдение / Бюллетень сибирской медицины. – 2013. – том 12 – №5 – С. 126-132.
3. Е.А. Руина, О.И. Чадаева, Е.В. Пашина, А.А. Смирнов Оптическая невропатия Лебера / Наследственная атрофия зрительных нервов Лебера / Медицинский альманах. – 2017. – С. 120-126
4. Невиницына, Т. А. Молекулярные механизмы наследственных заболеваний зрительного нерва и патогенетическое обоснование терапевтического подхода к их лечению / Т. А. Невиницына. — Москва, 2018. - 24 с.
5. Всероссийское общество орфанных заболеваний / Атрофия зрительных нервов Лебера // <http://www.rare-diseases.ru/rare-diseases/encyclopediadiseases/> 125-2010-07-03-18-31-09

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ясенко Д.М.

Белорусский государственный медицинский университет

Варикозная болезнь нижних конечностей (ВБНК) – самое распространенное сосудистое заболевание. Около 40% женщин и 20% мужчин страдает различными формами данной патологии [2]. В последнее время выявляется нехорошая тенденция – ВБНК всё чаще выявляется у лиц трудоспособного возраста [1]. Таким образом, эта проблема влечёт за собой и значительные социально-экономические сложности. Операция классической флебэктомии требует длительного послеоперационного восстановления и сопровождается значительным процентом осложнений. Всё это вынуждает внедрять новые малоинвазивные методики в процесс излечения данного заболевания. Целью исследования было оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения ВБНК у пациентов разных возрастных групп с помощью эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование ближайших и отдаленных результатов лечения 138 пациентов (из них 92 женщины и 46 мужчин) в возрасте от 21 до 70 лет с варикозной болезнью (C2-C4), проходивших лечение в УЗ «5-я ГКБ» г. Минска в 2017 году. Для проведения ЭВЛК использовался лазер «Медиола-компакт-1». Оценка клинических результатов лечения проводилась с использованием шкалы оценки тяжести хронических заболеваний вен VCSS (Venous Clinical Severity Score). Статистическая обработка данных производилась в Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $46 \pm 12,97$ лет, большинство из них - лица трудоспособного возраста. Данный факт подтверждает, что варикоз «помолодел».

При оценке ближайших результатов среднее время пребывания в стационаре согласно полученным данным составило $1,72 \pm 0,81$ койко-дня. У 6% пациентом наблюдались явления тромбоза, не требовавшие повторной госпитализации.

Оценить отдаленные результаты удалось у 80 пациентов, что составило 58% от общей выборки. Боль разной степени выраженности отмечалась у 26%, только у 1% требовалось использование анальгетиков. Отеки встречались у 11%, причём утренние, а также отеки во второй половине дня выше лодыжки наблюдались у 1%. Рецидив варикозно расширенных вен проявился у 13% опрошенных пациентов, из них у 1% развился рефлюкс и выраженное ВРВ, у 3% выраженное ВРВ без рефлюкса.

Так же проводилась оценка использования пациентами компрессионного трикотажа. 2% опрошенных не пользовались им совсем, 5% носили меньше положенного срока, 79% выполняли предписания врача, 14% продолжают использовать компрессионный трикотаж и сейчас. У пациентов, не выполнявших рекомендации, никаких послеоперационных изменений не наблюдалось, но недостаточность полученных данных не позволяет делать какие-либо выводы.

Из общей выборки нами была выделена группа пациентов (5 человек), у которых лечение проводилось в 2 этапа (1-ый – непосредственно ЭВЛК, 2-ой, через месяц, – минифлебэктомия по Варади). Преимущество 2-х этапной методики заключается в том, что многие мелкие вены после облитерации основного ствола спадаются самостоятельно, что в последующем позволяет производить минифлебэктомию в меньшем объёме. У данной группы не отмечалось никаких послеоперационных изменений, но малый объём выборки не позволяет сделать заключение о рациональности её применения.

Выводы.

1. Процедура ЭВЛК может использоваться для большинства пациентов с ВБНК под местной анестезией и в перспективе исключительно амбулаторно.

2. Ближайший послеоперационный период сопровождался низким процентом осложнений и короткими сроками восстановления.

3. При оценке отдалённого послеоперационного периода было выяснено, что 74 % пациентов не отмечали никаких остаточных явлений заболевания и были абсолютно удовлетворены результатами лечения.

Список литературы.

1. Григорян Р.А., Альбицкий А.В., Богачев В.Ю., Золотухин И.А., Кузнецов А.Н., Караваева П. А. Современные хирургические технологии лечения ХВН нижних конечностей // 5-я конф. ассоциации флебологов России. -Москва, 2011.- С. 187-188.

2. Лесько В.А., Янушко В.А., Ефимович Л.Л. Типы варикозной болезни и дифференцированный выбор хирургического лечения // Ангиология и сосудистая хирургия.- 2009.- Т.8, №2.- С.102-106.

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВОДА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

Яхьяева Л.А., Филиппева Н.В., Самурганов Н.О.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Минаев С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель работы – выявить закономерности влияния возраста детей на частоту возникновения химических ожогов; определить сроки и объём медицинской помощи при ожогах пищевода у детей.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополь, отделение гнойной хирургии. Под нашим наблюдением находилось 64 ребенка в 2015-2016 гг. с ожогами пищевода с различными степенями тяжести и локализации, из них 11 детей со стриктурами пищевода. Возраст детей составлял от 1 до 7 лет. Мальчиков – 41 (64,1%), девочек – 23 (35,9%). Проводилось бужирование данных пациентов. Определена схема бужирования пищевода по степеням: при I степени – производился осмотр через 1 месяц с решением вопроса о бужировании, при ожогах II степени производился осмотр через 2 недели; при III степени ожога пищевода – осмотр производился с 10-14 суток; первый месяц со дня ожога – 2 раза в 1 неделю, второй месяц – 1 раз в 1 неделю; третий месяц – 1 раз в 2 недели до 6-8 месяцев. При отсутствии эффекта – выбор альтернативного метода лечения.

Результаты: В ходе исследования было установлено, что к химическим ожогам пищевода наиболее подвержены дети в возрасте от 1 до 3 лет (52,85%), чуть менее дети с 4 до 7 лет (47,14%). Наибольшая частота ожогов пищевода обусловлена воздействием кислот – 30 случаев (46,9%). Отравление щелочами у 14 детей (21,8%). А 20 из них (31,3%) получили ожог другими веществами. Ожог пищевода легкой степени (I степени) встречается наиболее часто – у 28 (43,7%) больных. У 25 (39,0%) исследуемых средняя степень тяжести (II степени), у 11 (17,2%) из них – тяжелая степень тяжести.

В связи с активностью жидкостей отмечено, что в 76,6% развились осложнения в виде рубцовых стриктур, что обуславливало неоднократную госпитализацию детей для проведения этапного бужирования пищевода. Эффективность бужирования отмечалась в 96,9% случаев, а неэффективность в 3,1%. При неэффективности бужирования – 2(3,1%) детям выполнено стентирование пищевода.

Выводы: Таким образом, химическим ожогам пищевода наиболее подвержены дети в возрасте от 1 до 3 лет (52,85%). Наибольшая частота ожогов пищевода обусловлена воздействием кислот (46,9%). Предлагаемый подход в раннем бужировании пищевода позволил в 96,9% достигнуть положительного эффекта.

Раздел 8. Фундаментальное и медико-биологическое направление

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА ПОВЕРХНОСТНОЕ НАТЯЖЕНИЕ ВОДЫ

Белик В.А., Кожажельдиева Л.Д., Федоровская Е.П.

Научный руководитель: Вечер О.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Вода является важнейшим веществом, обеспечивающим жизнедеятельность любых организмов, начиная с бактерий и заканчивая человеком. На протекание этих процессов оказывают влияние физические и химические свойства воды, одним из которых является поверхностное натяжение. Широко известно, что нагревание воды существенно снижает величину коэффициента поверхностного натяжения. Логично предположить, что и другие физические факторы могут влиять на этот параметр.

В окружающем нас мире все большее влияние оказывают электромагнитные поля различного происхождения. Источниками этих полей могут быть как устройства медицинского или технологического назначения, так и бытовые приборы.

Целью исследования было выявление связи между облучением воды различными электромагнитными полями и величиной ее поверхностно натяжения.

В качестве исследуемого вещества была взята вода различного происхождения: дистиллированная, отстоявшаяся водопроводная и вода из природного источника.

Коэффициент поверхностного натяжения определялся по методу отрыва кольца. В ходе эксперимента поддерживалась постоянная температура исследуемых образцов. Все образцы подвергались воздействию трех источников электромагнитных полей:

- 1) излучения аппарата УВЧ-терапии,
- 2) микроволнового излучения мощностью 70 Вт,
- 3) излучения Wi-Fi роутера.

В результате исследования были получены данные, свидетельствующие об увеличении коэффициента поверхностного натяжения воды во всех трех образцах. Для воды, взятой из природного источника, это влияние оказалось наиболее выраженным.

Причиной подобного эффекта, на наш взгляд, могут быть процессы разрушения сравнительно слабых водородных связей между молекулами воды. Кроме того, трансформируются структуры агрегатов, что приводит к изменению ряда физических свойств, в том числе и поверхностного натяжения.

Поверхностное натяжение воды чувствительно к различным внешним физическим факторам. Влияние одних из них, таких например, как температура, контролировать сравнительно легко. Воздействие ЭМП контролировать значительно сложнее, однако делать это необходимо, поскольку изменение коэффициента поверхностного натяжения может привести к определенным девиациям в физиологических и технологических процессах.

МОТИВАЦИОННАЯ ГОТОВНОСТЬ СТУДЕНТОВ НАЧАЛЬНЫХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Авакян Н.К., Бачиева Л.И.

Научный руководитель: профессор Цатурян Л.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Общеизвестно, что процесс обучения оказывает большое влияние на психофизиологические аспекты высшей нервной деятельности человека. Внедрение новых стандартов обучения все больше актуализирует проблему развития мотивации учебной деятельности, а также мотивационной готовности к обучению. Изучение особенностей мотивационной компоненты

студентов, влияющей на учебный процесс, имеет большое значение для повышения эффективности высшего образования, подготовки высококвалифицированных специалистов.

Исходя из вышесказанного, целью нашего исследования явилось изучение мотивационной готовности студентов начальных курсов медицинского университета к учебной деятельности.

В соответствии с вышеуказанной целью нами обследованы 87 юношей и 207 девушек 2 курса лечебного (ЛФ), педиатрического (ПФ) и стоматологического факультетов (СФ) СтГМУ. Изучение психологических характеристик у студентов проводилось с использованием тестовой диагностической методики «Мотивация к избеганию неудач». По результатам оценивалась мотивационная активность студентов к защите с учетом полученных баллов: от 2 до 10 – низкая мотивация к защите; от 11 до 16 – средний уровень мотивации; от 17 до 20 – высокий уровень мотивации; более 20 – слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудач, защите. На следующем этапе использован тестовый опросник «Готовность к риску» (Шуберт (PSK). Анализ результатов включал следующую интерпретацию: меньше -30 баллов – слишком осторожны; от -10 до +10 баллов – средние значения риска; свыше +20 баллов – склонность к риску. На последнем этапе исследования проведен корреляционный анализ уровня мотивации к избеганию неудач и готовности к риску. Полученные результаты в ходе исследования обработаны с использованием компьютерной программы Microsoft Excel. Степень достоверности различий изучаемых показателей определялась по критерию t-Стьюдента, уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

Среди юношей-респондентов доминирующим (62,1%) оказался средний уровень мотивации к защите, причем у юношей СФ, выраженный в большей степени (73,5%), а у студентов ЛФ – в меньшей (51,4%). Немаловажно отметить, что среди 4,6% опрошенных студентов установлен высокий уровень мотивации к защите. Низкий уровень мотивации максимально установлен у 42,9% респондентов ЛФ, а минимально – у 24,3% респондентов СФ. Анализ полученных результатов среди девушек-студенток позволил установить средний уровень мотивации у 49,3% респонденток, низкую мотивационную активность – у 30,9%, и слишком высокий уровень мотивации к избеганию неудач – у 2,9%. Высокий уровень мотивации у девушек представлен в большей степени в сравнении с юношами, кроме того, среди исследуемых девушек установлен «неблагоприятный» уровень мотивационной активности, наиболее выраженный у 4,7% студенток ЛФ и наименее представленный у 1,9% девушек СФ.

С учетом результатов опроса «Готовность к риску» доминирующим оказался высокий уровень риска у юношей-студентов (71,9%). Средний уровень риска в обследованных группах установлен у 22,3% девушек и 32,2% юношей и лишь у 5% установлено низкое отношение к риску. У юношей ЛФ отмечался наибольшая (74,3%) встречаемость высокого уровня риска, а минимальная – у студентов СФ (51,3%). Низкая степень риска среди юношей студентов распределилась следующим образом, так у студентов ЛФ она установлена лишь у 2,8% студентов, а у юношей ПФ – у 9,1%. Респондентки ЛФ характеризовались максимальным процентом встречаемости высокой готовности к риску (88,3%) как среди девушек других факультетов, так и среди юношей всех факультетов. Девушки СФ характеризовались достаточно высокой осторожностью (13,2%), а студентки ЛФ напротив, выявили лишь небольшую встречаемость низкого уровня риска (1,2%).

Следующий этап нашего комплексного исследования характеризует корреляционную взаимосвязь мотивации к избеганию неудач и готовности к риску. В ходе проведенного анализа была установлена отрицательная выраженная корреляционная связь ($R = -0,58$; $p < 0,01$) между изучаемыми показателями у юношей и девушек медицинского университета.

Таким образом, проведенное исследование позволило изучить мотивационную готовность студентов начальных курсов медицинского университета к учебной деятельности. Анализ тестовых опросов иллюстрирует вариации мотивационной готовности студентов начальных курсов медицинского университета к учебной деятельности. Среди юношей в большей мере преобладает средняя мотивированность к избеганию неудач. Девушки характеризуются высоким типом мотивации к избеганию неудач (такой тип мотивации чаще боится неудач и обладает высокой степенью страха). Девушки в нашем исследовании характеризуются высоким уровнем риска в сравнении с юношами, кроме того, в процессе воздействия стрессовых факторов, связанных с обучением растет их готовность к риску. Проведенный корреляционный анализ позволяет утверждать, что повышение степени риска среди студентов снижает стремление к достижению успеха, т.е. мотивационную готовность. С одной стороны, процесс обучения воздействует на степень готовности к риску и мотивированность студентов, с другой – имеются

гендерные различия, связанные с особенностями психической деятельности, нервных процессов, особенностями их регуляции, влияющих на мотивационную готовность к обучению и формирование будущих профессиональных качеств.

Список литературы.

1. Коуров Д.Ю., Коурова О.Г. Экологические факторы психофизического состояния студентов университета / Д.Ю. Коуров // Развитие современной науки: теоретические и прикладные аспекты. – 2016. – №09. – С. 68-69.
2. Жигинас Н.В. Теоретические и концептуальные основы профилактики психического здоровья студентов / Н.В. Жигинас // Вестник ТГПУ. – 2009. – Вып. 6(84). – С. 71-75.
3. Финогенко Е.И. Эмоциональные и вегетативные компоненты психического здоровья студентов вуза / Е.И. Финогенко // Вестник ИрГТУ. – 2013. – №8(79). – С. 316-319.

ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЛИПОПРОТЕИНОВ И АПОПРОТЕИНОВ-В ПРИ РАЗВИТИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ И ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Азизова Д.М., Сабирова Р.А.

**Научный руководитель: профессор Сабирова Р.А.
Ташкентская медицинская академия**

Апопротеин В (АпоВ) является основным аполипопротеином из группы атерогенных липопротеинов, включающей ЛПОНП, ЛПВП и ЛПНП.[4] Концентрация апо В в значительной степени отражает количество этих частиц в плазме. Это особенно важно в случае высокой концентрации в крови мелких плотных частиц ЛПНП. В нескольких проспективных исследованиях было показано, что уровень апо В является прогностическим показателем риска, эквивалентным уровню Х-ЛПНП [5]. Цель исследования – изучить влияние биомайса на содержание апопротеина В в динамике развития экспериментальной гиперхолестеринемии.

Материал и методы исследования. Эксперименты проведены на 30 кроликах-самцах линии Шиншелла массой 2500–3000 г, разделенных (в зависимости от цели исследования и способа лечения) на 5 групп (в каждой по 6 кроликов): 1-я (контрольная) – интактные кролики; 2-я – животные с моделированной экспериментальной гиперхолестеринемией; 3-я – коррекция экспериментальной гиперхолестеринемии статином; 4-я – коррекция экспериментальной гиперхолестеринемии биомайса; 5-я – коррекция экспериментальной гиперхолестеринемии статином и биомайса.

Модель экспериментальной гиперхолестеринемии воспроизводили внутрижелудочным ежедневным введением холестерина по 0,2 г на кг массы тела в течение 2 месяцев [1]. Лечение экспериментальных животных производилось после 2 месячного введения холестерина. В качестве статина использовали ультрокс (Nobel Farm), который вводили по 0,6 мг/кг в течение 30 суток, биомайса – 142 мг/кг в течение 30 суток. Биомайса является проростком пшеницы и был представлен фирмой ООО ORION-SKORPION. Исследованные препараты вводились внутрижелудочно при помощи атравматического зонда ежедневно в утренние и вечерние часы в объеме, рассчитанном исходя из массы тела кролика.

Объектом исследования служила сыворотка крови.

Для установления сравнительной оценки препарата растительного происхождения Биомайса и статина ультрокса в сыворотке крови на автоматизированном биохимическом анализаторе (RX Daytona/Randox, Великобритания) определили содержание триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), низкой плотности (ЛПНП), очень низкой плотности (ЛПОНП) и рассчитали коэффициент атерогенности (КА). АпоВ-100 оценивали на биохимическом автоматическом анализаторе.

В 5 группе в сравнении с контрольной через 30 дней после сочетанного введения препаратов наблюдалась достоверная разница в снижении уровня общего ХС на 2,2 ($p < 0,05$) и Апо В на 1,5 раза, что указывает на хорошую холестерин снижающую эффективность сочетания ультрокса с биомайсой путём активации рецепторного захвата ЛПНП. Ультрокс и биомайса в данной группе снизили КА в 4 и 2,5 раза соответственно по сравнению с нелеченной группой. В то

же время сочетанное введение использованных препаратов привело к снижению данного коэффициента в 5,6 раза по сравнению с нелеченной группой.

Таким образом, сила воздействия сочетания ультрокса с биомайсой превышает таковую у ультрокса и биомайсы в отдельности. Можно предположить, что сочетание ультрокса и биомайсой увеличивает рецепторный захват Апо В содержащих ЛП.

РАННИЕ МАРКЕРЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Арсенина В.Ю., Фомина О.И.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Маркелова Е.В.
ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России**

Сердечно-сосудистые заболевания остаются наиболее актуальной проблемой здравоохранения. Медицина развивается стремительно, все больше возрастает роль аортокоронарного шунтирования (АКШ) в лечении ишемической болезни сердца (ИБС). Однако, несмотря на совершенствование хирургической техники и методов анестезиологического пособия могут возникать ранние послеоперационные осложнения, и зачастую таким осложнением является острое повреждение почек (ОПП) [1;4]. Привлекают внимание данные о корреляции уровня цитокинов, а также факторов, регулирующих состояние межклеточного матрикса, с дисфункцией почек и их прогностическая значимость у пациентов с ОПП, перенесших АКШ. Оценка возможных изменений цитокинов и системы матриксных металлопротеиназ (MMPs) и их ингибиторов в сыворотке крови позволит использовать их в качестве ранних маркеров почечных осложнений и скорректировать интенсивную терапию [3]. Поэтому целью стояло оценить уровень TGF β 1, MMP-2, MMP-8, MMP-9, TIMP 1, TIMP 2 в сыворотке крови у пациентов с ИБС после АКШ в качестве раннего диагностического признака ОПП.

Материалы и методы: уровень TGF β 1, MMP-2, MMP-8, MMP-9, TIMP 1, TIMP 2 определяли в сыворотке крови методом ИФА (R&D Systems, USA) у 70 пациентов обоего пола в возрасте от 45 до 74 лет, с ИБС до и после АКШ. Ретроспективно пациенты распределены в зависимости от клинического состояния после АКШ на 3 группы: с ОПП (I группа, 30 человек), с ОПП и фоновым заболеванием: сахарный диабет (СД) 2 типа (II группа, 20 человек), без осложнений в виде ОПП (III группа, 20 человек). Производился четырехкратный забор материала: до операции, на 1-е, 2-е, 7-е сутки после операции. Статистическая обработка полученных данных проведена непараметрическими методами с использованием программы «SPSS v.16». Результаты представляли в виде медианы, двух квартилей (Me, Q25, Q75). Результаты выражали в нг/мл. Сравнение средних значений в выборках осуществляли с помощью непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для сравнительного анализа использован критерий хи-квадрат (χ^2), а также построена ROC-кривая.

Результаты и обсуждение: в группе с ОПП, наблюдается увеличение уровня MMP-2 в сыворотке крови, на 2-е сутки она достигает максимального значения, далее постепенно снижается до исходного уровня, в то время как у пациентов без повреждения почек MMP-2 достигает максимального значения на 7-е сутки. Использован ROC-анализ: до операции area under curve (AUC)=1, 95% CI for AUC=1-1). Отмечены высокие значения MMP-8 в сыворотке крови у пациентов с ОПП до операции, а также в последующие дни после, в то время как в остальных группах уровень MMP-8 снижается или остается неизменным. $\chi^2=3,86$; d.f =1, $p < 0,005$. Использован ROC-анализ (до операции AUC=0.8, 95% CI for AUC=0.473-1; 1-е сутки после операции AUC=0.85, 95% CI for AUC=0.579-1; 2-е сутки после операции AUC=0.95, 95% CI for AUC=0.811-1). Уровень MMP-9 в группе с ОПП возрастает на 2е сутки, а на 7е сутки увеличивается более чем в 2 раза по сравнению с дооперационным периодом. В группе с ОПП и СД отмечается снижение уровня MMP-9 на 2е и 7е сутки в 2 раза по сравнению с дооперационным периодом. В группе без ОПП уровень MMP-9 оставался практически неизменным. Содержание TIMP 1 до операции практически не отличалось в трех группах. Однако, его значения в группе с неосложненным течением в виде ОПП на 1, 2, и 7 сутки после операции превышали в 1,5 раза значения в сравниваемых группах. Уровень TIMP 2 как в до, так и в послеоперационный период в трех сравниваемых группах существенно не различался. При развитии осложнений после АКШ в

виде ОПП наблюдается увеличение концентрации MMP- 8, ответственной за ремоделирование внеклеточного матрикса; отмечается снижение активности MMP-8 в группе с ранними осложнениями и СД, что сопряжено с подавлением катаболизма компонентов внеклеточного матрикса в условиях гипергликемии; уровень TGF β 1 в сыворотке крови у пациентов до операции превышал показатели группы контроля без ОПП ($p < 0,05$), что может быть ассоциировано с риском развития осложнений. Также известно, что TGF β 1 подавляет выработку матриксных металлопротеиназ фибробластами [2;5].

Заключение: TGF β 1 при ОПП должна расцениваться как фактор риска в послеоперационном периоде. Повышенное сывороточное содержание MMP-2 можно использовать как дополнительный иммунологический фактор риска развития ОПП в послеоперационном периоде. Повышенное сывороточное содержание MMP-8 можно расценивать как дополнительный иммунологический предиктор развития ОПП до оперативного вмешательства, так и как дополнительный биомаркер в послеоперационном периоде у пациентов после АКШ на 1-2 сутки.

Список литературы.

1. Колесников С. В., Борисов А. С. Острое почечное повреждение: новые аспекты известной проблемы //Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2013. – №. 4. С. 69–73.
2. Маркелова Е. В. и др. Матриксные металлопротеиназы их взаимосвязь с системой цитокинов, диагностический и прогностический потенциал //Иммунопатол., аллергол., инфектол. – 2016. – №. 2. – С. 11-22.
3. Суханова Г. А., Терентьева А. А., Кувшинов Н. Н. Роль матриксных металлопротеиназ и их тканевых ингибиторов в развитии осложнений при заболеваниях почек у детей //Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14. – №. 3. С. 35–39.
4. Табакьян Е. А. и др. Биомаркеры ишемии и острого повреждения почек после операций на сердце с искусственным кровообращением //Медицинский альманах. – 2013. – №. 4. С. 30-33.
5. Югай Ю. В. и др. Анализ показателей матриксных металлопротеиназ и их ингибиторов до и после дентальной имплантации //Тихоокеанский медицинский журнал. – 2014. – №. 3. С. 65–67.

ВЛИЯНИЕ ИНТРАДУОДЕНАЛЬНО ВВЕДЕННОЙ АМИЛАЗЫ НА ФЕРМЕНТОВЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Байбекова Г.Д., Пулатов М.Д

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Байбекова Г.Д.
Андижанский государственный медицинский институт**

На основании накопленных данных можно допустить, что при непрерывной аспирации зондом панкреатического сока из двенадцатиперстной кишки гиперсекреторная реакция железы проявляется, если секреция вызвана интрадуоденальным введением стимулятора (например, соляной кислоты), и отсутствует, если она вызвана парентеральным введением секретина с панкреозимином. Исходя из общего принципа регуляции ферментовыделительной деятельности пищеварительных желез, было сделано допущение о дифференцированности ее торможения в зависимости от ферментативной активности дуоденального содержимого. Мы провели исследование с целью выяснить влияние повышенной амилалитической активности дуоденального содержимого на секрецию поджелудочной железы.

Материал и Методы: Опыты выполнены на 5 беспородных собаках массой 12—15 кг. Наркоз (аминазин, гексенал) проводили под управляемым дыханием. Для сбора панкреатического сока канюлировали главный панкреатический проток на малый проток накладывали лигатуру. В начальной части двенадцатиперстной кишки укрепляли катетер для введения стимулятора секреции. Кровь и мочу собирали через катетеры, введенные в оба мочеточника и бедренную вену. Для стимуляции секреции интрадуоденально вводили в течение 1 ч 8—каждые 15 мин в течение 8 ч по 8—10 мл закисленного до pH 2 гидролизина. Спустя 2 ч в двенадцатиперстную кишку вводили 0,2 мг% раствора (10 мл/ч) ферментного препарата амилазы — диастазу ячменного солода из расчета 20 мг/ч (по 2,5 мл каждые 15 мин), затем 2 ч — гидролизин, 1 ч—амилазу и еще 2 ч — гидролизин. В собранном соке определяли содержание бикарбонатов (обратным титрованием), белка (по Лоури), амилазы (по Смитсу—Роу в модификации А. М. Уголева), липазы

(по Титцу) и общую протеолитическую активность (по Кунитцу). Учитывали объем мочи, каждый час в моче и плазме крови определяли количество амилазы. Введение в двенадцатиперстную кишку подкисленного гидролизина вызывало у подопытных собак достаточно стабильную от часа к часу секрецию с высоким содержанием в соке ферментов, несколько снижавшуюся по объему к 6—8 ч опыта. Интрадуоденальное введение диастазы солода не изменяло объем секреции и выделения в составе сока бикарбонатов, белка, липазы и протеаз. Во всех опытах интрадуоденальное введение диастазы вызывало достоверное снижение секреции амилазы (в ряде опытов до 20—30% от исходного уровня). При первом введении содержание ее в соке уменьшалось до $46,7 \pm 13,0\%$, при втором до $41,6 \pm 11,1\%$. Причем в большинстве опытов при первом введении диастазы тормозное последствие наблюдалось в течение лишь 1 ч. Препарат диастазы имел небольшую амилолитическую активность: в 1 мл вводимого в кишку раствора содержалось всего 110 ед. амилазы, что в 100—400 раз меньше, чем в панкреатическом соке собак в наших экспериментах (10—40 тыс. ед/мл). Следовательно, даже небольшое увеличение амилолитической активности дуоденального содержимого, вызванное гетерогенным (растительным) ферментом, всегда приводит к торможению секреции поджелудочной железой именно амилазы.

Результаты и обсуждение: Это позволяет сделать заключение о дифференцированности торможения панкреатической секреции в зависимости от вида повысившейся в двенадцатиперстной кишке ферментативной активности. Отсюда вытекает возможность дифференцированной коррекции панкреатического ферментовыделения путем:

а) перорального применения ферментных препаратов с разной активностью их ингредиентов или препаратов с одинаковой активностью (по результатам нашего исследования — активностью амилолитической);

б) торможения секреции панкреатической амилазы.

Принимая во внимание значительное уменьшение экзосекреции амилазы, можно допустить существенное снижение синтеза, что должно вызывать уменьшение инкреции амилазы. Однако амилолитическая активность крови на протяжении эксперимента не претерпевала достоверных изменений, а ренальное выделение амилазы не уменьшалось, а наоборот, увеличивалось. Выделение амилазы с мочой нарастало в течение опыта за счет повышения диуреза и амилолитической активности мочи, постепенно достигая колоссальных величин (в 50-70 раз больше, чем в первые 2 ч опыта). Это не могло быть всосавшаяся из кишечника экзогенная амилаза, так как за 2 инфузии в кишечник было введено всего 2200 ед. амилазы, а выделено с мочой за 6 часов более 10000 ед., не говоря уже о том, что персорбция амилазы в кишечнике весьма незначительна. Можно допустить, что в условиях повышенной амилолитической активности дуоденального содержимого происходит перераспределение экзосекретируемого инкретируемого фермента. Однако сопоставление количества амилазы, «недовыделенной» с соком (327232 ед.) в результате ингибирующего действия диастазы на секрецию и выделенной с мочой (10303 ед.), показало, что ренальным путем выделяется около 3 % того количества амилазы, на которое сократилась ее секреция железой. Поэтому вряд ли постепенное увеличение ренального выделения амилазы в ходе опыта есть результат влияния введения в пищу диастазы солода.

Выводы: Скорее всего, нарастание экскреции амилазы с мочой не связано с действием введенной диастазы, а является результатом постепенного повышения проницаемости гистогематического барьера и несколько увеличенного «уклонения» амилазы из железы в кровь в условиях стимуляции железы гидролизинном. Сам же эффект торможения экзосекреции амилазы под действием введенной в двенадцатиперстную кишку диастазы солода реализуется на уровне умеренного селективного торможения синтеза и экстружии амилазы поджелудочной железой.

Список литературы.

1. Коротько Г.Ф. Трубина И.Е. Амирова Н.Щ. Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. Вып 11-2013 стр 60-61
2. Коротько Г.Ф. Секреция поджелудочной железы- Краснодар: Кубанский гос.мед.университет, 2005 - 312 стр
3. Коротько Г.Ф. Физиология системы пищеварения. Краснодар Изд ООО БК <Группа Б>, 2009 с 608

КИНЕТИКА ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ КООПЕРАЦИЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Балыкина А.О., Фабер Т.И., Юрьева А.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Баринов Э.Ф.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Тромбоциты (Тц) принимают участие не только в реакциях первичного гемостаза, но и обладают широким спектром провоспалительных функций [1]. Важными проявлениями реализации тромбоцит-опосредованной иммунной функции является рекрутирование лейкоцитов (Лц) в процессе воспаления и формирование межклеточных коопераций – тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (ТЛА). Измерение данного показателя может иметь значение при наблюдении кинетики воспаления у пациентов с различной локализацией патологических процессов [2, 3]. Анализ ТЛА при различных патофизиологических процессах поможет понять суть аспектов вовлечения Лц, а также молекулярные каскады реакций с вовлечением ТЛА и динамику взаимодействия Лц и Тц.

Целью исследования является изучение влияния агонистов (адреналин, аденозиндифосфат (АДФ), фактор активации тромбоцитов (ФАТ)) на формирование ТЛА у пациентов с хроническим обструктивным пиелонефритом (ХОПН) в динамике стационарного лечения: 1) на этапе госпитализации, 2) после проведения оперативного вмешательства, 3) на этапе выписки.

Материалы и методы. Исследованию подверглись 59 пациентов с диагнозом ХОПН. Для анализа формирования ТЛА лейкоцитарную фракцию отделяли из цельной крови путем центрифугирования 3000 об. в течение 10 минут. Одновременно с этим отделяли богатую Тц плазму (БТП) – 250 мкл. Затем к БТП добавляли 100 мкл лейкоцитарной суспензии и проводилась инкубация на протяжении 10 минут при $t +38^{\circ}\text{C}$. Изготавливали мазки крови по стандартной методике – 10 мкл крови наносился на предметное стекло и распределялся на $\frac{3}{4}$. Окраска производилась по методу Паппенгейма. Критерием подсчета в дизайне исследования стало формирование ТЛА (которые считали кооперацией клеток 1 и более Лц и нескольких Тц) и рассчитывали в процентном отношении на 100 Лц. Анализ полученных данных проведен с использованием статистического пакета MedCalcSoftware, 2010. Оценка величин, которая подвергалась анализу проводилась путем расчета среднего арифметического признака и медианы (Me) и соответственной стандартной ошибки (m). При анализе межгрупповых различий в случае двух групп использовали: критерий Стьюдента (при нормальном законе распределения), критерий Вилкоксона и критерий U Манна-Уитни (в случае отклонения закона распределения от нормального). Во всех случаях отклонения считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Результат формирования базального уровня ТЛА на этапе госпитализации в стационар составил $7,4 \pm 1,15\%$ (95 % ДИ 5,026 - 9,774 %). В первые 1-6 часов после проведения оперативного вмешательства (контактно-фрезовая уретеролитотрипсия - КФУЛТ) у пациентов произошло увеличение формирования ТЛА на 33,3 % и составило $11,318 \pm 1,4511\%$ (95% ДИ 8,301 - 14,336) ($P = 0,002$). На этапе выписки пациентов формирование межклеточных коопераций ТЛА (через 24 – 36 часов после проведения КФУЛТ) наблюдалось снижение уровня данного критерия до $10,731 \pm 1,8815\%$ (95% ДИ 6,000 - 10,902%) ($P = 0,0208$). Кинетика формирования ТЛА при инкубации с адреналином на этапе госпитализации составила $8,857 \pm 0,9377\%$ (95% ДИ 6,000 - 10,000%). После проведения КФУЛТ уровень ТЛА составил $8,714 \pm 0,8275\%$ (95% ДИ 6,000 - 11,283%) ($P = 0,1688$). Однако, на этапе выписки происходит повышение формирования общего числа агрегатов на 20% - $10,346 \pm 1,0855\%$ (95% ДИ 6,549 - 12,000%) ($P = 0,0136$).

Ответ формирования межклеточных агрегатов в условиях аутокринной регуляции АДФ на этапе госпитализации составило $8,250 \pm 1,3595\%$ (95% ДИ 4,432 - 12,189%). Этот результат превышал уровень формирования ТЛА до инкубации на 10,3%. После проведения КФУЛТ – результаты достоверно не изменились; хотя, произошла тенденция к снижению показателя $5,286 \pm 1,0627\%$ (95 % ДИ 2,495 - 9,010%) ($P = 0,1250$). Однако, на этапе выписки было отмечено повышение уровня формирования агрегатов почти в 2 раза - $11,200 \pm 3,6661\%$ (95 % ДИ 5,500 - 19,000 %) ($P = 0,0209$).

Уровень реактивности ТЛА в период госпитализации на ФАТ составила $10,000 \pm 1,1945\%$ (95% ДИ 7,000 - 10,000%), что было на 26% больше, по сравнению с базальным уровнем ТЛА. Данные явления указывают на активацию воспалительного каскада. Несмотря на то, что и после КФУЛТ ($P = 0,6742$), и на этапе выписки ($P = 0,5949$) не выявлено достоверно статистических

различий, уровень ФАТ-индуцированных ТЛА у пациентов с ХОПН оставался достаточно высоким, по сравнению с базальным уровнем ТЛА до инкубации с ФАТ.

Выводы. Базальный уровень формирования ТЛА повышался после КФУЛТ и незначительно, но достоверно снижался на этапе выписки. После индукции адреналином кинетика не изменилась после КФУЛТ, но отмечалось повышение реактивного ответа на этапе выписки, что подтверждается восстановлением чувствительности рецепторов повышенной секреции адреналина в кровоток. Реакция на АДФ была согласована с проявлениями ответа форменных элементов на адреналин и также повышалась на этапе выписки. Данное явление могло быть результатом повышения концентрации АДФ в кровотоке после нарушения целостности мягких тканей. Однако, уровень провоспалительного ответа (ФАТ) у пациентов оставался высоким на протяжении всего лечения, что является подтверждением вовлеченности Тц в неспецифический, реактивный и иммунный ответ у пациентов с данной патологией.

Список литературы:

1. Arvanitidis et al. Reduced platelet hyper-reactivity and platelet-leukocyte aggregation after periodontal therapy. // Thrombosis Journal. – Vol. 15 (5). – 2017. – p.1 – 10. DOI 10.1186/s12959-016-0125-x
2. Ma B., Whiteford J.R., Nourshargh S., Woodfin A. Underlying chronic inflammation alters the profile and mechanisms of acute neutrophil recruitment. // J Pathol. – 2016. - 240(3). P.291–303. doi: [10.1002/path.4776]
3. Sapey E., Stockley R.A. Red, amber and green: the role of the lung in de-priming active systemic neutrophils. // Thorax. – 2014. – Vol. 69(7). doi:10.1136/thoraxjnl-2014-205438

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПО ДАННЫМ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РУБЕЖНОГО КОНТРОЛЯ

Батулина А.Р., Пономарева О.В.

Научный руководитель: доцент, к.б.н., Куликова Н.А.

Рязанский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова

Современный человек постоянно испытывает воздействие разнообразных стрессогенных факторов, которые влияют на успешность его деятельности и могут привести к возникновению негативных эмоций, перенапряжению физических и психических функций, предрасполагающих к развитию ряда патологий. В этой работе мы рассматриваем проведение рубежного контроля в качестве стрессогенного фактора и изучаем его влияние на функциональное состояние студента. Настоящее исследование позволяет выявить, насколько студенты адаптированы к стрессовым ситуациям (в данном случае, в виде рубежного контроля), и как они оценивают свои возможности. Это имеет непосредственное практическое значение в подготовке медиков, так как профессия врача предполагает большой объем работы, четкое решение поставленных задач за краткий промежуток времени. Таким образом, представляется актуальным изучать влияние различных факторов, вызывающих психоэмоциональное напряжение и стимулирующих адаптационные механизмы организма человека.

Цель: проследить динамику показателей функционального состояния на различных уровнях психоэмоционального напряжения на фоне стрессогенных факторов у студентов 2 курса

Материал и методы:

1. Анализ вариабельности сердечного ритма с помощью аппаратно-программного комплекса «Варикард»
2. Методика субъективной оценки личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л.Ханина.

В данной работе мы изучили динамику изменений таких показателей как:

- Индекс напряжения регуляторных систем (SI - Stress Index)
- Индекс вагосимпатического взаимодействия (LF/HF)

- Уровень личностной тревожности по методике субъективной оценки личностной тревожности Спилбергера и Ханина.

Процедура эксперимента: В исследовании принимали участие студентки в возрасте 18-19 лет, не предъявляющие жалоб на здоровье и не подвергающиеся каким-либо видам лечебного и фармакологического воздействия, допущенные до рубежного контроля с первого раза. Всего в исследовании приняла участие 21 девушка.

1) Определение личностной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина (стоит отметить, что тестирование по данной методике было проведено в период отсутствия рубежного контроля в середине семестра).

2) Определение самооценки знаний. Перед рубежным контролем, до оглашения вопросов, студентка отвечала на вопрос: какой оценке, по ее мнению, соответствует ее уровень подготовки к рубежному контролю?

3) Определение функционального состояния проводилось с помощью АПК «Варикард» до проведения рубежного контроля, после оглашения вопросов рубежного контроля, и после ответа студентки на поставленные вопросы. (в сумме 63 исследования на аппаратно-программном комплексе «Варикард»)

Результаты и их обсуждения:

I. При оценке изменения показателя индекса вагосимпатического взаимодействия наблюдалась следующая динамика:

До рубежного контроля у 13 человек преобладало симпатическое влияние на сердечный ритм; у 6 студентов наблюдалось сбалансированное симпатико-вагусное взаимодействие; у 2 человек преобладало парасимпатическое влияние

Во время рубежного контроля у 14 человек симпатическое влияние превалировало; у 6 человек наблюдался вегетативный баланс; у 1 студента преобладало парасимпатическое влияние.

После рубежного контроля у 13 человек наблюдался повышенный симпатический тонус; у 6 студентов наблюдалось сбалансированное симпатико-вагусное взаимодействие, и у 2 испытуемых преобладало парасимпатическое влияние.

При оценке индивидуальной динамики данного показателя на разных этапах проведения рубежного контроля было выявлено 8 различных вариантов. При этом у 42,5% испытуемых было обнаружено преобладание симпатических влияний на всем протяжении исследования. У 14,3% студентов наблюдалось сбалансированное симпатико-вагусное взаимодействие на всем исследовании. У 9,6% испытуемых до и после проведения рубежного контроля наблюдалось увеличение влияния симпатического отдела ВНС, а во время подготовки к ответу вагосимпатическое взаимодействие было сбалансировано. Была выявлена группа студентов, у которых до проведения рубежного контроля преобладали парасимпатические влияния, а во время и после рубежного контроля наблюдался баланс симпатико-вагусного взаимодействия.

II. При оценке результатов теста на определение уровня личностной тревожности не было выявлено студентов с низким уровнем личностной тревожности. Больше половины испытуемых имеют высокий уровень тревожности, остальные - средний.

При оценке индивидуальной динамики SI было выявлено 11 вариантов изменения данного показателя. Причем у 14,3% студентов с постоянно высоким показателем SI на всем протяжении рубежного контроля уровень личностной тревожности был средним. У остальных 14,3% студентов с постоянно высоким показателем SI уровень личностной тревожности был высоким. У студентов с постоянным низким уровнем индекса напряжения регуляторных систем (23,7%) наблюдался высокий уровень личностной тревожности.

III. Сопоставление предполагаемой оценки с реально полученной оценкой у студентов с различным уровнем личностной тревожности позволило нам поделить всех испытуемых на следующие группы:

1. Из 10 человек с завышенной самооценкой: 6 имеют средний уровень личностной тревожности, а 4 – высокий

2. Из 5 человек с заниженной самооценкой знаний все имеют высокий уровень личностной тревожности.

3. Из 6 человек с адекватной самооценкой знаний: 3 человека имеют высокий уровень личностной тревожности и 3 человека – средний уровень личностной тревожности.

Выводы:

1. Индивидуальная динамика индекса вагосимпатического взаимодействия различна на всем протяжении рубежного контроля. У большинства студентов преобладали симпатические влияния на сердечный ритм.

2. Не выявлено прямой зависимости между показателем стресс-индекса и личностной тревожности.

3. Высокий уровень личностной тревожности выявлялся у испытуемых с заниженной самооценкой знаний, а средний уровень – у испытуемых с адекватной и повышенной самооценкой знаний в большинстве случаев.

Список литературы:

1. Хураськина Н.В. Вариабельность сердечного ритма у студенток в период адаптации к условиям обучения в вузе // Вестник Чувашского государственного педагогического университета им. И. Я. Яковлева. 2012. №4. С. 185-188.

2. Tonhajzerova I, Visnovcova Z, Mestanikova A, Jurko A, Mestanik M. Cardiac Vagal Control and Depressive Symptoms in Response to Negative Emotional Stress // Adv. Exp. Med. Biol. 2016. Vol. 934, P. 23-30.

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ФАКТОР РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Берулава М.З., Даниелян Э.С.

Научный руководитель: доцент, к.с.н. Мкртычева К.Б.

Ростовский государственный медицинский университет

Аллергические заболевания (АЗ) входят в число 10 наиболее значимых в мире, они имеют не только широкую распространенность, но и неуклонную тенденцию к росту («Эпидемия XXI века») и рассматриваются как социально-значимые заболевания [1]. По данным ВОЗ, с 2001 по 2010 год число аллергиков увеличилось на 20%. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2025 году страдать от данного недуга будет 50% мирового населения. Ежегодно заболеваемость увеличивается на 15-20%, то есть каждый 5 человек страдает от аллергии. Осложнения АЗ, в частности – бронхиальной астмы, являются следствием 250 тыс. смертей в год [2].

В России распространенность бронхиальной астмы составляет 6,9% среди взрослого населения и 10% среди детского населения; отмечено 1351 летальный случай за 2017 год [3].

Причиной большинства аллергических заболеваний являются не только условия жизни современного человека: плохая экология, стресс, нездоровый образ жизни, некачественное питание, но и профессиональная деятельность. Контингент медицинских работников входит в группу «профессионального риска», т.к. контактирует с различными штаммами микроорганизмов, химическими соединениями и лекарственными средствами, а также с различными латексными изделиями.

Целью исследования является оценка рисков аллергизации у медицинских работников различного профиля, а также выявление каузальной зависимости этих рисков от различных специфических и неспецифических факторов.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Городской больницы № 20, Городской больницы №4 и Центральной Городской Больницы, г. Ростова-на-Дону. Дизайн исследования: проведение опроса респондентов с 10.06.2018 по 15.11.2018. Выборочную совокупность составили 210 медицинских работников (n=210) диагностических отделений (n=23), отделений акушерского и гинекологического профиля (n=11), поликлиник (n=13), ОАРИТ (n=17), хирургических отделений (n=48) и терапевтических отделений (n=98). Исследование проводилось с помощью опросника, включающего оценку специфических и неспецифических факторов риска (ФР), клинических проявлений аллергии (КПА), суммарного риска аллергизации (СР) и паспортной части. Каждый показатель представлен Индексом Риска (ИР), рассчитанным как отношение количества положительных ответов в блоке опросника к общему количеству вопросов в блоке опросника. Статистическая обработка проведена с помощью программного обеспечения MS Excel, критерии достоверности: U-критерий Манна-Уитни. В исследование включены результаты с достоверностью различий ($p < 0,01$) или с тенденцией к достоверности ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования респонденты были стратифицированы по профилю их отделений, а также разделены на две когорты: «Хронические заболевания» (подгруппы «Имеются» и «Отсутствуют») и «Аллергические заболевания» (подгруппы «Имеются» и «Отсутствуют»). При сравнении средних значений показателей КПА и СР между когортами не

было получено достоверных различий (U-критерий). При сравнении различий показателей КПА и СР в различных когортах у сотрудников ХО, АРО и стационаров акушерского и гинекологического профиля, достоверных различий не получено. Значения индексов КПА и СР ниже ($p < 0,01$) у сотрудников поликлиник и диагностических отделений. Достоверных различий с индексами КПА и СР у сотрудников терапевтических отделений не получено. Во всех группах, кроме группы сотрудников диагностических отделений, получены сильные и средние корреляции ФР с КПА и СР. Не получено убедительных корреляций КПА и СР со стажем работы.

Полученные результаты говорят о том, что риск аллергизации связан не только с наличием АЗ, но и с наличием преморбидного фона в целом. При этом неаллергические хронические заболевания вносят статистически неотличимый от АЗ вклад в риски усиления аллергизации. Несмотря на это, первостепенную значимость играет подверженность модифицируемым факторам риска. Работа в отделениях определенного профиля (хирургия, АиР, акушерство и гинекология) могут быть рассмотрены как специфические факторы риска. Не было выявлено убедительных корреляций коэффициентов КПА и СР со стажем, что говорит о том, что риски аллергизации могут быть значительными уже через относительно непродолжительное время хронического контакта с аллергенами.

Выводы.

1. При диспансеризации и формировании групп риска преморбидность остается важной компонентой, при этом учитывать стоит не только факт наличия аллергического заболевания или анамнестических проявлений аллергии, но и хронические заболевания в целом.

2. Подверженность воздействию (и его интенсивность) факторам риска аллергизации имеет первостепенную значимость: у медика с любой неаллергической патологией при равном воздействии ФР такие же риски в плане аллергизации, как и уже имеющего аллергическое заболевание или эпизоды аллергии в анамнезе.

3. Для охраны труда медицинских работников необходимо усилить работу по элиминации факторов риска аллергизации, а также учитывая специализацию медицинского работника, расширить спектр мероприятий диспансеризации, направленных на предупреждение развития профессиональной аллергии или усугубления имеющихся аллергических заболеваний.

Список литературы:

1. Испаев Ж. Б. Аллергические заболевания в XXI веке. Казань: КазНМУ, 2016.
2. Швецова Е.С., Короткова Т.С. распространенность аллергических заболеваний среди всех возрастных групп в РФ // Современные проблемы науки и образования . 2014. №4..
3. Смертность населения по причинам смерти в 2017 году // Росстат URL: www.gks.ru/free_doc/2017/demo/t3_3.xls (дата обращения: 06.05.2018).
4. Хронические респираторные заболевания // ВОЗ URL: <http://www.who.int/respiratory/ru/> (дата обращения: 24.05.2018).

ИЗУЧЕНИЕ ВСАСЫВАТЕЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Бобоев М. М

Научный руководитель: Мадумарова М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

Как известно, всасывание в желудочно-кишечном тракте в нормальных условиях обеспечивается в равной степени кровеносной и лимфатической системами, однако имеет место избирательное всасывание основных пищевых ингредиентов-жиров, белков, углеводов, а также витаминов, солей, микроэлементов и другие, но из них (жиры, белки, часть витаминов и микроэлементов) всасываются в лимфатические сосуды.

Послеоперационная перестройка структуры лимфатической системы является компенсаторным процессом, от которого во многом зависят отдаленные исходы операции на желудке.

Материалы и методы. Целью данного исследования явилось изучение всасывательной особенности кишечника после резекции желудка в эксперименте на 16 собаках, из них 10-составили контрольную группу.

Прижизненное изучение лимфатической системы кишечника проводилось биологическим методом у 6 животных (24 опыта) через 7,15 и 30 суток после резекции желудка.

Результаты и их обсуждение. Использование данной методики позволило обнаружить визуально и под бинокулярным микроскопом МБС-2 лимфатические капилляры и сосуды, расположенные в серозной оболочке, под серозным слоем и в брыжейке тонкой кишки.

Прижизненное выявление лимфатических сосудов показало, что в нормальных условиях на высоте пищеварения через 2-2,5 часа после кормления животных отмечается заполнение лимфатических сосудов двенадцатиперстной кишки хилезной жидкостью, которая благодаря содержанию жиров приобретает молочно-белый цвет, создавая четкое контрастирование внутри и внеорганных лимфатических русел, а также региональных лимфатических узлов, расположенных по верхнему и нижнему краю головки поджелудочной железы.

Такое заполнение белой хилезной жидкостью наблюдается у лимфатических сосудов петель начального отдела тонкой кишки, отводящих лимфатических коллекторов и региональных лимфатических узлов соответствующего сегмента брыжейки кишки, лимфатические сосуды, идущие от стенки кишки, постепенно сливаются в более крупные сосуды и создают лимфатический коллектор сосудов брыжейки. лимфатические сосуды среднего отдела тонкой кишки заполняются слабо и поэтому они представляются менее контрастными, в петлях конечного отдела кишки лимфатические сосуды не заполняются хилусом и не обнаруживаются при биологической инъекции.

Лимфатические коллекторы брыжейки тонкой кишки повторяют в основном ход кровеносных сосудов и идут рядом с венами изредка анастомозируя друг с другом. В каждом сосудисто-нервном пучке как правило имеются два лимфатических сосуда, расположенных по сторонам от вены.

Таким образом в условиях нормы всасывание молочной смеси наиболее интенсивно происходит в двенадцатиперстной кишке и начальных отделах тощей кишки оно постепенно уменьшается в каудальном направлении полностью прекращаясь в конечных отделах подвздошной кишки.

На 7 сутки после резекции желудка по Бильрот –I после дачи завтрака через 2-2,5 часа произведена лапаротомия с целью прижизненного изучения лимфатической системы тонкой кишки. В этот срок наполнение лимфатических сосудов двенадцатиперстной и тонкой кишки не отмечено лишь только в двух опытах в более поздние сроки (через 3 часа) происходило кратковременное и неполное наполнение некоторых лимфатических сосудов брыжейки среднего отдела тонкой кишки. Из-за слабого контрастирования описать их не представлялось возможным.

На 15 сутки после операции через 2- 2,5 часа после кормления при релапаротомии отмечено наполнение хилусом лимфатических сосудов начального и среднего отделов тонкой кишки которые внешне схожи с таковыми полученными в контрольной серии. На стенки этих отделов кишки наблюдаются сосудистые сети, которые образовали петли имеющие разнообразную форму Диаметр лимфатических сосудов увеличен. Сосуды серозного и под серозного слоя четко контурировали и имели выраженные анастомозы. Коллекторы, расположенные в брыжейке имеют четкие контуры, расширяясь впадают в лимфатические узлы. Некоторые из них до впадения в лимфатический узел сливаются между собой, образуя более мощный лимфатический коллектор. Лимфатические сосуды и коллекторы двенадцатиперстной кишки также не были заполнены хилусом и не обнаруживались. Однако методом интерстициального контрастирования у двух собак установлено нормальное функционирование лимфатических сосудов двенадцатиперстной кишки, когда краска у небольшого депо в подсерозном слое легко и интенсивно распространялась от свободного края кишечной стенки в сторону брыжейки и отводящим коллекторам и лимфатическим узлам расположенным у головки поджелудочной железы. На 30 сутки после операции при осмотре кишечника обнаруживается как и под резекцией сеть лимфатических капилляров и сосудов стенки и брыжейки. Наиболее интенсивное заполнение хилезной жидкостью происходило в лимфатических сосудах начального и среднего отделов тонкой кишки и слабее контрастирование лимфососудов двенадцатиперстной кишки.

Лимфатические сосуды конечного отдела тонкой кишки до конца опыта не заполнялись хилусом, а если и происходило их частичное заполнение у двух животных оперированных по способу Бильрот-I, то его интенсивность была настолько незначительна что четкое обнаружение внутри и внеорганных лимфатических сосудов тем более доскональное изучение структуры сосудистого рисунка размеров и направления основных и анастомозирующих ветвей не представлялось возможным. У 3 животных этой серии, у которых при жизни во время

лапаротомии использовано интерстициальное введение краски обнаружено хорошее заполнение краской и расширение серозных и подсерозных лимфатических сосудов и брыжеечных отводящих коллекторов.

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Бобоев М.М

Научный руководитель: Исанова Д. Т

Андижанский государственный медицинский институт

Увеличивающаяся распространенность инфекций, вызванных устойчивыми к антибактериальным препаратам бактериями, превращает эмпирическую терапию инфекций мочевых путей в очень сложный процесс. Одним из важных факторов, вносящих свой вклад в высокую частоту данного распространения, является частое применение самих антибактериальных препаратов. Правильный отбор образцов мочи и адекватные методы постановки диагноза с определением антибиотикочувствительности этиологического агента ИМП важны для пациентов с инфекциями мочевых путей (4,5,6,7).

Материалы и методы. Когда у небеременной здоровой женщины репродуктивного возраста наблюдаются симптомы, характерные для синдрома острого болезненного частого мочеиспускания (ОБЧМ), вероятность ИМП составляет 64%. Большей точности при использовании только данных анамнеза добиться нельзя. Жалобы на ОБЧМ не обязательно отмечаются в каждом случае ИМП. Подозрения на то, что пациент страдает ИМП, также могут возникнуть при наличии расстройств здоровья более общего характера или проявлений болезни, таких как лихорадка, чему еще не найдено объяснения. В подобных случаях вероятность ИМП невозможно выразить в процентах.

Исследование мочи. Диагноз ставят по результатам исследования мочи. Критерием наличия ИМП является присутствие как минимум 10⁵ колониеобразующих единиц (>10⁵ КОЕ) бактерий в 1 мл свежей мочи (КОЕ/мл); этот критерий является определяющим. Исследуют свежую мочу. Если нет возможности сразу провести исследование, то мочу можно хранить максимум 24 ч в холодильнике при температуре не выше 100С.

Нитритный тест. Белую тест-полоску погружают в мочу, при этом желательно, чтобы последняя находилась в мочевом пузыре как минимум 4 ч. При наличии нитритов в течение 30 с появляется окрашивание, которое может варьировать от бледно-розового до красно-сиреневого. Любое окрашивание является положительным результатом. Число ложно-положительных результатов настолько мало, что на основании результатов этого теста может быть поставлен диагноз ИМП. Число ложно-отрицательных – результатов не значительно (коммерческие тест-полоски можно заменить жидким реактивом, который можно приготовить самостоятельно).

Осадок. 10 мл мочи центрифугируют в течение 3-5 мин при скорости вращения 2000 об/мин. Проводят микроскопическое исследование мокрого неокрашенного препарата при 400-кратном увеличении. Обнаружение как минимум 20 бактерий в поле зрения является положительным результатом, подтверждающим диагноз ИМП. Часто также обнаруживаются лейкоциты; это является признаком воспаления. Иногда, в частности, из-за присутствия эпителиальных клеток, кристаллов или детрита, бактерии в осадке не видны или их мало. Тогда в качестве диагностического признака можно использовать наличие лейкоцитов (пиурия). Результат положителен, если в поле зрения имеется как минимум 5 лейкоцитов; это подтверждает диагноз. Результаты исследования осадка, даже если он содержит, например, цилиндры или группы лейкоцитов, не позволяют установить локализацию инфекции. Если при исследовании осадка не обнаруживают нарушений, в то время как клинические данные позволяют подозревать ИМП, то следует повторить нитритный тест и исследовать осадок, полученный из новой, свежей порции мочи (1,2,3).

Профилактика. Большинство пациентов с неосложненной инфекцией мочевых путей составляют женщины старше 20 лет. Инфекциям подвержены в основном женщины, живущие активной половой жизнью. В прошлом предполагалось существование некоторых факторов риска, однако их роль никогда не была однозначно показана (например, использование противозачаточных таблеток). Если существуют явные вагинальные выделения (часто вызываемые бактериями или грибами), то полезно провести соответствующее лечение. Подобные

микроорганизмы могут также вызывать воспаление мочевого пузыря, которое протекает весьма мучительно.

Если симптомы воспаления мочевого пузыря возникают в связи с половым актом, то могут быть даны некоторые рекомендации. Если в мочевом пузыре во время полового сношения имеется моча, то это дает возможность хорошо помочиться после него, благодаря чему уменьшается рост риска бактерий, которые во время сношения двигаются вверх, в мочевой пузырь. При сухом влагалище рекомендуется использование эстрогенов в форме вагинальных таблеток, местного эстрогенсодержащего крема или смазочного средства. Это может облегчить движение во время полового сношения и, таким образом, уменьшить нагрузку на ткани вокруг влагалища, включая уретру. Ясно, что поведение партнера имеет важное значение.

У некоторых людей возникают классические симптомы цистита и (или) уретрита при употреблении определенных продуктов питания. При этом не обязательно имеет место бактериальная инфекция. В таких случаях необходимо исключить из рациона проблемные продукты или назначать антигистаминные препараты.

Уретрит может также возникать при химическом воздействии. Дезодоранты, редкие сорта мыла и дезинфицирующие средства (иногда даже шампунь) могут вызывать раздражение промежности и вследствие этого раздражение уретры. Терапевтический подход в таких случаях также не вызывает затруднений. Иногда бывает необходимо в течение некоторого времени промывать промежность несколько раз в день, - обмывать только водой и тщательно промокать.

Выводы. В большинстве случаев пациентам дают гигиенические рекомендации, направленные на увеличение продукции мочи, регулярное опорожнение мочевого пузыря, советуют не откладывать мочеиспускание при позыве, полностью опорожнять мочевой пузырь, очищать перинеальную область с тем, чтобы предотвратить вульвовагинальное заражение, производить мочеиспускание после полового сношения.

Научные исследования в области ИМП не показали явной зависимости между образом жизни, гигиеной тела и предотвращением инфекций мочевых путей и их рецидивов. Однако все же представляется разумной рекомендация много пить и хорошо опорожнять мочевой пузырь.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КУЛЬТУРЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Бондаренко А.И.

Научный руководитель: д.п.н., доцент Болотова М.И.

Оренбургский государственный медицинский университет

Косметические средства являются неотъемлемым элементом жизни современного человека. Эстетические аспекты применения косметики актуальны для молодой девушки, в то время как следование правилам соблюдения личной гигиены, использование косметических препаратов в рамках терапии воспалительных и иных заболеваний кожи и слизистых оболочек представляет актуальность для всех при отсутствии гендерных и возрастных различий. Надлежащее применение косметических средств – главное условие предотвращения развития побочных эффектов косметики, нарушающих нормальную жизнедеятельность организма человека. Основными нежелательными последствиями использования косметики являются дискомфорт и нарушение зрения, развитие контактного дерматита, риск возникновения заболеваний слизистых оболочек бактериального происхождения. Также следует отметить возможные трудности совместного применения косметики и контактных линз. Предупреждение развития подобных нежелательных последствий возможно исключительно в случае рационального подхода к выбору и использованию конкретного косметического препарата. Следовательно, главное условие надлежащего использования косметики, исключающего риск развития возможных побочных реакций, – сформированность необходимой культуры подбора и применения косметических средств. Цель работы – определить факт сформированности надлежащей культуры подбора, анализа и использования косметических средств методом анкетирования студентов медицинского вуза.

Материал и методы. Анкетирование.

Результаты и обсуждение. Респонденты – студенты 1 курса ФГБОУ ВО «ОрГМУ» Минздрава России в возрасте 17 лет (50 человек). Отметим следующую особенность оренбургского медицинского университета: высокий процент в структуре студентов вуза занимают молодые люди родом из граничащих с Оренбургской областью регионов – Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Республики Казахстан. Национальные традиции данных регионов ограничивают применение косметических средств с эстетической целью. В результате исследования было отмечено, что 85% опрошенных используют косметические средства с лечебной целью, в то время как 60% респондентов применяют косметику с эстетической целью. Данный факт может объясняться как национальными особенностями, так и возрастом опрошенных – в возрасте 17 лет возрастает актуальность применения косметических средств с лечебной целью. Подобное применение актуально как ввиду возникающих изменений в организме (развития заболеваний кожи – акне), так и в аспекте процесса социализации, принятия студентами новых социальных ролей и определения своего социального образа в неразрывной связи с особенностями внешнего вида. 15% респондентов отметили возникновение ощущений дискомфорта, нарушения зрения при использовании косметики, 30% – отметили факт развития контактного дерматита в собственном опыте применения косметики. 58% опрошенных сообщили о возникновении дискомфорта при совместном применении косметики и контактных линз у себя либо у своих родственников или знакомых. 85% респондентов осознают риск развития заболеваний бактериального происхождения при некомпетентном использовании косметики, 80% – заявляют о необходимости придерживаться строгих правил применения косметики, что свидетельствует о понимании опрошенными важности рационального и компетентного использования косметики. Тем не менее, лишь 50% респондентов всегда изучает состав применяемой косметики (15% иногда анализирует состав применяемых косметических средств) и только 42% опрошенных готовы полностью отказаться от её использования при появлении первичных симптомов нежелательных реакций, опосредованных косметикой (10% опрошенных понимают необходимость отказа от декоративной косметики в подобной ситуации, но не знают, смогли бы они решиться на подобный поступок реально). Более подробное изучение природы применяемой косметики, снижение уровня потребления косметики могли бы стать возможным фактором преодоления побочных реакций косметических средств. Рекомендации респондентов по рациональному применению косметики оказались следующими: 28% опрошенных рекомендуют изучать состав применяемого косметического препарата, 25% – отмечают необходимость соблюдения правил личной гигиены при применении косметики (соблюдение чистоты как инструментария для нанесения косметики, так и кожи человека, использующего косметику, предотвращение попадания косметики на слизистую оболочку глаза и т.д.), 20% респондентов рекомендуют применять косметику проверенной фирмы-производителя, 15% опрошенных отдают предпочтение дорогой косметике, 15% опрошенных отмечают необходимость индивидуального подхода к подбору косметики в зависимости от типа кожи и других физиологических особенностей организма. Среди других рекомендаций отметим необходимость использовать косметику в пределах её срока годности, применять натуральные косметические препараты растительного происхождения.

Закключение. Исследование показало, что современные студенты медицинского вуза осведомлены о возможных нежелательных реакциях применения косметических средств (заболевания бактериальной природы, аллергические реакции и т.п.) Существует риск недостаточной осведомлённости студентов о составе применяемой косметики. Тем не менее, рекомендации, данные опрошенными, о необходимости изучения природы используемых косметических препаратов, о соблюдении правил личной гигиены в применении косметики свидетельствуют о сформированности у них определённой культуры косметического ухода, опосредующей возможность рационального применения косметики.

Список литературы

1. Квасова, М. Влияние косметики на глаза [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://glazmed.ru/lib/conjunctivitis/conjunctivitis-0059.shtml> (дата обращения: 04.11.18 г.)
2. Тарануха, О. А. Мягкие контактные линзы в качестве лечебных / О. А. Тарануха // Світ медицини та біології. — 2015. — № 3(51). — С. 162–170.
3. Hudson, C. Impact of cosmetics on the ocular surface and contact lens wear / C. Hudson // Optometry Today. — September 2011. — Vol. 51. — Issue 19. — P. 49–53."

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОТРАВЛЕНИЙ ЗООТОКСИНАМИ

Бочкарёва Д.С., Огородник А.С., Ларионов С.С.

Научный руководитель: Жаркин И.Н.

Волгоградский государственный медицинский университет

Проблема отравлений животными ядами в настоящее время считается одним из важных вопросов токсикологии, так как распространенность поражений, полученных при укусах змей и членистоногих, значительно возросла за последние годы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения до 5 млн. человек ежегодно подвергаются укусам ядовитых животных, при этом в 50-100 тыс. случаев у пациента отмечаются тяжелые формы интоксикации с возможным летальным исходом [1,6]. Климат и особенности ландшафта в Волгоградской области благоприятствуют формированию природного разнообразия ядовитой фауны [2,4,5]. В структуре всех отравлений по региону распространенность интоксикаций из-за контакта с ядовитыми животными составляет 4,99% [3].

Цель. Анализ структуры отравлений ядами эпидемиологически значимых животных в Волгоградской области за 2014-2016 гг.

Материалы и методы. Исследование проводилось путем ретроспективного анализа историй болезни пациентов, перенесших отравление животными ядами. При проведении оценки рассматривались данные 221 больного, наблюдавшихся на базе ВО НКБ в период с 2014 по 2016 год. В ходе исследования проведена статистическая обработка полученной выборки с помощью вариационной статистики в программе Excel.

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных установлено, что в структуре отравлений животными ядами преобладают интоксикации вследствие укусов пауков (54,8%) и змей (32,6%). Значительно реже встречаются отравления ядами других членистоногих (12,6%). При большинстве интоксикаций состояние пациента было удовлетворительным. Только в 1,8% случаев пациентам требовалось лечение в реанимационном отделении. Такая закономерность может объясняться тем, что в Волгоградской области достаточно редко встречаются сильно ядовитые животные. Этим же обусловлено отсутствие летальных случаев среди исследуемых пациентов.

Оценка возрастного распределения показала, что 78,7% интоксикаций зафиксировано у взрослых людей. Однако стоит учитывать довольно высокий уровень детских отравлений, на которые приходится 21,3% случаев. При анализе причин отравлений обнаружено, что общая закономерность в отношении причин интоксикации сохраняется и в разных возрастных категориях. Наиболее частым фактором, вызывающим интоксикацию, является укус паука. Его распространенность составляет 53% в детском и 55% во взрослом возрасте. Аналогично, второй по частоте причиной отравления являются укусы змей, которые зафиксированы в 32% случаев и у детей, и у взрослых.

В ходе оценки результатов проведен анализ динамики статистических показателей с течением времени. Наибольший уровень отравлений зафиксирован в 2015 году (98 случаев). В 2014 г. с интоксикациями обращались 66 пациентов, в 2016 отмечалось наименьшее количество отравлений – 57 случаев. При оценке структуры отравлений за 2014 и 2015 гг. отмечается сохранение общей закономерности распределения – наиболее распространенной причиной отравления являются укусы пауков (66% и 59% соответственно), реже встречаются укусы змей (22% и 29% соответственно).

Данные за 2016 г. отличаются сравнительно низким уровнем отравлений ядом пауков (33%). Наиболее распространенной причиной интоксикации в этом году являются укусы змей (49%). Несмотря на небольшие различия, общие закономерности распределения структуры отравлений сохраняются и при оценке динамики показателей, в том числе и с учетом возрастных групп пациентов.

Заключение. Данные, полученные в ходе исследования, подтверждают высокую распространенность отравлений зоотоксинами в Волгоградской области. Несмотря на сравнительно низкий уровень тяжелых форм интоксикаций, проблема отравлений ядами эпидемиологически важных животных может считаться одним из важных направлений работы в регионе. Высокая частота встречаемости укусов пауков и змей обуславливает необходимость проведения санитарно-просветительской работы с населением. Особого внимания заслуживает достаточно большая распространенность отравлений в детском возрасте. Для снижения риска

развития интоксикаций рекомендуется проводить в образовательных учреждениях занятия, направленные на ознакомление детей с основами профилактики укусов ядовитых животных.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень «Укусы животных». 2018 г.
2. Гордеев Д. А. Видовой состав и биологические особенности чешуйчатых Волгоградской области. – 2012.
3. Каурина А. В., Поройский С. В. Компаративный анализ структуры отравлений в Волгоградской области //Успехи современного естествознания. – 2014. – №. 6. – С. 89-90.
4. Уткина А. В., Ларионов С. С. Эпидемиология и клинические особенности отравлений, вызванные укусами змей в Волгоградской области //Успехи современного естествознания. – 2014. – №. 6. – С. 94.
5. Цыбенко Ю. А., Ларионов С. С. Ядовитые пауки Волгоградской области //Успехи современного естествознания. – 2014. – №. 6. – С. 95-96.
6. Charles D. Ericsson, Christoph Hatz, Thomas Junghanss, Mauro Bodio; Medically Important Venomous Animals: Biology, Prevention, First Aid, and Clinical Management, Clinical Infectious Diseases, Volume 43, Issue 10, 15 November 2006, Pages 1309–1317.

АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Висмонт Ф.И., Чепелев С.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности в большинстве развитых стран мира [4]. Принимая во внимание большую частоту инвалидизации и сложность реабилитации пациентов с инфарктом миокарда, ИБС представляет собой не только значительную медицинскую, но и важную государственную проблему. В связи с этим поиски новых эффективных методов предотвращения или ослабления ишемического и аритмического повреждения сердца и механизмов их реализации остаются существенной задачей современной клинической и экспериментальной медицины и важным направлением исследований в физиологии [5, 7].

В последние годы объектом повышенного внимания ведущих мировых ученых в области клинической и экспериментальной кардиологии являются кардиопротекторные (антиаритмический) эффекты дистантного ишемического preconditionирования (ДИПК). Данный феномен воспроизводится ишемией конечности, осуществляемой до острой ишемии миокарда [3, 5, 6].

В клинической практике необходимость кардиопротекции от ишемического и реперфузионного повреждения чаще необходима пациентам с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, к которым относится и дислипидемия (ДЛЕ) [2, 8, 9, 10].

Поиски новых эффективных методов предотвращения или ослабления повреждения сердца и механизмов их реализации остаются существенной задачей современной клинической и экспериментальной медицины.

Целью исследования явилось выяснение антиаритмической эффективности ДИПК при ишемии-реперфузии миокарда у крыс с ДЛЕ.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 39 белых крысах-самцах массой 200-250 г, возрастом 3-4 мес., которые были разделены на 4 группы: КонтрольФ.Р. (n=7), КонтрольДЛЕ (n=11), ДИПКФ.Р. (n=7), ДИПКДЛЕ (n=14). ДЛЕ моделировали путем однократного интрагастрального введения животным 10% р-ра холестерина на оливковом масле в дозе 10 мл/кг в течение 10 дней, крысам без ДЛЕ вводился 0,9% р-р NaCl (физ. р-р (Ф.Р.)) в объеме 10 мл/кг.

Для наркотизации животных применяли внутривентрально тиопентал натрия в дозе 50 мг/кг. Крысы с помощью аппарата ИВЛ переводились на искусственное дыхание. У животных непрерывно регистрировалась ЭКГ во II стандартном отведении.

Моделирование постинфарктной сердечной недостаточности у крыс осуществляли путем окклюзии левой коронарной артерии [1]. Для этого выполняли 30-мин. окклюзию фишкой левой коронарной артерии. Реперфузия, длительностью 120 мин, достигалась удалением фишки. Животные групп ДИПК, дополнительно подвергались воздействию 15-мин. окклюзии обеих бедренных артерий за 25 мин до 30-мин. острой ишемии миокарда.

Для оценки антиаритмического эффекта ДИПК подсчитывалась длительность аритмий – фибрилляции желудочков, пароксизмальные желудочковые тахикардии, парные желудочковые экстрасистолы, желудочковый бигеминии – при ишемии-реперфузии миокарда. По полученным данным рассчитывалась медиана и интерквартильный размах (25-й; 75-й процентиля). При сравнении групп использовали критерий Крускала-Уоллиса и тест множественных сравнений Данна.

Результаты и обсуждение. У крыс с ДЛЕ содержание триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови составило $1,54 \pm 0,12$ ммоль/л, общего холестерина (ОХ) – $5,86 \pm 0,38$ ммоль/л. У крыс без ДЛЕ содержание ТГ составило $0,62 \pm 0,06$ ммоль/л, ОХ – $2,62 \pm 0,09$ ммоль/л. Так, у крыс с ДЛЕ имело место повышение содержания ТГ в 2,5 раза и ОХ в 2,2 раза по сравнению с их содержанием у крыс без ДЛЕ ($p < 0,01$).

При ишемии-реперфузии миокарда у крыс наблюдались аритмии продолжительностью в группе КонтрольДЛЕ – 316 (137; 563) с, ДИПКДЛЕ – 48 (31; 80) с ($p < 0,05$), КонтрольФ.Р. – 198 (14; 239) с, ДИПКФ.Р. – 30 (3; 133) с ($p < 0,05$).

Выводы. ДИПК эффективно в плане снижения длительности нарушений сердечного ритма во время ишемии-реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной ДЛЕ.

Список литературы:

1. Карпов, А. А. Моделирование постинфарктной сердечной недостаточности путем окклюзии левой коронарной артерии у крыс: Техника и методы морфофункциональной оценки / А. А. Карпов, Д. Ю. Ивкин, А. В. Драчева, Н. В. Питухина и др. // Биомедицина. – 2014. – №3. – С. 32-48.
2. Липовецкий, Б. М. Дислипидемии, атеросклероз и их связь с ишемической болезнью сердца и мозга: рук. для врачей и студентов-медиков / Б. М. Липовецкий. – СПб.: Эко-Вектор, 2012. – 75 с.
3. Любимов, А. В. Ишемия, реперфузия и preconditioning: традиционные и новые подходы в лечении инфаркта миокарда / А. В. Любимов, П. Д. Шабанов // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2016. – Т. 14, №3. – С. 3-11.
4. Мрочек, А. Г. Сердечно-сосудистые заболевания в Республике Беларусь: анализ ситуации и стратегии контроля / А. Г. Мрочек [и др.] – Минск: Беларус. навука, 2011. – 341 с.
5. Шляхто, Е. В. Ограничение ишемического и реперфузионного повреждения миокарда с помощью пре- и посткондиционирования: молекулярные механизмы и мишени для фармакотерапии / Е. В. Шляхто, Е. М. Нифонтов, М. М. Галагурда // Креативная кардиология. – 2007. – №1-2. – С. 75-102.
6. Basalay, M. Remote ischaemic pre- and delayed postconditioning – similar degree of cardioprotection but distinct mechanisms / M. Basalay, V. Barsukevich, S. Mastitskaya // Exp Physiol. – 2012. – Vol. 97, № 8. – P. 908–917.
7. Cokkinos, D. V. Myocardial protection in man – from research concept to clinical practice/ D. V. Cokkinos, C. Pantos // Heart Fail. Rev. – 2007. – Vol.12. – P. 345-362.
8. Görbe, A. Cholesterol diet leads to attenuation of ischemic preconditioning-induced cardiac protection: the role of connexin 43 / A. Görbe [et al.] // Am J Physiol Heart Circ Physiol. – 2011. – Vol. 300, № 5. – P. H1907 – H1913.
9. Kremastinos, D. T. Preconditioning limits myocardial infarct size in hypercholesterolemic rabbits / D. T. Kremastinos, E. Bofilis, G. K. Karavolias [et al.] // Atherosclerosis. – 2000. – Vol.150. – P. 81-89.
10. Szilvassy, Z. The loss of pacing-induced preconditioning in atherosclerotic rabbits: role of hypercholesterolemia / Z. Szilvassy, P. Ferdinandy // J Mol Cell Cardiol. – 1995. – Vol. 27, № 12. – P. 2559–2569.

РЕГЕНЕРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В МЕХАНИЗМЕ ОБРАЗОВАНИЯ РУБЦОВ

Власенко В.А., Атакишиева В. А., Машенко А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Соединительные ткани – это комплекс нескольких дифферонов клеток и межклеточного вещества, мезенхимного происхождения, участвующие в поддержании гомеостаза внутренней среды. Из-за многообразия выполняемых функций в организме человека, соединительная ткань играет важную роль в регенерации различных структур.

Цель исследования: изучить регенерационную способность соединительной ткани, а так же роль и механизм образования рубцов.

Материалы и методы: изучение российских и зарубежной научно- исследовательской литературы, а так же клиническое наблюдение между визуализируемыми рубцами различных больных.

Результаты и обсуждения. Выделяют эмбриональный и постэмбриональный гистогенез соединительных тканей, где мезенхима приобретает черты тканевого строения раньше закладки других тканей. Постэмбриональный гистогенез в нормальных физиологических условиях происходит медленнее и направлен на поддержание тканевого гомеостаза, пролиферацию малодифференцированных клеток и замену ими отмирающих клеток. Выделяют 3 этапа регенерации соединительной ткани. 1 стадия - Грануляционная ткань. Начинается процесс с роста (пролиферации) сосудистых петель, в состав этой ткани входят лейкоциты, макрофаги, лимфоциты, фибробласты. 2 стадия - волокнистая соединительная ткань. Созревание клеток и межклеточного вещества. Одновременно с этим прекращается пролиферация сосудов, клетки разрушаются. 3 стадия - рубцовая, грубоволокнистая ткань. Большинство капилляров запустевает, развивается перекалибровка сосудов, остаются только клетки зрелой соединительной ткани (фиброциты), коллагеновые волокна занимают основную массу ткани. Исходы: 1) гиалиноз, 2) дистрофическое обызвествление. Выделяют несколько видов рубцов:

Гипертрофические рубцы ограничены раной. Обычно они безболезненны, образуются в течение нескольких недель, а затем постепенно уменьшаются. Келоидные рубцы - рубцы неправильной формы, выходящие за границы раны. В отличие от гипертрофических келоидные рубцы со временем не исчезают. Атрофические рубцы встречаются чаще гипертрофических и келоидных. Атрофические рубцы тонкие и сморщенные. Они бывают вдавленными и могут напоминать поражение кожи при первичной атрофии кожи. Заживление раны проходит четыре определенных стадии: гемостаз (остановка кровотечения), воспаление, пролиферация (зарастание клеток), матурация. Процесс полного заживления может занять год или более того, все зависит от тяжести самого шрама. На тяжесть образования шрама влияет генетический фактор и внешнее воздействие.

Заключение. Анализируя механизмы образования рубцов и особенности регенерации соединительной ткани, можно сделать предположить о дальнейшем развитии вида рубца, что неотъемлемо важно для больного, для отдаления последствий косметического дефекта.

ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ КАК ОСОБЕННОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ АВТОНОМНОСТИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ КАРИЕСНОМ ПОРАЖЕНИИ ЗУБОВ

Гладышев А.А., Худоярова А.Г., Байбекова Г.Д.

Научный руководитель: доцент Худоярова А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Более 80% населения земного шара страдает камнеобразованием и кариесом. Являясь истинно патологическим процессом, кариес характеризуется прогрессирующей деструкцией твердых тканей зуба (эмали и дентина) с образованием дефекта в виде полости [1,2,3]. Актуальность данной проблемы не оспорима на сегодняшний день и все больше и больше привлекает специалистов. Слюнные железы давно интересовали исследователей, так как секретирующая клетка серозной слюнной железы является одним из удобных (ставшим уже

классическим) объектом изучения как секретообразования в живой клетке, так и использование неинвазивного метода обследования.

Целью нашего исследования было изучить особенности ферментативной активности ротовой жидкости у людей с наличием кариеса. Для решения поставленной цели, перед нами были выдвинуты задачи:

-изучить амилалитическую активность слюны у людей с наличием кариеса:

-изучить особенности направления изменений ферментативной активности слюны при кариесе

Материалы и методы исследования. Объектом изучения особенности ферментного гомеостаза ротовой жидкости были студенты 2 курса АГМИ в количестве 165 человек. Из них девушек было 53, что составило 32%, а мужчин было 112 человек, что составило 68%. В контрольную группу вошли студенты обоего пола без наличия каких-либо отклонений, которые были выявлены при первичном осмотре студентов. В количественном соотношении эта группа составила 33 человека из них 23 парня, что составило 70% и 10 девушек, что составило соответственно 30% от общего количества здоровых. Всем обследуемым проводили осмотр ротовой полости с заполнением карты обследуемого. Активность амилазы в ротовой жидкости проводили методом Смитта-Роя. Полученные результаты статистически обработаны.

Гендерное распределение пациентов в опытной и контрольной группах, имело следующий характер: 2,5 : 1,5 и 2,7 : 1,3 соответственно.

Результаты и обсуждения. В имеющихся русскоязычных и англоязычных литературных источниках, авторы сообщают о том, что при увеличении длительности жевания отмечается постепенное снижение дебита секреции слюнных желез [3,4,5]. Как отмечают авторы, это происходит за счет истощения секреторной деятельности слюнных желез. Так по нашим данным объем выделенной слюны у здоровых людей, при длительном жевании, постепенно незначительно снижался. Коэффициент угасания в среднем составлял $1,3 \pm 0,2$. Активность амилазы и дебит секреции амилазы соответственно снижались. Коэффициент угасания активности амилазы и дебита секреции амилазы составил соответственно $1,6 \pm 0,3$ и $1,9 \pm 0,1$ раза.

Обращало на себя внимание то, что изменение объема секреции ротовой жидкости и активности в ней фермента амилазы одновременно имели соотношение с классом кариеса по Блеку. При более детальном разборе полученных нами результатов, было отмечено изменение активности амилазы слюны, как у женщин, так и у мужчин с определенной латерализацией процесса. При анализе пораженности конкретной зубной поверхности надо отметить, что большой процент поражения затрагивает первый и второй маляры, что имеет склонность к усложнению ситуации и переходу воспалительного процесса на гайморовые пазухи. Так поражение первого маляра у мужчин справа составило 56%, а слева 44%. Повреждение вторых маляров составило 13% справа и 33% слева, что так же подтверждает латерализацию процесса.

По нашим данным можно заключить, что первые маляры поражаются разнонаправлено. Так, например, справа количество пораженных кариесом зубных поверхностей составило у женщин 43%, а слева 52%. Поражение вторых маляров у женщин составило 24% и 22% справа и слева соответственно.

По полученным данным можно заключить первостепенность поражения первых маляров и наличие латерализации процесса, ориентированного на правую сторону у мужчин и на левую сторону у женщин. Однако ориентировочность направления поражения вторых маляров и у мужчин, и у женщин имели противоположные значения, возможно объясняемые изменением нагрузки на зубную поверхность.

При изучении показателей активности амилазы ротовой жидкости была отмечена картина наибольшей ферментативной активности при поражении кариесом первых и вторых маляров у пациентов не зависимо от их пола.

Полученные данные помогут оптимизировать индивидуализированную направленность современной профилактической стоматологии.

Список литературы.

1. Гарифуллина, А. Ж. Особенности гигиенического обучения и воспитания детей дошкольного возраста / А. Ж. Гарифуллина, Ж. Н. Тельнова, Г. И. Скрипкина // Стоматология. – 2015.– Т. 94. – № 5. – С. 67–70.
2. Гилева, О. С. Вычислительное моделирование начальной стадии кариеса зубов: геометрическое моделирование зуба / О. С. Гилева, М. А. Муравьева, Н. И. Симакина, А. К.

Соколов, В. Н. Терпугов // Вестник Пермского университета. Сер.: Математика. Механика. Информатика. – 2012. – № 2. – С. 20–25.

3. Скрипкина, Г. И. Анализ изменений физико-химических параметров ротовой жидкости кариесрезистентных детей с использованием современных методов статистической обработки результатов исследований // Институт стоматологии. – 2012. – № 1 (54). – С. 124–125.

4. Fluoride toothpaste prevents caries in children and adolescents at fluoride concentrations of 1000 ppm and above / T. Walsh [et al.] // Evid. Based Dent. – 2010. – Vol. 11, № 1. – P. 6–7;

5. Singh S. Dental caries rates in South Africa / S. Singh // Implications for Oral Health Planning Epidemiology and Infection Control. – 2011. – Vol. 26, № 4. – P. 259–261.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИЗМЕНЕНИЙ АМИЛОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОЖИРЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Гладышев Е.А., Худоярова А.Г., Зулунова И.Б.

Научный руководитель: доцент Худоярова А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Сейчас на Земле живёт почти 2 миллиарда людей с повышенным весом или ожирением. Из-за ожирения в среднем продолжительность жизни уменьшается от 3 до 5 лет [1,2,5]. Каждый год число людей с ожирением прогрессирует и каждые 10 лет увеличивается на 10%. Актуальность вопроса подтверждается тем, что в 2013 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла важный Глобальный план действий в отношении НИЗ (неинфекционные заболевания) на 2013–2020 годы, охватывающий ряд действий для государств - членов, международных партнеров и Секретариата ВОЗ, направленных на стимулирование здорового питания и физической активности и на достижение их к 2025 году [3,4,6].

Целью нашего исследования было изучение особенности ферментного состава крови и ротовой жидкости и его изменение, связанное с увеличением веса и алиментарным ожирением различной степени выраженности.

Для решения поставленных целей перед нами стояли следующие задачи:

- изучить особенности амилалитической активности крови и ротовой жидкости в группах пациентов с избыточной массой тела и ожирением различной степени;

- изучить показатели корреляционного анализа ферментативной активности крови и ротовой жидкости

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в клинике АГМИ находилось 78 человек. Из них 20 человек контрольной группы и 58 человек опытные группы, которые состояли из больных ожирением различной степени выраженности. Средний возраст пациентов составлял в общем 41 год.

В гендерном соотношении контрольная группа представляла 1:1, а в опытной группе было 30 женщин и 28 мужчин, что в процентном соотношении составило 52% и 48% соответственно. Все пациенты были распределены по группам в зависимости от показателей ИМТ. Всем проводились общеклинические и специальные методы обследования. Полученные результаты статистически обработаны.

Обсуждение результатов. При рассмотрении данных видно, что состояние избыточного веса (ИВ) не наблюдается у людей престарелого и пожилого возраста. По всей видимости, это можно объяснить центральными механизмами регуляции обмена веществ в данном возрасте, при котором наблюдается инволюция функций эндокринных желез и таким образом гормональной регуляции обмена веществ.

Как ранее уже было отмечено, нашему исследованию подвергалась и слюна. Ферментный гомеостаз слюны и его изменения характеризуют функциональную активность не только самой железы, но и всего организма. Алиментарное ожирение это состояние, приводящее к морфофункциональным нарушениям практически во всем организме и поэтому важно знать, как и в каком направлении разовьются эти изменения. При сравнении амилалитической активности крови с амилалитической активностью слюны можно заметить некоторое содружественное направление изменений. Однако эти изменения не всегда одномоментны и достоверны это, по-видимому, связано с возрастным критерием, при котором, прежде всего, возможны

инволютивные процессы в слюнных железах и поджелудочной железе, что влияет на синтез самой амилазы и кроме того, известно, что жировая ткань синтезирует и секретирует большое количество биологически активных пептидов, так называемых адипокинов, которые действуют как на локальном (аутокринном/паракринном) уровне, так и системно

При проведении корреляционного анализа показателей с очень высокой корреляцией ($r > 0,8$) не выявлено; средние показатели корреляции ($0,6 > r > 0,4$) наблюдались для веса и 4 показателей: легочная вентиляция (л/мин) $r > 0,410^*$, жизненная емкость легких (куб. см) $r > 0,477^*$, гемоглобин $r > 0,467^*$, амилаза (г/л $\times$ ч) $r > 0,402^*$; остальные показатели, хотя их корреляции с весом и были статистически значимы, но степень корреляции была низкой ($0,4 > r > 0,18$). С возрастом вес тела обнаруживал низкую, хотя и достоверную, корреляцию ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

Полученные нами результаты так же свидетельствуют о перспективности изучения ротовой жидкости не только в плане уточнения её биологических функций в организме и обеспечения динамического постоянства внутренней среды, но и с диагностической целью как альтернативы крови.

Список литературы.

1. Гаврилов М. А., Мальцева И. В. Возрастное ожирение у женщин: корреляции физиологических параметров с весом // Научный журнал МЦЗ України | № 1 (1), 2012, С. 114 – 119.
2. Косыгина А.В. / Гормоны жировой ткани – адипонектин и висфатин и экспрессия контролирующих их генов при ожирении у детей / тема диссертации и автореферата по ВАК 14.01.02, 2014.
3. Bernstein D. Cardiovascular physiology. In Morbid Obesity. Perioperative management. Edited by Alvarez A. 2nd Edition. Cambridge University Press 2010
4. Lemmens H. Perioperative pharmacology in morbid obesity. Curr Opin Anaesthesiol 2010; 23: 485-91
5. Tindle H., Omalu B., Courcoulas A. et al. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. Am J Med. 2010; 123: 1036-42.
6. Endocrine and Nutritional Management of the Post-Bariatric Surgery Patient: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2010; 95: 4823-4843

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОТРАВЛЕНИЙ РАЗЛИЧНЫМИ ГАЗАМИ И ПАРАМИ ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Глазова Г.М., Ларионов С.С.

Научный руководитель: И.Н. Жаркин

Волгоградский государственный медицинский университет

Острые отравления различными газами, парами и продуктами горения являются одной из актуальных проблем клинической токсикологии вследствие большого количества поступающих в токсикологические центры [2]. Острые отравления угарным газом – наиболее часто встречающийся вид ингаляционных отравлений, составляющий 17,5% случаев общего числа смертельных исходов [1].

Цель исследования - проанализировать структуру отравлений различными газами и парами по Волгоградской области за 2014, 2015, 2016 годы.

Материалы и методы. Проведено исследование отравлений окисью углерода, газообразным хлором и другими уточненными газами, дымами и парами на основании данных ГБУЗ «Волгоградская областная наркологическая больница» г. Волгограда за период с 2014 по 2016 годы. В группу исследуемых вошли дети и взрослые. Полученные данные были обработаны в статистических программах IBM SPSS statistics и Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение. В 2014 году было зарегистрировано 148 случаев отравления газами, из них самую большую группу составили отравления неуточненными газами – 76 (51,4%), из них 4 (5,3%) у детей, 72 (94,7%) у взрослых; окисью углерода – 68 (45,9%), из них у детей – 23

(33,8%), у взрослых – 44 (64,7%) и 1 случай летального исхода (1,5%); газообразным хлором – 4 (2,5%), из них 4 (100%) у взрослых.

В 2015 году было зарегистрировано 112 случаев отравления газами, из них самую большую группу составили отравления окисью углерода – 67 (59,8%), из них 21 (31,3%) среди детей, 46 (68,7%) среди взрослых; неутонченными газами – 33 (29,5%), из них 6 (18,1%) среди детей, 27 (81,9%) среди взрослых; газообразным хлором – 12 (10,7%), из них у детей – 1 (8,3%), у взрослых – 11 (91,7%).

В 2016 году было зарегистрировано 126 случаев отравления газами, из них самую большую группу составили отравления неутонченными газами – 57 (45,2%), из них 13 (22,8%) среди детей, 44 (77,2%) у взрослых; газообразным хлором – 2 (1,6%), из них 2 (100%) у взрослых.

Заклучение. В результате проведенного исследования было установлено, что больше всего отравлений газами было зарегистрировано в 2014 году. В структуре отравлений преобладали отравления окисью углерода (45,9%) и другими неутонченными газами (51,4%), так же было установлено, что чаще всего окисью углерода отравляется взрослое население. Таким образом можно прийти к следующему выводу: для уменьшения числа отравлений окисью углерода у взрослых необходимо соблюдать технику безопасности на производстве различного ряда органических веществ, в газифицированных помещениях, в гаражах с плохой вентиляцией, в домах с печным отоплением.

Список литературы.

1. Лужников Е.А. Медицинская токсикология: национальное руководство/ Под. ред. Е.А. Лужникова. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 928 с.
2. Шилов В.В. Фармакологическая коррекция гипоксии у больных с острой церебральной недостаточностью вследствие острых отравлений угарным газом и продуктами горения / В.В. Шилов, С.А. Васильев, О.А. Кузнецов, Б.В. Батоцыренов, А.Т. Лоладзе / Медицина труда и промышленная экология. – 2012. - №6. – С. 22 – 27.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИДОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ

Гутенева А.Р., Карасёва А.А., Еременко А.Р.

Научный руководитель: доцент, к.м.н., Пашнева Е.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Жировая ткань — разновидность соединительной ткани животных организмов, состоящая из жировых клеток — адипоцитов, выполняющая специфическую функцию. Жировая ткань имеет свойство скапливаться в различных местах нашего тела (т.е. висцеральный тип хранения, живот, ягодицы/ бедра), в действительности существует два (а теперь уже как оказывается, три) фактических типа жиров в организме человека.

Цель исследования: изучить понятие и особенности видов жировой ткани.

Материалы и методы: изучение разновидностей жировой ткани по данным российских и зарубежных научно- исследовательских работ.

Результаты и обсуждения. Несмотря на то, что жир имеет свойство скапливаться в различных местах Основу жировой ткани человека, составляет так называемый белый жир, и его основной целью является накопление энергии. Данный тип жировой ткани, способен хранить довольно большое количество триглицеридов. Белая жировая ткань, отличается особенностью строения адипоцита, имеет очень мало митохондрий (что делает его достаточно плохим инструментом для сжигания жиров в целях получения энергии), другой тип жира, который называют бурой жировой тканью, наоборот очень эффективен для этих целей. Так как в нем хранится очень мало триглицеридов, но содержится достаточно много митохондрий. У мелких животных, у которых этот тип жира был впервые обнаружен (мыши и крысы, например), это помогает с терморегуляцией. То есть путем генерирования тепла, бурая жировая ткань не дает животным мерзнуть. И именно из-за этой важной роли у этих животных, наличие и роль бета-3-рецепторов, для них крайне важно

В течение многих лет, считалось, что у взрослых людей присутствует очень мало бурой жировой ткани. Исключением являются младенцы, пока они не выработали терморегуляционные способности, содержится достаточно много бурой жировой ткани, однако, как это ранее

считалось. И в течение многих лет никто не был уверен в причинах такого положения вещей, и считалось, что в этом кроется одна из причин, неэффективности препаратов воздействующих на бета-3-рецепторы у людей, т.е. раз у людей мало бурого жира, значит у них мало бета-3-рецепторов, то там и активировать с помощью препаратов особенно и нечего. Исследователям удалось обнаружить, что некоторые люди все же имели некоторое количество бурого жира, причем его количество коррелировалось с их массой тела. У более худых людей, количество бурой жировой ткани было выше.

Бежевый жир, также называемый «Britefat», в исследование впервые он был обнаружен у животных (крысы и мыши). Это тоже термогенный тип жира и он считается средним между белым и бурым жиром, в плане его функциональности. И теперь считается, что в теле большинства людей, на самом деле, хранится не бурая жировая ткань, а именно бежевый жир. В основном, в то время как человеческие младенцы, первоначально имеют именно настоящий бурый жир, который с возрастом исчезает, то у некоторых взрослых, у которых обнаруживается бурый жир, на самом деле это не бурый, а именно бежевый жир. Бежевые жировые клетки, не преобразовываются из белых жировых клеток, а имеют именно бежевые клетки-предшественники благодаря которым, может происходить рост бежевой жировой ткани. И при наличии соответствующего стимула, эти клетки предшественники, получая, могут созревать до взрослого состояния и выполнять свою предписанную им роль. Исследования воздействия холода, имеет свои последствия на организм, путем активации реагирования симпатической нервной системы и активации бета-рецепторов, и неотъемлемой частью этого процесса, является активация бежевого жира, что заставляет его расти. В этом ключе, увеличение количества бежевого жира было обнаружено у людей, страдающих от феохромоцитомы, тип опухоли, которая хронически перепроизводит адреналин и норадреналин. Речь идет о хронических гормональных условиях, которые возникают при хроническом воздействии холодом. Учитывая, что физические упражнения, эфедрин и кленбутерол, делают то же самое, то было высказано предположение, что их хроническое использование может вызвать увеличение бежевой/ бурой жировой ткани у человека. В активации бежевого жира, также большую роль играет гормоны щитовидной железы, т.к. гормоны не только увеличивают расход энергии и общий термогенез, но и могут быть вовлечены в общую клеточную программу роста, которая производит бежевые жировые клетки.

Заключение. Есть интересное предположение, что регулярные физические упражнения (которые повышают уровень катехоламинов и ANP), может увеличить количество бежевых жировых клеток и их активность. Остается открытым вопрос - оказывают ли долгосрочные физические упражнения влияние на бежевый жир, его возможность оставаться более стройным в долгосрочной перспективе.

ДЕРМАТОГЛИФИКА В ОЦЕНКЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТА ПЕРВОКУРСНИКА

Долгашова А.Д.

Научный руководитель: д.б.н., профессор Михайленко А.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Отпечатки пальцев – данный природой видимый маркер наследственных способностей человека. В медицине и биологии дерматоглифический фенотип (ДФ) – параметры и сложность расположение типов узоров кожи, гребневой счет (ГС), используют в качестве симптомов наследственных, врожденных и психосоматических болезней, идентификации личности в судебно-медицинской и криминалистической экспертизе, характеристике поведенческих реакций, аналитических и умственных способностей. Связь между гребневой кожей пальцев - носителем громадного количества нервных окончаний - и мозгом человека, а значит, и его психикой, характером, очень тесна. Современный молодой человек достаточно образован, его характеризуют интеллектуальность и широкий кругозор познания, что несомненно отражается в особенностях ДФ.

Цель данной работы: установить взаимосвязь между ДФ и интеллектуальным потенциалом студентов первокурсников СтГМУ.

Исследование проводилось на студентах-добровольцах I курса СтГМУ.

У всех исследованных (n=56), на дактилоскопических картах получили отпечатки пальцев (дактилоскопия) и ладони (пальмоскопия), которые были обработаны статистически. Визуально проводился анализ типа, расположение и ориентация папиллярного узора, число папиллярных линий в узоре - гребневой счёт (ГС), угол atd ладонной поверхности. Визуальный ручной анализ КДХ (комплекса дерматоглифических характеристик) позволил установить, что большая часть исследуемых студентов (62,7%) – имели петлевой, 18,3% - дуговой и 19% - завитковый узор, от общего количества полученных отпечатков ногтевых фалангов. У мужчин чаще встречались сложные узоры (петли, завитки), у женщин простые (петли и дуги). У женщин кожные гребешки тоньше и их больше на 1 см². Средний гребневой счёт на пальцах у мужчин составил – 14,38, у женщин – 12,05, угол atd был в норме.

Компьютерная программа Biofinger – индивидуального определения типологии характера и способностей человека по отпечаткам его пальцев позволила установить, что большая часть (79%) студентов, обладателей сложных узоров – петель и завитков, имеют высокий потенциал обучения, их можно охарактеризовать как студентов, которые легко усваивают учебный материал, способны заниматься научной работой, проявлять инициативу и любознательность. В соответствии с ДФ, у 21% студентов усвоение учебного материала требует больших усилий и дополнительной самостоятельной работы. При наличии личной мотивации к обучению в минисоциуме (студенческой группе) успехи в учебе могут быть высокими и стабильными.

Установленные особенности ДФ студентов первокурсников СтГМУ, в определенной мере, могут служить информационным маркером интеллектуального потенциала в профессиональном отборе.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 1-2 КУРСОВ ВО ВРЕМЯ СЕССИЙ

Жукова Е.Д., Онучина Ю.Н., Коледаева А.К.

Научный руководитель: Коледаева Е.В.

Кировский государственный медицинский университет

Обучающиеся медицинского вуза часто сталкиваются в сессионный период с повышенными нагрузками, высокими требованиями профессионального преподавательского состава, нервной обстановкой, несоблюдением режима питания, труда и отдыха, что может явиться причиной срыва компенсаторных реакций организма [1,4]. Обостряются внутриличностные конфликты, которые человек компенсирует либо положительными, либо негативными реакциями на раздражитель. Первой для студентов – медиков является летняя сессия, обучающиеся сдают дисциплину «Биология». Биология является базовым предметом, который изучался в школе. Однако раздел «Паразитология» имеет специфику преподавания в медицинском университете. Все темы предполагают углубленное изучение систематики на латинском языке, морфологии, профилактики и жизненных циклов паразитов. Во время второй зимней сессии студенты сдают дисциплину «Анатомия». Этот предмет является новым и сложным для запоминания, для успешной сдачи зачётов и экзамена требуется стабильное и напряжённое постижение этой науки в течение полутора лет. В создавшихся условиях важно, каким образом студент справляется с эмоциональным компонентом стресса. Следовательно, на развитие последствий стрессовой ситуации и на адаптацию к ней большое влияние оказывают личностные особенности человека.

Материалы и методы. Обследованы 85 студентов медицинского университета во время летней сессии после экзамена по биологии и те же студенты во время зимней сессии после экзамена по анатомии. Для определения психоэмоционального состояния использовался цветовой тест Люшера. С помощью этого теста определяли наличие внутриличностного конфликта, его компенсацию, также рассчитывали стандартное отклонение от аутогенной нормы (СО) и вегетативный коэффициент (ВК). Суть теста заключалась в том, что из нескольких предложенных цветов студентам нужно было выбрать наиболее приятный в данный момент времени цвет. По окончании тестирования, на основании предпочтения в выборе цветов, каждому студенту присваивался код, состоящий из 8 цифр. Каждая цифра кодирует свой цвет, который несет в себе характеристику.

Стандартное отклонение рассчитывалось от аутогенной нормы - 34251607, которая предложена А.И.Юрьевым[2]. Чем выше значение, тем больше отклонение от аутогенной нормы.

СО характеризовало отклонение от «идеала». Вегетативный коэффициент [3], характеризующий энергетический баланс, рассчитывался по формуле $BK = 18 - \text{место красного цвета} - \text{место желтого цвета} / 18 - \text{место синего цвета} - \text{место зеленого цвета}$. Чем значение, тем выше способность к энергозатратам. Значение коэффициента изменяется от 0,2 до 5 баллов.

Результаты: Анализ полученных данных показал, что девушки, не имеющие конфликта (21%) во время летней сессии в среднем $CO=10$, $BK=1,2$, во время зимней $CO=10$, $BK=1,3$, то есть различия показателей студентов – девушек, не имеющих внутриличностных конфликтов, практически отсутствуют, низкий показатель отклонения от аутогенной нормы, низкие энергозатраты. Юноши, не имеющие конфликтов (4%) во время летней сессии показатель $CO=9$, $BK=0,9$, во время зимней – $CO=5$, $BK=1,4$, также наблюдается низкий показатель СО, его понижение к экзамену по анатомии, то есть, приближение показателя к АН, ВК, наоборот, растёт, то есть, отмечается увеличение энергозатрат к экзамену по анатомии.

Девушки, имеющие внутриличностные конфликты во время летней сессии – 14%. $CO=15$, $BK=1,6$ - во время летней сессии. Во время зимней сессии $CO=10$, $BK=1$. Наблюдается резкое снижение СО во время зимней сессии, во время которой конфликта у этих студенток не наблюдалось. Также во время обеих сессий – низкие энергозатраты. Юноши (6%), также имеющие внутриличностные конфликты во время летней сессии. Во время летней сессии $BK=0,9$, $CO=20$, во время зимней - $BK=1,4$, $CO=13$. Наблюдается также резкое снижение СО, что связано с отсутствием во время сессии конфликтов.

Студентки, имеющие внутриличностные конфликты только во время экзамена по анатомии(10%). $CO = 11$, $BK=1$ во время летней сессии, во время зимней – $CO=19$, $BK=0,8$. Отмечается, что СО во время зимней сессии растёт, это связано с тем, что во время зимней сессии имеется конфликт. Юноши, также имеют внутриличностные конфликты только во время зимней сессии – 2%. $CO=11$, $BK=0,9$ во время летней сессии, во время зимней $CO=15$, $BK=1,6$. Наблюдается также рост СО, связанный с наличием внутриличностного конфликта в зимнюю сессию.

Студенты, девушки 27% и юноши 14%, имеющие внутриличностные конфликты. Показатель СО девушек $CO=19$, $BK=1$ во время летней сессии, во время зимней $CO=21$, $BK=0,9$. У юношей как во время летней, так и во время зимней сессий $CO=24$, $BK=1$. Различия в показателях практически отсутствуют, так как конфликты имеются во время обеих сессий.

Вывод: Во время экзамена по биологии студенты после окончания школы надеются на благоприятный исход и получение высоких оценок, так как изучали данную дисциплину в школе, но так как медицинская биология имеет свою медицинскую специфику, происходит разочарование при получении оценки ниже, чем ожидаемая. Экзамен по анатомии объемный и сложный, о чём студенты знают, поэтому они не создают иллюзий на повышение высокой оценки. В целом у девушек и юношей наблюдается идентичные показатели СО, ВК и наличия внутриличностных конфликтов.

Список литературы.

- 1.Алтынова, Н.В. Физиологический статус студентов-первокурсников в условиях адаптации к обучению в вузе / Н.В. Алтынова, А.В. Панихина, Н.И. Анисимов, А.А. Шуканов // В мире научных открытий. – 2009. – № 3 (2). – С. 99-103.
- 2.Иванов А.Е Гендерные особенности взаимосвязи уровня коммуникативной агрессии и психофизиологических показателей теста Люшера у студентов / Иванов А.Е., Зайченко А.А. // Наука и общество. - 2012. - №1 – С. 157-161
- 3.Иванова Н.Л. Влияние магнитных бурь на психическую устойчивость и вегетативный коэффициент студентов/ ИВАНОВА Н.Л. // НАУКА И БИЗНЕС: ПУТИ РАЗВИТИЯ. – 2016. - №11 – С.13-16
- 4.Lombardi F. Heart rate variability:a contribution to a better understanding of the clinical role of heart rate/ F. Lombardi // Eur. Heart J. – 1999. – Vol. 20. – Н. 44 –51."

«НИКОТИНОВЫЙ СТАТУС» КАК ФАКТОР ПОВЫШЕННОГО РИСКА СМЕРТНОСТИ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Завалий Т.А., Якубова Д.Д

Научный руководитель: Кнышова Л. П.

Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Высокая преждевременная смертность от болезней системы кровообращения (БСК) – одна из главных причин, сокращения продолжительности жизни населения, как на территории России, так и в мире в целом [3, 7]. В Российской Федерации ежегодно от различных видов сердечно-сосудистых заболеваний умирает 17 млн. человек, что составляет более 55% от общего количества. Основной вклад в сердечно-сосудистой смертности принадлежит ишемической болезни сердца (ИБС) и различным сосудистым поражениям мозга. Известно, что различия в динамике смертности от этих двух групп заболеваний, связанна, как с экзогенными, так и эндогенными компонентами, входящими в их этиологию [1,2]. К такого рода компонентам, в полной мере, можно отнести курение табака, являющееся одним из важнейших факторов риска развития ИБС, инсульта и болезни периферических сосудов [6]. Влияние табакокурения на сердце и сердечно-сосудистую деятельность, активно изучалось на протяжении последних десятилетий учеными всех стран и континентов. Многочисленные исследования показали, что риск сердечно-сосудистой патологии в 3-4 раза выше у курящих людей. По данным ВОЗ: ежегодно более 5 млн. чел. умирает от заболеваний, связанных с курением. По прогнозам, к 2020 году их количество вырастет до 10 млн. В России показатель смертности ежегодно составляет от 400 до 500 тыс. человек. Курение обуславливает более 80% всех летальных исходов от ИБС у мужчин в возрасте 35-44 лет и 27% — в возрасте 45-64 года [2, 4]. В Волгоградской области наблюдаются аналогичные показатели.

Цель. Получить сведения о показателях смертности населения Волгоградской области с БСК, страдающего никотиновой зависимостью и определить оптимальные меры профилактики.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием базы данных Роспотребнадзора Волгоградской области в период с 2015 по 2017 гг.

Результаты и обсуждения. В структуре впервые установленной заболеваемости всего населения Волгоградской области, БСК занимают 5 ранговое место с удельным весом 4,1%. В период с 2015 года по 2017 год динамика смертности населения Волгограда и области от БСК наблюдалась следующая: в 2015 году умерло 734,5 на 100 тыс.человек; в 2016 - 701,8; в 2017 – 673,4 случая на 100 тыс. населения. Впервые установленная заболеваемость населения области БСК также имела тенденцию к снижению и составила в 2017 году 2702,2 человека на 100 тыс. населения, что не превышало показатель по РФ в 2016 году (3149,7 на 100 тыс. населения) [5].

Никотин, содержащийся в сигаретах, приводит к резкому выбросу адреналина – гормона стресса, который, в свою очередь, приводит к сужению стенок сосудов, повышению артериального давления и увеличению частоты сердечных сокращений на 20-25%, повышает свертываемость крови, повреждает клеточные мембраны, которые выстилают коронарные артерии и другие кровеносные сосуды. Снижение уровня простаглицлина под действием никотина становится еще одним фактором риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Полученные результаты дают право сказать, что смертность населения Волгоградской области от БСК снизилась на 10,5%. В 2016 году показатель смертности населения, превышающий среднеобластной, зафиксирован на 15 территориях области. Борьба с табаком закреплена в Повестке дня в области устойчивого развития и считается одной из наиболее эффективных мер содействия достижению задачи, которая состоит в уменьшении к 2030 г. на треть преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые заболевания [4, 5]. Каждый человек может минимизировать факторы риска, ведя здоровый образ жизни. Помимо этого, необходимыми условиями для профилактики осложнений БСК у лиц, страдающих табачной зависимостью, являются прохождение диспансеризации раз в три года, проведение санитарно-просветительной работы, осуществление мероприятий по своевременной госпитализации пациентов в специализированные медицинские отделения, обеспечение лечебных учреждений современной медицинской техникой и квалифицированными специалистами, расширение сети реабилитационных отделений, доступных для жителей региона и области.

Список литературы

1. Вишневский, А.Г. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России / А.Г. Вишневский, Е.М. Андреев, С.А. Тимонин // Демографическое обозрение. – 2016. – №3 (1). – С. 6-34.
2. Вопросы наркологии. Обзор зарубежных исследований. □ 2009. □ №5. □ С. 87-91.
3. Кнышова, Л. П. Влияние курения кальяна на репродуктивное здоровье женщин / Л. П. Кнышова // В сборнике: EUROPEAN RESEARCH сборник статей победителей Международной научно-практической конференции. □ Пенза, 2016. □ С. 115-118.
4. РосБРиС (2015). Российская база данных по рождаемости и смертности Центра демографических исследований Российской Экономической Школы [Электронный ресурс] http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data.
5. Сайт Управления Роспотребнадзора по Волгоградской области [Электронный ресурс] <http://34.rosпотребнадзор.ru/>
6. Danilova I., V.M. Shkolnikov, D A. Jdanov, F. Meslé, J. Vallin. Identifying potential differences in cause-of-death coding practices across Russian regions // Population Health Metrics. 14 (8). – 2016. URL: <http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-016-0078-0>.
7. Grigoriev P., F. Meslé, V. M. Shkolnikov, E.Andreev, A. Fihel, M. Pechholdova, J. Vallin / (2014). The recent mortality decline in Russia: beginning of the cardiovascular revolution? // Population and Development Review. – 2014. – №40(1). – С. 107-129.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТРАВЛЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ СОВРЕМЕННЫМИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ НАРКОТИКАМИ

Иванова Е. В.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова

Среди молодежи популярными становятся курительные смеси. Появление в последние годы новых синтетических наркотиков, называемых также «дизайнерские наркотики», представляет для врачей определенные трудности, связанные с клинической и лабораторной диагностикой, а также с лечением больных и медицинским освидетельствованием. Клиническая картина наркотического опьянения и отравления, как правило, отличается от симптомов, вызываемых такими распространенными наркотиками как, например, героином и каннабиноидами. Химический состав «дизайнерских наркотиков» может меняться, что затрудняет как их определение в биологических жидкостях. [1] Законодательство в вопросах контроля новых субстанций не успевает расширять списки запрещенных веществ, что создает условия для оборота новых психотропных средств и постоянного увеличения ассортимента на рынке потребления «дизайнерских» наркотиков, не попадающих под запрет. В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе представлено довольно мало данных о клинике, диагностике и лечении отравлений новыми наркотическими средствами, практически нет данных о последствиях длительного употребления и синдромах отмены.

В данной статье разберем один из примеров новых синтетических наркотических средств.

Спайс

В составе смеси находится одно или несколько веществ, являющихся агонистами CB1- и CB2- каннабиноидных рецепторов. Содержание и состав различных химических веществ в смесях типа «Спайс» постоянно меняется, что затрудняет законодательное запрещение данного продукта. К настоящему моменту известны, по крайней мере, 5 основных групп синтетических веществ, обладающих каннабимиметической активностью. [4] Внешними симптомами наркотического опьянения являются: краснота глаз, размашистость или заторможенность движений, неестественность поз, расслабление речевой мускулатуры и, следовательно, невнятность речи. Для легкого опьянения характерно отсутствие симптомов, для средней степени тяжести характерны: беспричинный смех, болтливость и перепады настроения, для тяжелого – неподвижность мимической мускулатуры, фиксированный взгляд, бред, неадекватная оценка происходящего. Независимо от тяжести наркотического опьянения, его пик длится не более двух часов. Каннабиноиды быстро окисляются в крови, но те, которые аккумулированы в жировой ткани, понемногу поступают в кровь. При хроническом употреблении адекватность восприятия

утрачивается надолго и может привести к психическим расстройствам, таким как гашишный психоз. Наиболее серьезный симптом – судороги – встречается не часто, но требует неотложной помощи и проведения дифференциальной диагностики, как с другими отравлениями, так и с черепно-мозговой травмой. [2] Учитывая неспецифичность симптомов, диагностика основывается на анамнезе (часто скрывается больными), сочетании нескольких симптомов (например: тахикардия, инъекция склер и беспокойство). Входящие в состав «Спайса» вещества могут быть обнаружены в моче методом ГХ-МС (Газовая хроматография/Масс-спектрометрия), но чувствительность метода не велика. Для это проводят скрининговое (полное токсикологическое) исследование с целью обнаружения психотропных веществ с помощью целого комплекса хроматографических методов (твердофазной экстракции для газовой хроматографии с масс-спектрометрией; тонкослойной хроматографии; иммунохроматографии с применением экспресс-тестов). [3] Таким образом, для выявления и идентификации при лабораторном анализе новых психоактивных веществ (в особенности синтетических каннабимиметиков — «курительные смеси» и агонистов серотониновых рецепторов — «марки») необходимо дорогостоящее аналитическое оборудование с современными высокочувствительными детекторами. Трудности, с которыми сталкиваются эксперты, характерны для всех химико-токсикологических лабораторий: во-первых, мало изучены пути биотрансформации «дизайнерских» наркотиков; во-вторых, мало изучены газохроматографические характеристики этих веществ, их метаболитов; в-третьих, осуществить взятие образцов биологических жидкостей в первые 2 ч от момента приема наркотического средства не всегда представляется возможным, что приводит к отрицательным результатам исследования из-за быстрого метаболизма исследуемых веществ. [5]

Таким образом, хотелось бы отметить, что молодежь приобщается к употреблению «клубных» наркотиков, не задумываясь о том, к каким необратимым последствиям может привести их прием.

Список литературы.

1. Идентификация новых «дизайнерских» синтетических каннабимиметиков в объектах криминалистических экспертиз / И.М. Фицев [и др.] // Бутлеровские сообщения. — 2012. — Т. 29, № 1. — С. 36-43.
2. Шилейко, И.Д. Новое поколение наркотиков: состояние проблемы / И.Д. Шилейко, О.Р. Айзберг, А.Т. Кузьменко // Леч. дело. — 2015. — № 2. — С. 27–30.
3. Dargan P., Wood D. Novel recreational drugs and “Legal Highs” over the last five years. // J. Med. Toxicol. 2010; early online publications.
4. Sobolevsky, T. Detection of JWH-018 metabolites in smoking mixture post administration urine / T. Sobolevsky, I. Prasolov, G. Rodchenkov // Forensic Sci. Int. — 2010. — Vol. 200, № 1–3. — P. 141–147.
5. Wood D., Davies S., Greene S.L., Button J., Holt D.W., Ramsey J., Dargan P. Case series of individuals with analytically confirmed acute mephedrone toxicity. // Clinical Toxicology. 2010, 48. P. 924-927.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЧИВОСТИ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ЦИСТИТОВ У ЖЕНЩИН

Исанова Д.Т., Пулатов М.Д

Научный руководитель: Исанова Д.Т.

Андижанский государственный институт

Введение: Клиническое значение инфекций мочевых путей, в том числе циститов, определяется их распространенностью, трудностями диагностики в определенных возрастных группах (дети, женщины, пожилые люди), неблагоприятным влиянием на здоровье и трудоспособность населения, большими экономическими затратами при диагностике и лечении [3,6]. Наиболее частыми возбудителями циститов являются грамотрицательные энтеробактерии, в основном *Escherichia coli* (до 90%). Второй по частоте выделения *Staphylococcus saprophyticus* (до 20%), который несколько чаще выявляется у молодых женщин. Значительно реже циститы вызывают *Klebsiella* sp. или *Proteus mirabilis* [1,2,7]. Сравнительное изучение и оценка изменчивости (вариабельности) некоторых биологических свойств культур микроорганизмов,

выделенных из мочи больных женщин фертильного возраста с острыми и хроническими циститами.

Материал и Методы: Всего было изучено 1026 проб мочи женщин фертильного возраста (18-49 лет) с инфекциями мочевых путей, полученных для бактериологических исследований. 278 (27,1%) проб были получены у больных циститами, из них 194 (69,8%) – острыми (ОЦ) и 84 (30,2%) - хроническими (ХЦ). После идентификации культур для дальнейших углубленных исследований *in vitro* использовано 29 штаммов *E.coli* (15 от женщин с ОЦ и 14 - с ХЦ) мочевого происхождения при >105 КОЕ/мл в моче.

Для сравнения таксономических признаков использовали 21 штамм *E.coli* идентифицированный из фекалий здоровых женщин сопоставимого возраста. Межродовую и межвидовую идентификацию штаммов проводили одномоментно, в одинаковых условиях, используя традиционные бактериологические методы [4].

Результаты и Обсуждение: Основным этиологическим агентом инфекций мочевых путей, в том числе ОЦ и ХЦ, были *E.coli* (73,9%), поэтому дальнейшим исследованиям подвергались штаммы именно этого возбудителя. Вместе с *E.coli* часто высевались представители семейства *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus* sp., *Streptococcus* sp., *Enterococcus* sp., *Pseudomonas* sp., *Candida* sp. Дальнейшая идентификация изолированных культур свидетельствовала об однородности микроорганизмов рода *Escherichia*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* по основным биологическим свойствам.

Изучение общей гемагглютинирующей активности изучаемых штаммов имеет большое значение, так как она характеризует один из факторов патогенности бактерий - адгезивность. Установлено, что по количеству штаммов, характеризующих общую гемагглютинирующую активность, штаммы *E.coli*, выделенные из мочи больных с ХЦ (12 из 14 штаммов - 85,7%) достоверно превосходили штаммы, выделенные из мочи больных с ОЦ (8 из 15 штаммов - 53,3%) и изолированных из фекалий здоровых женщин (5 из 21 штамма - 23,8%) ($p<0,05$). 1,6- и 3,6-кратное превосходство адгезивной активности *E.coli*, полученных от больных ХЦ, указывает на усиление патогенности этого штамма по сравнению с другими ($p<0,05$).

Кроме того, выявлены достоверные различия в количестве штаммов *E.coli*, выделенных из мочи больных и фекалий здоровых женщин, имеющих только маннозареzистентные гемагглютинины ($p<0,001$), а также сочетание маннозареzистентных и маннозачувствительных гемагглютининов ($p<0,05$). Сравнение выявляемости только маннозачувствительных гемагглютининов показало, что по их наличию между штаммами *E.coli*, изолированных из мочи больных ОЦ, ХЦ и из фекалий здоровых женщин, достоверных отличий в процентном отношении не отмечалось ($p>0,05$).

Следующим этапом исследований был анализ биохимических (ферментативных) свойств штаммов выделенных из мочи больных и из фекалий здоровых женщин.

Штаммы *E.coli* выделенные из мочи больных ОП и ХП, проявляли вариабельность по ферментации маннита, сахарозы, арабинозы, образованию индола, гемолизина, протеазы, фибринолизина, отличались также антигенными свойствами.

Установленные в ходе бактериологических исследований факты имеют большое значение в диагностике, прогнозировании течения и исходов, а также оценке возникновения и течения урологической инфекции у женщин фертильного возраста, обусловленной *E.coli*.

Выводы: Возбудители острых и хронических циститов (*E.coli*) с различной частотой обнаруживали таксономические признаки, с которыми связана их патогенность. Адгезивность *E.coli*, полученная от больных хроническими циститами, в 1,6 и 3,6 раза выше, чем у больных острым циститом и здоровых женщин. Выделенные культуры *E.coli* отличались изменчивостью по некоторым биологическим признакам, выявлены различия в отношении способности ферментации сахарозы и гемолитической активностью.

Список литературы.

1. Кудря Е.В. Биологические свойства микроорганизмов, колонизирующих желчный пузырь при остром и хроническом калкулезном холецистите // Автореф. дис... канд. мед. наук- Ростов-на-Дону. - 2002.23 с.
2. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Годунов Б.Н. Современные аспекты диагностики и лечения хронического цистита у женщин // Урол. и нефрол. - 1997. - №6. - С.7-14.

3. Определитель бактерий Берджи: Под ред. Хоул- та Дж. и др. - М. «Мир». - 1997. - Т. 1-2. Страчунский Л.С., Рафальский В.В. Клиническое значение антибактериальной терапии острых циститов //Клин, антимикроб, химиотерапия. - 1999. - Т1, №3. - С.84-91.
4. Султанова Е.А., Григорян В.А., Амосев А.В. и др. Лечение неосложнённых инфекций нижних мочевых путей, вызванных условно-патогенной флорой у женщин //Рус. Мед. Журн. - 2005. - Т. 13, №27. - С.1846-1849.
5. Халиуллина С.В. Уропатогенные свойства E.coli // Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 70-летию кафедры детских инфекций КГМУ. - Казань, 2002. - С.31.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ГЕРМАНИЙОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ

Кадомцева А.В., Мочалов Г.М.

ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России, ФГБОУ ВО НГТУ им. Р. Е. Алексеева

В настоящее время перспективным направлением является синтез биологически активных координационных соединений и создание на их основе эффективных фармакологических препаратов, биоматериалов, модуляторов ферментов.

Представленный теоретический и экспериментальный материал о методах синтеза, составе, структуре, физико-химических свойствах полученных комплексов германия (IV), представляет собой важную составную часть современной координационной и супрамолекулярной химии.

В ходе работы были определены условия комплексообразования, проведен анализ их кристаллической и супрамолекулярной структуры, определена геометрия координационных полиэдров металлов, типы водородных связей, топология координационных полимеров, установлены фармакологические и биологические свойства ряда соединений.

Предлагаемые методы и подходы в решении поставленных задач обладают научной новизной и практической значимостью.

Проблема алиментарного дефицита микроэлементов, в том числе и германия, является актуальной для современного человечества. Названный элемент обеспечивает наиболее эффективное усвоение кислорода в клетках организма, оказывает антиоксидантное и антистрессовое действие, нормализует проведение нервных импульсов, устраняя или сокращая эффекты нарушенной проводимости клеток в пределах очага воспаления.

Ранее также описан онкотерапевтический эффект органического производного соединения германия сесквиоксида. В природе элемент встречается в основном в форме комплексных производных тиогерманиевой кислоты (такowymi являются минералы реньерит и аргиродит).

Поскольку германий – элемент малодоступный (его в земной коре содержится приблизительно 1.5·10⁻⁴ %, в то время как кремния – 87 %), основной областью практического применения германийорганических соединений отводится медицине.

Известно, что ГОС можно использовать в качестве гипотензивных средств, не влияющих на нормальное давление крови, нормализующих сердечную деятельность, обладающих интерферон-индуцирующим и иммуномодулирующим действием, а также противоопухолевой активностью.

Основным направлением поиска новых эффективных и безопасных лекарственных средств является целенаправленный синтез биологически активных веществ (БАВ) с заранее заданными фармакологическими свойствами.

Ранее ученые Японии синтезировали карбоэтилгерм-сесквиоксан, который обладает широким спектром биологического и фармакологического действия, включая противоопухолевую активность.

Ранее были синтезированы германиевые комплексы - карбоксилаты 1-гидрокси герматрана на основе карбоновых кислот цикла Крепса (лимонной, яблочной, фумаровой, янтарной, яблочной). Наибольший эффект у комплекса германия с лимонной кислотой. Субстанция для комплексов, средство автопротекторного действия и стимулирующего тканевое дыхание подтверждено патентом.

Клинические испытания были сделаны в Институте иммунологии и подтверждены терапевтические эффекты. Сделаны выводы о том, что органогерманиевые комплексы увеличивают активность ферментов митохондрий, улучшают энергообеспечение клеток и

снабжение кислородом. На основе этого высказано очень важное предположение об антигипоксанта́ной активности Ge-комплексов, что требует дополнительных данных для объяснения механизма действия.

Использование физико-химических подходов и современных экспериментальных методов позволит исследовать окислительно-восстановительные реакции в модельных биологических системах и антиоксидантную активность органогерманиевых комплексов.

Ранее были изучены радиопротекторные свойства и антигипоксанта́ная активность германиевых биологически активных комплексов, Ge-БАК в водных и водно-органических растворах.

Для подтверждения протекторных свойств и антигипоксанта́ной активности германиевых комплексов с карбоновыми кислотами, [Ge...ROOH], которые проявляются в стрессовых условиях, были использованы физико-химические методы изучения реакций, протекающих в модельных системах при воздействии ионизирующего излучения. Радиационно-химический метод позволяет генерировать активные промежуточные частицы, включая активные формы. Фармацевтические аспекты изучения биологических объектов и субстанций на их основе кислорода, АФК, которые ответственны за окислительно-восстановительные процессы в живых организмах в норме и при патологии. Облучение образцов проводили γ -лучами ^{60}Co на установке РХМ- γ -20 (РХТУ им. Д.И.Менделеева) при мощности дозы, равной 0,11Гр/сек, определенной методом ферросульфатной дозиметрии. Поглощенные дозы были выбраны в интервале от 0.2 кГр до 25 кГр. Спектры оптического поглощения водных растворов комплексов [Ge...ROOH], исходных и облученных, измерялись спектрофотометрически в диапазоне длин волн от 190 нм до 900 нм (Spectrophotometer Hitachi U-3310) в присутствии кислорода воздуха. Длина оптического пути кварцевой кюветы 10 мм.

В работе приведены результаты исследований карбоксилатов 1-гидрокси-герматрана и комплексов герматранола с лимонной и пировиноградной кислотами.

ФЕРМЕНТНЫЙ ГОМЕОСТАЗ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КРОВИ К КАЧЕСТВУ ПИЩИ В УСЛОВИЯХ ИНСОЛЯЦИИ

Кадыров Ш.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Высокая окружающая температура в сочетании с инсоляцией приводит, как правило, к резкому угнетению секреции основных пищеварительных соков - желудочного, панкреатического, кишечного и желчи, кроме того, существенно снижается продукция ферментов. Обеспечивающих гидролиз основных компонентов пищи [1,2,3]. В отдельных климатических зонах дополнительным стресс-фактором служит высокая окружающая температура. Такой зоной является и наш регион. Учитывая сложный механизм, как физиологического, так и патологического влияния высокой температуры и инсоляции, а также весомый вклад ферментов поджелудочной железы в гидролиз пищевых продуктов мы решили исследовать влияние диеты, с повышенным содержанием белков на секрецию ферментов поджелудочной железы и ферментный гомеостаз при высокой температуре и инсоляции. [1,2,3,5,6,7,8].

Материалы и методы исследования. Изучили влияние диеты с повышенным содержанием белков на секрецию ферментов поджелудочной железы и ферментный гомеостаз при высокой температуре (370-400 С) и инсоляции. Экспериментальные животные подвергались острой инсоляции на солнцеплощадке. Исследовалось влияние ежедневной однократной 30 минутной (с 12 по 1230 часов дня) экспозиции на солнце в летнее время (июль) с мощностью излучения 10 ват, при температуре воздуха 370-400 С. Перед опытом всех животных содержали на общем лабораторном рационе. Затем подопытных крыс переводили на высокобелковую диету, суточное содержание белка (казеин) в рационе экспериментальных животных состояло из расчета массы крыс 1%. На 3-, 5-, 7-, 10-, 15- и 20 дневном нахождении животных на высокобелковой диете, забивали по группе крыс (10 животных) для изучения активности ферментов ткани поджелудочной железы и крови. Полученные данные сравнивали с показателями контрольных групп находившихся на общем лабораторном рационе при оптимальной (200-250 С) и высокой температуре (370-400С) окружающей среды.

Обсуждение результатов. При высокой температуре окружающей среды активность амилазы ткани поджелудочной железы и крови в 1,6 и 2,3 раз ниже, чем показатели контроля при оптимальной (200 - 250С) температуре. После перевода животных на высокобелковый рацион на 3- и 5-дни эксперимента амилазная активность ткани поджелудочной железы достоверно увеличилась, чем показатели контроля при высокой температуре, но не достигла до уровня контроля при температуре 200 - 250С. С 7 по 20 дни эксперимента активность амилазы ткани поджелудочной железы снизилась до уровня исходных величин. У экспериментальных животных несколько иные результаты получены по активности амилазы в крови. После перевода животных на высокобелковый рацион, начиная с 5 дня по 20 день эксперимента, активность амилазы крови достоверно увеличилась, чем показатели контроля при высокой температуре. Но при этом она осталась намного меньше, чем контрольные величины при температуре 200 - 250С.

Значит, высокобелковый рацион в начальные 3-5 дни несколько усиливает секрецию амилазы поджелудочной железы, а последующие дни увеличивает так же инкрецию данного фермента в кровь. Одним из медленно меняющихся факторов, но имеющих больше диагностическое значение является «ферментный потенциал» железы. Под ферментным потенциалом поджелудочной железы следует понимать суммарное количество ациноцитов железы – продуцентов ее гидролитических ферментов. Более «работоспособно» это понятие в характеристике эндосекреции панкреатических ферментов.

Подытоживая обсуждение можно прийти к следующим выводам:

1. При высокобелковом рационе крыс в условиях высокой температуры и инсоляции происходит увеличение протеолитической активности ткани поджелудочной железы.
2. Высокобелковый рацион несколько снижает тормозное влияние высокой температуры и инсоляции на секрецию амилазы и липазы поджелудочной железы.

Список литературы.

1. Дорошко Т.Н., Булгак А.Г. Влияние гелиофакторов на показатели симпатической и парасимпатической активности по данным анализа вариабельности сердечного ритма с пароксизмальной и мерцательной аритмией // Вопр. Курортологии, физиотерапии и ЛФК.-Москва, 2005.-№1.-С.6-9.
2. Карелин А.О., Давыдова М.П. Соляри и здоровье человека. // Вопр. Курортологии, физиотерапии и ЛФК. Москва, 2006.-№ 2.-С.48-51.
3. Улатик В.С., Тимошенко О.Н. Влияние физических факторов на морфофункциональное состояние клеточных структур. // Вопр. Курортологии, физиотерапии и ЛФК .2006.-№ 6.-С.48-51.
4. Рахимов К.Р. Кишечное пищеварение в условиях высокой температуры. Ташкент, 1976. – С.127.
5. Романов В.И. Морфология экзокринного отдела поджелудочной железы белой крысы при остром перегревании организма. // Морфологические ведомости, Москва-Берлин,2004.-№1-2. С.87.
6. Турсунов З.Т. Зависимость особенности адаптации организма животных к высокой температуре от характера двигательного режима. III съезд физиол.Узб. Ташкент: Фан, 1983.
7. Шакирова М.А., Абдуллаев С.Р. Влияние диазепомина на активность ферментов тонкой кишки крыс при тепловом стрессе. Материалы научно-практической конференции. Ташкент. 2000. - С.271-273.
8. Хамракулов Ш.Х. Постпрандиальные трансформации ферментных свойств мочи при даче пищевых раздражителей. //Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и резидентов «Дни молодых ученых». Ташкнт. 2007.- С.24-25.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Калинин С.И., Сафронова М.Ю.

Научный руководитель: к.м.н, доцент Шуст О.Г.

Белорусский государственный медицинский университет

Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) позволяет оказать временную поддержку жизни больных с потенциально обратимой сердечной и/или легочной недостаточностью при помощи искусственного кровообращения и газообмена. Ключевыми

компонентами ЭКМО является перенос кислорода из газовой среды через полупроницаемую мембрану в кровь, удаление углекислого газа и доставка оксигенированной крови к органам и тканям организма [1]. Являясь жизнеспасающей, данная технология сопряжена с большим количеством возможных осложнений и финансовыми затратами.

Цель работы: определение патофизиологических аспектов искусственного кровообращения с использованием метода ЭКМО, степени эффективности, а также возникновения возможных побочных эффектов в клинической практике.

Материалы и методы исследования. Изучение типовой схемы аппарата ЭКМО, принцип его работы был рассмотрен на примере аппарата «MEDOS Deltastream MDC» в отделении анестезиологии и реанимации РНПЦ «Детской хирургии» г. Минска, Республика Беларусь. Проведён ретроспективный анализ 18 медицинских карт стационарных пациентов РНПЦ «Детской хирургии» в период с 2016 года по 2017 год, этапом лечения которых была ЭКМО.

Результаты и обсуждение. Из общего числа пациентов количество мальчиков составило 55 %, девочек – 45 %, минимальный возраст ребенка – 1 день, максимальный – 16 лет 8 месяцев. Были проанализированы следующие данные: срок гестации, возраст, вес пациента, пол, клинический диагноз, история данного заболевания, показания к подключению аппарата ЭКМО, длительность пребывания пациентов на аппарате ЭКМО, показатели КОС (кислотно-основное состояние) крови в динамике, возникновение побочных эффектов.

Были установлены следующие показания к использованию аппарата ЭКМО: посткардиотомная сердечная недостаточность, резистентная к кардиотонической терапии острая миокардиальная недостаточность, механическая поддержка кровообращения перед трансплантацией сердца или легких, жизнеугрожающие расстройства лёгочного газообмена с нарушением оксигенирующей и/или вентиляционной функции лёгких. Для проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации важным является отбор пациентов. Необходимо точно оценить степень снижения сердечного, лёгочного резерва для определения показаний к использованию ЭКМО.

В отличие от других систем экстракорпорального кровообращения ЭКМО включает мембранный оксигенатор, состоящий из нескольких отделений. Тонкие слои крови протекают через плотно расположенную сеть капиллярных волокон, несущих газовую смесь и теплообменную воду, что предполагает повышенную склонность к тромбообразованию. Образование тромбов может произойти также в других, составляющих контура аппарата (канюли, магистрали, центрифужный насос) [2, 3]. Возможен запуск внутреннего пути свёртывания крови в результате контакта с синтетической поверхностью контура аппарата (активация XIIa фактора свёртывания крови), запуск внешнего пути – в результате контакта крови с поверхностью поврежденных тканей, сосудистой стенки (активация VIIa фактора свёртывания крови). Тромбирование оксигенатора ведёт к снижению эффективности экстракорпорального кровообращения (повышается сопротивление кровотоку и уменьшается объёмная скорость перфузии) и экстракорпорального газообмена, поэтому при проведении ЭКМО существует необходимость поддержания на определённом уровне гипокоагуляционного состояния крови. Внутривенное применение нефракционированного гепарина остается наиболее распространенным методом прямой антикоагулянтной терапии, что в свою очередь является риском развития коагулопатического кровотечения при проведении ЭКМО [3].

Основные противопоказания к использованию ЭКМО: недоношенные дети с экстремально низкой массой тела; наличие коагулопатий, значительных неврологических дефицитов, внутричерепных кровоизлияний; онкологические заболевания 2 стадии и выше; большие генетические, а также экстракардиальные или экстрапульмональные аномалии.

При проведении ЭКМО возможно возникновение следующих осложнений: кровотечения из-за коагулопатии, тромбообразования, эмболии, ишемические повреждения конечностей (как результат централизация кровообращения), гемолиз, гепарин-индуцированная тромбоцитопения (довольно редкое осложнение), синдром Арлекино.

Закключение. Экстракорпоральная мембранная оксигенация является единственным методом, позволяющим оказать реальную помощь во временной поддержке как сердечно-сосудистой, так и дыхательной систем организма. Данный метод используется при состояниях средней и тяжелой степени тяжести, при наличии состояний, резистентных к проведению стандартной терапии.

В ходе применения ЭКМО важным является учет возникновения побочных эффектов. Для своевременной коррекции проводимой терапии необходимо проводить ежедневный контроль показателей КОС крови, общего анализа крови, следить за динамикой общего состояния пациента.

Список литературы.

1. Бродский А. Г. Метод экстракорпоральной мембранной оксигенации в клинике хирургического лечения врожденных пороков сердца у новорожденных и детей раннего возраста: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 17.01.13 / А. Г. Бродский. – Москва, 2013. – 24 с.
2. Клинические рекомендации. Применение экстракорпоральной мембранной оксигенации [Электронный ресурс] / Бесплатная электронная библиотека - электронные материалы. – Электрон.дан. – Режим доступа: <http://doc.knigi-x.ru/22meditsina/563413-1-klinicheskie-rekomendacii-primenenie-ekstrakorporalnoy-membrannoy-oksigenacii-xo-3-7-viberite-d.php> (дата обращения: 15.10.2018).
3. Периферическая вено-артериальная экстракорпоральная мембранная оксигенация перед трансплантацией сердца [Электронный ресурс] / Бесплатная электронная библиотека - электронные материалы. – Электрон.дан. – Режим доступа: <http://net.knigi-x.ru/24meditsina/21304-1-perifericheskaya-veno-arterialnaya-ekstrakorporalnaya-membrannaya-oksigennaciya-pered-tr.php> (дата обращения: 15.10.2018).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ МИКРОБИОЛОГИИ РЯЗГМУ ИМ. АК. И.П. ПАВЛОВА

Канина И.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Необходимым условием высокой работоспособности студента является освоение новых для него особенностей учебы в вузе, устраняющее ощущение внутреннего дискомфорта и блокирующее возможность конфликта с окружающей средой. На протяжении начальных курсов складывается студенческий коллектив, формируются навыки и умения рациональной организации умственной деятельности, осознается призвание к профессии, вырабатывается оптимальный режим труда, досуга и быта, устанавливается система работы по самообразованию и самовоспитанию профессионально значимых качеств личности. Смена многолетнего привычного рабочего стереотипа приводит к развитию нервных срывов и стрессовых реакций. А. Якунин понимает под адаптацией процесс взаимодействия человека и окружающей среды, в результате которого у него возникают модели и стратегии поведения, адекватные меняющимся в этой среде условиям. Данный процесс определяется преимущественно текущим психологическим состоянием и личностными характеристиками индивида.

Проблема адаптации студентов на кафедрах фундаментальных наук наиболее актуальна, в связи с большим потоком новой и неизвестной терминологии. Изучение степени тревожности обуславливает поведение субъекта [1,2] и определяет основные свойства личности, так как каждый индивид обладает своим уровнем тревожности. Личностная тревожность повышается при восприятии определенных стимулов, когда человек оценивает их как опасные для самооценки, самоуважения. Реактивная тревожность расценивается как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и выражается напряжением и беспокойством [3]. Тревожность как личностная черта означает мотив который заставляет человека воспринимать широкий круг объективно безопасных обстоятельств, как содержащих угрозу, побуждая реагировать на них состояниями тревоги, интенсивность которых не соответствует величине реальной опасности.

Целью исследования явилось определение преобладающего уровня тревожности у студентов 1,2, 3 курсов РЯЗГМУ им. ак. И.П.Павлова на кафедре микробиологии.

Материалы и методы: в качестве основного метода исследования использовалась методика анонимного анкетирования студентов, предложенная Ч. Д. Спилбегером и адаптированная Ю. Л. Ханиным, на примере лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. В ходе исследования было обследовано 60 студентов в возрасте 18-20 лет, из них по 20 человек 1, 2 и 3 курсов различных факультетов.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования выявлена низкая степень реактивной тревожности (РТ) у 13 (65%) студентов 1 курса, у 5 человек 2 курса (25%) и у 18 обучающихся на 3 курсе (90%), что возможно связано с предстоящим итоговым контролем в виде экзамена, на данных факультетах. Низкая степень личностной тревожности (ЛТ) встречалась у 6 студентов 2 курса (30%); по 2 человека 1 и 3 курсов (10%). Умеренный уровень РТ отмечен у 6 студентов 1 курса (30%), у 15 студентов 3 курса (75%) и у одного студента 2 курса (5%). Умеренный уровень ЛТ выявлен у 6 студентов 2 курса (30%), 11 учащихся 3 курса (55%) и у 6 студентов 1 курса (30%). Высокий уровень РТ встречался у 1 студента 2 курса (5%), у 1 студента 3 курса, у обучающихся 2 курса таких показателей не отмечено. Высокая степень ЛТ отмечена у 8 студентов 2 курса (40%), у 7 студентов 3 курса (35%) и 12 учащихся 1 курса (60%). На 3 курсе число студентов со средней РТ и ЛТ было больше, чем на 1 и 2 курсах, что объясняется снижением психоэмоционального напряжения. На 3 курсе большинство студентов имеют низкую степень РТ, определяя состояние как неактивное, с низким уровнем мотивации.

Выводы: высокий уровень тревожности у студентов первых курсов на кафедре микробиологии, свидетельствует о том, что появление у них состояния тревожности проявляется в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки их компетенции и престижа. Лицам с высокой оценкой тревожности следует формировать чувство уверенности и успеха. Им необходимо смещать акцент с внешней требовательности, категоричности, высокой значимости в постановке задач на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование по подзадачам.

Список литературы.

1. Крайнов С. В., Попова А. Н., Алешина Н. Ф., Старикова И. В. Современные подходы к преподаванию стоматологических дисциплин // Информационные технологии в науке нового времени. Сборник статей Международной научно-практической конференции. 2016. С.160-163.
2. Кремнева Д. С., Старикова И. В., Радышевская Т. Н., Марымова Е. Б. Сравнение мотивации к обучению иностранных и российских студентов стоматологического факультета ВолгГМУ // Инновационное развитие современной науки: проблемы, закономерности, перспективы: сборник статей V Международной научнопрактической конференции. Ч.1. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение», 2017. – С.326 – 329.
3. Старикова И. В., Радышевская Т. Н., Марымова Е. Б., Кремнева Д. С. Особенности и роль мотивации к обучению у студентов медицинского вуза // Фундаментальные и прикладные научные исследования: актуальные вопросы, достижения, инновации. - сборник статей X Международной научно-практической конференции. Ч.1. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение», 2018. – С.221 - 223.

СТРЕСС ГОРМОНЫ

Короткина В.А.

Научный руководитель: Богданова Т.М.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Проблема стресса обоснована непрерывным ростом изменений в нашей жизни, в том числе со стороны содержания и условий труда у представителей многих профессий. Стресс отрицательно влияет как на психологическое, так и на физическое состояние. В настоящий момент человек стал меньше сталкиваться с естественными биологическими воздействиями и больше испытывает давление со стороны психосоциальных факторов, обусловленных экономическими обстоятельствами, информационными технологиями и межличностными конфликтными отношениями. В условиях низкой стрессоустойчивости эти причины могут способствовать развитию различных заболеваний или к прогрессу уже имеющихся.

В стрессовом состоянии в организме происходят сложные биохимические процессы, способные влиять на человеческое здоровье.

Эндокринная система является самой активной в человеческом организме, под ее контролем находятся так называемые гормоны стресса[1].

Гормоны- БАВ органической природы, которые служат гуморальными регуляторами определённых процессов в различных органах и системах[2].

Наиболее общим естественным стрессором для человека является экзаменационный стресс. В руководстве по клинической психиатрии Г.Каплан и Б.Сэдок отмечают, что определение содержания адреналина в биологических жидкостях человека очень важно для понимания периферических адаптационных механизмов [5].

Было проведено исследование гормонального статуса у студентов, в результате которого ученые обнаружили изменения в содержании адреналина в крови в сторону его увеличения в 4 раза.

Содержание в крови биогенных аминов формирует устойчивые отклонения при экзаменационном стрессе, которые не только не исчезают, но и продолжают нарастать после экзамена [4].

Адреналин нужен организму для того, чтобы легче справляться с тревогой и стрессом. Однако может представлять опасность для здоровья при больших концентрациях или в состоянии постоянного стресса. Адреналин способствует усилению обмена веществ, помогая при желаемой потере веса. Его выделению сопутствует увеличение ЧСС, повышение АД, стимуляция НС. При избыточном воздействии этого гормона могут возникнуть проблемы с ССС, сопровождающиеся гипертонией, в результате чего при его недостатке человек входит в состояние депрессии.

В 1985 г. в Институте цитологии и генетики СОРАН получена экспериментальная линия крыс с наследственной, индуцированной стрессом артериальной гипертензией. Главным критерием ее создания служит реакция АД в условиях эмоционального стресса, являющегося одним из основных факторов формирования гипертонической болезни человека.

Учеными также было изучено состояние стресса, возникающее у крыс в период предшествующей беременности, под действием непрерывного потока света, что привело к различным отклонениям в развитии мозга у потомства. Нарушение светового режима не только у крыс, но и у человека может способствовать развитию эмоционального стресса. Существует такое понятие, как «световое загрязнение» оно характеризуется воздействием светом в ночное время и «является одним из ведущих стрессовых экологических факторов, приводящих к нарушению гомеостаза и ускоренному развитию различных заболеваний»- утверждает профессор И.А. Виноградова[9].

Также состояние стресса в лабораторных условиях было вызвано введением беременным крысам производных кортикостероидов (преднизолон и кортинефф), что частично воспроизводит последствия длительного стресса у самок и вызывает нарушение в развитии мозга у потомства[6].

Ф. Александер еще в 18 веке выделил ряд заболеваний, названных «чикагской семеркой»[5]. К ним отнес ЯБ желудка и ИМ. Он доказал, что в развитии этих заболеваний пусковым моментом является стрессорное воздействие. Этот факт позволяет рассматривать данные болезни как проявление дистресса.

Необходимо обязательно учитывать влияние психологических особенностей личности, являющиеся независимыми участниками в развитии ИМ. Профессор Хадзегова А.Б. утверждает, что в острой стадии ИМ наблюдаются многообразные изменения со стороны эндокринной системы организма[7].

Показано, что у пациентов «коронарного» типа поведения течение ИМ сопровождается снижением уровня тиреоидных гормонов, увеличением тиреотропной функции гипофиза и повышением концентрации кортизола, что зависит от глубины поражения миокарда и обуславливает выраженностью гормональных изменений.

При хроническом стрессе выработка этого гормона происходит постоянно. Возникает сонливость, постоянное желание съесть что-то сладкое, наблюдается ухудшение памяти и снижение внимательности. При частых стрессах под действием кортизола ускоряются процессы старения, снижается иммунитет, происходит отложение жира, развивается гипогликемия и повышается давление. В результате это может привести не только к ИМ, но и к повышению уровня холестерина, диабету и инсульту[8].

Заключение:

Для того, чтобы минимизировать влияние стрессовых ситуаций на организм, необходимо придерживаться здорового образа жизни и определенных правил, таких как: обязательный отдых, крепкий сон, правильное питание, ежедневная физическая нагрузка, попытаться снизить свой эмоциональный ответ на внешние процессы[3].

Биохимические процессы вызывают определенные механизмы, которые адаптируют человека к опасности. При этом начинают свою работу гормоны стресса, способные повлиять на

работу организма. Однако при затяжном влиянии травмирующего фактора начинается отрицательное воздействие этих гормонов.

Список литературы:

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. /М.наука –2014, – С.197
2. Большой Энциклопедический словарь– М., – 2009
3. Завязкин О.В. «Как избежать стресса»/Д.: Сталкер. –2016, –С. 123
4. Леонова А./Костикова Д. На грани стресса /В мире науки –2008 – № 4–С.73
5. Невзорова Т.А. Библ./Медицина –2012 – С.156
6. Николаева И.В. Стресс и его влияние –2009 –С.32
7. Хадзегова А.Б. Ремоделирование левого желудочка и психологический статус больных инфарктом миокарда/ Москва–2017–С.125
8. Хомуло П.С. Эмоциональное напряжение и атеросклероз./Л .Медицина–2008 –С.152
9. www.wikipedia.org/stress_gormony_9876

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ

Курбанова А.Р., Аминова Д.М.

Казанский государственный медицинский университет

Боль – физиологическая реакция организма, сопровождающая большинство неврологических заболеваний. Это субъективное ощущение, которое зависит от множества факторов: физиологического состояния человека, его мировоззрения, круга общения и настроения в данный момент. Объективизация боли остается одной из трудноразрешимых проблем в клинической практике врачей.

Цель нашей работы: осветить современные методы оценки болевого синдрома, выявить и оценить влияние социальных и биологических факторов на восприятие боли, оценить влияние боли на возникновение тревожных расстройств и депрессии.

Применённые методы: сбор анамнеза и анкетирование пациентов с болевым синдромом в неврологическом отделении ГКБ №7.

Примененные методики оценки болевого синдрома:

- 1) Лицевая шкала боли;
- 2) Визуальная аналоговая шкала;
- 3) Числовая шкала боли;
- 4) Мак-Гилловский болевой опросник.

Для выявления тревожных расстройств и депрессии была использована госпитальная шкала.

Результаты. При анализе выраженности боли была принята следующая градация степеней тяжести боли: слабая боль — 1—4 балла (по цифровой оценочной шкале от 0 до 10 баллов), умеренная боль (5—6 баллов), сильная боль (7—10 баллов).

Результаты выраженности боли от пола оказались следующими: среди мужчин 80% страдают от сильной боли, 20% - от слабой; среди женщин 60% страдают от сильной боли, 33% - от умеренной, 7% - от слабой. Зависимость выраженности боли от образования: люди со средним образованием в 64% случаев испытывают сильную боль, 22% - умеренную, в 14% - слабую; 67% пациентов, имеющих высшее образование, страдают от сильной боли, 33% из них – от умеренно выраженной. В возрасте 30-39 лет: сильная - 67%, умеренная боль - 33%. В возрасте 40-59 лет: 86% - сильная, 14% - умеренная. Среди пациентов старше 60 лет показатели распределились следующим образом: 50% - сильная боль, 30% - умеренная, 20% - слабая. Выраженность нейропатической боли: 75% пациентов страдают от сильной боли, 17% - от умеренной, 8% - от слабой. Выраженность ноцицептивной боли: 50% составляет сильная боль, 38% - умеренная, 12% - слабая. Из людей татарской национальности 45% испытывают умеренную боль, 44% - сильную, 11% - слабую; среди русских 82% страдают от сильной боли, 9% - от умеренной, 9% - от слабой.

Эмоциональная реакция, возникающая при любом болевом синдроме, очевидно, может приводить к изменениям в психологическом состоянии пациентов.

Проведя оценку уровня тревоги и депрессии с помощью госпитальной шкалы, нам удалось выяснить, что 45% пациентов имеют субклинически выраженное тревожное расстройство, 35% -

клинически выраженное, 20% - не имеют тревожных расстройств, также среди всех анкетированных 50% - не имеют депрессии, 30% имеют клинически выраженную депрессию, 20% - субклинически выраженную депрессию.

Выводы. На восприятие боли каждого индивидуума оказывают влияние демографические факторы, пол, возраст, уровень образования, этнические особенности. Социальные и биологические факторы тесно переплетаются на протяжении жизни отдельного человека, что формирует собственный, отличный от других подход в оценке болевого синдрома.

У людей, страдающих от хронических болей, нередко в последствии возникают симптомы тревожного расстройства и депрессии. При выявлении субклинически и клинически выраженных тревожных расстройств и депрессии необходимо помимо лечения болевого синдрома назначить соответствующую терапию для сопутствующих нарушений в психоэмоциональной сфере.

Список литературы:

1. Использование шкал и анкет в вертебрологии / В.А. Бывальцев [и др.] // Неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2011. – № 9, Т. 111. – С. 51–56.
2. Неврология и нейрохирургия / под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова ; Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова : учебник : - т. 1. - 2009. - 624 с.
3. Нейрохирургия: учебник. - 2-е изд., перераб. и доп. -С.В. Можаяев, А.А. Скоромец, Т.А. Скоромец. 2009. - 480 с. : ил.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦВЕТОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСТЕНОПИИ

Леонов А.В., Нестерович М.И.

Научный руководитель: Чайковская М.А.

Гомельский государственный медицинский университет

Данные литературных источников по охране зрения у пользователей персональных компьютеров свидетельствуют, что на сегодняшний день разработано и применяется достаточно большое количество средств и методов реабилитации зрительных функций при зрительно-напряженной работе - от медикаментозной терапии до сложных аппаратных методов [1].

В физиотерапевтической практике существует методика воздействия на зрительный анализатор светом низкой интенсивности различных длин волн, которая позволяет вызвать рефлекторные реакции изменения аккомодационного аппарата глаза, что проявляется изменением размеров зрачка и формы хрусталика.

Учитывая, что показатель критической частоты слияния мельканий (КЧСМ) определяется центральными отделами зрительного анализатора, становится возможно изучать функциональное состояние и степень его утомления по изменению данного показателя [2]. Под КЧСМ понимается та минимальная частота вспышек света в секунду, при которой прерывистый свет перестает казаться мигающим [3]. КЧСМ не зависит от остроты зрения и рефракции и характеризует функциональное состояние зрительного анализатора в целом [4].

Цель. Изучить эффективность проведения цветоимпульсной стимуляции для профилактики развития астенопии.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 50 студентов 1-6 курсов УО «ГомГМУ». Материалы исследования - анкетное исследование для оценки субъективных жалоб, оценка функционального состояния центрального отдела зрительного анализатора путем измерения КЧСМ. Методика исследования и предлагаемой цветотерапии была согласована с врачом-офтальмологом.

Проведено исследование эффективности цветоимпульсной стимуляции для снижения усталости зрительного анализатора с помощью амблиостимулятора «Аист-01ЛК». На первом этапе исследования оценивали влияние цвета на психоэмоциональное состояние исследуемого путем опроса. Проведено контрольное исследование с помощью амблиостимулятора «Аист-01ЛК» с использованием режимов красного, желтого и зеленого свечения длительностью по 5 минут. Затем респондентам предлагалось по субъективному восприятию оценить уровень работоспособности по 5-бальной шкале.

Далее было проведено исследование эффективности курсового применения светотерапии в режиме зеленого свечения. Курс лечения включает 15 процедур по 5 минут. Для оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий у каждого испытуемого по окончании курса было проведено повторное обследование по исследуемым показателям.

Критерием эффективности проведенного курса физиотерапии является изменение таких параметров как, субъективная оценка состояния работоспособности по 5-бальной шкале, КЧСМ.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Excel 2016 и Statistica 6.0.

Результаты исследования. При исследовании приоритетного цвета для проведения цветотерапии 82 % респондентов выразили приоритет зеленого цвета как успокаивающего. Красный цвет оказался наименее комфортным для опрошенных. Желтый цвет уступил по комфортности зеленому цвету.

После проведения сеанса светотерапии проведен опрос респондентов на предмет уровня работоспособности по 5-бальной шкале. Опрошенные оценили уровень работоспособности после применения светотерапии режимом зеленого свечения в 4,5 балла. Режим красного свечения показал уровень работоспособности опрошенных в 2,5 баллов, а желтого – в 3,5.

В результате проведенного курса лечения респонденты отметили улучшение общего самочувствия. Анализ данных до и после проведения курса светотерапии выявил достоверно значимое повышение КЧСМ для OS 7 % (средние значения КЧСМ ($M \pm m$) перед курсом физиотерапии составили $37,58 \pm 1,26$ Гц, после курса - $40,22 \pm 1,62$ Гц) и 8,7% ($37,74 \pm 1,34$ Гц и $41,04 \pm 1,58$ Гц соответственно) для OD ($p < 0,01$) соответственно. Повышение показателей КЧСМ свидетельствует о нормализации функциональной активности зрительных центров.

Выводы. Консервативный, немедикаментозный метод цветоимпульсной терапии эффективен для профилактики начальных форм заболевания зрительного аппарата человека, что подтверждается улучшением общего самочувствия испытуемых и статистически значимым повышением критической частоты слияния мельканий. Немаловажным профилактическим моментом является соблюдение гигиенических нормативов освещенности и инсоляции рабочего места, соблюдение режима труда и отдыха студентов.

Список литературы.

1. Халфина, Р.Р. Динамика критической частоты слияния световых мельканий при зрительном утомлении у пользователей персональными компьютерами в ходе реабилитационных мероприятий / Р.Р. Халфина, Р.М. Халфин // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=7609> (Дата обращения: 10.10.2017).
2. Колесникова, А.В. Повышенная акустическая нагрузка и ее влияние на функциональное состояние слухового анализатора молодых людей при использовании аудиоплееров/ А.В. Колесникова, Х.Т. Абдулкеримов, К.И. Карташова// Практическая медицина – 2015. - №87. – С. 44-46.
3. Морозова, Л.В. Особенности чтения текста с бумажных и электронных носителей / Л.В. Морозова, Ю.В. Новикова // Arctic Environmental Research. – 2013. – №1. – С. 81-88.
4. Голубцов, К.В. Мелькающий свет в диагностике и лечении патологических процессов зрительной системы человека / К.В. Голубцов, И.Г. Куман, Т.С. Хейло // Информационные процессы. – 2003. – Т. 3. – № 2. – С. 114–122."

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ПЕЧЕНИ КРЫС ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫМ МЕТОДОМ ПОСЛЕ ПОДОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПОЛИХЛОРИРОВАННЫМИ БИФЕНИЛАМИ

Лукманов Т.И.

Научные руководители: д.м.н., проф. Камилов Ф.Х., д.м.н., проф. Каюмова А.Ф., асс. Гайнуллина А.А.

Башкирский государственный медицинский университет

В настоящее время, в мире большое внимание уделяется экологической обстановке, что небезосновательно. Одним из явных представителей токсикантов, являются полихлорированные

бифенилы (ПХБ). Целью нашего исследования явилось выявление и оценка процессов свободнорадикального окисления (СРО) в тканях печени крыс после подострой интоксикации ПХБ в токсигенный период.

Материалы и методы: для эксперимента было отобрано 48 белых крыс-самцов. Подострое отравление вызывали введением в желудок через зонд смеси ПХБ марки «Совол» разведённой в подсолнечном масле. Были сформированы 2 группы.

I группа – суммарная доза ПХБ за весь срок его введения составила 3000 мг/кг, что соответствует токсическому действию препарата при 0,5 ЛД₅₀;

II группа – суммарная доза ПХБ за весь срок его введения составила 150 мг/кг, что соответствует токсическому действию препарата при 0,025 ЛД₅₀;

контрольная (интактная) группа, которой вводили по 1 мл растительного масла 28 суток. Fe²⁺ индуцированную хемилюминесценцию исследовали по методу Владимирова Ю.А.(1992) и Фархутдинова Р.Р.(1995) с использованием отечественного хемилюминометра ХЛ-003.

Результаты и обсуждение. В ходе эксперимента в I группе мы наблюдали следующие показатели хемилюминесценции гомогената печени крыс: на 1-е сутки после подострого введения СОВОЛА уровень спонтанного свечения в ткани печени (Sp), который отражает интенсивность СРО без внешней инициации, увеличился до 177,3% по отношению к контролю; амплитуда быстрой вспышки (L), характеризующая интенсивность радикалообразования в биологическом субстрате после иницирования СРО ионами Fe²⁺ увеличилась до 158,1 %; максимальная амплитуда медленной вспышки (HFe²⁺), определяющая способность липидов ткани подвергаться окислению составила 131,8%; уровень спонтанной светимости (SFe²⁺), который также отражает окислительную способность липидов, составил 217%; латентный период (R), характеризующий способность ткани к антирадикальной защите, был равен 0,45 мин, что ниже чем в контрольной группе – 1,56 мин. На 28-е сутки в этой же группе наблюдалась такая же динамика изменений, что и на 1-е сутки, но эти изменения носили менее выраженный характер. Во II группе: на 1-е сутки уровень Sp увеличился в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой, L составила 125,8%, причем параметры HFe²⁺ и SFe²⁺ повышались менее выражено, а R был снижен практически в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Показатели антирадикальной защиты ткани печени (R) были существенно снижены на 1-е и 28-е сутки наблюдения, что однозначно свидетельствует о дисбалансе процессов СРО и антиоксидантной защиты.

Список литературы.

1. Гайнуллина А.А., Камилов Ф.Х., Каюмова А.Ф., Хабиров Р.Э. Активность антиоксидантных ферментов в печени и головном мозге у крыс в восстановительном периоде после подострой интоксикации полихлорбифенилами/Медицинская наука и образование Урала.- 2012.-№3-1(71).-С.60-62.

2. Гайнуллина А.А., Камилов Ф.Х., Каюмова А.Ф. Исследование железоиндуцированной хемилюминесценции гомогенатов головного мозга и почек у крыс в восстановительный период после подострой интоксикации различными дозами полихлорированных бифенилов./Медицинская наука и образование Урала. -2008.-№6-С.38-40.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПОНЕНТОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В КОСМЕТОЛОГИИ

Мащенко А.Н., Арутюнова А.П., Долгашова М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Соединительная ткань составляет более 50 % массы тела человека. Из-за многообразия выполняемых функций, компоненты соединительной ткани могут применяться в разных отраслях медицины.

Цель исследования: изучить компоненты соединительной ткани, которые могут применяться в косметологии.

Материалы и методы исследования: изучение литературных данных о современном представлении строения компонентов соединительной ткани.

Результаты и обсуждение: Процесс синтеза межклеточного вещества клетками соединительной ткани происходит непрерывно, поэтому кожа постоянно обновляется, но с возрастом активность фибробластов падает, что приводит к уменьшению толщины дермы, ее обезвоживанию (по причине уменьшения концентрации гиалуроновой кислоты в составе внеклеточного матрикса), образованию морщин и снижению эластичности кожных волокон. Коллаген является компонентом межклеточного вещества, образование коллагена в коже происходит из АМК. Первичным его строением выступают глицин, аланин, пролин и прочие. Зачастую в косметологии используется инъекция красоты, которая помогает скорректировать контуры лица, заполнить морщины. Также проводится процедура лифтинга, контурная пластика. Введение коллагена (мезотерапия) позволяет воспроизводить собственный белок. В косметологии применяется коллаген для таких целей: оздоровление волос, кожи, ногтей, избавление от целлюлита, пополнение организм белком, похудение, лечение больных суставов и костной системы, избавление от недугов сосудистой системы и внутренних органов, восстановление после операций. Наружное применение коллагена для кожи обуславливает использование масок, гелей и кремов, содержащих белок, имеет отличный, увлажняющий эффект, ведь на коже образуется пленка, способная защитить поверхность дермы. Применение заполнителей обусловлено инъекционной пластикой и коктейлями с содержанием гиалуроновой кислоты. Данный продукт отлично синтезирует собственный коллаген. Специалисты генной инженерии, разработали методику инъекционного омоложения кожи фибробластами (SPRS-терапию). В основе метода лежит внутридермальное введение (трансплантация) в кожу пациента аутофибробластов – его собственных клеточных структур, забор которых врач осуществляет перед проведением процедуры.

Фибробласты улучшают процесс пролиферации новых клеток соединительной ткани, стимулируют выработку коллагена, эластина и других компонентов внеклеточного матрикса, что приводит к разглаживанию морщин, нормализации тонуса и эластичности кожных покровов и помогает активировать работу всех остальных структурных компонентов эпидермиса и дермы. Фактор роста TGF-альфа ускоряет процессы регенерации дермы, за счет чего происходит разглаживание рубцов и следов от угревой сыпи, а EGF – нормализирует выработку меланина. Гликозаминогликаны применяются как компоненты для омоложения кожи. Они сочетают в себе класс веществ, среди которых находится такое известное всем вещество, как гиалуроновая кислота.

Вывод: В косметологии наибольший успех имеют инъекционные процедуры — контурная пластика, биоревитализация, биорепарация. Активным компонентом препаратов, применяющихся для их выполнения, является фибробласты, гиалуроновая кислота, инъекции коллагена.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ И СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Минасян М.М.

**Научный руководитель: профессор, д.м.н. Барычева Л.Ю.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Актуальными для изучения при сифилисе являются рецепторы врожденного иммунитета (TLR) [1, 2, 3, 4]. Установлено, что нарушение структуры и функции TLR сопровождается снижением продукции ключевых интерлейкинов, обеспечивающих интенсивность реакций врожденного и адаптивного иммунитета, что лежит в основе развития инфекционного процесса [3, 4].

Цель исследования: определение клинко-патогенетической роли TLR-рецепторов в развитии скрытого сифилиса и формировании серорезистентности

Материал и методы исследования

Имуногенетические исследования выполнены у 100 человек с сифилитической инфекцией, восточнославянской популяции Юга России, находившихся под наблюдением в Ставропольском краевом клиническом кожно-венерологическом диспансере. В группу I включены 35 пациентов с ранним скрытым сифилисом, в группу II – 24 пациента с поздним скрытым сифилисом, в группу III – 41 пациент с сифилисом с серорезистентностью, в контрольную группу – 50 здоровых лиц.

Типирование SNPs TLR2 и TLR6 осуществляли методом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов с выполнением амплификации интересующего участка и последующей обработкой эндонуклеазой рестрикции. Достоверность различий в частотах аллельных вариантов и генотипов оценивалась с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса. Степень риска развития событий оценивали по величине отношения шансов (OR) с расчетом доверительного интервала CI.

Результаты исследования. При изучении полиморфного маркера TLR2 у пациентов со скрытым сифилисом и сифилисом с серорезистентностью установлено существенное увеличение распространенности редкого аллеля Gln/753 – 78/200 (0,39) (OR=20,7, 95% CI:6,33-67,6) по сравнению со здоровыми людьми – 3/100 (0,03). Относительный риск развития заболевания у носителей Gln/Gln составил 13,0 (95% CI:1,70-90,0), у резидентов Arg/Gln – 4,26 (95% CI:0,52-35,1).

Риск развития заболевания у обладателей Gln/753 при раннем скрытом сифилисе составил 8,1 (95% CI:2,23-29,4), при позднем скрытом – 7,46 (95% CI:1,92-23,0), у пациентов с формированием серорезистентности – увеличивался в десятки раз – 65,8 (95% CI:19,1-227,1). У больных сифилисом с формированием серорезистентности определялось частотное преобладание гомозигот по мутантному аллелю Gln/Gln (0,27 и 0,02, $p<0,05$). Степень риска развития скрытого сифилиса и сифилиса с серорезистентностью у носителей гомозиготного генотипа полиморфизма TLR2 –753 Arg/Arg (rs5743708) оказалась крайне низкой. Вероятность реализации раннего скрытого сифилиса у гетерозигот Arg/Gln была равной 2,97 (95% CI:0,26-34,1), позднего скрытого – 2,97 (95% CI:0,26-34,1), сифилиса с серорезистентностью – 6,81 (95% CI:0,76-60,8). Наиболее высокой оказалась вероятность развития сифилитического процесса у гомозигот по дикому аллелю Gln/Gln, при раннем скрытом сифилисе OR=10,2 (95% CI:1,16-88,5), при позднем скрытом – 9,8 (95% CI:1,03-93,2), при серорезистентности – 17,9 (95% CI:1,21-146,3).

Анализ распределения аллелей и генотипов полиморфизма TLR6 – 249 Ser/Pro (rs5743810) не выявил достоверных отличий в распространенности дикого Ser/249 и мутантного Pro/249 аллелей у пациентов со скрытым и серорезистентным сифилисом. Относительный риск развития сифилиса для обладателей гетерозиготного генотипа Pro/Ser был равным 1,34 (95% CI: 0,67-2,70), для резидентов гомозиготного Ser/Ser – 2,07 (95% CI: 0,78-5,49). При этом наблюдалось достоверное уменьшение распространенности гомозиготного генотипа Pro/Pro при скрытом сифилисом и серорезистентности (0,35 и 0,52, $p<0,05$).

У пациентов с серорезистентностью чаще, чем у здоровых респондентов, определялось носительство дикого аллеля Ser/249 (0,46 и 0,30, $p<0,05$), реже мутантного – Pro/249 (0,54 и 0,70, $p<0,05$). Менее распространенным оказался и гомозиготный по мутантному аллелю генотип Pro/Pro (0,27 и 0,52, $p<0,05$).

Для гетерозигот Ser/Pro при позднем скрытом сифилисе степень риска развития заболевания составила 2,10 (95% CI: 0,78-5,65), при серорезистентности – и 2,06 (95% CI: 0,89-4,78). Гомозиготный генотип Ser/Ser чаще встречался при раннем скрытом сифилисе (OR = 3,36, CI: 1,11-10,22) и сифилисе с серорезистентностью (OR = 1,78, CI: 0,56-5,62).

Выводы

1. Молекулярно-генетическими маркерами повышенного риска развития скрытых форм сифилиса и сифилиса с серорезистентностью являются генотипические варианты 753 Arg/Gln и 753 Gln/Gln, 249 Pro/Pro, а также наличие аллелей Gln/753, Pro/249. Протективными свойствами обладают гомозиготные генотипы TLR2-753 Arg/Arg, TLR6 –249 Pro/Pro и аллель Pro/249.

2. Факторами риска развития серорезистентности при сифилисе является носительство аллелей Gln/753, Pro/249 и генотипов 753 Arg/Gln и 753 Gln/Gln, 249 Pro/Pro.

Список литературы

1. Чеботарев В. В., Чеботарева Н. В., Асхаков М. С. Сифилис: была ли предсказуема ситуация? / В. В. Чеботарев, Н. В. Чеботарева, М. С. Асхаков // *Medicus*. – 2015. – №1. – С.12-14.
2. Mukherjee S., Karmakar S., Prasad S., Babu S. TLR2 and TLR4 mediated host immune responses in major infectious diseases: a review // *Braz. J. Infect. Dis.* 2016. Vol. 20. № 2. P. 193-204. doi: org/10.1016/j.bjid.2015.10.011
3. Skevaki C., Pararas M., Kostelidou K., Tsakris A., Routsias J.G. Single nucleotide polymorphisms of Toll-like receptors and susceptibility to infectious diseases / C. Skevaki, M. Pararas, K. Kostelidou [et al.] // *Clin. Exp. Immunol.* 2015. Vol. 180. № 2. P. 165-177.

4. Trejo-de la O. A., Hernández-Sancén P., Maldonado-Bernal C. Relevance of single-nucleotide polymorphisms in human TLR genes to infectious and inflammatory diseases and cancer // Genes. Immun. 2014. Vol. 15. № 4. P. 199-209.

ФЕРМЕНТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ И ИНСОЛЯЦИИ

Мирзарахимова М.А.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Кадиров Ш.К.
Андижанский государственный медицинский институт**

Высокая температура и инсоляция как климатический фактор оказывают значительное влияние на организм. Реакция организма на действие высокой температуры и инсоляции чрезвычайно многообразна и сложна. Оказывающий в умеренной дозе положительное - адаптивное, в значительной - повреждающее влияние воздействуя на нервные окончания, меланоциты и другие образования кожи, опосредованно вызывает различные структурные перестройки во внутренних органах [1, 2, 3, 4, 5].

Учитывая сложный механизм, как физиологического, так и патологического влияния высокой температуры и инсоляции, а также весомый вклад ферментов поджелудочной железы в гидролизе пищевых продуктов мы определили цель настоящего исследования.

Целью исследования явилась оценка секреции ферментов поджелудочной железой крыс при высокой температуре и инсоляции.

Эксперименты были выполнены на белых лабораторных беспородных крысах самцах, весом 180-200г.

Экспериментальные животные были разделены 3 группы. Первая группа интактные животные, находились при температуре 200-250 С (контрольная группа), не подвергались никаким воздействиям. Вторая группа животных находились при высокой температуре 370 - 400 С, третья группа животных подвергалась острой инсоляции на солнцеплощадке. Исследовано влияние однократной 30 минутной экспозиции на солнце в летнее время (июль) с мощностью излучения 10 ват (За 30 минут 18000 ват), при температуре воздуха 370 - 400 С.

После забоя животных, у них извлекалась поджелудочная железа. В гомогенате поджелудочной железы определялись ферменты - амилаза, общая протеолитическая активность, липаза. Полученные данные сравнивались с показателями контроля.

При комфортной температуре (контрольная группа) в гомогенате поджелудочной железы крыс больше всего имеется амилазная активность $1427 \pm 64,6$ ед/г. На втором месте по активности в гомогенате поджелудочной железы крыс общая протеаза $221,0 \pm 13,3$ ед/г.

В гомогенате поджелудочной железы крыс активность липазы намного меньше чем предыдущие ферменты. Ее величина $65,4 \pm 3,1$ ед/г.

Полученные нами результаты показали, что высокая температура внешней среды подавляет активность всех изученных нами ферментов. Но под действием теплового фактора неодинаково изменяется продукция различных панкреатических ферментов. Так, при высокой внешней температуре ферментативная активность составляла в процентах (против контрольных данных, принятых за 100%) $14 \pm 0,4$ для амилазы, $66 \pm 3,7$ для липазы и $34 \pm 0,4$ для протеаз.

Следовательно, под действием теплового фактора происходит диссоциация между скоростями протеинсинтеза различных ферментов, то есть, тепловой стресс по-разному влияет на протеинсинтез различных ферментов у одного и того же вида животных, что вероятно, нужно учитывать при составлении режимов питания в условиях воздействия на организм теплового фактора.

В экспериментах с экспозицией крыс на солнце, т.е. когда воспроизводилось солнечно-тепловое воздействие, получены несколько иные результаты, чем при экспериментах с действием только одного тепла. При солнечно-тепловом воздействии липолитическая активность поджелудочной железы остается без изменений, а активность остальных ферментов снижается, но снижение амилазной и протеолитической активности менее выражены, чем при действии только одного теплового фактора.

Значит, при высокой температуре существенно меняется активность панкреатических ферментов, участвующих в начальных стадиях гидролиза углеводов, белков и липидов. Больше всего подавляется работа ферментсинтезирующих систем, обеспечивающих гидролиз углеводов и белков. При отдельном действии высокой температуры и особенно в сочетании ее с инсоляцией торможение функционирования систем, участвующих в гидролизе липидов намного меньше выражено.

Список литературы.

1. Боженкова М.В. Морфология поднижнечелюстных желез белых крыс погибших от теплового удара // Морфологические ведомости (приложение). – Москва-Берлин, 2004. – № 1-2. – С. 14.
2. Воробьева Н.Ф. Особенности гистиоцитарной реакции после предварительного приема с пищей цеолитов в процессе онтогенеза при перегревании и сухоядении // Патологическая физиол. и эксп. терапия. – 2008. № 2. – С. 23-25.
3. Коротько Г.Ф. Секрция слюнных желез и элементы саливадиагностики. – М.: Издательский Дом Академия естествознания, 2006. – 192 с.
4. Романов В.И. Морфология экзокринного отдела поджелудочной железы белой крысы при остром перегревании организма // Морфологические ведомости (приложение). – Москва-Берлин, 2004. – № 1-2. – С. 87.
5. Романов В.И., Боженкова М.В. Стромально-паренхиматозные отношения в пищеварительных железах белых крыс при остром перегревании организма // Морфологические ведомости (приложение). – Москва-Берлин, 2004. – № 1-2. – С. 88.

АНАЛИЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В НЕКОТОРЫХ ОРГАНАХ КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ РУДЫ

Муллаянова А.Н.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Каюмова А.Ф., ассистент Зиякаева К.Р.
Башкирский государственный медицинский университет**

В последние годы из общего числа экотоксикантов выделены вещества, которые в малых дозах оказывают сильное индуцирующее или ингибирующее действие на ферменты – так называемые суперэкотоксиканты. Многие тяжелые металлы (ТМ) проявляют высокую токсичность в следовых количествах и концентрируются в живых организмах [1,2]. Главными антропогенными источниками поступления ТМ в окружающую среду являются предприятия по добыче и производству цветных металлов и сплавов. В Республике Башкортостан ОАО «Учалинский горно-обогатительный комбинат» является основным предприятием по добыче рудных полезных ископаемых и производству медного, цинкового и пиритного концентратов. Следует отметить, что несмотря на внедрение на предприятии прогрессивных технологий добычи руды и применение современной техники, условия труда работников остаются потенциально опасными. Медно-цинковая колчеданная руда кроме основных полезных компонентов: меди, цинка и серы, содержит ТМ, такие как свинец, кадмий, мышьяк [6]. С целью углубления понимания механизмов металлиндуцированной анемии был изучен характер морфологических изменений в тканях печени и кишечника под воздействием медно-цинковой колчеданной руды в эксперименте.

Материалы и методы: Эксперименты проведены на 36 белых беспородных крысах-самцах массой 200-230 г, которые были разделены на три группы. Опытные группы (n=10) были сформированы в зависимости от длительности введения медно-цинковой колчеданной руды: 1 группа «30 дней руды» и 2 группа «60 дней руды». Животные ежедневно получали перорально один раз в сутки измельченную в порошок руду за час до обычного кормления [1]. Животные содержались в одинаковых условиях вивария на стандартном питании. Эксперимент проводили с соблюдением рекомендаций межгосударственного стандарта «Принципы надлежащей лабораторной практики» ГОСТ 33044-2014. Забор крови проводился из хвостовой вены крысы. Абсолютное количество эритроцитов определяли в периферической крови на ветеринарном гематологическом анализаторе Эксиго (Vet Exigo 19, Швеция). Количественную оценку регенеративного ответа и подсчет ретикулоцитов в мазке периферической крови проводили с

помощью комплекса автоматической микроскопии МЕКОС-Ц2 софт (Россия) [5]. Для морфологических исследований были взяты кусочки органов печени и кишечника на 30-й и 60-й день опыта, с последующей их окраской гематоксилин-эозином. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Stat Soft Statistic 10. Для каждого показателя рассчитывали медиану, верхний и нижний квартили. В качестве критерия оценки достоверности различий между опытными и интактными животными использовали непараметрический критерий достоверности Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение: В обеих опытных группах «30 дней руды» и «60 дней руды» достоверно увеличивалось количество ретикулоцитов по сравнению с контрольными группами, что свидетельствовало о регенераторных процессах, происходящих в костном мозге [3,7]. Количество эритроцитов достоверно уменьшилось на 30-е сутки и увеличилось на 60-е сутки эксперимента. Морфологический анализ печени на 30-е сутки показал небольшие очаги скопления лимфоидных клеток по ходу триады печени, а также внутри дольки. На 60-е сутки эксперимента в печени были выявлены изменения гистоструктуры гепатоцитов. Застой венозной крови долек печени приводил к расширению внутридольковых синусоидных капилляров и нарушению реологических свойств крови. В тонком кишечнике через 60 дней эксперимента наблюдалась деструкция эпителиального слоя на верхушке ряда ворсинок слизистой оболочки. Катаральный десквамативный энтерит сопровождался инфильтрацией лимфоцитов соединительной ткани слизистой оболочки. Некротические изменения слизистой оболочки кишечника носили очаговый характер [4].

Закключение: Пероральное введение в организм крыс ТМ приводит к их накоплению и, как следствие, к воспалительным изменениям в органах ЖКТ. К концу эксперимента наблюдалось снижение абсолютного количества эритроцитов и увеличение количества ретикулоцитов в периферической крови. Все морфологические и гематологические изменения указывают на хроническую интоксикацию животных, вызванную длительным воздействием компонентов медно-цинковой колчеданной руды в эксперименте.

Список литературы:

1. Зиякаева, К. Р. Влияние медно-цинковой колчеданной руды на некоторые гематологические показатели и кислотно-резистентность эритроцитов в эксперименте / К. Р. Зиякаева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. - №3. – С. 28. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27603>.
2. Зиякаева, К. Р. Морфологические изменения в легких у крыс при воздействии медно-цинковой колчеданной руды / К. Р. Зиякаева [и др.] // Морфология. - 2018. - Т. 153. № 3. - С. 116-117.
3. Каримов, Р. Р. Исследование механизмов развития анемии при воздействии полихлорированных бифенилов / Р. Р. Каримов [и др.] // Современные проблемы системной регуляции физиологических функций: материалы конференции, 2015. – С. 298–300.
4. Каюмов, Ф.А. Атлас по гистологии: учебное пособие / Ф.А. Каюмов - Уфа: Дизайн Пресс, 2012. – 208 с.
5. Муллаянова А. Н. Анализ ответной реакции периферической крови, почек и кишечника на воздействие руды в эксперименте // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2018. – Приложение №3. – С. 1660-1664.
6. Профессиональные риски нарушения здоровья работников, занятых добычей и переработкой полиметаллических руд. / Л. К. Каримов, П. В. Серебряков, Э. Р. Шайхисламова, И. В. Яцына – Уфа: ООО «Принт-2», 2016. – 337 с.
7. Физиология и основы анатомии: учебник; под ред. А. В. Котова, Т.Н. Лосевой. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. – С. 484-501.

ВЛИЯНИЕ КОМПОНЕНТОВ МЕДНО-ЦИНКОВОЙ КОЛЧЕДАННОЙ РУДЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛОЙ КРОВИ У ЛЯГУШЕК В ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Муслимова В.К., Костусенко В.Д., Галиахметов Х.Р.

**Научный руководитель: профессор А.Ф. Каюмова, к.б.н., доцент Г.С. Тупиневич
Башкирский государственный медицинский университет**

Исследование влияния токсических веществ на уровне клеток является перспективным направлением при изучении механизмов возникающих патологических нарушений в организме работающих в горнодобывающей промышленности. Моделирование интоксикаций в остром опыте позволяет выявить начальные проявления изменений в функционировании отдельных систем организма, и в частности, системы крови, клетки которой служат удобной моделью для изучения повреждающих факторов среды на уровне клетки и в тоже время являются легкодоступным материалом [2]. При этом в качестве подопытных животных можно использовать амфибий, которые служат биоиндикаторами состояния урбанизированных экосистем [1,5].

Цель исследования: изучить влияние компонентов медно-цинковой колчеданной руды на показатели белой крови у лягушек при кратковременной интоксикации организма возрастающими концентрациями солей тяжелых металлов.

Материалы и методы: эксперимент проводился с использованием руды Учалинского горно-обогатительного комбината [3]. Исследования проводились на 40 лягушках рода *Ranaridibunda* (20 самцов и 20 самок) весом $52,8 \pm 5,04$ г, выращенных в условиях искусственного разведения. Все животные были разделены на 4 группы – одна контрольная и три опытные группы с разным уровнем концентрации руды (ПДК 1 – 28,5 мг/л; ПДК 3 – 86,7 мг/л; ПДК 100 – 2850 мг/л). Руда добавлялась в емкости с водой, куда помещались лягушки опытных групп. Лягушки контрольной группы находились в емкостях с водопроводной водой. Для расчета ПДК руководствовались гигиеническими нормативами для водных объектов. При расчете ПДК исходили из минимальной токсичной дозы меди и ее среднего содержания в руде 3,5% (в перерасчете на 1 литр воды) [4]. Лягушек экспонировали в воде с рудой в течение 14 дней (ежесуточно), после чего проводился забор крови. Для подсчета лейкоцитов готовились мазки крови, которые окрашивали по методу Романовского-Гимза в модификации Май-Грюнвальда. В каждой мазке крови определялось количество сегментоядерных нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов по отношению к 100 ядросодержащим клеткам. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы StatSoftStatistica 10 и MS Excel 2010, критерий достоверности определяли с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение: Статистически значимых различий исследуемых показателей по гендерному признаку среди лягушек выявлено не было, поэтому в дальнейшем при интерпретации результатов исследований данный признак не учитывался. При анализе лейкоцитарной формулы в мазках крови уже в группе с ПДК-1 (допустимая доза химического вещества) было выявлено увеличение числа лимфоцитов ($72,0 \pm 4,33\%$) и достоверное снижение числа сегментоядерных нейтрофилов ($10,43 \pm 2,25\%$; $p < 0,01$) по сравнению с контролем ($65,3 \pm 1,23$ и $20,7 \pm 2,19$ соответственно) (% соотношение форм лейкоцитов в контрольной группе совпадали с литературными данными). В группе с ПДК 3 наблюдалось достоверное увеличение количества моноцитов ($14,67 \pm 4,55\%$; $7,3 \pm 1,47$ в контроле, $p < 0,05$) на фоне продолжающейся нейтропении ($11,0 \pm 2,45\%$; $p < 0,05$). В группе ПДК 100 наблюдалось значительное уменьшение числа нейтрофилов до $4,22 \pm 0,84\%$ при одновременном увеличении числа эозинофилов ($16,67 \pm 5,08\%$) по сравнению с контролем ($p \leq 0,01$). При сравнении между собой показателей лейкоцитарного профиля в опытных группах отмечался волнообразный характер сдвигов отдельных форм лейкоцитов. Со стороны лимфоцитов во всех опытных группах сохранялась тенденция повышенного содержания данных клеток по сравнению с контролем. При сравнении количества моноцитов наблюдалось их увеличение в группе ПДК 3 и снижение в группе ПДК 100. Количество нейтрофилов достоверно снижалось с увеличением доз ПДК, а изменения в эозинофильном звене носили колебательный характер, который выразился в увеличении в группе ПДК 1, затем снижение количества клеток по сравнению с контролем в группе ПДК 3, и только в группе ПДК 100 (с высокой дозой химического вещества) наблюдалось значительное увеличение числа эозинофилов ($p < 0,01$).

Закключение и выводы: Анализ изменений лейкоцитарного профиля при кратковременной интоксикации компонентами медно-цинковой колчеданной руды у лягушек показал значительные ответные сдвиги нейтрофильного и эозинофильного звеньев белой крови. При начальном этапе

интоксикации организма руда и ее компоненты могут выступать в качестве аллергена, вызывающего специфические изменения со стороны лейкоцитов, которые проявляются в виде выраженной нейтропении и эозинофилии.

Список литературы.

1. Вершинин В.Л. Амфибии как биоиндикаторы состояния урбанизированных экосистем // Урбоэкосистемы. Проблемы и перспективы: материалы 3 международной научно-практической конференции. – Ишим - 2008.- С.21-25
2. Каюмова А.Ф., Тупиневич Г.С, Зиякаева К.Р. Исследование влияний компонентов медно-цинковой колчеданной руды на количественные показатели клеток крови у лягушек в эксперименте / А.Ф. Каюмова // сб. материалов VII межд. научно-практ. конф.»Адаптация биологических систем к естественным и экстремальным факторам среды», Челябинск, 11-13 октября, 2018. - С.126-128.
3. Каримова Л.К., Серебряков П.В., Шайхлисламова Э.Р., Яцына И.В. Профессиональные риски нарушения здоровья работников, занятых добычей и переработкой полиметаллических руд. – Уфа, 2016. -337 с.
4. Калетина Н.И. Токсикологическая химия. Метаболизм и анализ токсикантов. – Москва, 2008. -1016 с.
5. Якушева Я.А., Пескова Т.Ю. Гематологические показатели озерной лягушки, экспонированной в растворах карбаминовых пестицидов. / Я.А.Якушева //Труды Кубанского государственного аграрного университета. - 2010. - №24. - С.49-54.

РАЗЛИЧИЯ В ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ВЕГЕТАРИАНЦЕВ И МЯСОЕДОВ

Нечехина.К.А

**Научный руководитель: доцент Афонина С.Н.
Оренбургский государственный медицинский университет**

Спор между вегетарианцами и мясоедами продолжается не одно десятилетие. На чьей стороне истина – вопрос непростой. Термин вегетарианство происходит от латинского *vegetarius*, что значит растительный. Но чистые вегетарианцы, или старовегетарианцы, которые питаются только растительной и никакой другой пищей, исключая яйцо, творог, молоко и т. п., встречаются редко. Строгих вегетарианцев называют веганами.

Так от чего же зависит потребность человека в животных белках? В этом мы и попробуем разобраться.

Питание разных народов различается по количеству потребляемых жиров, белков и углеводов. Норма потребления белков животного происхождения у современных европейцев примерно 30г/сут., а у народов севера в сутки в среднем составляет 55,42 г или 50,2% от всех белков рациона. Усвоения настолько больших количеств животных белков возможно лишь при сочетании определенных физиологических и генетических особенностей. Предполагается, что существует ген, который обеспечивает адаптацию к высокой доле мяса в питании, он контролирует обезвреживание в клетках печени глиоксилата- продукта промежуточного азотистого обмена. Его синтез у травоядных и хищников происходит в разных частях клетки: у плотоядных в митохондриях, а в травоядных в пероксисомах.

Глиоксилат очень токсичен, поэтому существует фермент, который обезвреживает его- аламинглиоксилат-аминотрансфераза, он преобразует глиоксилат в аминокислоту глицин.

У большинства людей и обезвреживание глиоксилата происходит в пероксисомах, что отражает преимущественно вегетарианскую диету дальних эволюционных предков Homo Sapiens. Однако у некоторых людей локализация фермента изменена –до 90 % его может быть перемещено в митохондрии из-за различных мутаций в гене AGXT, кодирующим данный фермент. Если фермент перемещен в митохондрии, то в его отсутствии образующийся в пероксисомах глиоксилат превращается не в глицин, а в оксалат. Оксалат в виде нерастворимых кристаллов оксалата кальция откладывается в почках и мочевыводящих путях. Это приводит к тяжелой форме почечной болезни. Однако, если на митохондрии приходится лишь небольшая часть фермента, это может оказаться адаптивным при диете, включающей большое количество

мяса. Этим условиям соответствует мутантный вариант гена AGXT*ProII Leu при котором активность фермента распределена между пероксисомами (около 95%) и митохондриями (около 5 %). Среди обследованных групп в мире самая низкая частота такого варианта гена найдена у китайцев (2,3%), а самая высокая – у саамов (народность угро-финской языковой группы, живущая на Кольском полуострове, а также на севере Норвегии, Финляндии и Швеции, лопари.)

Переход к диете с очень высокой долей животного белка требует глубоких и по –видимому, наследственно закрепленных перестроек физиологии пищеварительного аппарата. Например у коренного населения Субарктики и Арктики своеобразный тип желудочного пищеварения. Для северных хантов и манси характерна очень высокая кислотность желудочного сока, что их следовало бы классифицировать как больных гиперацидным гастритом, находящихся на грани развития язвы желудка. Обкладочные клетки выделяют очень большое количество слизи, которая защищает желудок от повреждения кислотой, необходимой для расщепления поступающих с пищей белков. Скорее всего эти межпопуляционные различия имели адаптивный характер и поддерживались отбором, направленным на оптимизацию усвоения животных белков.

Генетики из Корнельского университета обнаружили в человеческом геноме мутацию, которая может быть связана с адаптацией к вегетарианской диете. Она расположена в области гена, который отвечает за синтез жирных кислот определенного типа. Такие жирные кислоты мясоеды обычно получают из пищи, но те, кто придерживается вегетарианской диеты, полагаются на внутренний синтез — а его эффективность зависит от наличия обнаруженной мутации

Речь идет о полиморфизме, получившем название Rs66698963. Он представляет собой вставку небольшого фрагмента ДНК в некодирующую часть гена FADS2. Этот ген кодирует фермент, участвующий в синтезе «длинных» полиненасыщенных жирных кислот из «коротких» предшественников. Ученые прочитали соответствующий участок генома у трех сотен жителей индийского города Пуна, где вегетарианство поддерживается традиционным индуизмом и сравнили полученные данные с данными американцев, среди которых вегетарианство встречается значительно реже. Оказалось, что у индийцев мутантная вставка в ген FADS2 встречается в 68, а у американцев только в 18 процентов случаев

Конечно, каждый человек сам выбирает свой путь: быть вегетарианцем или мясоедом. Но как мы уже выяснили, это зависит не только от его желания, но и от физиологических особенностей, которые у разных народов формируются под влиянием климатических, традиционных и генетических факторов.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПРОТЕАСОМЫ В РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

Оганнисян А.А., Аветисян Г.А., Овсян Г.А.

Научный руководитель: Овсян Г.А.

Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци

Различные факторы являются регуляторами функциональной активности центральной нервной системы. Экзогенные и эндогенные регуляторы влияют на функциональную активность головного мозга, при этом имея прямое влияние на биохимические и патофизиологические процессы могут снизить возможность развития патологического процесса. Снижение физической активности ингибирует миграцию и дифференциацию нейрональных стволовых клеток и процесс запоминания. Комбинация с генетическими факторами повышает риск развития психических заболеваний, в частности шизофрении и депрессии. Убиквитин-протеасомальный комплекс вовлечен в развитии нейродегенеративных и нейро-когнитивных заболеваний, так-как агрегация белков не всегда приводит к массовому гибели нейронов. Иногда гибель субпопуляции специфических нейронов стимулирует изменение на синаптическом уровне, что и способствует инициации патологии, но при исследованиях не выявляются морфологические изменения. Дисфункция протеасомы индуцирует активность инфламасомы, стимулируя синтез про-инфламаторных цитокинов. Про-инфламаторные цитокины негативно влияют на формирования синапсов, так как нарушают хоуминг и миграцию нейрональных стволовых клеток в определенные участки головного мозга. Так-как синапсы являются хранителем информации

любое неблагоприятное воздействие стимулирует развитию заболевания. Социальная изоляция, снижение физической активности повышает уровень чувствительности нервной ткани.

Материал и Методы

Эксперимент был проведен на 60 белых крыс (n=12), которые весили 200-220 г. Крысы содержались в стандартных условиях вивария до эксперимента и имели свободный доступ к еде и воде.

Модель гипокинезии и социальной изоляции был получен путем содержания крыс в специфических клетках в течение 7, 15, 40 и 60 дней. Все процедуры, включая декапитацию животных были проведены после интраперитонеальной инъекции 40 мг/кг нембутала для анестезии. Извлекали гиппокамп, гипоталамус, кора головного, голубое пятно, мозга в буфере, который содержал 20мМ HEPES, pH=7,5 10мМ KCl, 1,5 мМ MgCl₂, 0,5 мМ ЭДТА, 1мМ ДТТ. Гомогенизацию ткани головного мозга крыс проводили в 50мМ Трис-HCl буфере, pH=7.5 в соотношении 1:2,5 при 4 °C. Буфер содержал 0,05%-ный Triton -X-100, 1мМ ЭДТА, 1мМ ДТТ и ингибиторы протеаз. Фракцию центрифугировали при 14000 g в течение 60 мин при 4 °C. Активность протеасомы определяли с помощью субстратной специфичности, используя субстрат Ac-DEVD-AMC (N-ацетил-Асп-Глу-Вал-Асп-7-амино-4-метилкумарин), который так-же является субстратом для каспазы-3 и каспазы-7. Определение концентрации белка. Образцы до концентрации белка 0.01-0.1 мг/мл. В лунку 96-луночного планшета вносили 100 мкл пробы 150 мкл реактива Бредфорд (0.017% Кумасси G-250 17% фосфорной кислоты, 18% этанола). Пробы инкубировали при комнатной температуре в течение 20 мин и считывали поглощение при 595 нм. Образцы кипятили в течение 5 мин в буфере 50 мМ Трис-HCl pH=6.8 2% SDS, 100 мМ ДТТ, 5% глицерин, 0.005% бромового синь. Антитела к альфа 5 части протеасомы инкубировали в соотношении 1:1000. Статистическую обработку проводили с помощью программы SPSS 21.0

Результаты и обсуждение

Результаты показывают, что активность протеасомы в коре снижается соответственно 55% и 63.5% процентам на сороковой и шестидесятый день эксперимента, так-как в гипоталамусе снижается соответственно 28%, 32% и 36% на пятнадцатый, сороковой и шестидесятый день эксперимента (p<0,02). С другой точки зрения активность в гипоталамусе снижается соответственно 54% процентам (p<0,01). Снижение активности в голубом пятне соответствует 31%, 44% 61% и 58% процентам (p<0.001). Активность протеасомы в миндалине снижается 43% и 51% на сороковой и шестидесятый день что свидетельствует об активации компенсаторных систем при долговременном течении заболевания.

Выводы

Результаты свидетельствуют о возможном применении лекарств, которые стимулируют элиминацию глиотических формирований в различных отделах головного мозга, которые вовлечены в развития патологического процесса. Депрессия и шизофрения могут быть обусловлены в том числе и микроагрегатами белков. Поражение гиппокампа приводит к деменции у пациентов с психическими расстройствами.

Список литературы.

1. Pries L.K / DNA methylation and schizophrenia// *Neurochemistry International*-2017-No10 –p. 211-236
2. Maria D. Krista W./Dysfunction of the ubiquitin proteasome and ubiquitin like systems in schizophrenia// *Neuropsychopharmacology*-2013-No10 –p. 1910-1920
3. Fineberg A.M, Ellman L.M / Inflammatory cytokines and neurological and neurocognitive alterations in course of schizophrenia // *Journal of Biological Psychiatry*-2013-No10 –p. 951-966
4. Taylor H.O, Taylor R.J / Social Isolation, Depression, and psychological distress among younger adults // *Journal of Aging Health*-2018-No2 –p. 229-246
5. Thyroid-hormone-dependent activation of the phosphoinositide 3-kinase/ Akt cascade requires Src and enhances neuronal survival process// *Journal of Biochemistry*, - 2009-No6, p-201-209.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ТРАНСКРИПЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ГИППОКАМПЕ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Оганнисян А.А., Аветисян Г.А., Овсян Г.А.

Научный руководитель: Овсян Г.А.

Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци

Физиологическая деятельность центральной нервной системы регулируется различными экзогенными и эндогенными факторами риска, которые модулируют процесс развития нейрокогнитивных заболеваний, в частности эпилепсии. Перинатальная гипоксия наряду с генетическими мутациями является важным фактором развития эпилепсии у детей. Головной мозг имеет наивысшую чувствительность к различным видам стрессоров, которые способствуют развитию эпилепсии у детей. Генетические полиморфизмы и хронические стрессоры ингибируют дифференциацию нейрональных стволовых клеток, которые вовлечены в репарации головного мозга в норме и при эпилепсии. Так как в детском мозге процессы идут по несколько иным путем, риск развития патологии резко увеличивается. Транскрипционные факторы, которые имеют про-инфламаторный фенотип работы, вовлечены в патофизиологическом процессе развития болезни у детей. Стимулируя активность ядерного транскрипционного фактора каппа-В, фактора АП-1, и транскрипционного фактора активированных Т клеток в нейронах, микроглиальные клетки и астроциты способствуют прогрессу глутаматэргической эксайтотоксичности и гибели клеток. Так как интенсивность гибели клеток увеличивается, активируется фактор, который имеет протективную функцию и препятствует прогрессу лекарственной резистентности при лечении. Специфические мутации ухудшают клиническую картину эпилепсии у детей на фоне лечения. Целью настоящего исследования состояло выявление изменений специфических транскрипционных факторов в гиппокампе крыс при экспериментальной модели эпилепсии. МикроРНК являются эндогенными регуляторами митотического процесса. МикроРНК являются модуляторами экспрессии циклинов и специфических киназ, которые вовлечены в процесс дифференциации клеток. Так как эти факторы вовлечены в разных этапах развития заболевания и имеют ключевую роль, они могут быть мишенями специфических микроРНК, которые являются их эндогенными регуляторами.

Материал и методы

Эксперимент был проведен на 48 белых крыс ($n=12$), которые весили 200-220 г. Крысы содержались в стандартных условиях вивария до эксперимента и имели свободный доступ к еде и воде. Эпилептические припадки были моделированы путем интраперитонеальной инъекции 85 мг/кг пентилентетразола. Все процедуры, включая декапитацию животных были проведены после интраперитонеальной инъекции 40 мг/кг нембутала для анестезии. После декапитации извлекали гиппокамп, гомогенизировали в 50 мМ Трис –HCl содержащей буфере pH=7,5 4 0C. Буфер содержал 0,05 % Triton X-100, 1мМ ЭДТА, 1мМ ДТТ и ингибиторы протеаз. Центрифугирование проводили при интенсивности 6000 g 60 мин 40C. Активность транскрипционных факторов определяли с помощью метода ELISA (Sigma).

Результаты и обсуждение

Эксперимент показывает, что активность ядерного транскрипционного фактора каппа-В увеличивается на 34% на седьмой день, так как на сороковой и шестидесятый день активность увеличивается соответственно 52% и 50% ($p<0,01$). Активность фактора АП-1 увеличивается 67% в шестидесятый день ($p<0,02$), что свидетельствует о глубоких нарушениях при декомпенсации и развития резистентности к терапии. Активность ядерного транскрипционного фактора активированных Т клеток увеличивается 37.5% и 58% на сороковой и шестидесятый день эксперимента ($p<0,001$). С другой точки зрения увеличение активности анти-апоптотического белка сурвивина 48%, 54% и 62% ($p<0,02$), свидетельствует об активации защитных механизмов клеток.

Заключение

Результаты свидетельствуют о глубоких нарушениях в системе сигнальной трансдукции клеток, что способствует развитию резистентности к лекарственной терапии. Активация специфических транскрипционных факторов стимулирует синтез ряд интерлейкинов, в частности ИЛ-16/2/6, ФНО-альфа, которые являются мощными индукторами глутаматэргической эксайтотоксичности и гибели клеток при эпилепсии. Белки подсемейством сурвивин играют важную роль в стабильности функции нейронов и нейрональных стволовых клеток при норме и патологии.

Список литературы.

1. Leonard A.S / Seizure predisposition after perinatal hypoxia : effects of subsequent age and of an epilepsy predisposing gene mutation// Epilepsy-2013-No10 –p. 1789-1900
2. Chen M. /Neural progenitor cells in cerebral cortex of epilepsy patients do not originate from astrocytes expressing GLAST//Cereb. Cortex-2017- No12 –p. 5672-5682
3. Thodeson D.M. /Neural stem cells and epilepsy: functional roles and disease-in-a dish models//Cell Tissue Res.-2018-No1 –p. 47-54
4. Vezzani A. /The role of inflammation in epilepsy //Nature Review Neurology-2012-No1-p.31-40
5. Chang H.//New mechanism for glutamate hypothesis in epilepsy//Front Cell Neurosci-2013-No7-p.127-129
6. Tang F. /Drug-resistant epilepsy : Multiple hypotheses,few answers//Front. Neurol-2017-No8-p. 301
7. Jimenez-Mateos E.M. /Silencing microRNA-134 produces neurprotective and prolonged seizure-suppressive effects //Nat. Med.-2012-No7-p1087-1094

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ НЕЙРОТРОФИНОВ В ЛЕГКИХ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ВВЕДЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЛИПОПОЛИСАХАРИДА

Саргсян С. Г., Оганнисян А.А.

Научный руководитель: Саргсян С.Г.

"АРАБКИР" Медицинский комплекс-институт здоровья детей и подростков

Иммунная система является ключевым регулятором гомеостаза в организме. Продуцируя цитокины, клетки иммунной системы влияют на физиологические процессы организма. Иммунная система имеет особенности работы у детей. Стволовые клетки костного мозга чувствительны к различным стрессорам, что по-разному влияет на процесс дифференциации иммунных клеток. Воздействие бактериального липополисахарида приводит к активации про-инфламаторных транскрипционных факторов, которые нарушают процесс дифференциации. Стволовые клетки костного мозга являются предшественниками специфических Т регуляторных клеток, которые несут FOXP3+ маркер. Напротив дифференциация CD14+ моноцитов является одним из механизмов инициации аутоагрессии в тканях. Субпопуляция этих клеток являются главными протекторами организма в различных органах против аутоагрессии. Связывание бактериальных беков с TOLL рецепторами приводит к инициации аутоагрессивных процессов в легких. Альвеолярные макрофаги являются главными индукторами клеточной гибели при дистресс синдроме у новорожденных. В процессе вовлечены матриксные металлопротеиназы, которые стимулируют катаболизм белков сурфактанта. Известно, что специфические белки функционируют в головном мозге как нейротрофические факторы, в частности фактор роста нервов, нейротрофический фактор головного мозга, глиальный нейротрофический фактор, фактор роста стволовых клеток, которые работают как цитокины в периферических тканях. Нейротрофические факторы имеют антагонистическое воздействие на эффектов проинфламаторных цитокинов. Нейротрофические факторы стимулируют экспрессию эмбриональных белков CD47, VISTA, PD/PD-L1/2, которые ингибируют аутоагрессию против алвеоцитов. Секреция больших доз про-инфламаторных цитокинов приводит к развитию легочной недостаточности, что и стимулирует дальнейшей прогрессии патологического процесса.

Материал и методы

Эксперимент был проведён на 48 белых крысах (n=12), которые весили 200-220 г. Крысы содержались в стандартных условиях вивария до эксперимента и имели свободный доступ к еде и воде. Все процедуры, включая декапитацию животных были проведены после интраперитонеальной инъекции 40 мг/кг нембутала для анестезии. После декапитации извлекали легкие, гомогенизировали в 50 мМ Трис –HCl содержащей буфере pH=7,5 4 0C. Буфер содержал 0,05 % Triton X-100, 1мМ ЭДТА, 1мМ ДТТ и ингибиторы протеаз. Центрифугирование проводили при интенсивности 6000 g 60 мин 40C. Активность нейротрофических факторов определяли с помощью метода ELISA (Sigma). Статистическую обработку результатов проводили программой SPSS 21.0

Результаты и обсуждение

Эксперимент показывает, что концентрация фактора роста нервов снижается соответственно на 25% , 36,8% и 42% процентам на седьмой, пятнадцатый и сороковой дни эксперимента($p<0.02$). Напротив , концентрация мозгового нейротрофического фактора повышается на сороковой день 46% ($p<0.001$). Концентрация глиального нейротрофического фактора повышается соответственно 31% ,45.3% и 49.5% процентам в течение эксперимента($p<0.01$). Концентрация фактора стволовых клеток снижается соответственно 42% в сороковой день($p<0.03$). Компенсаторные механизмы активируют синтез подтипов нейротрофических факторов , которые являются положительными модуляторами дифференциации регуляторных Т клеток.

Выводы

Так-как нейротрофические факторы являются цитокинами в периферических тканях и стимулируют дифференциацию альвеолярных макрофагов, они потенциальные фармакологические мишени для регуляции патологического процесса. Так как фактор роста стволовых клеток имеет важную роль в регуляции секреции цитокинов и дифференциации алвеоцитов, снижение его синтеза повышает риск массовой клеточной гибели . Повышая его синтез с помощью эндогенных модуляторов предоставляет возможность тормозить патологический процесс. С другой точки зрения , повышение глиального нейротрофического фактора и мозгового нейротрофического фактора имеет положительное влияние на клеточный и тканевый гомеостаз . Снижение фактора роста нервов имеет положительный эффект так-как снижается путь гибели клеток и нарушение тканевого гомеостаза.

Список литературы

1. Cecconi M , Evans L, Levy M Rhodes A /Sepsis and septic shock// Lancet-2018-No18 –p. 75-87
2. Kuhlhorn F./FOXP3+ regulatory T cells are required for recovery from severe sepsis//Lancet-2013- No5 –p. 65-71
3. Tatura R , Zeschnigk M , Hansen W, Steinmann J, Vidigal G, Hutzler M /Relevance of FOXP3+ regulatory T cells for early and late phases of murine sepsis//Immunology-2015- No1 –p. 144-156
4. Fan W, Liu C , Huang C , Huang S , Yang Y/TLR4/CD14 Variants-Related serologic and immunologic dysregulations predict severe sepsis in febrile de-compensated cirrhotic patients//Journal of Immunology Research -2016- No11 –p. 58-64
5. Thomas R , Didier P /Immune cell phenotype and function in sepsis//Shock-2017- No3–p. 282-291
6. Zeng Ni, Xu J/ Brain-derived neurotrophic factor attenuates septic myocardial dysfunction via eNOS/NO pathway in rats// Oxidative medicine and cellular longevity-2017- No5–p. 434-448
7. Sushma K , Cribbs M, Michael A, Matthay M , Greg S /Stem cells in sepsis and acute lung injury//Critical care medicine-2013- No12–p. 2379-2385

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ МОНОЦИТАРНЫМИ ДЕНДРИТНЫМИ КЛЕТКАМИ

Собещук М. А.

Научный руководитель: Антонова Н. А.

Белорусский государственный медицинский университет

Одним из новых подходов к терапии инфекционных заболеваний можно рассматривать использование аутологичных дендритных клеток. Их роль состоит в поглощении чужеродного антигена, его процессинге и представлении Т-лимфоцитам, что ведет к формированию иммунного ответа на патоген. В настоящее время имеются данные о прямом цитотоксическом действии микобактерий на антигенпредставляющие клетки, в том числе на моноцитарные дендритные клетки, что сопровождается снижением экспрессии молекул CD1a, CD25, CD83, CD40 и ГКС II класса, нарушением процессов дифференцировки моноцитов в дендритные клетки. Доказано, что дефицит или дисфункция дендритных клеток будут иметь клинические последствия в инфекции, развитие аутоиммунных заболеваний и прогрессировании злокачественных процессов. Поэтому разработка методики иммунотерапии с использованием моноцитарных дендритных клеток является перспективным направлением в лечении туберкулеза (1,2).

Целью исследования было оценить возможности иммунотерапии мультирезистентного туберкулеза с использованием моноцитарных дендритных клеток с учетом отдаленных результатов.

Задачей было определить эффективность терапии мДК у впервые выявленных и ранее леченных пациентов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии», включенных в клинические испытания метода лечения мультирезистентного туберкулеза с использованием моноцитарных дендритных клеток в 2010 г., а также данные о наличии повторных госпитализаций пациентов исследуемой группы во фтизиатрические отделения до 2017 года включительно. Этот метод лечения был применен у 13 мужчин и 1 женщины в возрасте 23–52 года. Среди пациентов с впервые выявленным мультирезистентным туберкулезом легких было 5 человек, с рецидивом заболевания – 6 пациентов и 3 пациента с хроническим течением туберкулеза. Инфильтративный был у 11 человек (1 пациент имел прогрессирующее течение с развитием казеозной пневмонии на момент включения в исследование), фиброзно-кавернозный туберкулез – у 3 человек. Введение культуры мДК проводилось трёхкратно с интервалом в 2-3 недели. Результаты оценивались в регламентированные сроки (от начала иммунотерапии до выписки пациента из стационара). Нами проведен анализ промежуточных и отдаленных результатов.

Результаты и их обсуждение. Нами более подробно была рассмотрена динамика процесса внутри опытной группы с учётом кратковременных и отдалённых результатов (по наличию повторных госпитализаций за период 2010-2017 гг.). Положительные результаты иммунотерапии мульти-резистентного туберкулеза с применением моноцитарных дендритных клеток выражались в стойком абациллировании пациентов с впервые выявленным туберкулезом в случае отсутствия остро прогрессирующих форм и тяжелой сопутствующей патологии. Повторные госпитализации были у пациента с казеозной пневмонией (результат – абациллирование 1 месяц) и у пациента с присоединившейся ВИЧ-инфекцией (положительный эффект – абациллирование 1 месяц).

У пациентов с хроническими формами туберкулеза, которые до включения в исследования длительный период являлись бактериовыделителями (месяцы, годы), также отмечались периоды абациллирования продолжительностью 1-3 месяца, но в дальнейшем бактериовыделение возобновлялось. Интересным с нашей точки зрения кажется опыт применения иммунотерапии у пациента Р., 1975 г.р., с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез, который проходил постоянные курсы химиотерапии по поводу лекарственно-устойчивого туберкулеза. За время лечения не удалось добиться абациллирования даже методом прямой бактериоскопии мокроты. Лечение далее продолжено амбулаторно, сохранялось бак-териовыделение. При бактериоскопическом исследовании мокроты постоянно выявлялись кислотоустойчивые бактерии с момента госпитализации до включения в клинические испытания в марте 2010 г. В период проведения курса иммунотерапии и месяц после завершения зарегистрирована конверсия мокроты, после чего бактериовыделение возобновилось. Таким образом, анализируя динамику можно отметить, что у пациента с распространенным деструктивным процессом в легких с постоянным бактериовыделением за период с 14.10.2009 г. по 04.05.2011 г. отмечался только один промежуток времени, когда не выявлялись кислотоустойчивые бактерии при микроскопии мокроты – это март-май 2010 года, что соответствует продолжительности курса иммунотерапии и еще месяц после завершения курса, одновременно других изменений в схеме лечения не было.

По результатам анализа иммунограмм негативной активации иммунитета не наблюдалось ни в группе с впервые выявленным туберкулезом, ни в группе пациентов с рецидивами и длительно текущими процессами.

Исходя из того, что продолжительность эффекта при хронических формах туберкулеза соответствует периоду жизни клеток, а негативная активация иммунитета в процессе терапии не прослеживается, можно говорить о перспективе разработки длительных курсов иммунотерапии для данной группы пациентов.

Выводы: Иммунотерапия мультирезистентного туберкулеза с использованием моноцитарных дендритных клеток является эффективным методом лечения туберкулеза. Пациентам с впервые выявленными формами туберкулеза достаточного одного курса иммунотерапии. Для лечения распространенных хронических форм туберкулеза перспективным направлением является разработка длительных курсов иммунотерапии мДК.

Список литературы:

1. Иммунофизиологическая и клиническая эффективность иммунотерапии пациентов с мультирезистентным туберкулезом легких нановакциной на основе аутологичных моноцитарных дендритных клеток. / Л.П. Титов и др. // Здоровоохранение. – 2012. – №1. – С.53-60
2. Метод иммунотерапии пациентов с мультирезистентным туберкулезом аутологичными моноцитарными дендритными клетками: Инструкция по применению / Л.П. Титов, А.Е. Гончаров, Е.М. Скрыгина и др. – Минск, 2010

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА СТРУКТУРНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ЭПИТЕЛИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Степанян Т.О., Сайнароева М.М.

Научный руководитель: доцент Пискарева Е.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

В течение длительного времени курение считалось полезным, многие врачи использовали табак в качестве лекарства, выписывали его больным. Однако с течением времени врачи обнаружили, что табак на самом деле является отравой: никотин, содержащийся в сигаретах и вызывает пристрастие к табаку является одним из самых опасных растительных ядов. Для человека смертельная доза никотина составляет от 50 до 100 мг, или 2-3 капли, - именно такая доза и поступает в кровь после выкуривания 20 -25 сигарет. Однако человек не погибает сразу после выкуривания такого количества сигарет, так как не вся доза сразу поступает в организм курильщика, но в течение 30 лет он выкуривает огромное количество сигарет, вследствие чего в его организм поступает около 800 г никотина, каждая пылинка которого наносит непоправимый вред здоровью.

Цель исследования. Изучить влияние токсических компонентов, в частности никотина, на эпителиальные клетки воздухоносных путей человека, а также выяснить роль курения в повышении заболеваемости людей смертельно опасными болезнями.

Материалы и методы. Изучение научных данных русскоязычных и иностранных источников литературы, научных фильмов.

Результат и обсуждение. В современном обществе вопрос, связанный с курением, занимает важное место как в судьбе курящего, так и в судьбе окружающих его людей. Как отмечают исследователи, в 90% случаев рак легких обусловлен именно этой вредной привычкой. При курении в организм поступает большое количество токсических веществ, одним из которых является никотин. Влияние никотина на организм человека резко отрицательное: главным образом поражаются органы дыхания. Поражение дыхательных путей приводит к воспалениям зева, носоглотки, трахеи, бронхов, альвеолярных пузырьков. Происходит постоянное раздражение слизистых оболочек, следствием чего может стать развитие бронхиальной астмы. Зачастую наблюдается постоянный кашель, который возникает в результате хронического воспаления дыхательных путей и хронического бронхита. На первых стадиях развития таких болезней как ХОБЛ, эмфизема и в общем при курении в первую очередь поражаются клетки мерцательного эпителия: происходит нарушение движения ресничек или же полная его остановка. За этим следует понижение количества клеток мерцательного эпителия и увеличение числа бокаловидных клеток, происходит метаплазия эпителия (Метаплазия – это патологический процесс преобразования одного типа тканей в другой, отличающийся функционально и морфологически.) , увеличение вязкости бронхиального секрета и его адгезия (прилипание к клеткам), что еще более затрудняет движение ресничек. Возникает мукостаз (застой мокроты в бронхах), который является следствием нарушения мукоциллиарного транспорта в бронхах, блокируются мелкие воздухоносные пути. Это приводит к тому, что в дыхательных путях хуже происходит задержка и удаление патогенных веществ, что благотворно влияет на развитие пагубных микроорганизмов. Табачный дым и токсические газы также раздражают ирритативные рецепторы блуждающего нерва в эпителии бронхов, вслед за чем происходит активация холинергических механизмов вегетативной нервной системы, реализующихся бронхоспастическими реакциями.

Закключение. Согласно данным ООН ежегодно в мире от табака умирают 3 млн человек, т. е. от курения погибает один человек через каждые 13 секунд. Пагубно влияя на организм человека,

никотин приводит к развитию рака легких, гортани, полости рта и поджелудочной железы, развитию сердечных приступов, инфарктов, хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), эмфиземы и т.д. Изучение механизмов возникновения данных болезней играет важную роль, которая с каждым годом все возрастает в связи с распространением среди людей привычки к курению

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ИЛИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА

Судакова С.Е.

**Научный руководитель: проф. Походенько-Чудакова И. О.
Белорусский государственный медицинский университет**

Существующая вероятность столкнуться в ходе операции с осложнениями, вызванными общесоматической патологией у пациентки, что заставляет уделять повышенное внимание сбору анамнеза. Из проведенных ранее исследований, было выяснено, что наличие у женщины более трех заболеваний, влияющих на показатели системы свертывания крови (включая наличие таких физиологических состояний, как менструация или беременность, а также прием пациенткой эстрогенсодержащих оральных контрацептивов), является показателем для направления ее на проведение коагулограммы [2]. Однако в повседневной практике, при подготовке к проведению хирургических вмешательств подобные исследования назначают только в единичных ситуациях, даже если пациентка имеет для этого показания [2].

Целью исследования являлся анализ основных показателей коагулограмм пациенток, имеющих заболевания, физиологические состояния или принимающие лекарственные средства, влияющих на систему гемостаза, и обоснование важности данного лабораторного обследования на этапе планирования хирургического лечения.

Материал и методы. Был проведен осмотр 100 пациенток, проходивших лечение у стоматолога-хирурга. Проанализированы коагулограммы 40 пациенток в возрасте от 25 до 72 лет, имевших заболевания, влияющие на систему гемостаза. Из них 20 женщин имели болезни, связанные с необходимостью приема лекарственного средства «Варфарин», 20 – нарушения гемостаза, обусловленные дефицитом витамина К-зависимых факторов свертывания крови. Так же было проанализировано 20 коагулограмм пациенток 19-35 лет, наблюдающихся у врача-гинеколога в связи с беременностью. В процессе исследования оценивали изменение лабораторных показателей функционирования системы гемостаза (международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), уровень фибриногена, уровень протромбина по Квику, наличие в крови волчаночного антикоагулянта).

С учетом того, что, согласно проведенным исследованиям прием эстрогенсодержащих оральных контрацептивов вызывает повышение свертываемости крови [4], в то время как гормональные изменения, происходящие в первой фазе менструального цикла, наоборот способствуют гипокоагуляции [1], были детально проанализированы 40 коагулограмм пациенток в возрасте 21-45 лет, находящихся в первой фазе менструального цикла и осуществлявших прием эстрогенсодержащих оральных контрацептивов более чем на протяжении года.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. Анализ показателей функционирования системы гемостаза группы пациенток, принимавших «Варфарин», демонстрировал среднее значение МНО равное 2,16, что на 66,2% больше верхней границы нормы (1,3), среднее АЧТВ составляло 50,1 сек. что на 46,9% больше нормы (34,1 сек.), средний уровень фибриногена в плазме крови равнялся 2,57 г/л, был в пределах нормы (2-4 г/л), среднее значение протромбина по Квику равнялось 43%, что на 32% меньше нормы. Волчаночный антикоагулянт отсутствовал.

Средние показатели свертываемости крови в группе пациенток с дефицитом витамин К-зависимых факторов свертывания крови были следующими: среднее АЧТВ равнялось 42,9 сек., что на 25,8% выше нормы. Относительно уровня фибриногена отмечалась небольшая гипофибриногенемия 1,9 г/л, при нижней границе нормы 2 г/л. Среднее значение протромбина по

Квику было несколько ниже нормы 73,4%. Однако данные результат не обнаруживал достоверных различий. Оценка показателя МНО у пациентов с заболеваниями печени не проводилась, в связи с существенными внутри- и межлабораторными отличиями данного показателя, даже при определении его у одного и того же пациента [3]. Волчаночный антикоагулянт в крови выявлен не был.

Анализ коагулограмм беременных пациенток позволил констатировать следующие результаты. Значения МНО и протромбина по Квику находились в пределах нормы. Средний показатель АЧТВ равнялся 19,1 сек., что свидетельствовало о более быстрой свертываемости крови, чем у женщин без беременности. Уровень фибриногена в плазме крови в группе беременных был повышен (4,7 г/л), что также свидетельствовало о более высокой способности крови к свертыванию. Волчаночный антикоагулянт отсутствовал.

При анализе коагулограмм группы пациенток, находившихся на момент исследования в первой фазе менструального цикла и осуществлявших прием эстрогенсодержащих оральных контрацептивов более, чем на протяжении года, выяснилось следующее: показатели АЧТВ (32,8 сек.), МНО (0,93), уровня фибриногена в плазме крови (2,7 г/л) и значение протромбина по Квику (98,8%) находились в пределах нормы, что свидетельствовало об отсутствии нарушений системы гемостаза у данной группы пациенток.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высоком риске развития осложнений во время и после операции в первых трех исследуемых группах женщин, что доказывает необходимость проведения развернутой коагулограммы на этапе сбора анамнеза и целесообразность дифференцированного подхода к разработке прогностических тестов осложнений и проведения профилактических мероприятий.

Список литературы.

1. Морфология человека: учебник / С. Л. Кабак, А. А. Артишевский. - Минск: Выш. шк., 2009. - С. 485-486.
2. Судакова, С. Е. Оценка значимости патологических процессов, в зависимости от числа и степени тяжести, приводящих к нарушению системы гемостаза у женщин / С. Е. Судакова, И. О. Походенько-Чудакова // Перспективы развития науки в современном мире: сб. статей по материалам III междунар. науч.-прак. конф. (14 декабря 2017 г., г. Санкт-Петербург). – В 5 ч. – Ч. 2. – Уфа: Изд.-во: Дендра, 2017. –С. 120-124.
3. Assessment of the validity of the INR system for patients with liver impairment. / M. J. Kovacs [et al.] // Thromb. Haemost. - 1994. -Vol. 71. - P. 727-730.
4. Oral versus vaginal combined hormonal contraceptives' effect on coagulation and inflammatory biomarkers among young adult women / A. A. Divani [et al.] // Clin. and applied thrombosis-hemostasis. - 2015. - Vol. 18, № 5. - P. 487-494.

ФУНКЦИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ МАКРОФАГОВ И ИХ СВЯЗЬ С КЕРАТИНОЦИТАМИ

Суровикина Е.О., Ширяева М.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Пискарева Е.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Клетки Лангерганса впервые были описаны в 1868 году известным немецким гистологом Паулем Лангергансом, считавшим эти клетки элементами нервной ткани. В настоящее время доказано, что эти клетки имеют костномозговое (моноцитарное) происхождение и являются разновидностью макрофагов.

Цель работы: рассмотреть функции эпидермальных макрофагов и их связь с кератиноцитами.

Задачи работы:

1. Изучить строение и локализацию эпидермальных макрофагов.
2. Охарактеризовать основные функции клеток Лангерганса.
3. Выявить их связь с кератиноцитами.

Общая характеристика клеток Лангерганса

Клетки Лангерганса, составляющие от 2 до 8% клеток эпидермиса, имеют неправильную форму, многолопастное ядро. Содержат митохондрии, лизосомы, умеренно развитые цистерны ЭПС, промежуточные филаменты, липидные включения и особые мембранные гранулы Бирбека – палочковидные структуры в форме теннисной ракетки, содержащие лангерген, блокирующий активность вирусов.

Тела клеток Лангерганса располагаются в базальном и шиповатом слоях эпидермиса и не образуют с кератиноцитами межклеточных контактов. Предшественники клеток Лангерганса, происходящие из стволовой клетки крови, мигрируют в эпидермис, где созревают под действием цитокинов, выделяемых кератиноцитами, и приобретают специфические маркеры [1].

Система мононуклеарных фагоцитов

Клетки Лангерганса являются внутриэпидермальными макрофагами. Наряду со сходными признаками, характерными для типичных макрофагов (наличие активности неспецифической эстеразы и кислой фосфатазы, способность к активной миграции и секреции интерлейкина-1), они имеют ряд существенных отличий:

1. Обладают меньшей фагоцитарной активностью.
2. Не могут поглощать целые клетки или их фрагменты, фагоцитируют растворимые и мелкозернистые вещества.
3. Несут на своей поверхности отличный от макрофагов антигенный набор.
4. В 50 раз сильнее экспрессируют на своей поверхности антигены.
5. Имеют некоторые маркеры, присущие Т-лимфоцитам.
6. Содержат белок S-100, характерный для нервной ткани и отсутствующий у макрофагов.

Функции клеток Лангерганса

1. Иницируют иммунные реакции, осуществляя захват антигенов, их процессинг и презентацию лимфоцитам [2, 3, 5].

2. Являются своеобразными контролерами кинетики кератиноцитов, так как регулируют их пролиферацию. При заболеваниях, связанных с нарушением кератинизации, количество клеток Лангерганса снижается.

3. Участвуют в образовании эпидермальных пролиферативных единиц (ЭПЕ). Одна ЭПЕ представляет собой столбик, состоящий примерно из 10 базальных, 20 шиповатых, 3-4 зернистых и 5-7 роговых клеток [6]. ЭПЕ занимает всю толщу эпителия. Образована одной клеткой Лангерганса, расположенной в центре, и окружающими ее кератиноцитами (20 клеток – в тонкой и 50 – в толстой коже). Подсчитано, что у человека в тонкой коже на площади 1 мм² обнаруживают от 200 до 700 клеток Лангерганса, а в толстой – всего 50-60. При повреждении клеток Лангерганса столбчатая организация эпидермиса нарушается, что ведет к утолщению пласта.

4. При помощи липолитических ферментов лизосом они расщепляют цементирующее вещество, способствуя слущиванию роговых чешуек с поверхности эпидермиса.

5. Выработка факторов роста и различных сигнальных молекул, под влиянием которых иницируется сосудистая реакция, замедляется ток крови в близлежащих сосудах микроциркулярного русла, повышается проницаемость сосудистой стенки, что создает условия выхода клеток крови в очаг воспаления.

6. Обладают выраженной способностью к фагоцитозу. Клетка способна выполнять свои функции только при наличии на ее поверхности специфических молекул, обеспечивающих дополнительный сигнал, без которого невозможна активация иммунного ответа. Экспрессия таких молекул происходит после миграции клеток Лангерганса в региональный лимфатический узел. При этом они меняют свой фенотип и свойства, которые выражаются в понижении способности клеток к фагоцитозу и процессингу антигена [4].

7. Играют немаловажную роль в защите против опухолей кожи. Полагают, что возникновение рака кожи под действием ультрафиолетовых лучей связано со способностью УФ-лучей нарушать экспрессию клеток Лангерганса.

Заключение

Клеткам Лангерганса присуща не только защитная функция (формирование и поддержание иммунитета организма), но и эндокринная (секреция множества требуемых для жизнедеятельности эпидермиса веществ).

Дальнейшие исследования, направленные на более глубокое изучение гистофизиологии клеток Лангерганса, являются одними из наиболее актуальных вопросов современной медицины.

Список литературы.

1. Белова, О. В. Роль цитокинов в иммунологической функции кожи / О. В. Белова, В.Я. Арион, В.И. Сергиенко //Иммунопатология, аллергология и инфектология. – 2008. – №1. –С. 41–55.
- 2.Боровик, Т. Э. Кожа как орган иммунной системы /Т.Э. Боровик, С.Г. Макарова, С.М. Дарчия, А.В. Гамалева, С.Г. Грибакин // Педиатрия.– 2010. – № 89(2). –С. 132.
3. Зими́на, И. В. Кожа как иммунный орган: клеточные элементы и цитокины. / И. В. Зими́на, Ю.М. Лопухин, В. Я. Арион//Иммунология. – 1994. – № 1. – С.8–13.
4. Кузнецов, С.Л. Современные представления о структуре и функциях эпидермиса / С.Л. Кузнецов, В.Л. Горячкина, Д.А. Цомартова, В.А. Заборова, О.А. Луцевич//Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – № 2. — С. 26–32.
5. Скрипкин, Ю.К. Кожа – орган иммунной системы / Ю.К.Скрипкин, Е.М. Лезвинская//Вестник дерматологии и венерологии. – 1989. – № 10. – С.8–14.
6. Суханов, А.Ф.Роль внутриэпидермальных макрофагов (клеток Лангерганса) в структурно-функциональной организации эпидермиса /А.Ф. Суханов, О.Д. Меделец//Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. –1988. – № 4. – С. 81.

ЗНАЧЕНИЕ МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ 1 ТИПА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Таскина Е.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Харинцева С.В.

Читинская государственная медицинская академия

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) является хроническим аутоиммунным заболеванием, характеризующимся воспалением мягких ретробульбарных тканей на фоне дисфункции щитовидной железы. Заболевание проходит в своем развитии последовательные стадии от отека и инфильтрации мягких тканей орбиты до развития фиброза [1, 3]. Важную роль в развитии лейкоцитарной инфильтрации тканей и запуску иммунных реакций отводят дисфункции эндотелия сосудов [4]. Молекула адгезии сосудистого эндотелия 1 типа (VCAM-1 - Vascular cell adhesion molecule 1 или CD106) представляет собой трансмембранный гликопротеин, член суперсемейства иммуноглобулинов, который вовлекается в лейкоцитарно-эндотелиальное взаимодействие при ряде онкологических, аутоиммунных, инфекционно-воспалительных и дисгормональных заболеваний [2, 6]. В настоящее время патогенетическая роль VCAM-1 при ЭОП представляет научный интерес. Целью исследования было изучение значения VCAM-1 в патогенезе ЭОП.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 47 человек (18 мужчин и 29 женщин) в возрасте 43 [35; 50] лет. Сформированы 2 группы исследования: 32 пациента с ЭОП средней степени тяжести (клиническая группа) и 15 здоровых лиц (контрольная группа). Клиническая группа была разделена на 2 подгруппы: 15 пациентов с активной фазой ЭОП (до и после курса пульс-терапии глюкокортикостероидами) и 17 пациентов с неактивной ЭОП в стадии фиброза глазодвигательных мышц и/или ретробульбарной клетчатки. Проводилось комплексное офтальмологическое обследование и забор крови на определение концентрации VCAM-1 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Выборки проверялись на нормальность методом Шапиро-Уилка и сравнивались при помощи критериев Манна-Уитни и Вилкоксона в программе «Statistica 10». Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Референсное содержание VCAM-1 в сыворотке крови у лиц контрольной группы составило 172,45 [166,2; 193,15] пг/мл. У пациентов клинической группы уровень VCAM-1 был в 1,72 раза выше, чем в контроле ($p < 0,05$). Достоверных различий по содержанию VCAM-1 у пациентов с различными фазами активности не выявлено ($p > 0,05$). После проведения пульс-терапии глюкокортикостероидами уровень VCAM-1 достоверно не изменился ($p > 0,05$).

Полученные результаты исследования согласуются с данными других авторов. Nowak M. и соавторы определили концентрацию VCAM-1 у пациентов с ЭОП до и после лечения

глюкокортикостероидами и сравнили с контрольной группой. Оказалось, что даже после пульс-терапии концентрация VCAM-1 оставалась выше, чем в группе контроля [4].

Более того, Muller W.A. и соавторы выявили, что VCAM-1 обладает селективной лейкоцитарной адгезией, обеспечивая накопление мононуклеарных клеток в процессе смены острой фазы воспаления хронической [5].

Заключение. В ходе исследования выявлено повышение уровня VCAM-1 в сыворотке крови у пациентов с ЭОП независимо от фазы активности, что, возможно, способствует хронизации аутоиммунного воспаления в орбите.

Список литературы.

1. Дедов И.И. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению эндокринной офтальмопатии при аутоиммунной патологии щитовидной железы / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Н.Ю. Свириденко и др. // Проблемы эндокринологии. – 2015. – Т. 61. – №1. – С. 61–74. doi: 10.14341/probl201561161-74.
2. Ягода А.В. Молекулы адгезии: роль в прогнозировании течения цирроза печени / А.В. Ягода, П.В. Корой, Г.И. Гилязова и др. // Архивъ внутренней медицины. – 2014. – Т. 3. – № 17. – С. 28-31.
3. Bahn R.S. Current insights into the pathogenesis of Graves' ophthalmopathy. Horm. Metab. Res. – 2015. – Vol. 47. – № 10. – P. 773-778. doi: 10.1055/s-0035-1555762.
4. Muller W.A. Mechanisms of leukocyte transendothelial migration / W.A. Muller // Annu. Rev. Pathol. – 2011. – Vol. 14. – P. 323–344. doi:10.1146/annurev-pathol-011110-130224.
5. Nowak M. The blood concentration of intercellular adhesion molecule-1 (sICAM-1) and vascular cell adhesion molecule-1 (sVCAM-1) in patients with active thyroid-associated orbitopathy before and after methylprednisolone treatment / M. Nowak, T. Wielkoszyński, B. Kos-Kudła // Endokrynol. Pol. – 2007. – Vol. 58 – № 6. – P. 487-491.
6. Tseng Y.H. Soluble vascular cell adhesion molecular-1 is a potential biological indicator of hemophilic arthropathy / Y.H. Tseng, S.S. Chiou, Y.S. Zeng // Medicine (Baltimore). – 2016. – Vol. 95. – № 46. – P. 1-6. doi:10.1097/md.00000000000005384.

ТРОМБОЦИТАРНЫЙ ФАКТОР РОСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФАЗАХ АКТИВНОСТИ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Таскина Е.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Харинцева С.В.

Читинская государственная медицинская академия

Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – хроническое заболевание орбиты, которое характеризуется прогрессирующим иммуномедиаторным воспалением экстраокулярных мышц и ретробульбарной клетчатки [1]. Заболеваемость достигает 0,8-1,2 в популяции [1]. В патогенезе данной патологии ключевую роль отводят активированным орбитальным фибробластам, на поверхности которых синтезируется мутантный рецептор к тиреотропному гормону, воспринимаемый иммунной системой как аутоантиген [2, 3]. Тромбоцитарный фактор роста (Platelet-derived growth factor, PDGF) является мощным митогеном для клеток мезенхимального происхождения, включая орбитальные фибробласты [4]. ВВ изоформа тромбоцитарного фактора роста (PDGF-BB) обладает более сильными активирующими свойствами, стимулируя пролиферацию орбитальных фибробластов, продукцию цитокинов и компонентов соединительной ткани, а также синтез патологических антител к рецептору тиреотропного гормона [5]. В настоящее время значение PDGF-BB при ЭОП является актуальной для изучения. Целью исследования было изучение патогенетической роли PDGF-BB при различных фазах активности ЭОП.

Материал и методы.

Обследовано 47 человек (18 мужчин и 29 женщин) в возрасте 43 [35; 50] лет. Сформированы 2 группы исследования: 32 пациента с ЭОП средней степени тяжести (клиническая группа) и 15 здоровых лиц (контрольная группа). Все группы были сопоставимы по возрасту и полу. Клиническая группа была разделена на 2 подгруппы: 15 пациентов с активной фазой ЭОП (до и после курса пульс-терапии глюкокортикостероидами) и 17 пациентов с неактивной ЭОП в стадии

фиброза глазодвигательных мышц и/или ретробульбарной клетчатки. Диагноз был выставлен на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных. Проводилось комплексное офтальмологическое обследование и забор крови на определение концентрации PDGF-BB в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Активность ЭОП оценивали по шкале CAS (Clinical Activity Score) в баллах, выделяя неактивную ($CAS < 3$) и активную ($CAS \geq 3$) фазы заболевания. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе «Statistica 10». Вариационные ряды тестировали на нормальность при помощи критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Для проверки статистических гипотез использовали U-критерий Манна-Уитни и T-критерий Вилкоксона. Клинико-лабораторные показатели анализировали с использованием критерия хи-квадрат (χ^2) с поправкой Йетса. Вычисляли отношение шансов (ОШ) и относительный риск (ОР) развития активной формы ЭОП при повышении концентрации PDGF-BB в сыворотке крови. Для оценки характера и силы взаимосвязей между показателями рассчитывали коэффициент корреляции Спирмена. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения.

Выявлено достоверное повышение уровня PDGF-BB у пациентов с активной ЭОП в 2,3 раза по сравнению с контролем ($p < 0,05$). После проведения пульс-терапии глюкокортикостероидами отмечено снижение PDGF-BB на 68,5%, но значение данного показателя значительно превышало референсные границы контроля ($p < 0,05$). Достоверных различий по содержанию PDGF-BB у пациентов с неактивной ЭОП в стадии фиброза экстраокулярных мышц и/или ретробульбарной клетчатки и контрольной группой не выявлено ($p = 0,53$).

Выявлено наличие прямых сильных связей ($r = 0,71$) между содержанием PDGF-BB и активностью ЭОП в группах исследования ($p < 0,05$). Относительный риск развития активной ЭОП при концентрации $PDGF-BB \geq 1200$ пг/мл равен 14,64 (95% ДИ, 3,68-58,11). Отношение шансов развития активной фазы заболевания составило 20 (95% ДИ, 4,83-82,75).

Полученные в ходе работы результаты согласуются с данными других исследований [4, 5]. Более того, S. Virakul и соавтр. доказали, что глюкокортикостероиды стимулируют продукцию PDGF-BB макрофагами и увеличивают экспрессию к нему рецептора (PDGF-R α) фибробластами, что способствует фиброзированию мягких ретробульбарных тканей при ЭОП [5].

Выводы.

1. Уровень PDGF-BB напрямую коррелирует с активностью ЭОП, поэтому определение данного показателя в сыворотке крови может быть использован как дополнительный лабораторный диагностический критерий активной фазы ЭОП.

2. Концентрация PDGF-BB в сыворотке крови после пульс-терапии не снижается до референсных значений, что возможно способствует хронизации аутоиммунного воспаления с дальнейшим фиброзированием мягких ретробульбарных тканей в неактивную фазу ЭОП.

Список литературы.

1. Дедов И.И. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению эндокринной офтальмопатии при аутоиммунной патологии щитовидной железы / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Н.Ю. Свириденко и др. // Проблемы эндокринологии. – 2015. – Т. 61. – №1. – С. 61–74. doi: 10.14341/probl201561161-74.
2. Dik W.A. Current perspectives on the role of orbital fibroblasts in the pathogenesis of Graves' ophthalmopathy / W.A. Dik, S. Virakul, L. van Steensel // Exp. Eye. Res. – 2016. – Т. 142. – P. 83-91. doi: 10.1016/j.exer.2015.02.007.
3. Khong J.J. Pathogenesis of thyroid eye disease: review and update on molecular mechanisms / J.J. Khong, A.A. McNab, P.R. Ebeling et al. // Br. J. Ophthalmol. – 2016. – Т. 100. – V. 1. – P. 142-150. doi: 10.1159/000320435.
4. Lee J.Y. PDGF - BB Enhances the Proliferation of Cells in Human Orbital Fibroblasts by Suppressing PDCD4 Expression Via Up-Regulation of microRNA-21 / J.Y. Lee, M. Yun, J.S. Paik et al. // Invest. Ophthalmol. Vis Sci. – 2016. – Т. 57. – V. 3. – P. 908-913. doi: 10.1167/iovs.15-18157.
5. Virakul S. Platelet-derived growth factor: a key factor in the pathogenesis of graves' ophthalmopathy and potential target for treatment / S. Virakul, L. van Steensel, V.A. Dalm et al. // Eur Thyroid J. – 2014. – Т. 3. – V. 4. – P. 217-226. doi: 10.1159/000367968.

ЗНАЧЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПОДДЕРЖАНИИ ОПТИМАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Тебякина Ю.В., Ясинская Е.В.

Научный руководитель: Андросова Д.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Рассмотрение вопроса о состоянии здоровья студенческой молодежи особенно актуализируется при анализе функционирования организма относительно напряженных условий обучения в вузе. Большая информационная нагрузка, недостаток сна и полноценного питания на фоне психоэмоционального напряжения приводят к изменениям морфологических параметров здоровья и интенсификации в работе регуляторных систем организма (1,2,3). Системное рассмотрение показателей физического здоровья и степени напряжения в работе основных функций организма со стороны симпатического и парасимпатического звеньев позволяет наиболее полно судить об уровне функционирования студенческого организма при обучении в медицинском вузе.

Исходя из вышесказанного, нами проведено изучение вегетативного обеспечения организма студентов медицинского вуза в поддержании оптимального здоровья.

В соответствии с поставленной целью обследованы студентки 2 курса лечебного (ЛФ), педиатрического (ПФ), стоматологического (СФ) факультетов СтГМУ. Для изучения вегетативного обеспечения функций организма девушек использовали программно-аппаратный комплекс «Варикард 2.5». В процессе исследования рассмотрены основные характеристики статистического анализа вариабельности сердечного ритма (BCP) – частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), квадратный корень суммы разностей последовательного ряда кардиоинтервалов (RMSSD, мс), среднее квадратичное отклонение (SDNN, мс), а также показатель активности регуляторных систем (ПАРС, усл. ед.). Для исследования физического здоровья девушек проводили анализ роста (Р, см), массы тела (М, кг) и окружности грудной клетки (ОГК, см), весо-ростового индекса Пинье (ИП). Полученный материал обработан с использованием статистического анализа в программе Microsoft Excel. Степень достоверности различий изучаемых показателей определялась по критерию t-Стьюдента, уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

Динамика ЧСС у девушек трех факультетов иллюстрирует низкие ее показатели у студенток СФ (70,7) и самые высокие у девушек ЛФ (78,7), что свидетельствует о преобладании парасимпатических влияний в вегетативной регуляции сердечного ритма у студенток СФ и интенсификации симпатических влияний у студенток ЛФ. Характеристики статистического анализа BCP RMSSD и SDNN характеризуют работу симпатического и парасимпатического звена регуляции ритма сердца. Исходя из анализа RMSSD, выявили самое высокое его значение у студенток СФ (63,3) и самое низкое – у студенток ЛФ (47,3). Динамика SDNN характеризует минимальные значения у девушек ЛФ (54,2), а максимальные – у студенток СФ (63,6). Данный факт может свидетельствовать о напряжении регуляторных систем у студенток ЛФ в сравнении с девушками СФ. Немаловажным для исследования вегетативного статуса девушек при обучении в вузе является изучение ПАРС, который у студенток всех факультетов характеризует состояние умеренного напряжения регуляторных систем, когда для адаптации к условиям окружающей среды организму требуются дополнительные функциональные резервы (ЛФ – 4,0; ПФ – 3,9; СФ – 3,8). Рассмотренные морфологические особенности студенток свидетельствуют о самых высоких показателях Р, М, ОГК у девушек ПФ, тогда как минимальные значения по трем параметрам у девушек СФ. Получены минимальные значения ИП у студенток ПФ (16,2), что позволяет предположить склонность к гиперстении в сравнении с девушками других факультетов. Студентки СФ демонстрируют максимальные значения изучаемого показателя (22,2), характеризуя приближенность морфологических характеристик организма к астении.

Таким образом, проведенное исследование позволило изучить вегетативное обеспечение организма студентов медицинского вуза в поддержании оптимального здоровья. Показатели статистического анализа BCP и ПАРС явились индикаторами выраженного напряжения вегетативной регуляции и усиления симпатических влияний на ритм сердца в организме студенток ЛФ и ПФ в сравнении с девушками СФ. Изучение морфологических параметров позволяет сделать заключение о нормостеническом типе телосложения девушек трех факультетов, что свидетельствует о благополучном состоянии физического здоровья. В связи некоторыми

колебаниями динамики ИП можно говорить о тенденции студенток ПФ к гиперстении, а девушек СФ к астении.

Список литературы.

1. Багачкина Н.А. Учет индивидуальных стилей обучения студентов как основа успешной адаптации при организации учебной деятельности // Вопросы биологии, экологии и методики обучения: Сб. науч. статей. Вып. 3. Саратов: Изд-во Сарат. Пед.ин-та, 2000. С. 108– 110.
2. Корнилова В.Н. Адаптация студентов-первокурсников к обучению в вузе через средства физической культуры и спорта / В.Н. Корнилова, Л.А. Прокопенко // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 7-1. – С. 50-51.
3. Ушакова И.А. Здоровьесберегающая социализация студентов в медицинских вузах: автореф. дис...докт. социол. наук / И.А. Ушакова. – Волгоград. – 2012. – 53 с.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Техова А.В., Дзагахова А.В., Джабиева Л.П.

Научный руководитель: к.м.н, доцент Гипаева Г.Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В настоящее время одной из проблем здравоохранения во всем мире остаются инфекции, вызванные стрептококковой флорой. Значительный удельный вес в этой группе заболеваний принадлежит рожистому воспалению. Все чаще врачи сталкиваются с тяжелыми формами рожистого воспаления, которые характеризуются выраженным лихорадочно-интоксикационным синдромом, замедленным восстановлением тканей в очаге с развитием осложнений в виде глубоких нарушений лимфо- и кровообращения. Частота заболеваемости рожей в Российской Федерации многие годы продолжает оставаться на значительном уровне, составляя до 20 случаев на 10000 населения. Несмотря на достигнутые успехи в изучении данной патологии, некоторые вопросы патогенеза остаются нерешенными, в частности, роль антиоксидантной системы (АОС) в развитии воспалительного процесса при данном заболевании.

Цель исследования: изучение роли антиоксидантной системы, по показателю общей антиокислительной активности (АОА) плазмы крови, и перекисного окисления липидов (ПОЛ), по концентрации малонового диальдегида (МДА,) у больных различными клиническими вариантами рожистого воспаления.

Материалы и методы: группу наблюдения составили 20 больных в возрасте от 32 до 53 лет, среди которых 14 женщин (70%) и 6 мужчин (30%). Первичная рожа диагностировалась у 11 (55%), повторная – у 2 (10%) и рецидивирующая – у 7 (35%) больных. Чаще патологический процесс локализовался на нижних конечностях – у 15 больных (75%), рожа лица отмечалась у 4 больных (20%) и у 1 (5%) пациента диагностирована рожа правого предплечья. По характеру местного очага больные распределялись следующим образом: эритематозная форма – у 9 больных (45%), эритематозно-буллезная – у 7 больных (35%), эритематозно-геморрагическая – у 3 больных (15%) и буллезно-геморрагическая форма – у 1 больного (5%). В большинстве случаев заболевание развивалось при наличии сопутствующих заболеваний: у 12 (60%) больных заболевание возникло в результате нарушения целостности кожных покровов, у 4 (20%) имелись хронические заболевания ЛОР-органов, у 2 (10%) отмечались грибковые поражения кожи и ногтей и 2 (10%) больных страдали хронической лимфопатической недостаточностью (ХВН).

Результаты исследования. В результате проведенных исследований было выявлено, что в основной группе, по сравнению с группой контроля, происходило снижение общей АОА плазмы крови и интенсификация процессов ПОЛ. Наиболее выраженные изменения наблюдались у больных с тяжелыми формами рожистого воспаления. При первичной и повторной формах рожи показатели АОА и МДА изменялись в большей степени, чем при рецидивирующей форме. Следует отметить, что данные изменения имели прямую корреляционную связь с клиническими проявлениями заболевания: лихорадочный период, сроки угасания местных проявлений болезни, заживление эрозий на месте вскрывшихся булл, болевой синдром были более выраженными и длительными у больных с низкими показателями АОА и высокими показателями ПОЛ.

Выводы. Таким образом, полученные результаты изучения АОА и МДА дают возможность использования данных показателей в диагностике рожистого воспаления для оценки течения и исхода заболевания, а также о возможности включения в патогенетическую схему лечения больных с различными формами данного заболевания препаратов, обладающих антиоксидантным действием.

Список литературы.

1. Инфекционные болезни: национальное руководство /Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, С. 441–453.
2. Глухов А.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления/Фундаментальные исследования.-№.10.-2014.С. 411-415.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология (В.И. Покровский, Г.С. Пак, В.И. Брико, 2007). Стр. 450-457

ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ

Фортус А.В., Ю.С. Зинина

Научный руководитель: Фортус А.В.

Омское медицинское училище железнодорожного транспорта

Современный темп жизни представляет собой быстроменяющиеся условия, преодолевая которые необходимо соответствовать конкурентоспособной личности. Современному молодому человеку очень часто приходится прилагать большие физические усилия, переживать эмоциональные потрясения и стрессы, что неизбежно ведёт к снижению работоспособности, физическому и умственному истощению, бессоннице. Энергетический напиток представляет собой продукт, стимулирующий центральную нервную систему человека, вызывая «искусственную бодрость». Анализируя литературные источники, среди всех веществ входящих в состав энергетических напитков, особое внимание следует уделить следующим: таурин – является лекарственным средством, тормозит синаптическую передачу сигнала, кофеин – вызывает зависимость кофеинизм, увеличивает давление, ускоряет сердечную деятельность, никотиновая кислота – Е-375 – с 1 августа 2008 года исключён из списка разрешённых в России, теобромин – ядовит, применяется для лечения бронхо-лёгочных заболеваний. В состав некоторых энергетических напитков так же входит этиловый спирт, смешивать алкоголь с энергетиками очень большой риск, ведь кофеин и алкоголь — это антиподы: первый бодрит, а второй расслабляет [2].

Среди болезней, развивающихся из-за употребления энергетиков, стоит отметить такие как, почечная недостаточность, болезни печени, нарушение функций дыхательного аппарата, нервные расстройства, высокое давление, сердечную недостаточность и нарушения функций сердечной мышцы [3].

Анкетирование 35 студентов первого курса специальности «Сестринское дело» структурного подразделения СПО «Омское медицинское училище железнодорожного транспорта», показало, что 29% студентов употребляют энергетические напитки. Проводя анализ результатов анкетирования по вопросу «Знаете ли Вы состав энергетических напитков», «Да» ответили – 43%, «Нет» - 57%. На основании анализа результатов ответов студентов употребляющих энергетические напитки, они предпочитают следующие торговый марки: RedBull, Burn, Flach, Jaguar. Проводя анализ результатов анкетирования по вопросу «Знаете ли Вы о вреде энергетических напитков», «Да» ответили – 34%, «Нет» - 66%. На вопрос «Хотели ли Вы узнать о химическом действии веществ входящих в состав энергетических напитков на организм человека», ответили «Да» - 74%, «Нет» - 26%.

На основании проведенного анкетирования нами была выявлена проблема низкой информированности студентов СП СПО «ОМУЖТ» о химическом действии веществ входящих в состав энергетических напитков на организм человека. Цель нашей работы заключалась в разработке системы мероприятий, направленной на повышение уровня информированности студентов СП СПО «ОМУЖТ» о химическом действии веществ входящих в состав энергетических напитков на организм человека.

Нами было проведено исследование, как смешаны химические ингредиенты в четырех самых распространенных энергетических напитках, на основании анкетирования студентов СП СПО ОМУЖТ.

Энергетический напиток RedBull по содержанию стимулирующих ингредиентов мало отличается от чашки черного кофе с сахаром. Но входящие в его состав пиридоксин, в количестве 1,27 мг, соответствует практически суточной норме данного витамина, при передозировке может быть помутнение сознания и головокружения, судороги. Энергетический напиток Burn содержит наибольшее количество таурина, усиленного глюкуронолактоном и экстрактом гуараны, соответственно, требует большей осторожности в применении.

Энергетический напиток Flach содержит относительно мало кофеина, но очень много углеводов, утолить жажду этим напитком невозможно. Он наиболее «мягкий» из всех энергетических напитков, однако в одной баночке содержится суточная норма углеводов. Энергетический напиток Jaguar является самым опасным, за счет наличия в нем этилового спирта, который обладает угнетающим действием на ЦНС и тормозит процессы возбуждения. К тому же кофеин усиливает действие алкоголя на мозг[7].

На основании всего вышеизложенного, нами была разработана система мероприятий направленная на повышение уровня информированности студентов СП СПО ОМУЖТ о составе и химическом действии энергетических напитков.

Система мероприятий заключается в следующем:

- разработка и проведение кураторского часа на тему «Энергетические напитки: окрыляют или убивают?»;
- создание буклета на тему: «Энергетические напитки: окрыляют или убивают?»;
- проведение экспериментальной части исследования «Исследование влияния энергетических напитков на биологические ткани млекопитающих»;
- проведение круглого стола со студентами СП СПО ОМУЖТ.

После реализации двух мероприятий проекта, в рамках мониторинга было проведено повторное анкетирование студентов СП СПО ОМУЖТ, принявших участие в реализации мероприятий. При ответе на вопрос «Знаете ли Вы состав энергетических напитков» были получены следующие результаты: «Да» - 98%, «Нет» - 2%. Проводя анализ результатов повторного анкетирования по вопросу «Знаете ли Вы о вреде энергетических напитков», «Да» ответили – 95%, «Нет» - 5%.

Употребляя энергетические напитки, человек обманывает собственный организм. Энерготоники не способны дать дополнительной энергии, они лишь мобилизуют ресурсы организма. Большое количество стимуляторов заставляет организм работать на грани возможностей. Поэтому очень часто, заряд бодрости сменяется чувством усталости, подавленности и разбитости.

Список литературы.

1. Воронов А., Мустафина Н. Рынок энергетических напитков в России, М. – 2012.
2. Зелепухина Л.П. Влияние энергетических напитков на организм человека // Современные научные исследования и инновации. –Февраль 2012. - № 2 [Электронный ресурс]. URL:<http://web.snauka.ru/issues/2012/02/7064>.
3. Михайличенко С.И., Шивкова Е.А. Влияние энергетических напитков на организм экспериментальных животных. Электронный ресурс <http://www.rae.ru/forum2011/9/1416>.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА РАЗВИТИЕ И ИСХОД СТРЕССОВОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ У КРЫС

Шилин В.А., Мелких Н.И., Кошелев И.Г.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Каде А.Х., к.м.н. Поляков П.П.

Кубанский государственный медицинский университет

В настоящее время учеными уделяется значительное внимание стрессовой кардиомиопатии (СКП) или кардиомиопатии такоубо – кардиологическому синдрому, возникающему в ответ на сильный стресс [3]. Методом лечения данной патологии может стать транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия). В основе лечебного эффекта ТЭС-терапии лежит активация

эндогенной опиоидэргической стресс-лимитирующей системы, имеются данные, об антагонизме опиоидных пептидов с катехоламинами [4].

Цель работы: изучить влияние ТЭС-терапии на показатели кардиоцикла и состояние миокарда при развитии стрессовой кардиомиопатии в эксперименте у крыс методами анализа электрокардиограмм и гистологического исследования.

Материалы и методы. Исследование проведено в лаборатории кафедры общей и клинической патологической физиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Эксперименты проведены на 30 самцах белых крыс, средней массой 247 ± 25 гр. Характеристика групп животных: группа №1 (контроль, $n=10$) – интактные крысы; группа №2 (сравнения, $n=10$) – крысы с моделью СКП; группа №3 (опытная, $n=10$) – крысы, которым проводили 3 сеанса ТЭС-терапии с последующим моделированием СКП. Воспроизведение стрессовой кардиомиопатии выполнялось путем однократного подкожного введения адреналина гидрохлорида из расчета 2 мг на 1 кг веса животного. Самцам крыс группы №3 в течение 3-х дней перед введением адреналина проводили ТЭС-терапию в анальгетическом режиме, длительность каждого сеанса составляла 30 минут. Обеим группам крыс проводили регистрацию электрокардиограмм во II стандартном отведении. ЭКГ проводили до введения адреналина и через 1 час после введения адреналина [2]. Для характеристики деятельности сердца как целостной системы использовали методы системного анализа ЭКГ. Определялось отклонение от идеального взаимоотношения отдельных элементов кардиоцикла путем решения вурфовой пропорции и ее сравнения с аналогичным показателем, полученным от интактных животных: $(QT-QRS)/(RR-PQ)/(QT-PQ)/(RR-QRS)=(R-P)/(R-T)$. Также определялась величина кванта электромагнитного потока кардиоцикла: $1/2R \times (PQ+QT)$ [1]. Был проведен забор сердца у животных с последующим гистологическим исследованием. Окрашивание срезов выполнено гематоксилин-эозином и по ГОФП-методу. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного обеспечения «Statistica 13.3 version» фирмы «Stat Soft Inc.». Полученные результаты выражали в виде медианы (Me) с использованием 25 и 75 перцентилей (p_{25} и p_{75}). Сравнение зависимых групп проводилось по критерию Вилкоксона, а независимых групп по критерию Манна-Уитни, с установлением уровня значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. В ходе эксперимента в группе №2 (сравнения) и группе №3 (опытная) к концу первых суток после введения адреналина погибло соответственно 80% и 20% животных. Величина кванта электромагнитного потока кардиоцикла в группе №3 (опытной) через час после введения адреналина статистически значимо ($p \leq 0,05$) уменьшилась на 26,5% и составила $0,036 \times 10^{-3}$ Вб, при этом, в сравнении с группой №2, падение данного показателя было на 11,7% менее выраженным ($p \leq 0,05$). В группе №2 через час после введения адреналина значение пропорции элементов увеличилось на 83,33% и составило 2,25 ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о грубых нарушениях сердечной деятельности. В группе №3 через час после введения адреналина значение пропорции составило 1,36, что на 9,5% ($p \leq 0,05$) выше исходного уровня. На следующие сутки после введения адреналина проведено гистологическое исследование миокарда задействованных в эксперименте крыс. На срезах, окрашенных гематоксилин-эозином, видно, что миокард крыс из группы №2 характеризуется неоднородной окраской мышечных волокон, диффузным венозно-капиллярным полнокровием, эритростазами, выраженным отеком стромы. Отмечается неравномерная окраска и набухание цитоплазмы кардиомиоцитов, нечеткие границы клеток и ядра. В миокарде крыс из группы №3 имеются единичные очаги повреждения сходные с группой №2, в остальном миокарде окраска мышечных волокон и цитоплазмы кардиомиоцитов однородная. Присутствует диффузное венозно-капиллярное полнокровие, но оно выражено в меньшей степени, чем в группе №2. В группе №1 наблюдается гистологическая картина интактного миокарда. На срезах миокарда окрашенных ГОФП-методом в группе №1 наблюдается интактный миокард желтовато-коричневого цвета, без очагов фуксинофилии; в группе №2 выявлены диффузные, сливные скопления мелких очагов фуксинофилии, что свидетельствует о значительных контрактурных повреждениях кардиомиоцитов. В группе №3 наблюдаются единичные среднего размера очаги фуксинофилии на фоне интактного миокарда желтовато-коричневого цвета. Данные по влиянию ТЭС-терапии на показатели кардиоцикла при системном анализе в модели СКП ранее не были опубликованы. Данные гистологического исследования миокарда при СКП не противоречат результатам других исследователей.

Закключение. Использование 3 сеансов ТЭС-терапии перед моделированием стрессовой кардиомиопатии путем введения адреналина гидрохлорида в дозировке 2 мг/кг в 4 раза снижает

смертность животных, способствует нормализации показателей кардиоцикла, а также уменьшает структурное повреждение миокарда, в сравнении с крысами, не получавшими терапию.

Список литературы.

1. Дмитриева Н. В. Системная электрофизиология // М. URSS. – 2008. – 200 с.
2. Липатова А.С. Модификация методики ТЭС-терапии для ее применения у мелких лабораторных грызунов / А.С. Липатова, П.П. Поляков, А.Х. Каде (и др.) // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 347.
3. Певзнер Д.В. Синдром разбитого сердца, или кардиомиопатия такоцубо / Певзнер Д.В., Акашева Д., Жукова Н.С. (и др.) // Терапевтический архив. – 2010. – Т. 82. – №. 9. – С. 72-77.
4. Трофименко А.И. Влияние ТЭС-терапии на исходы острого адреналинового повреждения сердца у крыс / А.И. Трофименко, А.Х. Каде, В.П. Лебедев (и др.) // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – №. 5. С. 175–178.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИФАЗНОГО СНА НА СОХРАНЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ, АКТИВНОСТИ И НАСТРОЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Щербакова К.Ф.

Научный руководитель: Войтович А.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского

Все процессы жизнедеятельности нашего организма подчинены биоритмам. Сон и бодрствование – проявление суточных повышений и спадов физиологической активности организма. Это один из главных критериев крепкого здоровья.

Современные студенты сталкиваются с проблемой недостаточности времени сна [3,4], что приводит к снижению уровней работоспособности и внимания, ухудшению самочувствия. Одним из возможных путей решения данной проблемы является «полифазный сон». Полифазный сон – это повторяющийся шаблон сна, когда значительно сокращается время ночного сна, которое компенсируется кратковременным дневным сном. Известно, что с физиологической точки зрения сон состоит из нескольких фаз: медленной и быстрой. Медленную фазу сна принято называть медленным сном, дельта-сном или ортодоксальным сном; быструю фазу – быстрым сном, бета-сном, парадоксальным сном, REM-сном (стадия быстрых движений глаз) или ромбанцефальным сном (в связи с локализацией регулирующих механизмов). Быстрая фаза сна считается самой важной и длится 20-30 минут [1]. За это время мозг восстанавливает свою активность и сбрасывает напряжение.

Крепкий ночной сон обеспечивает гормон мелатонин. Выработка мелатонина происходит в темное время суток с 23.00 до 5.00. Исследования В.Н. Анисимова доказывают, что мелатонин обеспечивает цикличность суточных ритмов, помогает противостоять стрессам, замедляет процессы старения, является мощным антиоксидантом, усиливает иммунную защиту, а так же является фактором профилактики развития злокачественных новообразований [5].

Таким образом, целью исследования стало изучение влияния полифазного сна на уровень работоспособности современных студентов методом натурального эксперимента.

Для решения поставленной цели разработали схему полифазного сна, которая включала ночной сон, продолжительностью 4 часа (с 24.00 до 4.00) и дневной сон с 16.00 до 18.00. В исследовании приняли участие студенты медицинского университета в возрасте 20-21 года. Длительность исследования составляла 15 дней.

В начале, середине и в конце исследования проводили тест САН для оперативной оценки самочувствия, активности, настроения [2].

Проводили статистическую обработку полученных данных. Достоверность различий изучаемых параметров анализировали с применением критерия Стьюдента при нормальном распределении и достоверности различий между средними показателями (p). Для всех проведенных исследований различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$, тем самым минимальная достоверность различий составила 95%.

До начала исследования со всеми участниками проводили тест САН. Результаты тестирования показали, что 82% имели высокие значения по всем шкалам. Средние значения показателей лежали в пределах $5,3 \pm 0,2$ балла.

В середине исследования, спустя 8 дней результаты теста достоверно изменялись ($p < 0,05$). 47,2% испытуемых отмечали слабость и дефицит сна и имели низкие значения по шкале «самочувствие» и «активность». 42,8% испытуемых не отмечали изменений самочувствия и имели значения по шкалам $4,4 \pm 0,3$ баллов, что свидетельствовало о благоприятном состоянии испытуемых.

На заключительном этапе исследования 9,6% испытуемых самостоятельно прервали исследование, отказавшись от дальнейшего участия в связи с нарастающими жалобами на сонливость, снижение работоспособности, ухудшение настроения. 93,4% испытуемых продолжали участие в исследовании. По окончании исследования все испытуемые повторно заполняли тест САН. Результаты позволили установить, что 47,6% имели благоприятные значения по шкалам «самочувствие», «активность», «настроение», чувствовали прилив сил, высокую физическую активность и умственную работоспособность. 14,2% испытуемых, прошедших все этапы исследования отмечали сложность в соблюдении предложенного режима сна и имели низкие значения по шкале «самочувствие» ($3,6 \pm 0,3$ балла) и «активность» ($3,7 \pm 0,2$ балла), однако по шкале «настроение» значения оставались благоприятными ($4,2 \pm 0,1$ балла).

Результаты анализа показали, от начала к концу исследования средние значения по шкалам теста САН достоверно снижались ($p < 0,05$), однако в 47,6% случаев имели благоприятные значения.

В результате проведенных исследований установили, что «полифазный сон» может являться достаточно эффективным механизмом борьбы с дефицитом сна. Использование предложенной схемы сна позволило продуктивно выполнять все дневные задачи, более свободно планировать суточный бюджет времени. Однако данный режим сна подходит далеко не всем, поскольку требует продолжительной физиологической и психологической адаптации.

Список литературы.

1. Апчел, В.Я., Даринский, Ю.А., Голубев, В.Н. Физиология человека и животных / под.ред. Ю.А. Даринского, В.Я. Апчел – М.: Академия, 2013. – 488 с.
2. Барканова, О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / О.В. Барканова. – Ярославль. – 2013. – 124 с.
3. Войтович, А.А. Изучение состояния здоровья учащихся комплекса-интерната профессионального обучения / А.А. Войтович // Актуальные проблемы гигиены и медицины в АПК и смежных отраслях промышленности. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 85-летию образования ФБУН «Саратовский научно-исследовательский институт сельской гигиены» Роспотребнадзора. – 2016. – С. 22-29.
4. Елисеев, Ю.Ю. Реализация здоровьесберегающих технологий в учреждениях среднего профессионального образования / Ю.Ю. Елисеев, А.А. Войтович, Е.А. Дубровина и соавт. // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – С. 69.
5. Теппермен, Дж., Теппермен, Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы / Дж. Теппермен, Х. Теппермен. – Москва. – 2012 г. – 150 с.

CHRONIC PRENATAL HYPERGLYCEMIA AS A POSSIBLE ETIOLOGICAL FACTOR OF THE IMBALANCE OF THE NITRIC OXIDE SYNTHASE ISOFORMS IN PANCREATIC ISLETS

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. Асфендиярова

In the search for possible candidate for the role of a key regulator of the paracrine relationship of endocrinocytes of pancreatic islets, which involved both in physiological and pathological processes, we paid attention to the system of nitrogen monoxide (NO). The interest of its study was due to the fact that a

wide range of general biological actions of NO includes not only regulatory and protective effect, but also a range of pathological reactions. It is already proved that the violation of the NO biosynthesis and metabolism associated with diseases such as coronary heart disease, myocardial infarction, hypertension, asthma, neurodegenerative diseases.

The aim of our study was to examine the pattern of expression of endothelial, neuronal and inducible NO-synthases in pancreatic islets in offspring of female rats with experimental gestational diabetes (EGD) at age 3 months of (prepubertal period).

Materials and methods. Study was carried out on 10 male rats the off springs of females with normal pregnancy and 10 male rats the off springs of females with EGD.

To analyze the system of nitrogen monoxide in histological sections of pancreatic islets we examined the expression of neuronal, inducible and endothelial isoforms of nitric oxide. The study has found that in control rats the largest area of enzyme was typical for endothelial isoform, while the content of immunoreactive material was the largest for inducible one. The chronic fetal hyperglycemia leads to a change of the features of expression of isoforms and characterized by increased content of nNOS and increased area of iNOS and the most increased values of content and area of eNOS compared with all other isoforms' expression figures.

Conclusion. We believe that a violation of homeostasis of glucose in the fetus during the last trimester of pregnancy alters the expression patterns of NOS isoforms in pancreatic islets, which probably can be a cause of diabetes in adulthood.

Раздел 9. Фармакология и клиническая фармакология

ДЕПРОТЕИНИЗИРОВАННЫЙ ГЕМОДИАЛИЗАТ КРОВИ КРС ПРИ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС

Абдулаева Р.Ш.

Научный руководитель: к.м.н. Брежнев В.Ф.

Дагестанский государственный медицинский университет

Введение. Ишемический инсульт является одним из наиболее распространенных заболеваний и одной из главных причин преждевременной инвалидности и смертности, занимая в списке ВОЗ второе место после ишемической болезни сердца и обгоняя раковые заболевания. По данным статистики ежегодно 450000 человек в России переносят инсульт, 80% составляют инсульты ишемического характера [1]. Таким образом, дальнейшее лечение ишемического инсульта и его последствий заслуживает дополнительных исследований, в связи с этим данная тема для исследования является актуальной по сей день.

Для лечения больных с ишемическими и гипоксическими проявлениями используются вазоактивные препараты, антиоксиданты и дезагреганты.

Исследования показали, что Актовегин улучшает усвоение глюкозы, энергетический обмен и потребление кислорода и ускоряет процесс заживления ран на молекулярном уровне, уменьшает окислительный стресс и апоптоз, тем самым увеличивая выживаемость клеток. Результаты исследования свидетельствуют о том, что Актовегин оказывает положительное действие на когнитивные функции, обеспечивая повышение общей активности и улучшение социальной адаптации, может широко применяться при широком круге неврологических и сосудистых заболеваниях головного мозга, при когнитивных нарушениях, обусловленных сосудистыми или сосудисто-дегенеративными факторами [2].

Цель исследования. Выявить способность актовегина улучшать когнитивную и неврологическую производительность у крыс с ишемией головного мозга.

Материалы и методы исследования. В данное исследование были включены 42 самцов крыс линии Вистар весом ~ 250 г. Крысы были обеспечены пищей и водой.

Результаты исследования. После того как крыс анестезировали золеталом (5 мг / гр) и ксилазином (10 мг / кг), общие сонные артерии выделили через вентральный разрез по средней линии шеи и подняли с помощью шелковой лигатуры.

Через двадцать четыре часа после этой процедуры крыс повторно анестезировали изофлураном. Затем была проведена окклюзия общих сонных артерий в течение 15 мин. После 20 мин. наблюдалась ишемия переднего мозга.

Кожу на месте разреза зашили, и крыс возвратили в их клетки для восстановления под нагревательными лампами. Ложнооперированные животные подверглись идентичным оперативным процедурам, но не были подвергнуты окклюзиям сосудов. После операции крысы были образом распределены в одну из трех экспериментальных групп:

-ложнооперированные (1 группа);

-крысы, которым вводили физиологический раствор (2 группа);

-крысы, которым вводили Актовегин (3 группа);

Актовегин (200 мг / кг) и физиологический раствор вводили внутривентрально по прошествии 6 ч после окклюзии сонных артерий, и один раз в день до 40-го дня исследования.

Водный лабиринт Морриса.

Было выполнено 2 теста в водном лабиринте Морриса, чтобы оценить влияние Актовегина на обучение и память.

Крысы были введены в течение 120 сек. в бассейн диаметром 1,2 м., наполненным водой. В бассейне располагалась скрытая платформа 1 см ниже поверхности воды. В комнате было представлено несколько визуальных подсказок, позволяющих крысам пространственно перемещаться в водном лабиринте.

Крысам давалось две попытки найти скрытую платформу, и это испытание было проведено в течение 4 дней (36-39 и 64-67 д.).

На пятый день скрытая платформа была удалена (40 и 68 д.), и каждую крысу поместили в бассейн на 60-сек.

Водный лабиринт Морриса был использован для оценки того, насколько хорошо крысы запомнили расположение скрытой платформы, и научились ли перемещаться по направлению к соответствующему квадранту.

Вторая серия водного лабиринта Морриса (дни 64-68) была проведена с целью оценки эффекта Актовегина.

Гистологический анализ.

В конце исследования (день 68), крысы были усыплены пентобарбиталом натрия, а затем перфузированы физиологическим раствором и 4% формальдегидом через левый желудочек. Мозг фиксировали в формальдегиде в течение 72 часов. Срезы гиппокампа 5-мкм окрашивали гематоксилином и эозином и исследовали. Для получения количественных гистологических анализов, гиппокамп разделили на три области. Затем были подсчитаны нейроны каждой области и суммировано общее количество.

Глобальная церебральная ишемия привела к значительному сокращению числа жизнеспособных пирамидальных клеток. Гистологический анализ показал, что по сравнению с контрольной группой, лечение Актовегином значительно увеличило среднее число жизнеспособных клеток.

Степень нейропротекции между отдельными животными была различной, но оставалась значительной между группами.

3-я группа крыс, выполняла задание гораздо быстрее, чем крысы 2 группы. (36-39 дни)

Аналогичные результаты наблюдались во второй серии испытаний в лабиринте (дни 64-67), в течение которого крысам 3-й группы, требовалось значительно меньше времени, чем в контрольной группе.

По окончании обоих тестов, наблюдались существенные различия между 3 и 2 группами.

Выводы. Ранее проводимые исследования на крысах показали, что поражения гиппокампа ухудшают память и способность распознавать объекты и задачи пространственного понимания.

В ходе нашего исследования было выявлено, что введение Актовегина по прошествии 6 часов после глобальной ишемии головного мозга в течение 40 дней приводит к нейропротекции, и значительно улучшает пространственное обучение и память у крыс.

Мы допускаем, что механизм этого улучшения когнитивных функций зависит от нейропротекторного действия, оказываемого Актовегином в гиппокампе крыс.

Список литературы.

1.Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические основы проблемы // Журнал неврологии и психиатрии 2001.

2.Эмлингер М.В., Нейропротективный эффект актовегина. 2010.

PHARMACIA IN KAZAKHSTAN TODAY

Аманова Г.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахстанский национальный медицинский университет

Despite the significant increase in the annual growth rate of expenses, they are much lower than international standards. The lowest percentage of GDP was observed in 2002.

The purpose - to analyze the availability of pharmaceutical care to patients with socially significant diseases in the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods - social marketing research.

Results of the study. When developed countries similar to the structure of morbidity by main disease classes consumption of drugs by an average of one person in Kazakhstan by several orders of magnitude lower than in developed countries / 1, 2 /. In the course of our study it was analyzed the prevalence of the major socially significant diseases in all regions of the Republic of Kazakhstan in recent years. The analysis showed that the overall incidence of SPZ increased. During this period there was a significant increase in the incidence of diabetes, behavioral disorders due to drug use. One of the promising methods for studying the process of drug supply are the methods of sociological research.

Their implementation to assess the availability and quality of drug supply is necessary in order to obtain the following information: on issues of interest to patients, associated with their drug supply, to gather subjective assessments of the quality of pharmaceutical care, etc.

In order to identify the most significant factors affecting the provision of pharmaceutical care to patients SPZ, we have developed a questionnaire for patients, doctors, representatives of pharmacies and pharmaceutical manufacturers. The poll of pharmacists and physicians on issues related to the LO patients in this category showed that in the range of an insufficient number of pharmacological groups for the treatment of drug SPZ, 63.0% of pharmacies has a volume of inventory of medicines for the treatment of these diseases to 14 days, which is shortages essential medicines. Research has shown that one of the ways to optimize the LO (co-payment mechanism). The partial participation of patients (along with the state) pay little preferential medicines applicable in the Republic of Kazakhstan due to the low solvency of the majority of patients.

Conclusion. In this situation, the system extension of preferential medicinal help for these patients is uncontested. The successful operation of the system of drug care to patients of this category is possible only in conditions of the harmony of interests of all stakeholders involved in the drug supply these patients. Under this condition, the socio-economic mechanism of protection of these patients will be fully operational.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОТРАВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Белова Ю.В., Ягмурян Л.В., Ларионов С.С.

Научный руководитель: Жаркин И. Н.

Волгоградский государственный медицинский университет

Каждый год лекарственные препараты становятся причиной смерти около 100 тысяч человек, а также приводят к развитию тяжелых заболеваний у более чем 2 млн человек. Этот феномен получил название лекарственной болезни. Научные исследования так же показывают, что примерно в половине случаев отрицательные последствия проявлялись по причине приема неоправданно высоких доз препаратов[1]. Необходимость уменьшения частоты отравлений, а также снижения случаев летальности ставят перед медицинской наукой задачу поиска действенных мер профилактики[2].

Цель - проанализировать структуру отравлений лекарственными средствами по Волгоградской области за 2014 - 2016 года.

Материалы и методы. Исследования проводились на основании данных историй болезни ГБУЗ «ВОНБ» г. Волгограда за период с 2014 по 2016 год в различных категориях: дети до 14 лет, подростки от 15 до 17 лет, взрослая токсикология. А также были взяты в исследования отравления следующими препаратами: неопиодные анальгезирующие, жаропонижающие и противоревматические средства; салицилаты; производные пиразолона; противоревматические средства. Полученные данные были обработаны в статистических программах IBM SPSS statistics и Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждения. В 2014 году было исследовано 87 человек. Самое большое количество отравлений было вызвано производными пиразолона – 47,1% (41 человек). Их них 24 человека (58%) составило взрослое население, 9 человек (22%) – подростки, 7 (17,1%) – дети до 14 лет. Суицидные попытки производили 23 человека (26, 4%) из них 20 человек (87%) – взрослый контингент. В 2015 году 81 случай отравления. Самые частые вызваны салицилатами – 43, 2% (35 человек). 22 человека 62, 9%) – взрослая токсикология., 10 (28, 6%) – подростки и 2 человека (5,7%) дети до 14 лет. Суицид составил 49, 4% (4 человека), из них 30 человек (85%) – взрослое население, 6 человек (15%) дети до 14 лет. В 2016 году было 77 пострадавших, отравления чаще всего были салицилатами 31,6 % (24 человека). Из них 15 человек (63%)- взрослый контингент, по 4 человека (16,5%) на категории дети до 14 лет и подростки. Суицид у 32% больных (25 человек), из них чаще всего взрослое население 20 человек (50%). За весь период исследования летальных исходов не было.

Выводы. Установлено, что самые частые отравления вызваны группой салицилатов в 2015 году – 43, 2% и в 2016 – 31,6%. А также подмечено, что больше всего подвержены к отравлениям и суицидальным наклонностям взрослое население. Следовательно, для уменьшения случаев

отравлений врачу нужно грамотно осуществлять подбор лекарственного средства и его дозировку. А также контроль со стороны за пациентом во время приема препарата.

Список литературы.

1. Баринова В.О., Сысуев Е.Б. Структура отравлениями лекарственными отравлениями // Успехи современного естествознания. – 2013. - №9. - С. 90-91
2. Павленко Т.Н., Головкин О.В., Димова С. Г. Современное состояние проблемы острых отравлений у детей и подростков г. Оренбурга // Фундаментальные исследования. - 2015. - № 1-8. - С. 1659-1663.

КВАНТОВОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОГО СТРОЕНИЯ НИКОТИНА

Брындина Е. А., Корпусов О.М., Залётов А.Б., Туровцев В.В.

Тверской государственный медицинский университет

Около 90% алкалоидов, содержащихся в табаке, приходится на S-никотин. Это основной ингредиент, ответственный за привыкание к курению, порождаемое такими психоактивными эффектами, как уменьшение тревоги и уровня стресса, повышения активности и эйфории. С другой стороны, никотин является нейромедиатором центральной и периферической нервной системы, оказывающим ингибирующее действие на сердечную ткань и приводящего к уменьшению сердечного ритма. Никотиновые соединения нашли широкое применение в медицине для лечения болезней Паркинсона и Альцгеймера.

Синтез новых биологически активных веществ с заранее заданными свойствами требует знания их электронного строения. Целью работы является изучение электронного строения конформеров никотина N-(CH)₄-C-(CH₂)₃-N-CH₃ и анализ явлений, возникающих при повороте пиридинового (N-(CH)₄-C, ПРЦ) и метил-пирролидинового (CH-(CH₂)₃-N-CH₃, МПЦ) циклов друг относительно друга (в цис- и транс-конформациях (ЦТК)).

Материал и методы.

Равновесная геометрия и распределение электронной плотности N-(CH)₄-C-CH-(CH₂)₃-N-CH₃ были найдены с помощью программы GAUSSIAN 03 методом B3LYP/6-311++G(3df,3pd) [1]. Заряды q и объемы V «топологических» атомов были вычислены в рамках «квантовой теории атомов в молекулах» QTAIM [2] с использованием программы AIMALL [3] и суммированы в параметры групп q(R) и V(R), погрешность расчёта составила не более 0,001 а.е. и 0,1 Å³ соответственно.

Результаты и обсуждения.

Конформация пирролидинового кольца молекулы никотина [4] представляет собой «конверт» — 4 атома из пяти находятся на одной плоскости, а пятый выходит из неё.

Присутствие в молекуле никотина атомов азота (более электроотрицательных по отношению к атомам углерода и водорода) приводит к сдвигу электронной плотности на атомах азота и от МПЦ к ПРЦ. Однако, в свою очередь, механическая деформация молекулы никотина приводит к дополнительному изменению электронной плотности, как отдельных атомных групп, так и МПЦ и ПРЦ в целом (стерический эффект). Сравнение электронных характеристик структурных фрагментов в конформерах никотина [5] и анализ смещения электронной плотности вдоль молекулярных цепей (индуктивный эффект) показало, что электронная плотность смещена в сторону пиридиновой группы.

Уменьшение угла φ и сближения групп приводят к дальнейшему «перетеканию» электронной плотности на ПРЦ (стерический эффект) и уменьшению объёмов пиридинового и метилпирролидинового циклов

Заключение.

Стерический эффект, выражающийся в изменении параметров циклов молекулы никотина, наблюдается при её механической деформации, возникающей при изменении двугранного угла, образованного ПРЦ и МПЦ. Сближение циклов приводит к перераспределению электронной плотности в сторону ПРЦ и, соответственно, к уменьшению объёма ПРЦ и увеличению объёма МПЦ.

Электронные параметры циклов в целом не меняются при ЦТК. Изменения происходят в тех атомных группах ПРЦ, для которых относительные изменения расстояния до наиболее электроотрицательного атома азота МПЦ при ЦТК достигают нескольких процентов.

ВЛИЯНИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ НА МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ НОСА

Гайнетдинова Г.И., Габитова Э.Н.

**Научный руководитель: к.б.н. доцент Рафикова Л.М.
Башкирский государственный медицинский университет**

При переохлаждении человека возбудители респираторных инфекций в верхних дыхательных путях активизируются и провоцируют воспалительный процесс, в первую очередь в слизистой оболочке носовой полости. Возникает ринит. Часто ринит переходит в хроническую форму, причиной этого является неправильно подобранное лекарственное средство. Из-за этого эфирные масла растений и их компоненты представляют интерес с точки зрения антимикробной активности и использования в качестве альтернативного или комбинированного лечения инфекций верхних дыхательных путей у человека.

Цель: изучить влияние эфирных масел на микрофлору полости носа у студентов, обучающихся на кафедре микробиологии, вирусологии БГМУ.

Задачи:

- Оценить состояние микрофлоры полости носа в период весеннего разгара простудных заболеваний у исследуемой группы лиц.
- Оценить характер изменений показателей микрофлоры полости носа у исследуемой группы лиц.
- Определить наличие, количество и выраженность различных штаммов стафилококка в микрофлоре полости носа.

Материалы и методы:

Исследование проводилось путем взятия мазка из полости носа у 14 студентов. Каждый мазок был помещен в раствор сахарного бульона на 24 часа в термостат при температуре 37 °С.

Далее был выявлен значительный рост микроорганизмов в виде белого творожистого осадка в пробирке. Затем был произведен пересев в чашки Петри с тремя питательными средами: питательный агар, кровяной агар, желточно-солевой агар. После чего чашки Петри с культурой микроорганизмов снова поместили в термостат на 24 часа при температуре 37 °С.

Результаты и обсуждение:

По истечению указанного времени при макроскопировании наблюдался сплошной рост микроорганизмов с отдельно расположенными круглыми колониями.

В чашках Петри с кровяным агаром произошёл гемолиз, который дал нам предположить, что в исследуемом материале преобладает *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*).

При микроскопировании с помощью окраски по методу Грама, мы убедились в том, что на всех питательных средах вырос именно стафилококк. Далее мы выделили чистую культуру *S. aureus* путем посева с желточно-солевого агара в пробирки со скошенным агаром. Также провели реакцию плазмокоагуляции, которая отражает патогенность культуры. Положительные результаты наблюдались во всех исследуемых материалах.

Определив вид *S. aureus*, мы совершили пересев чистой культуры в чашки Петри со скошенного агара на свежеприготовленный желточно-солевой агар, предварительно разделив чашки Петри на 12 равных частей. Сразу после этого на каждую часть капали специальным дозатором различные эфирные масла.

Процентное соотношение подавления роста *S. aureus* при действии эфирных масел показало следующие результаты: лаванда – 35,7%; пихта – 71,4%; масло виноградной косточки – 14,2%; розмарин и гвоздика – 78,5%; масло чайного дерева – 42,8%; иланг-иланг – 64,2%; масло камфорное – 7,1%; масло зародышей пшеницы – 21,4%; мята – 71,4%; эвкалипт – 64,2%; касторовое масло – 21,4%; чабрец – 100%.

В результате нашей работы мы можем предоставить индивидуальные эфирные масла для лечения ринита каждому студенту из исследуемой группы лиц:

1- чабрец; 2- пихта, розмарин и гвоздика, мята, иланг-иланг, эвкалипт, чабрец; 3- лаванда, пихта, розмарин и гвоздика, иланг-иланг, касторовое масло, эвкалипт, чабрец; 4- лаванда, пихта,

мята, розмарин и гвоздика, масло чайного дерева, иланг-иланг, масло камфорное, масло зародышей пшеницы, масло виноградной косточки, эвкалипт, чабрец; 5- лаванда, пихта, розмарин и гвоздика, масло чайного дерева, иланг-иланг, масло зародышей пшеницы, мята, эвкалипт, касторовое масло, чабрец; 6-розмарин и гвоздика, иланг-иланг, масло зародышей пшеницы, мята, эвкалипт, чабрец; 7-лаванда, пихта, розмарин и гвоздика, масло чайного дерева, иланг-иланг, масло зародышей пшеницы, мята, эвкалипт, чабрец; 8-масло виноградной косточки, розмарин и гвоздика, чабрец; 9-масло виноградной косточки, розмарин и гвоздика, чабрец; 10-лаванда, пихта, масло виноградной косточки, розмарин и гвоздика, масло чайного дерева, иланг-иланг, масло зародышей пшеницы, мята, эвкалипт, касторовое масло, чабрец; 11-пихта, розмарин и гвоздика, масло чайного дерева, иланг-иланг, мята, эвкалипт, чабрец; 12-пихта, мята, чабрец; 13-чабрец; 14-пихта, розмарин и гвоздика, масло чайного дерева, иланг-иланг, мята, эвкалипт, касторовое масло, чабрец.

Заключение и выводы:

В результате нашего исследования мы можем рекомендовать для лечения и профилактики *S.aureus* в полости носа следующие эфирные масла:

- 1) Чабрец
- 2) Розмарин и гвоздика
- 3) Мята
- 4) Пихта
- 5) Иланг-Иланг
- 6) Эвкалипт

Проведенное исследование показало, что компоненты испытуемых эфирных масел, по-видимому, в разной степени обладают антимикробной активностью, которое может коррелировать с наличием химических функциональных групп, и растворимостью компонентов в биологических средах. Многокомпонентный характер эфирных масел может уменьшить вероятность формирования устойчивости, так как преодолеть антимикробное действие каждого из компонентов сложнее. Это обстоятельство указывает на возможно использование против устойчивых к антибиотикам микроорганизмам как монотерапии, как и в комплексном лечении инфекции.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения эфирных масел на госпитальные штаммы микроорганизмов как на вероятную альтернативу антибиотикам или возможные составляющие компоненты антимикробных препаратов.

Список литературы.

1. Поздеев О.К. Медицинская микробиология: учебное пособие / под ред. В.И.Покровского. – 4-е изд. испр. – М.: ГЭОТАР, 2006. – 768 с.: ил.
2. «Практические навыки» по дисциплине «микробиология, вирусология»: учебное пособие /соавт.: Г.К.Давлетшина,, М.М.Туйгунов, Ю.З.Габидуллин, А.А.Ахтариева, А.К.Булгаков, Т.А.Савченко, - Уфа:изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ, 2016 . - 84 с
3. Каршатова О.Л., Усвятцов Б.Я., Бухарин О.В., Биология патогенных кокков. – М.: Медицина, 2002. – 287с.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМУЛЯРЫ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Дабыл Аружан

Научный руководитель: к .ф.н, доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Лекарственный формуляр организации здравоохранения является основой для планирования бюджета организации здравоохранения на лекарственные средства и подлежит периодическому пересмотру и обновлению не реже одного раза в полгода.

Цель – проанализировать процесса формирования лекарственных формуляров для организаций здравоохранения в Казахстане.

Методы – контент-анализ

Результаты

Как отмечается анализ формулярной системы в Казахстане - лекарственный формуляр и сводный лекарственный формуляр разрабатываются Формулярными комиссиями с учетом следующих критериев отбора лекарственных средств:

1) наличие в Казахстанском национальном лекарственном формуляре, до его разработки в Республиканском лекарственном формуляре;

2) наличие обоснованной потребности в использовании предлагаемого лекарственного средства с учетом данных по заболеваемости, а также регистра больных из существующих автоматизированных информационных ресурсов в области здравоохранения, используемых на территории Республики Казахстан (до разработки Казахстанского национального лекарственного формуляра);

3) доказанной клинической эффективности и безопасности на предлагаемое лекарственное средство (до разработки Казахстанского национального лекарственного формуляра);

4) выбор лекарственного средства при наличии преимуществ по сравнению с имеющимся аналогом в лекарственном формуляре. Замена препаратов для лечения пациентов с хроническими формами заболеваний осуществляется по медицинским показаниям (до разработки Казахстанского национального лекарственного формуляра).

Лекарственный формуляр утверждается первым руководителем медицинской организации по согласованию с Управлением здравоохранения областей, городов Астана и Алматы.

Сводный лекарственный формуляр региона разрабатывается Формулярной комиссией Управления здравоохранения областей, городов Астана и Алматы для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи соответствующего региона на основе лекарственных формуляров медицинских организаций здравоохранения региона.

Вывод: Казахстанский национальный лекарственный формуляр должен быть с доказанной клинической эффективностью и безопасностью, сформированный для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с указанием предельных цен и являющийся обязательной основой для разработки и утверждения лекарственных формуляров в организациях здравоохранения.

АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Дабыл Аружан

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В целях оптимального и эффективного расходования бюджетных средств, выделяемых для закупок лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предназначенных для оказания ГОБМП, лекарственные средства и изделия медицинского назначения закупаются по ценам, не превышающим предельные цены, устанавливаемые в соответствии с пунктом 2 статьи 76 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2017 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» /1/.

Цель – проанализировать процесс ценообразования на лекарственные средства, предназначенные для оказания ГОБМП в Казахстане, согласно нормативным актам.

Методы – контент-анализ

Результаты и обсуждения

В Казахстане предельная цена определяется на каждое зарегистрированное торговое наименование лекарственного средства с учетом оптовой надбавки не более 15 %.

Предельная цена МНН определяется как среднее арифметическое между зарегистрированными предельными ценами торговых наименований лекарственных средств в разрезе одного МНН с учетом лекарственной формы и дозировки, закупаемых в рамках ГОБМП. В случае если заявленная цена, ниже цены фактического закупа предыдущего года, предельная цена на лекарственные средства, произведенные в условиях GMP и поставляемые отечественными производителями в рамках долгосрочных договоров, заключенных до 1 января 2015 года

определяется по заявленной цене с учетом оптовой наценки МЗ РК проводит референтное ценообразование (внутреннее и внешнее) и переговоры по снижению цены на лекарственные средства, изделия медицинского назначения в рамках ГОБМП.

Для проведения внутреннего референтного ценообразования на уже зарегистрированное лекарственное средство экспертная организация анализирует цены торговых наименований лекарственных препаратов в разрезе одного МНН:

- 1) цену производителя;
- 2) цену, представленную для регистрации;
- 3) оптовую цену;
- 4) розничную цену.

Зарегистрированная цена на воспроизведенное лекарственное средство (генерик) не должна превышать 70 % от цены оригинального препарата /2/.

Вывод: Экспертная организация для формирования цен на лекарственные средства, изделие медицинского назначения осуществляет мониторинг цен с формированием единой базы цен Республики Казахстан на лекарственные средства и изделия медицинского назначения из следующих источников: заявления на государственную регистрацию цены на лекарственные средства, изделие медицинского от заявителя, данных референтного ценообразования, данных, представляемых организаторами закупок лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках ГОБМП, данных субъектов фармацевтической деятельности в рамках ГОБМП о ценах на лекарственные средства, изделия медицинского назначения.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ СЕКТОР РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН КАК ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАНЫ

Дабыл Аружан

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Фармацевтический сектор Республики Казахстан является важной неотъемлемой частью системы здравоохранения страны.

Цель – провести анализ развития фармацевтического сектора Казахстана.

Методы исследования:

Контент-анализ

Результаты: За двадцатилетний период система лекарственного обеспечения страны претерпела кардинальные изменения: от централизованной системы поставок до развития разветвленной сети частных дистрибьюторов и розничных аптек.

Наряду с естественными процессами развития предпринимательства в фармацевтическом секторе государством были предприняты меры, позволившие создать соответствующую базу для эффективного регулирования фармацевтического рынка, условий для перехода отрасли к международным стандартам. Создана нормативно-правовая база, регулирующая вопросы обращения лекарственных средств; улучшена система контроля качества лекарственных средств, при этом основные требования к качеству определены разработанной и утвержденной Фармакопеей Республики Казахстан; существенные улучшения отмечаются в системе лекарственного обеспечения.

Вывод

Как показал анализ, основной смысл проводимых реформ заключается в определении фокуса, который направлен на пациента, на повышение качества и доступности оказываемой лекарственной помощи.

НЕЙРОГЛИЯ, СУДОРОГИ И АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ

Дотдаева С.М.

**Научный руководитель: профессор, д.м.н. Арушанян Э.Б.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Несмотря на долгую историю в клинике механизм основного действия противосудорожных препаратов по-прежнему не установлен. Однако за последнее время в экспериментальной и клинической физиологии появились новые, весьма перспективные данные о генезе эпилепсии при участии различных видов ненейрональных клеточных элементов, представленных нейроглией. Одной из причин для трактовки этого вопроса явились современные данные влияния астроцитов на нервные клетки.

Астроциты-ведущие клеточные элементы, в задачу которых входит: модуляция и активация деятельности нейронов. В этой связи представлялось интересным оценить возможное участие астроцитов как в генезе судорог, так и в действии противосудорожных средств.

Цель исследования: анализ литературного материала по данной проблеме. Сбор информации осуществлялся с использованием интернет-ресурсов в диапазоне времени 2013-2018 гг.

Результаты: Как показал проведенный анализ астроциты моделируют синаптическую передачу, усиливая возникающие сигналы в нейронах и депонирует избыток оборота транмиттеров (таких как глутамат, ГАМК и аденозин), которые формируют информационную продукцию. Однако астроглия выполняет свою роль в этих процессах специфичными, отличными от нейронов способами. В зависимости от вида медиатора, находящегося в синаптической щели зависит последующая деятельность астроцитов. (Горайнов С.А., 2013 г.)

Появились сведения о том, что в эпилептической ткани обнаружены изменения специфических каналов и рецепторов клеточной мембраны глиальных клеток. Кроме того, прямой стимуляции астроцитов в моделях эпилепсии оказалось достаточно для индукции нейрональной синхронизации. Вполне вероятно, что терапия эпилепсии, направленная на модуляцию глиальных рецепторов и каналов, окажется эффективной, не потребует непосредственного воздействия на нейроны и поэтому уменьшит ее побочные эффекты (Хаспекоев Л.Г., 2017 г.).

Опираясь на данные о предполагаемых мишенях, исследователями были разработаны специфические препараты, направленные исключительно на метаболизм астроцитов. Одним из таких препаратов является ГАМК-миметик – тиагабин (габитрил).

Леветипрацетам (кеппра), который блокирует дополнительный выход глутамата из астроцита при эпилептогенезе, благодаря чему уровень кальция в постсинаптической мембране не будет достигать критических значений. Также еще одной мишенью для действия противосудорожного эффекта, является блокирование аденозинкиназы в пуринергическом цикле, которое обеспечит поддержание повышенного уровня аденозина в синаптической щели, подавляя судорожный процесс. (Jacqueline A., 2016 г.).

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРЫС ПРИ СОЧЕТАННОМ ВВЕДЕНИИ МЕЛАТОНИНА И ЭЛЕУТЕРОКОККА

Душина Н.И., Гурьянов Г.С.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Бейер Э.В.
Ставропольский государственный медицинский университет**

В последние годы во всём мире наблюдается одна и та же устойчивая тенденция в виде повышения интереса населения, а за ним и профессиональных врачей к лечению заболеваний с помощью действующих начал естественного происхождения. Особое внимание при этом обращают на растения, препараты которых обладают универсальным адаптогенным действием [1,3]. Не меньший интерес исследователей прикован и к другому естественному веществу с адаптогенными свойствами – эпифизарному гормону мелатонину [2]. Учитывая, что как растительные препараты, так и мелатонин обладают психотропными свойствами, представлялось интересным провести оценку их поведенческих эффектов при изолированном и совместном применении.

Материалы и методы. Эмоциональное состояние крыс оценивали по их поведению в открытом поле и крестообразном лабиринте, то есть общепризнанных методиках для определения

тревожности и скрининга анксиолитиков [5]. Каждой группе животных (по 6 особей) внутрибрюшинно вводили экстракт элеутерококка (50 мг/кг), мелатонин (0,1 мг/кг) или их комбинацию. В качестве контроля использовали инъекции физиологического раствора. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с использованием пакета компьютерных программ (Statistica 6.0, MS Office 2010).

Результаты и обсуждение. Поведение интактных крыс в «открытом поле», несмотря на наличие индивидуальных особенностей, имело общие черты. После непродолжительной адаптации животные обычно пересекали от 6 до 12 периферических сегментов и практически не заходили в центральные. Введение физиологического раствора существенно не сказалось на психо-эмоциональном состоянии крыс. Можно отметить незначительное снижение двигательной и исследовательской активности животных, что, вероятно, обусловлено стрессирующим характером самой процедуры инъекции. Элеутерококк увеличивал подвижность крыс, что приводило к достоверному росту числа пересеченных периферических сегментов ($8,0 \pm 1,2$ до $13,0 \pm 0,8$; $P < 0,05$). Чаще совершались вертикальные стойки, отражая рост исследовательской активности, однако, этот сдвиг не носил статистически значимого характера. Мелатонин также повышал двигательную активность крыс, и они гораздо чаще пересекали периферические сегменты, причем увеличение числа переходов носило статистически достоверный характер ($7,5 \pm 0,7$ до $14,0 \pm 1,0$; $P < 0,05$). При этом некоторые животные заходили и в центральные сегменты, чего практически не наблюдалось в других группах крыс. Возрастало также и число вертикальных стоек. В случае сочетанного использования элеутерококка наблюдали наиболее отчетливые изменения в поведении крыс, которые проявлялись в достоверном увеличении количества пересеченных периферических сегментов ($7,0 \pm 1,0$ до $18,0 \pm 1,5$; $P < 0,01$), частых заходах в центральные, а также в большом числе вертикальных стоек.

В крестообразном лабиринте крысы контрольной группы, несмотря на существование значительных индивидуальных колебаний поведения, в целом проводили все время тестирования в закрытых рукавах установки. Усиление локомоции под влиянием элеутерококка проявлялось в частом посещении открытых рукавов крестообразного лабиринта и более длительном пребывании в них ($55,0 \pm 5,5$; в контроле $30,0 \pm 4,0$; $P < 0,05$). Более продолжительное время они находились и в центральной части установки. Всё это можно рассматривать как свидетельство понижения тревожности животных. Мелатонин менее выражено увеличивал время пребывания крыс в открытых рукавах лабиринта, но достоверно повышал число вертикальных стоек ($3,0 \pm 0,5$ до $8,0 \pm 0,8$; $P < 0,01$) и свешиваний. В случае совместного введения веществ высокая горизонтальная активность крыс сочеталась частыми вертикальными стойками и свешиваниями. Практически все время тестирования животные находились в движении, активно исследуя окружающее пространство. В результате длительность их пребывания в открытых рукавах лабиринта ($80,0 \pm 8,0$; в контроле $34,0 \pm 6,0$; $P < 0,01$), а также число вертикальных стоек и свешиваний оказались выше, чем в группах с изолированным введением препаратов.

Как свидетельствуют наши результаты, элеутерококк обладает противотревожным действием. Ранее в нашей лаборатории уже было обнаружено улучшение кратковременной памяти и снижение реактивной тревожности у здоровых добровольцев после приема препарата [4]. Мелатонин также оптимизирует поведение животных, усиливая не только их двигательную, но и исследовательскую активности. Одним из механизмов противотревожного действия мелатонина считают ограничение функциональной активности гиппокампа, который прямо заинтересован в происхождении невротических и депрессивных расстройств. Актуальность и новизна настоящего исследования заключаются в том, что впервые показано наличие отчетливого анксио-литического действия у комбинации элеутерококка и мелатонина, и это может служить основанием для дальнейших более детальных исследований.

Вывод: Элеутерококк и мелатонин, несколько отличаясь по своим психофармакологическим свойствам, в тестах «открытое поле» и «приподнятый крестообразный лабиринт» снижают тревожность животных, при этом максимальный эффект обнаружен при их совместном использовании.

Список литературы.

1. Арушанян, Э.Б. Растительные адаптогены / Э.Б. Арушанян, Э.В. Бейер. – Ставрополь, 2009. – 231 с.
2. Арушанян, Э.Б. Мелатонин: биология, фармакология, клиника / Э.Б. Арушанян, Э.В. Бейер. – Ставрополь, 2014. – 395 с.

3. Антонов, А.К. Применение адаптогенов в онкологии / А.К. Антонов, О.А. Бочарова, А.В. Белоусов // Вестник службы крови России. – 2011. – № 2. – С. 23-26.
4. Арушанян, Э.Б. Влияние элеутерококка на кратковременную память и зрительное восприятие здоровых людей / Э.Б. Арушанян, А.П. Попова, И.Б. Шикина // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2003. – № 5. – С. 10-13.
5. Миронов, А.Н. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств / А.Н. Миронов, Н.Д. Бунатян. – Москва, 2012. – 944 с.

РАЗВИТИЕ ДИСТРИБЬЮТОРОВ ЛЕКАРСТВ В КАЗАХСТАНЕ

Имангазинова Н.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Важную роль на физическую и экономическую доступность лекарств оказывает развитие дистрибьюторской сети на фармацевтическом рынке /1, 2, 3/.

Цель – проанализировать структуру каналов распределения лекарственной продукции в РК. Материалы и методы. Метод контент-анализа.

Результаты исследования. В ходе исследования нами было проанализировано развитие дистрибьюторской сети аптечных организаций в РК и ее влияние на качество оказываемой лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями. Как показал проведенный нами анализ, большинство иностранных фармацевтических производителей лекарственных средств, работающих на территории РК, стараются задействовать уже существующую в Казахстане дистрибьюторскую сеть. При этом ставка делается на крупных дистрибьюторов, имеющих свои филиалы во многих регионах РК (Интерфарм и К и т.д.). Данные дистрибьюторы представляют интересы иностранных компаний в регионах, реализуя лекарственные препараты как мелким оптовикам, так и аптекам, и лечебно-профилактическим учреждениям. Схема дистрибуции лекарственных средств казахстанских отечественных производителей отличается от схемы дистрибуции зарубежных препаратов. В дистрибуции отечественных препаратов широко распространена практика прямых поставок конечным потребителям. Однако такая схема дистрибуции возможна только в радиусе действия производителя. В новых экономических условиях наиболее адекватными из способов заказов лекарственных средств и изделий медицинского назначения явились конкурсные (тендерные) закупки. Таким образом, в Казахстане отечественные производители стремятся, чтобы их препарат вошел в список жизненно важных лекарственных средств, в список лекарственных средств, закупаемых государственными органами в рамках госзаказа (по тендерным спискам). Некоторые дистрибьюторы вовлечены и в розничную торговлю медикаментами. Нередко крупные аптеки выполняют функции оптовика для других соседних аптек.

Как показал проведенный нами анализ, основная масса оптовых аптечных складов в новых экономических условиях расположена в настоящее время на территории гг. Алматы, Шымкента и других крупных финансовых и промышленных регионах РК (Южно-Казахстанском, Карагандинском и Восточно-Казахстанском).

Анализ показал, что на казахстанском фармацевтическом рынке существуют как традиционные каналы распределения, так и вертикальные маркетинговые системы. В рамках проводимого анализа нами была изучена динамика развития дистрибьюторской сети в РК в новых экономических условиях. Формирование дистрибьюторской сети в РК происходило неравномерно по различным регионам.

ВЛИЯНИЕ УДАЛЕНИЯ ЭПИФИЗА НА ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОТИВОТРЕВОЖНОГО ДЕЙСТВИЯ ФЕНАЗЕПАМА

Каминская О.В.

Научный руководитель: Бейер Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Мелатонин вырабатывается мозговой железой эпифизом и активно участвует в поправочной регуляции самых разных функций организма. В числе последних особое внимание исследователей привлекает его психотропная активность.

Цель исследования: представилось интересным исследовать вклад эпифиза как основного источника мелатонина в происхождении противотревожных свойств феназепама.

Материал и методы. Опыты выполнены на 54 белых нелинейных крысах-самцах массой 150-200 г, которых разделили на три группы, по 18 особей в каждой. У животных первой группы под неингаляционным наркозом (золетил 5 мг/кг, внутримышечно) удалили эпифиз по методу, разработанному в нашей лаборатории. Контролем для этой серии служили ложнопериоперированные животные, у которых трепанировали череп, повреждали твердую мозговую оболочку, приподнимали костный лоскут без последующего удаления железы. Результаты оперированных особей сравнивали с данными интактных крыс (третья группа). При проведении фармакологических исследований животных каждой группы разделили на две подгруппы (по 9 особей): первая получала физиологический раствор в качестве контроля, вторая анксиолитик феназепам (0,05 мг/кг) внутрибрюшинно. Для изучения эффектов феназепама применяли традиционные психофармакологические методы – учет поведения животных в «открытом поле» и приподнятом крестообразном лабиринте.

Результаты. Поведение ложнопериоперированных крыс в «открытом поле», несмотря на наличие индивидуальных особенностей, имело общие черты. После непродолжительной адаптации животные обычно пересекали от 6 до 12 периферических сегментов и практически не заходили в центральные. Они также совершали от 3 до 5 вертикальных стоек. Введение физиологического раствора существенно не сказалось на психо-эмоциональном состоянии крыс. Можно отметить незначительное снижение двигательной и исследовательской активности животных, что, вероятно, обусловлено стрессирующим характером самой процедуры инъекции. Феназепам заметно увеличивал подвижность крыс, что приводило к достоверному росту числа пересеченных периферических сегментов ($7,5 \pm 1,2$ до $14,0 \pm 2,0$; $P < 0,01$). Чаше совершались вертикальные стойки, отражая рост исследовательской активности ($6,0 \pm 0,8$; в контроле $3,8 \pm 0,7$; $P < 0,05$). В приподнятом крестообразном лабиринте крысы контрольной группы, несмотря на существование значительных индивидуальных колебаний поведения, практически все время тестирования проводили в закрытых отделах лабиринта. В центр установки и открытые рукава они заходили крайне редко и пребывали там недолго. Исследовательская активность была низкой (50% животных не совершили ни одной вертикальной стойки или свешивания). Феназепам способствовал усилению исследовательской активности крыс и, как следствие, росту числа пересеченных сегментов ($120,0 \pm 15,0$ с, в контроле $35,0 \pm 5,0$ с; $P < 0,01$). Более продолжительное время они находились и в центральной части установки.

Иные результаты получены после удаления эпифиза. Эпифизэктомия приводила к отчетливому повышению тревожности и депрессивности крыс. Так, в открытом поле обнаружено достоверное снижение двигательной активности. Помещенные в один из периферических сегментов поля эпифизэктомированные животные больше половины времени тестирования находились в неподвижном состоянии. Практически не отмечались и умыкания. Резко уменьшалось число вертикальных стоек, что свидетельствовало о падении исследовательской активности ($4,0 \pm 0,5$ до $1,5 \pm 0,2$; $P < 0,05$). В приподнятом крестообразном лабиринте большую часть времени эти особи проводили в закрытых рукавах установки. В результате время пребывания в открытых рукавах резко сокращалось ($40,0 \pm 6,0$ до $22,0 \pm 4,0$; $P < 0,05$). Также снижалось количество вертикальных стоек и свешиваний. Феназепам незначительно увеличивал число пересеченных периферических сегментов открытого поля, не влияя на другие показатели поведения. Причем этот сдвиг отмечался на уровне тенденции и мало отличался от результатов контрольной группы ($6,0 \pm 1,5$ и $4,5 \pm 1,0$ соответственно). В приподнятом крестообразном лабиринте эпифизэктомия нивелировала действие феназепама, крысы большую часть времени находились в темных отсеках, также снижалась исследовательская активность в виде снижения вертикальных стоек.

Вывод. На фоне удаления эпифиза тревожность крыс усиливается и заметно ослабляется анксиолитическая активность феназепама.

ЗНАЧЕНИЕ ВРЕМЕНИ СУТОК ДЛЯ ВЫРАЖЕННОСТИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЕЛАТОНИНА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С ДИКЛОФЕНАКОМ И ПРЕДНИЗОЛОНОМ У КРЫС С АДЬЮВАНТНЫМ АРТРИТОМ

Кильдишева К.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Арушанян Э.Б.

Актуальность. Как известно, болевая чувствительность претерпевает суточные колебания. При некоторых заболеваниях, в частности ревматоидном артрите, наблюдается нарушение суточного ритма боли с более выраженной симптоматикой в утреннее время. Это может быть связано с особенностями секреторной активности эпифиза и его основного гормона мелатонина (МТ).

Цель: изучить влияние МТ и противовоспалительных препаратов при их изолированном и сочетанном введении на суточный ритм болевой чувствительности у крыс с экспериментальным артритом.

Материал и методы. Опыты проводились на 100 крысах-самцах в два этапа. На первом этапе определены минимально эффективные дозы препаратов: мелатонина, диклофенака (ДФ) и преднизолона (ПР), которые вводились внутрибрюшинно в течение 14 суток крысам с адьювантным артритом. После определения оптимальных доз вещества вводились в комбинации преднизолон (0,5 мг/кг) + МТ (0,1 мг/кг) и диклофенак (2,0 мг/кг) + МТ (0,1 мг/кг) по аналогичной схеме. Контролем служили группы, которым вводился физиологический раствор и животные без артрита. Исследование болевой чувствительности проводилось в тесте «Горячая пластина» при $t=55^{\circ}\text{C}$ в утренние (07:00-08:00) и вечерние часы (19:00-20:00) в условиях фиксированного светового режима. В тесте учитывались показатели латентного времени вертикальной стойки, что отражало величину порога болевой чувствительности. Процент угнетения болевой реакции (УБР) препаратом рассчитывали по показателю латентного времени реакции облилизывания задних лапок. Все показатели были обработаны в программе BIOSSTAT, используя парный критерий Стьюдента, различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты. У интактных животных порог болевой чувствительности был выше утром и снижался к вечеру. После введения адьюванта Фрейнда у контрольных животных наблюдалось достоверное снижение болевого порога, более значимое в утренние часы. При этом менялась суточная динамика: чувствительность к термическому раздражителю была меньше в вечернее время. ДФ увеличивал порог восприимчивости к боли, однако слабо влиял на его суточные колебания. При введении ПР также отмечено увеличение болевого порога, которому сопутствовало уменьшение суточных колебаний чувствительности к термическому раздражителю. Подобные результаты были получены и при введении МТ. Во всех случаях изолированного введения веществ, достоверное снижение болевой чувствительности было получено в утреннее время.

Сочетанное введение МТ и традиционных противовоспалительных препаратов приводило к более выраженному увеличению порога болевой чувствительности ($p<0,05$), причем как в утренние, так и в вечерние часы. Это означает, что добавление МТ к ПР или ДФ усиливало их анальгетические свойства. Латентное время вертикальной стойки было выше при введении комбинации МТ с ПР, однако достоверной разницы между двумя разными комбинациями получено не было. При изолированном применении ДФ и ПР наблюдались выраженные суточные колебания болевой чувствительности. Добавление МТ к противовоспалительным препаратам сглаживало суточные колебания болевого порога по сравнению с их изолированным введением. В обоих случаях сочетанного введения веществ наблюдалось уменьшение разницы утренних и вечерних определений порога болевой чувствительности в сравнении с контрольной группой.

Выводы. МТ и традиционные противовоспалительные препараты ограничивают болевую чувствительность у крыс в тесте «Горячая пластина». Сочетанное применение препаратов приводит к более выраженному росту болевого порога и сглаживанию суточных колебаний болевой чувствительности.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И БИОРЕСУРСНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ШИПОВНИКА КОРИЧНОГО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Коханова Д.А., Борзенкова Е.А., Москвская Л.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

В современное время большинство людей не получают суточной нормы витаминов и минеральных веществ, тем самым страдая гиповитаминозами и болезнями, связанными с недостатком витаминизированной пищи. В связи с данной проблемой, объектом для наших исследований был выбран шиповник коричный *Rosa cinnamomea* L. (шиповник майский *R. Majalis* Negtm). Плоды шиповника являются хорошим поливитаминным препаратом и применяются для лечения и профилактики а- и гиповитаминозов, обладают желчегонным и противовоспалительным действием. На накопление биологически активных веществ в шиповнике коричном влияют следующие факторы: место обитания, почвенный покров, количество солнечной энергии, экологическое состояние окружающей среды. [1] Поэтому цель нашей работы заключается в определении наиболее оптимальных мест для сбора ягод с последующим их использованием в медицинской практике и пищевой промышленности в качестве поливитаминного сырья.

Материалы и методы. В основном исследованию использовался шиповник коричный, так как он широко встречается на территории Оренбургского района.

В весенний период (май 2017г.) нами были заложены ключевые участки: прирусловая пойма реки Урал (поляна, под пологом леса); 23 микрорайон (зона жилой застройки), где проводили наблюдение за объектом и сбор материала (плодов).

С мая по август, мы наблюдали различные фазы жизни растения. В августе – сентябре, вели сбор плодов шиповника. Для исследований выбирали узкие, ярко красные плоды, так как они содержат наибольшее количество витамина С. [2]

Для получения более точных результатов плоды собирали с 30 отобранных кустов, в каждом месте обитания. Из них 6 выборок, полученных методом случайного отбора подвергали анализу. Конечные результаты были отобраны математически.

Выполнение экспериментов осуществлялось на базе научных учреждений.

Результаты и обсуждения.

1. Количественное определение аскорбиновой кислоты в шиповнике коричном.

Анализировали свежие, целые плоды по методике ГФ СССР (1968г.).

По завершении исследования было выявлено, что концентрация аскорбиновой кислоты по мере созревания плодов возрастает и её максимальное количество накапливается в зрелых плодах. В перезрелых плодах количество аскорбиновой кислоты снижается. Плоды, собранные на поляне (наиболее солнечный участок) в прирусловой пойме реки Урал содержат наибольшую концентрацию аскорбиновой кислоты, чем плоды, собранные в прирусловой пойме реки Урал под пологом леса и 23 микрорайоне (зона жилой застройки), что говорит о том, что на содержание аскорбиновой кислоты первостепенное влияние оказывает количество солнечной энергии. [3]

2. Определение дубильных веществ в плодах шиповника коричневого.

Результаты проведения качественных реакций на содержание дубильных веществ по общепринятому методу свидетельствуют об их присутствии в водном извлечении, проявившиеся в случае осаждения желатином, в виде хорошо видимого осадка. При осаждении алкалоидами - выпадением хорошо видимого белого осадка. [4]

Интенсивность реакции оценена в (+++), что указывает на высокое содержание данного вещества в пробе. В связи с этим, мы посчитали необходимым определить количественное содержание дубильных веществ в плодах шиповника коричневого по общепринятой методике описанной в ГФ СССР (1968г.).

Исходя из полученных данных мы определили, что наличие дубильных веществ в плодах шиповника коричневого в значительной степени не зависит от типа почвы и экологических условий.

Выводы. На основании проведенного исследования плодов шиповника коричневого, произрастающего в Оренбургском районе, установлено следующее:

1. Шиповник коричный имеет широкое распространение в Оренбургском районе. Отдельными кустами встречается повсюду: на полях, лугах, культивируется в парковой зоне. Но наиболее обильно произрастает в пойме реки Урал.

2. В результате фитохимических исследований было установлено, что плоды шиповника коричневого содержат аскорбиновую кислоту и дубильные вещества.

3. При определении аскорбиновой кислоты обнаружено, что наибольшее количество витамина С – в зрелых плодах и на более солнечном участке.

4. Сбор плодов в лечебных целях необходимо проводить в пойме реки Урал на наиболее освещенных участках, нежели в затемнённых участках и в городской черте с наибольшей техногенной нагрузкой.

Список литературы

1. Гаммерман, А.Ф. Курс фармакогнозии/ А.Ф. Гаммерман – Санкт – Петербург, 2010 – С.703–706.
2. Доспехов, Б.А. Основы методики полевого опыта/Б.А.Доспехов – Москва ,2009 – С.176-179.
3. Карпова, Е. А. Биологические свойства плодов шиповника/ Е.А. Карпова//Пища, экология, качество. – Новосибирск , 2011 - С. 99-100.
4. Шмидт, О. Природные дубильные вещества / О. Шмидт – Москва, 2009 – С.239 -245.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ КАРБАМАЗЕПИНОМ: СТАТИСТИКА С 2015 ПО 2017 ГГ. ПО Г.МИНСКУ

Лишай А.В., Вержун О.М.

Белорусский государственный медицинский университет

Карbamазепин был синтезирован в 60-е гг XX столетия в качестве противоболевого средства. Вскоре было установлено, что карbamазепин проявляет свойства анти-конвульсанта и с 1965 г. его начали использовать для лечения эпилепсий, а в дальнейшем спектр показаний продолжал расширяться, и сегодня, несмотря на прогресс в нейрпсихофармакологии, карbamазепин все равно находит широкое применение в для лечения простых и сложных парциальных приступов, невралгии тройничного нерва и биполярных аффективных нарушений [1].

При приёме внутрь карbamазепин всасывается медленно, а его биодоступность находится в пределах 70 - 95%. Карbamазепин на 70 - 80% связывается с белками плазмы крови, пик концентрации в плазме крови наблюдается через 4—8 ч и держится до 24 ч. Период полувыведения лекарственного средства из крови от 21 до 55 часов у здоровых пациентов, и от 8 до 19 часов у пациентов, страдающих эпилепсией и получающих лечение карbamазепином. Стоит отметить, что с мочой в неизменном виде выводится менее 25% принятой дозы карbamазепина [2].

Широкое использование противоэпилептического лекарственного средства карbamазепин у больных с различными формами эпилепсии, назначение при лечении алкогольной и наркотической зависимости, а также применение в психиатрической практике, обуславливает доступность данного лекарственного средства и, соответственно, увеличение частоты острых отравлений.

Цели работы: Анализ частоты и сезонности отравлений карbamазепином на основании статистических данных Республиканского центра по лечению острых отравлений на базе УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» го-рода Минска за 2015-2017 гг.

Материалы и методы исследования: Материалом для исследования послужили статистические данные Республиканского токсикологического центра по лечению острых отравлений химической этиологии с 2007 по 2017гг.

Результаты и обсуждение:

При изучении данных общего количества отравлений по г. Минску с 2007 по 2017гг., пришли к выводу, что динамика химических отравлений имеет волнообразный характер – наблюдается попеременное увеличение и снижение количества отравлений в течение 3-4 лет, но общее количество отравлений находится примерно на одном и том же уровне, поскольку в Беларуси за последние годы не было техногенных катастроф, военных действий и др. Пик отравлений в республике, как и в странах Европы, приходится на 2014-2015гг. это связано с популярностью употребления в молодежной среде курительных смесей, но благодаря принятому на государственном уровне в 2015г. закону об уголовной ответственности за употребление и распространение курительных смесей, ситуация значительно улучшилась.

Число отравлений лекарственными средствами значительно уменьшилось за последние 4 года. Долгое время именно лекарства лидировали по количеству отравлений, однако в 2016, 2017 годах уступили отравлениям алкоголем. Общее количество острых отравлений в период с 2015 по 2016 заметно снизилось – на 3,1% в 2016 году по сравнению с 2015 годом, но в 2017г – возросло на 5,89% по сравнению с 2016г. Несмотря на растущее относительно количество случаев отравлений алкоголем и его суррогатами, абсолютное количество случаев все же снижается. Второе место за 2016, 2017гг в структуре отравлений занимают отравления лекарственными средствами (23% в каждом случае, от количества общих отравлений) и около 70% приходится на долю ЛС влияющих на ЦНС (2015г – 72,34%; 2016г-71,4%; 2017г- 75,7%).

Отравления карбамазепином по отношению к отравлениям другими лекарственными средствами, влияющим на ЦНС, в процентном соотношении составляют в 2015г. – 2,18%, в 2016г- 6,07%, в 2017г. – 6,51%, учитывая, что в этой группе отравлений 70-80% приходится на отравления наркотическими веществами и курительными смесями – отравления карбамазепином встречаются очень часто. Наибольшее число острых отравлений химической этиологии связано с употреблением токсических веществ с целью опьянения, второе место занимают отравления, связанные с ошибочным приемом ЛС, на третьей позиции находятся острые отравления химической этиологии с суицидальными намерениями.

Закключение:

Острые химические отравления, в том числе и лекарственными средствами, после отравлений наркотическими веществами, являются актуальной проблемой не только в странах мира, но и в Республике Беларусь. Основную часть отравлений лекарственными средствами составляют отравления ЛС, влияющими на ЦНС, причинами являются злоупотребление ЛС данной группы с целью получения чувства эйфории, превышением доз у лиц, страдающих психическими заболеваниями, и при суицидальных попытках. В ходе выполнения работы установлено, что острые химические отравления являются актуальной проблемой в Республике Беларусь. По данным Республиканского токсикологического центра по лечению химической травмы было установлено, что среди пациентов с химической травмой по половому признаку преобладают мужчины, по возрасту – лица молодого возраста 20-40 лет, также в группах риска находятся молодые люди до 20 лет (подростки) и лица пожилого возраста.

Список литературы.

- 1 A. Payette, M. Ghannoum, F. Madore, M. Albert, S. Troyanov, J. Bouchard, Carbamazepine poisoning treated by multiple extracorporeal treatments, Clin. Nephrol. 83 (2015) 184–188.
2. S.C. Stoner, L.A. Nelson, J.W. Lea, P.A. Marken, R.W. Sommi, M.M. Dahmen, Historical review of carbamazepine for the treatment of bipolar disorder, Pharma-cotherapy, 27 (2007) 68–88.

ПРЕДСКАЗАНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ 4-МЕТИЛСПИНАЦЕАМИНА

Марцинкевич А.Ф., Уселёнок Г.О., Буянова С.В.

Витебский государственный медицинский университет

Молекулярно-биологические механизмы формирования алкогольной зависимости представляют собой обширный и глубокий спектр теоретических и прикладных задач, к решению которых современное сообщество только начало приступать. Традиционно считается, что развитие пагубного пристрастия к этанолу обусловлено непосредственным влиянием молекулы этилового спирта на эндогенные белки-мишени, такие как рецепторы ГАМК и NMDA. Однако данная точка зрения опускает факт существования огромного количества метаболитов этилового спирта, образующихся в результате конденсации продуктов его деградации с биогенными аминами. Так, например, ранее нами было показано, что сальсолинол, синтезирующийся в ходе неферментативной конденсации ацетальдегида и дофамина, способен связываться с опиоидным μ -рецептором, а также выступать в роли ингибитора дофаминавого транспортера [1, 2]. Как известно, некорректная активация подобных структур ЦНС может вызывать развитие эйфории и состояния изменения сознания, что в долгосрочной перспективе может индуцировать развитие психической и физической зависимости. В настоящее время известно достаточно много продуктов, образующихся при участии ацетальдегида – сальсолинол, группа тетрагидропапаверолинов и тетрагидро- β -карболинов. Вместе с тем, нами было обнаружено, что

4-метилспинацеамин, продукт конденсации ацетальдегида с гистамином, образующийся в условиях *in vitro* с достаточно высокой скоростью [3], в доступной литературе подробно не изучен. Отмечается лишь отсутствие биологической активности, показанное в скрининговых исследованиях противораковых лекарственных средств и то, что некоторые его количества содержатся в кожном секрете лягушек рода *Leptodactylus* [4].

Вместе с тем, структурно 4-метилспинацеамин схож с соляноломом и, по высказанной нами гипотезе, способен показывать аналогичные биологические эффекты. Таким образом, целью настоящего исследования было предсказание биологической активности 4-метилспинацеамина.

Материалы и методы:

Определение возможного спектра биологических мишеней осуществляли с использованием сервиса SwissTargetPrediction, алгоритм работы которого основан на предсказании возможности образования комплекса «белок-лиганд» в зависимости от топологических особенностей последнего [5].

Результаты и обсуждение:

Результаты выполненных расчетов находятся в публичном доступе [6] и показывают, что 4-метилспинацеамин, кроме ожидаемого сродства к гистаминовым рецепторам H₂, H₃ и H₄ способен взаимодействовать с белками, имеющими иные нативные лиганды. Так, например, показана возможность связывания 4-метилспинацеамина с D₂-дофаминовыми рецепторами, а также с рецепторами серотонина, такими как 2A, 2B и 2C. Как известно, все указанные структуры играют немаловажную роль в регуляции высшей нервной деятельности человека и, кроме того, являются мишенью для воздействия различных психоактивных соединений, среди которых можно отметить псилоцибин, мескалин DOI и ЛСД.

Заключение и выводы:

Согласно полученным результатам, продукт неферментативной конденсации ацетальдегида и гистамина, 4-метилспинацеамин, способен взаимодействовать с рядом белковых структур ЦНС, таких как дофаминовые и серотониновые рецепторы. Таким образом, согласно нашим предположениям, дальнейшее изучение спектра биологического действия 4-метилспинацеамина способно раскрыть новые пути формирования алкогольной зависимости, и, в конечном итоге, предложить способы ее лечения.

Список литературы:

1. Уселёнок, Г.О. Молекулярное моделирование взаимодействия солянолола с опиоидным μ -рецептором / Г.О. Уселёнок [и др.] // «Интернаука»: научный журнал. – 2018. – № 9(43). – С. 6-8.
2. Уселёнок, Г.О. Молекулярное моделирование связывания солянолола с дофаминовым транспортером / Г.О. Уселёнок, Я.С. Марцинкевич, А.Ф. Марцинкевич // Будущее фундаментальной и прикладной науки: проблемы и перспективы: сборник научных статей по материалам Второй международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых / под общ. ред. Н.П. Коробковой. – М.: Глобальное партнерство, 2018. – С. 57-59.
3. Ohya, T. Relative reactivities of histamine and indoleamines with acetaldehyde / T. Ohya, M. Niitsu // Biol Pharm Bull. – 2003. – № 26(8). – P. 1215–1218.
4. Erspamer, V. The identification of new histamine derivatives in the skin of *leptodactylus* / V.Erspamer [et al.] // Archives of Biochemistry and Biophysics. – 1964. – V. 105. – P. 620–629.
5. Gfeller, D. Shaping the interaction landscape of bioactive molecules / D. Gfeller, O. Michielin, V. Zoete // Bioinformatics. – 2013. – № 29 (23). – P. 3073-3079.
6. Swiss Target Prediction [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.swisstargetprediction.ch/result.php?job=1246054131&organism=Homo_sapien. – Date of access: 14.10.2018.

РОЛЬ МЕЛАТОНИНА В ПРОДУКТИВНОСТИ УЧЕБЫ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ЛЕТНЕЙ И ЗИМНЕЙ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ СЕССИИ

Масюкевич А. И., Дудко А. Н.

Научный руководитель: Путик В. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Режим дня формируется под влиянием биологических ритмов, которые опосредуются выработкой гормона мелатонина. Установлено, что правильно организованный и систематически выполняемый режим дня способствует правильному развитию человека, нормальному функционированию и четкому взаимодействию всех органов и систем организма, предохраняет нервную систему от переутомления, повышает сопротивляемость организма к заболеваниям, обеспечивает высокую работоспособность на протяжении учебного дня [2,3].

В современном мире актуальной является проблема тревожности, недосыпания, неустойчивости к стрессу. Особенно это касается студентов, в частности, медицинских университетов. Несоблюдение режима дня приводит к различным состояниям, в которых студентам становится сложнее учиться, работать [1].

Поэтому в данном исследовании мы решили изучить предположительное влияние выработки мелатонина, которое коррелирует продолжительностью сна, на работоспособность, производительность учебы, а также на качество жизни студентов медицинских вузов.

Материал и методы. Для решения поставленных задач проведено анкетирование 307 студентов первого-пятого курсов лечебного факультета УО «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минска. В результате опроса были собраны данные о продолжительности сна в часах в период зимней и летней сессий и об отметках за экзамены, полученных в эти сессии. Также проводилась оценка качества жизни студентов методом анкетирования. Был использован «Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни» с сайта www.who.int, на его основе составлен адаптированный опросник. В состав опросника вошло 14 вопросов. Ответы оценивались по шкале от 1 до 5, где 1 балл соответствовал лучшей оценке качества жизни, а 5 баллов — худшей оценке. Результаты оценивались по трем диапазонам качества жизни: высокое — 25 и ниже, удовлетворительное — от 25 до 49 включительно, низкое — 50 и выше.

Кроме того, все опрашиваемые были разделены на 2 контрольные группы в соответствии с их средним баллом: в первую группу вошли учащиеся со средним баллом 8 и выше, а во вторую группу — ниже 8. В этих двух группах оценивалась продолжительность сна, а также непосредственно количество студентов.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «Статистика 10». Достоверность различий оценивали по t – критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате обработки и анализа собранных данных установлено следующее. Средняя продолжительность сна в летнюю сессию (6,81 ч) меньше, чем в зимнюю (7,21 ч). Это связано с большей продолжительностью светового дня в летнее время. Среднее значение среднего балла студентов в летнюю сессию ниже (7,06), чем в зимнюю (7,46). На основании этих данных можно судить о большей продуктивности учёбы студентов в период зимней сессии. Среднее значение качества жизни в зимнюю и летнюю сессии существенно не различалось. Зимой этот показатель составлял 35,04, а летом — 37,22. Исходя из результатов, можно предположить, что количество сна и продолжительность светового дня на качество жизни влияет незначительно, однако имеется некоторое улучшение качества жизни в летнее время.

Результаты адаптированного опросника ВОЗ оценивались по трем диапазонам: высокое, низкое и удовлетворительное качество жизни. В летнюю сессию наблюдалось 37 студентов с высоким качеством жизни, 222 студентов — с удовлетворительным, и 48 студентов имели низкое качество жизни. В зимнюю сессию отмечается увеличение количества студентов с высоким качеством жизни (71 студент), удовлетворительное состояние наблюдалось примерно у такого же числа учащихся (216 студентов), и уменьшилась группа студентов с низким качеством жизни (20 человек).

Заметно, что в зимнюю сессию имеется сдвиг в сторону повышения качества жизни по сравнению с летним периодом.

Анализ двух контрольных групп показал следующее. Количество студентов первой группы в период летней сессии составило 112 человек, в зимнюю сессию таких студентов было больше —

150. Средняя продолжительность сна студентов этой группы также отличалась: летом она составила 7,07 ч, а зимой — 7,35 ч. Качество жизни студентов этой группы не имело существенных различий в период летней и зимней сессий (33,54 и 33,43 соответственно).

Число студентов второй группы в период летней сессии равно 195, а в период зимней сессии их количество было меньше — 157. Средняя продолжительность сна, как и в первой группе, летом оказалась меньше (6,65 ч), чем зимой (7,08 ч), а качество жизни летом оказалось незначительно ниже, чем зимой (39,38 и 36,54).

В первой группе видно, что количество студентов больше в период зимней сессии, чем в период летней, также отмечается зависимость с продолжительностью сна: чем длиннее сон, тем большее количество студентов входит в первую группу. Во второй группе наблюдается обратная зависимость: чем больше продолжительность сна, тем меньше студентов относится ко второй группе. Качество жизни внутри каждой из групп незначительно изменяется в пользу зимнего периода.

При сравнении двух групп между собой можно заметить, что средняя продолжительность сна в первой группе больше, чем во второй. Также в первой группе отмечается более высокое качество жизни.

Выводы. Таким образом, мы можем предположить, что большая продолжительность ночного сна, а также меньшая продолжительность светового дня (что наблюдается в зимнее время) способствует большей выработке мелатонина, а он, в свою очередь, оказывает благоприятное влияние на работоспособность, успеваемость и общее состояние здоровья студентов.

Список литературы.

1. Мелатонин: теория и практика / Голиченков В.А., Рапопорт С.И., Беспятых А.Ю., Бродский В.Я. — изд. Медпрактика-М, 2009. — 100 с.
2. Стожаров А. Н., Медицинская экология: учебное пособие / А. Н. Стожаров. — Минск, 2007. — 368 с.
3. Lore Correia and Germaine Mayers: Melatonin: Medical Uses and Role in Health and Disease. — Biochemistry Research Trends, 2017. — P. 319.

ВЛИЯНИЕ НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ

Махмудова Н.Р., Абдулаева Р.Ш.

Дагестанский государственный медицинский университет

При высоких умственных нагрузках, чтобы обезопасить себя от стрессовых воздействий, повысить продуктивность и когнитивные способности мозга, большинство студентов прибегают к употреблению ноотропных препаратов.

Ноотропные препараты это лекарственные средства, предназначенные для оказания специфического воздействия на высшие психические функции.

Считается, что данные препараты способны улучшить умственную деятельность, активизировать когнитивные функции, улучшать память и увеличивать способность к обучению. Предполагается, что ноотропы увеличивают устойчивость мозга к разнообразным вредным воздействиям, таким как чрезмерные нагрузки или гипоксия.

До сих пор ведутся споры об эффективности данных средств, поэтому эта тема является актуальной по сей день.

Цель исследования. Выявить, действительно ли ноотропные препараты способны повышать когнитивные способности и улучшать память.

Материалы и методы исследования.

-статистический анализ

-сравнение.

Для проведения исследования мы использовали препарат Пирацетам, так как он является одним из самых популярных препаратов с невыясненной доказательностью.

Участников исследования разделили на 2 группы:

-Группа А - контрольная группа (плацебо)

-Группа Б- принимающие препарат.

В связи с распространенностью хронической усталости, психомоторного возбуждения и депрессивных состояний, в регионе автора было решено провести клиническое исследование препарата Пирацетам .

Были осуществлены 2 выборки по 20 человек со схожими клиническими симптомами , средний возраст который составил 19-22 года .

Контрольную группу составили случайно отобранные люди от 19 до 22 года разного социального положения ,пола и профессии.

Опытную группу составили случайно отобранные люди от 19 до 22 года с идентичными контрольной группе симптомами разных профессий ,пола и социального положения.

Участникам был задан ряд вопросов по поводу производительности и стресса. После чего они оценили степень своей продуктивности по пятибалльной шкале.

Средний балл составил 3,0 .

Обе группы наблюдались в течение 2,5 месяцев для оценки клинической эффективности препарата.

Через 2,5 календарных месяца оценивается клиническая эффективность препарата путем сравнения результатов опытной группы относительно результатов контрольной.

Для исключения статистической ошибки результат контрольной группы сравнивался с результатом до начала приема препарата .

Результаты исследования

По завершению данного исследования , испытуемые оценили эффективность лечения по пятибалльной шкале.

У пациентов, принимавших Пирацетам , было отмечено улучшение изучаемых показателей через 4 недели лечения, максимальный эффект наблюдался через 6 недель

В среднем участники первой группы оценили свою производительность на 4,5 балла.

Они сообщили, что использование Пирацетама повысило их продуктивность , помогло в борьбе с утомляемостью в течение дня .

В то время как в группе плацебо не было выявлено особых изменений .

Заключение.

Таким образом, результаты нашего исследования и исследований , проводившихся ранее, свидетельствуют о том , что ноотропные препараты оказывают положительное действие на когнитивные функции мозга, снижают симптомы связанные со снижением когнитивных способностей, таких как тревога и депрессия , а так же при нарушениях, обусловленных сосудистыми или сосудисто–дегенеративными факторами. Так же участники сообщают о влиянии лечения на эмоциональные состояния. В частности они отмечают появление мотивации , заинтересованности .

Список литературы.

1. Лесиовская Е. Е., Марченко Н. В., Пивоварова А. С. Сравнительная характеристика лекарственных средств, стимулирующих ЦНС. Ноотропные препараты. / Фарминдекс, Практик №4 2003

2.Строков И.А., Моргоева Ф.Э., Строков К.И. и др. Терапевтическая коррекция диабетической полиневропатии и энцефалопатии Актовегином // Русс. мед.журн. – 2006 – №9 – с.698–703

3.Давыдова И. А. Клинико-фармакологические закономерности терапевтического действия препаратов с ноотропными свойствами: Дис. канд. мед. наук. – М., 2001. – 167 с.

ВЛИЯНИЕ КАДАВЕРИНА НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТИ ПРО- И ЭУКАРИОТИЧЕСКИХ КЛЕТОК

Морозов И. А.

Научные руководители: Карпунина Т. И., Годовалов А. П.

**Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера,
Городская клиническая больница №2 им. Ф. Х. Граля**

Кадаверин – (лат. cadaver труп) α,β -пентаметилдиамин (1,5-диаминопентан) продукт ферментативного декарбоксилирования лизина, образуется при разложении белков, относится к птомаминам. Представляет собой бесцветную жидкость с плотностью 0,870 г/см³ и температурой кипения 178-179°C. Кадаверин легко растворим в воде и спирте, даёт хорошо кристаллизующиеся соли. Является сильным основанием, его химические свойства определяются двумя аминогруппами. Замерзает при +9 °С. Изучение метаболизма кадаверина и его биологических свойств имеет большое значение для понимания механизмов взаимодействия патогенных микроорганизмов и макроорганизма. Кадаверин широко распространен в природе. Может оказывать влияние на все составляющие любого биотопа организма человека. Показано, что может быть синтезирован как клетками организма человека, так и микроорганизмами. Можно предположить, что кадаверин является универсальным регулятором активности клеток разного происхождения.

Цель исследования – оценить влияние кадаверина на функциональную активность эукариотических клеток и микроорганизмов.

Материалы и методы. Оценивали фагоцитарную активность лейкоцитов периферической крови практически здоровых доноров по методу Shilov et al. [2] после предварительной прединкубации клеток с кадаверином (0,01 М) в течение 60 минут при 37°C. Тест-микроорганизм *Escherichia coli* K12 культивировали в среде LB и определяли содержание кадаверина методом жидкостной хроматографии.

Результаты. Показано, что кадаверин обладает способностью снижать фагоцитарную активность лейкоцитов периферической крови человека, меняет соотношение фагоцитирующих клеток. В первую очередь снижается число фагоцитирующих нейтрофилов (48%). Однако среди фагоцитирующих клеток увеличивается количество тех, которые захватили более 2 объектов. Отмечено увеличение поглотительной способности эозинофилов, что требует более детального изучения. С другой стороны, установлено, что синтез кадаверина клетками *E. coli* строго зависит от содержания кислорода в окружающей среде. При культивировании в аэробных условиях содержание кадаверина в среде значительно снижалось. При уменьшении аэрации содержание кадаверина в бактериальных клетках возрастало более чем в 10 раз.

Можно предположить, что в фагосомах *E. coli*, находясь в условиях недостатка кислорода и повышения содержания радикалов, увеличивает синтез кадаверина, который позволяет микроорганизму выживать в неблагоприятных условиях, поскольку тормозит фагоцитарную активность лейкоцитов и выступает в роли антиоксиданта [1].

Закключение. Таким образом, кадаверин может способствовать выживанию *E. coli* в условиях уменьшения аэрации, которые создаются в фагосоме фагоцита. В то же время, кадаверин тормозит функциональную активность фагоцитирующих клеток, давая дополнительные возможности для роста *E. coli*.

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ СРЕДИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРЕДИНА

Ажибекова Ж.К., Ахилбек Д.Н., Маханбетхан Ш.Ш.

Научный руководитель: Есетова К.У.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В нынешнее время имеется значительное количество антиаритмических средств. Однако, которые могут обладать проаритмическим действием и токсическими реакциями. Также большинство из антиаритмических препаратов имеют серьезные недостатки, главным из которых является малая терапевтическая широта, и наличие кардиальных и

экстракардиальных побочных явлений [1]. Поэтому поиск новых и малотоксичных, высокоактивных антиаритмических средств является актуальной задачей [2]. определение острой токсичности и изучение мембраностабилизирующих активности вновь синтезированных производных пиперидина под лабораторными шифрами: МАВ-216, МАВ-217, МАВ-218, МАВ-219 проводилось согласно руководству по доклиническому исследованию новых фармакологических веществ [3]. Острая токсичность изучалась на белых мышах при подкожном введении и анализировалась по показателю ЛД₅₀. Расчет показателя ЛД₅₀ проведен по методу Беренса [4]. Скрининговые исследования противоаритмической активности новых производных пиперидина проведено на модели экспериментальной желудочковой (хлоридкальциевой) аритмий [3].

10% раствор хлорида кальция вводили в бедренную вену крыс в дозе 250 мг/кг, что вызывало аритмию и гибель контрольных животных в 100% случаев. В опытной группе исследуемые соединения вводили внутривенно после 5 минут введения кальция хлорида. Регистрация электрокардиограммы проводилась во втором стандартном отведении каждые 5 минут.

Анализ противоаритмической активности по показателю выживаемости, частоте антифибрилляторного эффекта, наличию предупреждающего действия в сравнении с эталонными противоаритмическими препаратами - лидокаином и этмозином. Полученные результаты статически обработаны.

Показатели острой токсичности соединений и препаратов сравнения при подкожном введении представлены в таблице №1 и дают основание заключить, что все исследуемые соединения значительно менее токсичны, чем лидокаин. Показатель ЛД₅₀ соединения МАВ-216, МАВ-217, МАВ-218 и МАВ-219 составил 625±20,9 мг/кг; 575±18,9; 600±20,0 и 650±19,2 соответственно.

По мембраностабилизирующему эффекту соединение МАВ-217 в дозе 1мг/кг массы животного при хлоридкальциевой аритмии в 1,5 раза активнее, чем этмозин, но в 1,33 раза менее активен, чем лидокаин (таблица №2), по выживаемости соответствует показателям лидокаина и этмозина(66,6%). Соединения МАВ-216, МАВ-218, МАВ-219, практически не оказывали мембраностабилизирующий эффект, при этом выживаемость животных составил 33,3%, 83,3 и 0% соответственно.

Таким образом, соединение МАВ-217 обладает противоаритмической активностью при хлоридкальциевой аритмии и малой токсичности.

Все исследуемые соединения оказались малотоксичными. Антиаритмический эффект оказал соединение под шифром МАВ-217.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА ПРОТИВОТРЕВОЖНОЕ ДЕЙСТВИЕ ГРАНДАКСИНА

Петровский А.Э., Кругляк С.Е.

Научный руководитель: Каминская О.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

На сегодняшний день поиск наиболее эффективных и безопасных психотропных веществ остаётся одной из наиболее актуальных задач психофармакологии. Немаловажным является также и изыскание путей снижения побочных действий уже существующих препаратов. Одним из наиболее перспективных препаратов данной группы является специфический бензодиазепиновый анксиолитик средней длительности действия грандаксин.

Цель исследования: изучить возможные изменения психотропной активности грандаксина в сочетании с мелатонином

Материал и методы. Опыты были выполнены на 25 беспородных крысах-самцах массой 180-200 г., содержались в обычных условиях вивария при фиксированном световом режиме со свободным доступом к пище и воде, которых распределили на 5 групп по 5 особей. В каждой группе оценивалась реакция животных на введение физиологического раствора (контрольная серия), грандаксина 1 мг/кг, мелатонина в дозе 0,05 мг/кг и комбинации исследуемых веществ. Поведенческую активность животных оценивали с помощью тестов «открытое поле», темно-

светлая камера, приподнятом крестообразном лабиринте и способности к экстраполяционному избавлению. Препараты вводились внутривентрально. Эффект оценивали спустя 30 мин после инъекции. Эксперименты проводились в вечернее время с 17:00 до 20:00.

Результаты: в тесте «Открытое поле» грандаксин (1 мг/кг) вызывал увеличение числа пересечений периферических сегментов при сравнении с контрольной группой. Под влиянием мелатонина (0,05 мг/кг) животные также проявляли большую психомоторную исследовательскую активность, чем в контрольной группе, однако менее выраженную, чем под действием грандаксина. Наиболее достоверный противотревожный эффект наблюдался при совместном использовании грандаксина и мелатонина. В данной группе отмечено наибольшее пересечение периферических сегментов поля.

В эксперименте «Тёмно-светлая» камера грандаксин (1 мг/кг) увеличивал время пребывания животных в светлом отсеке и количество переходов из светлого в темный отсек, в сравнении с контрольной группой. Мелатонин (0,05 мг/кг) превосходил по действию грандаксин. Крысы продолжительное время проводили в светлом отсеке и реже переходили из светлого отсека в темный. При совместном введении веществ крысы 50% времени тестирования проводили в светлом отсеке экспериментальной камеры, что значительно превышало значения данного показателя при изолированном применении препаратов. Интересно, что значительно увеличивалось количество переходов животных из одной части установки в другую, но число вылазок при этом, напротив, снижалось.

Под действием грандаксина (1 мг/кг) в тесте «Приподнятый крестообразный лабиринт» отмечалось многократное пересечение центра лабиринта, более длительное, в сравнении с контрольной группой, пребывание в открытом сегменте. Мелатонин (0,05 мг/кг) в данном тесте также оказывали выраженный антидепрессивный эффект, на что указывает тенденция к более длительному пребыванию животных в открытых рукавах лабиринта. Присоединенное введение веществ животные находились в открытых рукавах лабиринта более длительное время, чем при их изолированном применении. После помещения в центр установки в начале тестирования животные активно исследовали окружающее пространство, совершая вертикальные стойки и свешивания. Заметно возрастала и двигательная активность крыс.

В тесте «Экстраполяционное избавление» грандаксин (1 мг/кг) вызывал снижение времени подныривания и уменьшения количества аверсивных реакций (прыжков). Мелатонин (0,05 мг/кг) заметно укорачивал латентный период подныриваний крыс под край цилиндра. Комбинация исследуемых веществ по своему эффекту превосходила эффекты изолированного введения препаратов. Ускорение избегания в такой ситуации может расцениваться как следствие более эффективного закрепления памятного следа.

Вывод: мелатонин оптимизирует противотревожное действие грандаксина. Это позволяет рекомендовать сочетанное применение исследуемых веществ в клинической практике.

РОЛЬ ФЛАВОНОИДОВ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Пулатов М.Д., Тожибоев М.М

Научный руководитель: д.х.н., профессор Тожибоев М.М.

Андижанский государственный медицинский институт

В настоящее время ученые всего мира проявляют большой интерес к флавоноидам лекарственных растений, что обусловлено их высокой биологической активностью, широтой терапевтического эффекта и малой токсичностью [1-4]. Следовательно, поиск новых источников флавоноидов с целью их практического использования относится к актуальным задачам. Из литературных данных известно, что многие представители растений семейства Asteraceae богаты биологически активными флавоноидами [4,5]. С целью поиска новых источников биологически активных флавоноидов нами изучено растение *Russowia Sogdiana* на представляет собой однолетнее травянистое растение, встречающийся на выходах пестроцветных пород в нижнем поясе гор Средней Азии, долины рек Зеравшан, Сырдарья, Кызылкум [6].

Материалы и методы исследования: Высушенную и измельченную надземную часть *Russowia Sogdiana* (0,8 кг) экстрагировали при комнатной температуре 5 раз 96%-ным этанолом. Объединенный экстракт сгущали в вакууме до 1,0 литра, разбавляли водой в соотношении 1:1 и

последовательно подвергали жидкость-жидкостной экстракции петролейным эфиром, хлороформом, этилацетатом и н-бутанолом. Отогнав растворители, получили 8,7 г петролейно-эфирной, 28,3 г хлороформной, 21,5 г этилацетатной и 22,6 г н-бутанольной фракции. Этилацетатное извлечение (21,0г) хроматографировали на колонке (180 x 3,5 см) с силикагелем (430 г) с использованием ступенчатого градиента хлороформ-пропанола-2. Собирали фракции по 400 мл. При элюировании колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (92:8) из отдельных фракций после рехроматографирования на колонке с сефадексом LH-20 и перекристаллизации из этанола выделили 0,39 г вещества № 1, 0,28 г вещества № 2 и 0,14 г вещества № 3. При дальнейшем элюировании колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (86:14) выделили 0,27 г вещества № 4 и 0,17 г вещества № 5. Продолжая промывание колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (82:18) выделили 0,21 г вещества № 6 и 0,55 г вещества № 7. Полученные вещества очищены дробной перекристаллизацией из водного этанола и ацетона, а также рехроматографированием на полиамиде в градиентной системе растворов этанол-вода. УФ-спектры регистрировали на спектрофотометре Hitachi EPS-3T в этаноле, масс-спектры получали на приборе MS 25RF (Kratos) с системой обработки информации DS 90. ИК-спектры зарегистрировали на ИК-Фурье-спектрометре Perkin Elmer Spectrum. Спектры ПМР снимали на приборе Bruker AVACE AV300 с рабочей частотой 300 МГц. Химические сдвиги приведены в миллионных долях (м.д.) в δ -шкале. Температуры плавления определяли на приборе типа "Boetius" с визуальным устройством РНМК 0,5. Тонкослойную хроматографию (ТСХ) проводили на пластинках Silufol UV-254. Пятна флавоноидов при ТСХ наблюдали в УФ свете, обнаруживали обработкой пластинок парами аммиака, 0,5% спиртовым раствором NaOH и 1% раствором ванилина в серной кислоте. Колоночную хроматографию проводили на силикагеле марки КСК 100/160 мкм. D-Глюкозу кислоту обнаруживали методом бумажной хроматографии (Filtrak №11) в системе н-бутанол-пиридин-вода (6:4:3). Хроматограммы опрыскивали кислым анилинфталатом с последующим нагреванием в течение 3-5 минут при 90-100 °С.

Результаты и обсуждение.

На основании изучения спектральных данных соединения № 1, № 6 и № 7 отнесены к производным флавона, а вещества № 2-5 – к производным флавонола. Флавоноиды идентифицировали на основании результатов кислотного гидролиза, изучением спектральных данных и сравнением физико-химических констант с литературными сведениями.

Апигенин (№ 1). Кристаллы светло-желтого цвета состава $C_{15}H_{10}O_5$, т.пл. 346-347 °С. Данные ^1H - и ^{13}C -ЯМР спектров соответствуют опубликованным параметрам. Кверцетин (№ 2). Кристаллы желтого цвета состава $C_{15}H_{10}O_7$ (M+ 302) с т.пл. 313-314 °С. Данные ^1H - и ^{13}C -ЯМР спектров соответствуют опубликованным сведениям [3,5]. Изорамнетин (№ 3). Кристаллы желтого цвета состава $C_{16}H_{12}O_7$, M+ 316 (100%), т. пл. 294-297 °С [3,5]. Кверцетин-7-0- β -D-глюкопиранозид (№ 4) - кристаллы желтого цвета состава $C_{21}H_{20}O_{12}$ с т. пл. 245-247 °С. В результате кислотного гидролиза вещества № 4 5%-ным раствором HCl получили кверцетин и D-глюкозу. Изорамнетин-7-0- β -D-глюкопиранозид (5) - кристаллы светло-желтого цвета состава $C_{22}H_{22}O_{12}$, с т. пл. 250-252 °С [5,6]. В результате кислотного гидролиза вещества № 5 5%-ным раствором HCl получили кверцетин и D-глюкозу. Сапонаретин (апигенин-6-C- β -D-глюкопиранозид) (№ 6) - кристаллы светло-желтого цвета состава $C_{21}H_{20}O_{10}$ с т.пл. 222-224 °С. При окислении гликозида 6 раствором $FeCl_3$ получили апигенин и D-глюкозу [5,7]. Витексин (апигенин-8-C- β -D-глюкопиранозид) (№ 7) - кристаллы желтого цвета состава $C_{21}H_{20}O_{10}$ с т.пл. 247-249 °С.

Выводы:

Из наземной части *Russowia sogdiana* впервые выделены флавоноиды апигенин, кверцетин, изорамнетин, кверцетин-7-0- β -D-глюкопиранозид, изорамнетин-7-0- β -D-глюкопиранозид, сапонаретин и витексин. Полученные флавоноиды идентифицированы на основании результатов кислотного гидролиза и данных УФ-, ^1H -, ^{13}C -ЯМР-спектров.

Список литературы.

1. Тараховский Ю.С., Ким Ю.А., Абдрасилов Б.С., Музафаров Е.Н. Флавоноиды: биохимия, биофизика, медицина. Пушино: Synchronbook. 2013. 310 с.
2. Литвиненко В.И. Флавоноиды и лекарственные препараты на их основе. //Фармация Казахстана. 2004. Спец. выпуск. С.16-19.

3. Корулькин Д.Ю., Абилов Ж.А., Музычкина Р.А., Толстиков Г.А. Природные флавоноиды. Новосибирск: Академическое изд-во "Тео. 2007. 232 с.
4. Флора Узбекистана. Ташкент. 1961. Т.6. С. 386.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ФЛАВОНОИДЫ

Пулатов М.Д., Тожибоев М.М

Д.х.н., профессор: Тожибоев М.М.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

В настоящее время ученые всего мира проявляют колоссальный интерес к флавоноидам лекарственных растений, что обусловлено их высокой биологической активностью, широтой терапевтического эффекта и малой токсичностью [1-4]. Флавоноиды привлекают внимание исследователей как физиологически активные вещества с разносторонним спектром действия. Они являются важными и даже наиболее активными действующими началами растений. В результате проведенных в последнее время исследований получены препараты гипотензивного, гипогликемического и противовирусного действия [4]. Однако препаратов, содержащих флавоноиды, пока имеется немного. Чаще эти соединения находятся в растениях в комплексе с другими БАВ и используются суммарно. Следовательно, поиск новых источников флавоноидов с целью их практического использования относится к актуальным задачам. Из литературных данных известно, что многие представители растений семейства Asteraceae богаты биологически активными флавоноидами [4,6]. (*Bge*). *Fedisch* относится к данному семейству и представляет собой однолетнее травянистое растение, встречающийся на выходах пестроцветных пород в нижнем поясе гор Средней Азии, долины рек Зеравшан, Сырдарья, Кызылкум, Каракум, Памиро-Алай (хребты Зеравшанский, Гиссарский, Кугитанг, Копет-Даг) [6].

Материал и методы:

Растительное сырье надземная часть *Russowia sogdiana* для исследования заготовили собрано в период цветения в окрестностях г. Ферганы Республики Узбекистан. Высушенную и измельченную надземную часть экстрагировали при комнатной температуре 96%-ным этанолом. Объединенный экстракт сгущали в вакууме, разбавляли водой в соотношении 1:1. Водно-спиртовой экстракт последовательно подвергали жидкость-жидкостной экстракции петролейным эфиром, хлороформом, этилацетатом и н-бутанолом.

Этилацетатную фракцию хроматографировали на колонке (180 x 3,5 см) с силикагелем в градиентной системе растворителей хлороформ-пропанол-2. Собирали фракции по 400 мл. При элюировании колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (92:8) из отдельных фракций после рехроматографирования на колонке с сефадексом LH-20 и перекристаллизации из этанола выделили вещества 1, 2 и 3. При дальнейшем элюировании колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (86:14) выделили вещества 4 и 5. Продолжая промывание колонки смесью хлороформ-пропанол-2 в соотношении (82:18) выделили вещества 6 и 7. Полученные вещества очищены дробной перекристаллизацией из различных растворителей и рехроматографированием на полиамиде.

Результаты и обсуждение:

На основании изучения спектральных данных соединения 1,6 и 7 отнесены к производным флавонона, а вещества 2-5 – к производным флавонола [6,7]. Флавоноиды идентифицировали на основании результатов кислотного гидролиза, изучением спектральных данных и сравнением физико-химических констант с литературными сведениями.

Апигенин (1). Кристаллы светло-желтого цвета состава $C_{15}H_{10}O_5$, 346-348 °C (с разл.). $C_{15}H_{10}O_5$, т.пл. 346-347 °C [6,7].

Кверцетин (2). Кристаллы желтого цвета состава $C_{15}H_{10}O_7$ (M+ 302) с т.пл. 313-314 °C [6,7].

Изорамнетин (3). Кристаллы желтого цвета состава $C_{16}H_{12}O_7$, M+ 316 (100%), т. пл. 294-297 °C [6,7].

Кверцетин-7-0-β-D-глюкопиранозид (4) - кристаллы желтого цвета состава $C_{21}H_{20}O_{12}$ с т. пл. 245-247 °C. Гидролиз вещества 4 5%-ным раствором хлороводородной кислоты привел к получению кверцетина и D-глюкозы [7,8].

Изорамнетин-7-0-β-D-глюкопиранозид (5) - кристаллы светло-желтого цвета состава C₂₂H₂₂O₁₂, с т. пл. 250-252 °С. В результате кислотного гидролиза вещества 5 %-ным раствором хлороводородной кислоты получили кверцетин и D-глюкозу [7,8].

Сапонаретин (апигенин-6-C-β-D-глюкопиранозид) (6) - кристаллы светло-желтого цвета состава C₂₁H₂₀O₁₀ с т.пл. 222-224 °С. При окислении гликозида 6 раствором FeCl₃ получили апигенин и D-глюкозу [7,9].

Витексин (апигенин-8-C-β-D-глюкопиранозид) (7) - кристаллы желтого цвета состава C₂₁H₂₀O₁₀ с т.пл. 247-249 °С [7,9].

Выводы.

Из надземной части (Bge) Fedshc впервые выделены различные флавоноиды имеющие характерные структуры. Флавоноиды является биологически активным веществом имеющими специфические свойства. Эти выделенные вещества могут послужить в дальнейшем в народной и научной медицине и фармакологии.

Список литературы.

1. Тараховский Ю.С., Ким Ю.А., Абдрасилов Б.С., Музафаров Е.Н. Флавоноиды: биохимия, биофизика, медицина. Пушино: Synchrobook. 2013. 310 с.
2. Middleton E., Kandaswami C., Theoharis C.T. The Effects of Plant Flavonoids on Mammalian Cells: Implications for Inflammation, Heart Disease, and Cancer. //Pharmacol. Rev. 2000. V. 52. P. 673–751.
3. Flavonoids in Health and Disease. /Ed. by Catherine A. Rice-Evans, Lester Packer. New York: Marcel Dekker Inc. 2003. 458 p.
4. Литвиненко В.И. Флавоноиды и лекарственные препараты на их основе. //Фармация Казахстана. 2004. Спец. выпуск. С.16-19.
5. Флора Узбекистана. Ташкент. 1961. Т.6. С. 386.
6. Корулькин Д.Ю., Абилов Ж.А., Музыкакина Р.А., Толстиков Г.А. Природные флавоноиды. Новосибирск: Академическое изд-во Тео. 2007. 232 с.
7. Mabry T.T., Markham K.R., Thomas M.B. The systematic identification of flavonoids. New York-Heidelberg-Berlin. 1970. 354 p.
8. Чумбалов Т.К., Фадеева О.В., Никитченко Т.К. Химия природных соединений. 1974. С. 89.
9. Y. Kumarasamy, M. Byres¹, P. J. Cox, A. Delazar, M. Jaspars, L. Nahar, M. Shoeb, S. D. Sarker. Isolation, structure elucidation, and biological activity of flavone 6-C-glycosides from *Alliaria petiolata*. Chem. Natur. Compounds. 2004. V. 40, №. 2. P. 122-128.

ПРОЯВЛЕНИЯ АНТИАМНЕЗИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ МЕЛАТОНИНА НА МОДЕЛИ АТРОПИНОВОЙ АМНЕЗИИ У КРЫС С ФОРМАЛИНОВЫМ АРТРИТОМ

Сорокина Ю. А.

Научные руководители: д.м.н., профессор Арушанян Э.Б., к.м.н., Наумов С.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Артрит ухудшает когнитивные функции, в том числе память. Эпифизарный гормон мелатонин обладает нейропротекторными свойствами, поэтому представляется интересным изучить его антиамнезические свойства у крыс с формалиновым артритом.

Материалы и методы исследования. Исследование выполнено на 36 крысах самцах. У части животных предварительно моделировали формалиновый артрит (ФА) введением водного раствора формалина в левую стопу в объеме 0,1 мл. Амнезию воспроизводили путем однократного внутрибрюшинного введения атропина (3 мг/кг). Далее 2 группам крыс вводили мелатонин в дозировке (0,5 мг/кг) и в двух группах вводился фенибут (25 мг/кг) внутрибрюшинно. Препараты вводились в вечерние часы (18.00-19.00) в течение 7 дней.

Память животных оценивали с помощью теста экстраполяционное избегание (ТЭИ) и условной реакции пассивного избегания (УРПИ). Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программы BIOSTAT.

Результаты. ФА вызвал значительное снижение памяти и ухудшение памятного следа. В ТЭИ значимо увеличился латентный период подныривания по сравнению с фоновыми показателями и интактной группой крыс. Произошло достоверное уменьшение латентного времени перехода из светлого отсека в темный в тесте УРПИ.

После введения атропина наблюдалась отрицательная динамика в ТЭИ в виде увеличения латентного времени подныривания и избавления. Кроме того, животные в УРПИ практически сразу заходили в темный отсек, где получали удар током. Это свидетельствует о сильном ухудшении памятного следа.

Мелатонин ослабил атропиновую амнезию у крыс, причем в ТЭИ его эффект был более выражен в группе животных без ФА. Повторное введение гормона привело к значимому увеличению латентности ответа УРПИ у животных с ФА и без него. Это свидетельствует о существенном улучшении мелатонином нарушенной памяти. Фармакологические эффекты мелатонина были сопоставимы с действием традиционного ноотропного средства фенибута. Однако, вне зависимости от введенного препарата, в во всех группах у животных с ФА память восстанавливалась значительно медленнее.

Выводы. ФА значительно ухудшает когнитивные функции крыс. При введении атропина у животных формировалась амнезия, более выраженная у животных с ФА. Мелатонин улучшал память животных, более четко у крыс без формалинового артрита. Его эффекты напоминают действие традиционного ноотропного средства фенибута.

ВЛИЯНИЕ ТОКОФЕРОЛА НА ПОВЕДЕНЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ МЕЛАТОНИНА

Сотникова Л.К.

Научный руководитель: Арушанян Э.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет

Основной гормон эпифиза мелатонин обладает противотревожными свойствами. Вместе с тем его специфическая психотропная активность на клеточном уровне может быть связана с ограничением оксидантного стресса. В этой связи представлялось интересным оценить способность активного антиоксиданта токоферола вмешиваться в психотропную активность мелатонина.

Цель работы: изучение влияния токоферола на психотропную активность мелатонина на модели хронического стресса.

Материалы и методы. Опыты были выполнены на 30 белых крысах-самцах, массой 120-150 грамм. Животных подразделяли на несколько групп: в первой внутрибрюшинно вводили физиологический раствор, после чего в течение 7 суток наносили электрошоковое раздражение, во второй - на протяжении 21 дня крысы получали токоферол в дозе 10 мг/кг *per os*, в третьей - внутрибрюшинно мелатонин (0,1 мг/кг), в четвертой, пятой и шестой - вводили токоферол, мелатонин и их комбинацию соответственно на фоне стрессовой модели. Поведение животных оценивали при помощи современных методик: Открытое поле (ОП), Приподнятый крестообразный лабиринт (ПКЛ) и Экстраполяционное избавление. Статистическая обработка производилась с помощью парного критерия Стьюдента.

Результаты. При изолированном введении токоферола и мелатонина отмечалось усиление двигательной активности крыс в ОП, достоверно повысилось время, проведенное животными в открытых рукавах ПКЛ, снизился латентный период первого подныривания под края цилиндра в тесте "Экстраполяционного избавления", что указывает на сохранность памятного следа.

Вывод: мелатонин ограничивает проявление хронического эмоционального стресса и это действие потенцируется токоферолом.

ИЗОЛИРОВАННОЕ И СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕЛАТОНИНА И ТОКОФЕРОЛА НА МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

Сотникова Л.К.

Научный руководитель: Арушанян Э.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время возрастает роль окислительного стресса в развитии физического перенапряжения, эмоциональных и поведенческих расстройств. Современные антиоксиданты не позволяют решить данную проблему в полной мере, что объясняет актуальность поиска новых веществ для борьбы с ней. Поскольку известно, что эпифизарный гормон мелатонин обладает антиоксидантным эффектом, представлялось интересным изучить его взаимодействие с токоферолом.

Цель работы: изучение изолированного и сочетанного применения токоферола и мелатонина на модели хронического стресса.

Материалы и методы. Опыты были выполнены на 30 белых крысах-самцах, массой 120-150 грамм. Животных подразделяли на несколько групп: в первой внутрибрюшинно вводили физиологический раствор, после чего в течение 7 суток наносили электроболевое раздражение, во второй – на протяжении 21 дня крысы получали токоферол в дозе 10 мг/кг per os, в третьей – внутрибрюшинно мелатонин (0,1 мг/кг), в четвертой, пятой и шестой – вводили токоферол, мелатонин и их комбинацию соответственно на фоне стрессовой модели. Поведение животных оценивали при помощи современных методик: «Открытое поле» (ОП), «Приподнятый крестообразный лабиринт» (ПКЛ) и «Экстраполяционное избавление». Статистическая обработка производилась с помощью парного критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Согласно полученным данным в условиях хронического стресса у животных отмечалась низкая двигательная активность в ОП. Крысы длительно пребывали в закрытых рукавах ПКЛ, что указывает на высокую тревожность. В тесте «Экстраполяционного избавления» увеличился латентный период подныривания под края цилиндра.

Стресс также изменял поведенческую активность токоферола и мелатонина. Несколько снизилась локомоция в ОП. Произошло укорочение периода пребывания в открытых рукавах ПКЛ. Повысилась латентность в тесте «Экстраполяционного избавления». Однако значения исследуемых показателей оставались достоверно выше, по сравнению с контрольной группой, что указывает на антиоксидантный эффект данных препаратов.

Сочетанное применение веществ значимо повышало двигательную активность в ОП. В ПКЛ крысы предпочитали дольше находиться в открытых рукавах лабиринта и реже посещали закрытые. Полученные данные позволяют судить о низкой тревожности. Также наблюдалось достоверное снижение латентного ответа в тесте «Экстраполяционного избавления», что указывает на сохранность памятного следа.

Выводы: Хронический стресс ограничивает двигательную активность животных, повышает тревожность и снижает память.

Поведенческая активность токоферола и мелатонина под воздействием стрессового фактора несколько снижается.

Сочетанное применение препаратов способствует нивелированию стрессовых влияний, что может быть применено в клинической практике.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ АКТИВНОСТИ МЕЛАТОНИНА НА МОДЕЛИ РЕЗЕРПИНОВОЙ ДЕПРЕССИИ У КРЫС С ФОРМАЛИНОВЫМ АРТРИТОМ

Усынина И.А, Черников В.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Арушанян Э.Б., к.м.н. Наумов С.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

У больных с патологией суставов часто наблюдаются расстройства тревожно-депрессивного спектра. Наличие депрессии приводит к более выраженному болевому синдрому и нарушениям сна. Эпифизарный гормон мелатонин обладает антидепрессивными и противовоспалительными свойствами. В связи с этим интересным представляется изучение его влияния на проявления депрессии у крыс на фоне формалинового артрита.

Материал и методы. Опыты выполнены на 36 крысах – самцах, которые были поделены на 6 равных групп. Предварительно моделировали формалиновый артрит путем субплантарного введения 0,1 мл 2% водного раствора формалина. Затем моделировали депрессию, для этого внутривентрально пяти группам животных, кроме интактных, инъектировали резерпин в дозе 4 мг/кг. Оценку депрессивных эффектов резерпина проводили через 4 часа после введения, когда его эффекты выражены в полной мере. Затем в течение 7 дней вводились препараты: мелатонин (0,5мг/кг), другой - флуоксетин (5 мг/кг). Контролем служили интактные животные и крысы без ФА.

Поведение животных оценивали в тестах: «Открытое поле» (ОП), экстраполяционное избегание (ТЭИ) и принудительное плавание (ПП). Также регистрировали выраженность блефароптоза в баллах и уровень ректальной температуры.

Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программы BIOSTAT.

Результаты. ФА вызвал снижение двигательной активности в ОП, уменьшение периода активного плавания, повышение индекса депрессивности. Через 4 часа после введения резерпина время активного плавания снизилось, еще больше повысился индекс депрессивности. Введение мелатонина и флуоксетина вызвало значительное повышение двигательной активности. При этом у животных без ФА повышение двигательной активности было более значимым.

Исследуемые препараты повысили время активного плавания, понизили индекс депрессивности. В ТЭИ увеличилось латентное время подныривания и начала аверсивных реакций.

Выводы. ФА усугубляет проявления депрессии у крыс. Мелатонин привел к изменению параметров, вызванных формалиновым артритом и резерпином, действуя подобно антидепрессанту. Наблюдалось достоверное повышение активности животных в открытом поле и в тесте экстраполяционного избегания, а так же снижение параметров депрессивности при плавании.

РАЗРАБОТКА МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ НА ОСНОВЕ ПОЛИМЕРНЫХ НАНОГРАНУЛ, ИОНОВ СЕРЕБРА И ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ РАЗНЫХ БИОТОПОВ МАКРООРГАНИЗМА

Частоедова Е.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Колеватых Е.П.

Кировский государственный медицинский университет

В последние годы созданы различные лекарственные вещества для локального лечения ран, язв и других различных повреждений целостности кожи, слизистых оболочек [2,3]. Но предлагаемые субстанции могут быть чужеродными, загрязненными вирусами и бактериями. Известно, что бактерии в составе муцинового геля на поверхности слизистых оболочек образуют биопленки, которые являются жизненно важной структурой макроорганизма. Образование биопленок и их функционирование – сложное социальное поведение бактерий, регулируемого и управляемого не только сигналами из окружающей среды, но и межклеточными связями. Изучение межмикробных связей в эндо- и экзо-микроэкологических системах является актуальным [4,5].

Цель исследования: конструирование лечебно-профилактического медицинского изделия, обладающего антимикробным, ранозаживляющим и кровоостанавливающим эффектом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две группы лабораторных животных (белые беспородные мыши) в количестве двадцати особей. Под местной анестезией с соблюдением правил асептики и антисептики проводили рассечение тканей. Первой группе мышей в рану вводили разработанный нами лечебный препарат, состоящий из гранул полимерной медицинской саморассасывающейся пленки, ионов серебра, пробиотических штаммов бифидобактерий. Животным второй группы рану обрабатывали стандартными антисептиками. Из отделяемого ран изготавливали фиксированные и нативные препараты, окрашивали методом Грама, Циля-Нильсена. Микроскопию осуществляли в световом микроскопе с использованием иммерсионной системы. Исследуемый материал высевали на питательные среды: желточно-солевой агар (ЖСА), Эндо, Сабуро, Блаурокка. Выдерживали в термостате при температуре 37°C в течение 24 – 72 часов. Идентифицировали с помощью наборов биохимических тестов Lachema

(Чехия), агглютинирующих специфических сывороток. Определяли действие ионов серебра, бифидобактерий на микробы в моно- и поликультуре. Антагонистическую активность бифидобактерий изучали в тесте отсроченного антагонизма [1]. Испытуемые клетки засевали макроколониями («пятнами») 0,3 – 0,5 см в диаметре на поверхность плотной питательной среды в чашке Петри. Выросшие в результате инкубирования в течение 48 часов бактерии стерилизовали в парах хлороформа (30 мин) и заливали тонким слоем агаризованной 0,7 % среды, в которую предварительно вносили 0,1 мл тест-культуры. Результаты учитывали через 24 часа. Степень антагонистической активности устанавливали путем измерения зон задержки роста тест-культуры вокруг макроколонии антагониста.

Анализ результатов исследования проводился с помощью статистического пакета Excel. Результаты описательной статистики для количественных данных подчиняющихся закону нормального распределения представлялись в виде средней арифметической (М) и стандартной ошибки средней ($\pm m$). Для выявления достоверности отличия применяли критерий (t) Стьюдента для несвязанных выборок. Результаты описательной статистики для качественных данных указывали в виде доли (d) и стандартной ошибки доли ($\pm sd$). С целью установления достоверности отличия в данном случае использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки 0,1% ($p < 0,001$).

Результаты и обсуждение. В результате экспериментальной инфекции на лабораторных животных в ранах среди особей первой группы пиогенные бактерии не обнаружили. У представителей второй группы на третий день в ране развилась гнойная инфекция. Были выделены микроорганизмы родов *Staphylococcus*, *Escherichia*, *Proteus*, *Pseudomonas*.

При изучении антимикробного действия ионов серебра концентрации 100 и 200 мкг/л выяснили, что наиболее быстро погибали бактерии родов *Escherichia*, *Proteus*.

Продукты метаболизма бифидобактерий оказывали умеренное бактерицидное действие. При совместном воздействии ионов серебра и метаболитов бифидобактерий усиливалось бактерицидное действие бифидобактерий. Таким образом, совместное воздействие ионов серебра и метаболитов бифидобактерий, выделяемых при росте и размножении бифидобактерий, оказывали бактериостатическое и бактерицидное действие.

Выводы

1. В раневом отделяемом преобладали микроорганизмы – возбудители воспалительных процессов: *Staphylococcus* spp., *Escherichia* spp., *Proteus* spp., *Pseudomonas* spp.
2. Определено антагонистическое действие бифидобактерий на патогенные бактерии.
3. Разработаны новые подходы к комбинированию лекарственных препаратов в доступной форме: гранулы медицинской саморассасывающейся пленки, ионы серебра, пробиотические бактерии.

Таким образом, при испытании пленки в модели раневого дефекта *in vitro* получены приоритетные результаты, выражаемые в минимальных сроках регенерации клеток, отсутствия реактогенности, формирования специфической ткани, характерной для данного органа.

Список литературы.

1. Иркитова А.Н. Сравнительный анализ методов определения антагонистической активности молочнокислых бактерий//Биологические науки, 2012. – « 2. – С.15 – 20.;
2. Мингазов Г.Г. Разработка аллогенного материала «Биоплант»//Казанский медицинский журнал, 2007. – Т.88, № 4. – С. 356 – 360.;
3. Огородова Л.М. Нанобинт – основа лечения ран/Материалы и методы разработки инновационных методов лечения травм. – Томск: ООО «Villis», 2011. – 112 с.;
4. Руководство по медицинской микробиологии. Книга 3. Том второй. Оппортунистические инфекции: клинко-эпидемиологические аспекты/Кол. авторов//Под ред. А.С. Лабинской. – М.: БИНОМ, 2014. – С.145 – 237.;
5. Шевелева С.А. Медико-биологические требования к пробиотическим продуктам и БАД//Инфекционные болезни, 2004. - № 2. – С.86 – 90.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА И ОСТРОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ПРОЯВЛЕНИЯ ФОРМАЛИНОВОГО АРТРИТА У КРЫС

Эльхаджиева М.И., Тюрюк Ю.Ю.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Арушанян Э.Б., к.м.н. Наумов С.С.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Известно, что стресс играет определенную патогенетическую роль в развитии ревматоидного артрита, при этом усугубляя его течение и увеличивая частоту рецидивов заболевания. Гормон эпифиза мелатонин обеспечивает защиту от неблагоприятных последствий стрессорного воздействия.

В связи с этим интересным представлялось оценить влияние мелатонина на проявления формалинового артрита у крыс с острым стрессом, что и определило цель настоящего исследования.

Материал и методы. Исследование выполнено на 42 белых крысах-самцах.

Предварительно у всех животных сформировали модель психоэмоционального стресса, вызываемого неизбежным электрошоковым раздражением лап животных. Затем у части животных моделировали формалиновый артрит путем субплантарного введения 2 % водного раствора формалина в объеме 0,1 мл.

После этого животные, в зависимости от вводимого им вещества, ранжированы на 7 групп с использованием мелатонина в 0,5 мг/кг и фенибута в дозе 25 мг/кг, контролем служили животные с введением физ.раствора. Вещества вводились внутривентрально в вечернее время (с 17.00 до 18.00) на протяжении 7 суток.

До и после курсового введения препаратов животных тестировали с помощью стандартных методов: «открытое поле» (ОП), приподнятый крестообразный лабиринт (ПКЛ), тест экстраполяционного избегания (ТЭИ). Полученные результаты статистически обработаны с помощью пакета компьютерных программ «BIOSTAT».

Результаты и обсуждение. Формирование стресса вызывало изменения в поведении животных, проявившееся в достоверном снижении количества пересеченных периферических сегментов ОП. При этом возросла тревожность, о чем свидетельствует значимое повышение времени пребывания в закрытом рукаве ПКЛ, в ТЭИ достоверно увеличился латентный период подныривания.

ФА усугубил поведенческие нарушения в виде еще более выраженного снижения горизонтальной двигательной активности и увеличения в 3 раза времени, которое крысы провели в закрытом рукаве в ПКЛ.

Курсовое введение мелатонина привело к наиболее выраженному усилению локомоции, судя по прогрессирующему росту числа пересеченных сегментов с повышением количества вертикальных стоек в ОП. Кроме того, крысы чаще посещали открытые рукава ПКЛ и более длительное время находились в них, что является свидетельством противострессорной активности вещества. Под влиянием фенибута отчетливее усиливалась двигательная активность в ОП. В ПКЛ фенибут обеспечивал значимый противотревожный эффект и усиление исследовательской активности. В ТЭИ у обоих изученных веществ выявлен оптимизирующий эффект.

Выводы. Острый стресс усугубляет нарушение поведенческой активности у животных с формалиновым артритом. Мелатонин нивелировал последствия острого стресса, повышал подвижность крыс и уменьшал выраженность тревожности животных. Его эффекты сопоставимы с анксиолитиком фенибутом.

PHARMACEUTICAL INDUSTRY REBUBLIC OF KAZACHSTAN

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Kazakhstan is rich in medicinal plants could produce drugs based on them.

The purpose - to analyze the process of reform of Health and drug supply in Kazakhstan.

Materials and methods - content analysis.

Results and discussion. As our research to date in the Republic of Kazakhstan already has a number of organizations engaged in creating a culture of medicinal plants. Thus, in the NGO clone created plantations of elite varieties of sea buckthorn, wild rose, honeysuckle forestries in Almaty region / 1, 2 /.

1. The company Alem-gene developed agro-technical measures for growing levzei, valerian, sage, chamomile, motherwort. It has been allocated 30 hectares of land for their plantations breeding.

2. Ecological and Biological Center of the Ministry of Agriculture laid the fallopian plantations Rhaponticum carthamoides, Rhodiola rosea, Salvia officinalis, Bergenia, valerian, chamomile and peppermint in the mountains of Trans-Ili Alatau.

3. In the Kazakh Institute of Agriculture laid down the fallopian plantations 80 species of medicinal plants.

4. Institute of Phytochemistry, Karaganda cultivated 34 species of herbs on an area of over 530 hectares.

5. Work is underway for the production of medicinal plants at the farm Darmina for the needs of Khimfarm.

Within the framework of the State program of development of the pharmaceutical and medical industry of the Republic of Kazakhstan along with the establishment of plantations is planned to improve the system of collection of wild vegetable raw materials with respect to the new conditions unfolding in the country in its transition to a market economy.

In the new economic conditions, the collection of wild medicinal raw material should be made on a license basis, taking into account scientific advice. When planning the volumes harvested herbal raw materials need to be considered in the delivery of products of RK from other CIS countries. Neighboring countries can deliver on pharmaceutical companies in Kazakhstan licorice root, ephedra herb harmala, wormwood, hips, aconite root and fruit of sea buckthorn. In recent years, Kazakh scientists develop new drugs which are made from local herbs. These developments are planned as a basis for the development of production facilities for the production of pharmaceutical products from raw materials of plant origin.

Conclusion. Future direction of the pharmaceutical and medical industry are based on the main purpose of the State Program - gradual reduction of dependence of the Republic of Kazakhstan on imports of medicines by making fuller use of their production facilities, raw materials, scientific and technological potential and the creation of new pharmaceutical production based on modern technologies.

МЕТОДЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

От качества работы аптечных организаций зависит здоровье населения, так как большое и нужное количество лекарственных средств мы получаем через аптечные организации.

Цель. Изучить и выявить основные методы планирования и прогнозирования деятельности в фармацевтических организациях(аптеки).

Метод. Контент-анализ

Результаты и обсуждение:

Сущность планирования заключается в научном обосновании предстоящих экономических целей развития и форм хозяйственной деятельности предприятия; выборе наилучших способов осуществления на основе наиболее полного выявления требуемых рынком видов, которые при полном использовании ограниченных ресурсов могут привести к достижению ожидаемых будущем высоких качественных количественных результатов.[1]

К экономическим показателям деятельности фармацевтической торговой организации относятся: товарооборот (объем реализации); валовой доход (торговое наложение); расходы и затраты (издержки); товарные запасы и другие оборотные средства; валовая прибыль от торговой (основной) деятельности, а также операционные и внереализационные доходы; чистая прибыль.[2]

Методы для получения прогнозов экономической деятельности в аптечных организациях:

1. Балансовый метод. Наиболее простой метод, который широко используется в планировании и прогнозировании.

2. Расчетно-аналитический метод

Состоит в том, что на основе анализа достигнутой величины финансового показателя, принимаемого за базу, и индексов его изменения в плановом периоде рассчитывается плановая величина этого показателя.[3]

3. Экономико-математические методы.

Данные методы основаны на построении математических моделей, которые отражают количественные взаимосвязи между показателями. В фармацевтической системе широко используют регрессионные (одно- и многофакторные) и корреляционные модели, а также их сочетание.

Вывод:

Правильное планирование и прогнозирование экономической деятельности является основной частью для реализации произведенной услуги. Успех любой предпринимательской деятельности зависит от четко разработанных целей и зависит от выбора правильного метода ее достижения.

АНАЛИЗ ПРАВИЛ РАЗРАБОТКИ И СОГЛАСОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМУЛЯРОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Типовой документ для данного анализа: «Об утверждении Правил разработки и согласования лекарственных формуляров организаций здравоохранения» Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2009 года № 762.

В соответствии с подпунктом 70 пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года О здоровье народа и системе здравоохранения

Цель: определение единого порядка разработки, утверждения лекарственных формуляров организаций здравоохранения и их согласования.

Результаты. В результате создания и исправления правил разработки и согласования лекарственных формуляров были выдвинуты следующие функции: внедрение принципов рациональной фармакотерапии; разработка политики и процедур в отношении ЛС; оценка и отбор ЛС для формуляра и обеспечение его регулярного пересмотра; анализ использования лекарственных средств для выявления проблем; содействие проведению действенных мер по улучшению использования ЛС (включая образовательные, управленческие и регуляторные меры); рассмотрение случаев развития побочных реакций на применение ЛС и принятие соответствующих мер; разработка рекомендаций по РИЛС специалистам клинических, административных и аптечных подразделений; решение проблем, связанных с медикаментозными ошибками.

Выводы. Повышение качества и эффективности лекарственной помощи и их использование позволило: оптимизировать лекарственные закупки, решить вопросы стандартизации фармакотерапевтической помощи, обеспечить информационное обеспечение медицинского персонала, обеспечить правовую защиту медицинских работников.

Раздел 10. Гигиенические науки

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ШУМА В ГОРОДЕ ТЕМИРТАУ (КАЗАХСТАН)

Абдрахман Б.А..

**Научный руководитель: Мухаметжанова З.Т.
Карагандинский государственный университет**

Дается информация о причинах высокого уровня шума в городе Темиртау и о роли шума при формировании городской среды. Развитие всех видов транспорта, транспортных маршрутов привело к тому, что человек постоянно подвергается воздействию шума на высоких уровнях. Установлено, что основными факторами, которые изменяют шумовой режим потока городского транспорта, является состав трафика и интенсивность движения.

Цель: Дать оценку уровней транспортного шума в условиях интенсивного движения автотранспорта в г.Темиртау.

Материалы и методы: Изучение уровней шума проводили в холодный и теплый периоды года в г. Темиртау. При определении распространения шума от транспортных средств и от внутриквартальных источников, первую точку измерений находили в 7,5 м от границ спортивной, детской площадок, хоздвора и т.д. Последующие точки выбирались на расстоянии, кратно 2 по направлению к жилым зданиям, круглосуточно через 3 часа в течение подряд в соответствии с 3 дней подряд в соответствии с ГОСТ 20444 - 85 «Шум. Транспортные потоки. Методы измерения шумовой характеристик». В некоторых случаях примерно выборочное наблюдение по 15 минут в течение каждого часа для каждой точки .

Результаты и их обсуждение: Темиртау - крупнейший промышленный город Карагандинской области. В результате стремительного роста экономического потенциала численность населения к настоящему времени превышает 200 тыс. человек

Изучение уровней шума, показало, что на шумовой режим г.Темиртау в основном оказывают влияние магистральные улицы - проспект Республики (69,8 дБА), проспект Мира (76,5 дБА), улица Димитрова (72,4 дБА), проспект Комсомольский (73,1 дБА), проспект Metallургов (71,2 дБА), ул. Темиртауская (69,5 дБА), ул. Чернышевского (63,7 дБА), ул. Амангельды (60,5 дБА), ул. Тулебаева (57,5 дБА).

Наиболее неблагоприятные условия по шуму отмечены на территориях школы № 2, стадиона Строитель в микрорайоне № 5, больницы Роддом, школы №19 и 24 в микрорайоне № 4, район городского рынка в микрорайоне №3, где уровень звука значительно превышал нормативный (от 75,7 до 77,5 дБА). Причинами такого акустического дискомфорта являются совместное расположение спортивного и торгового комплекса, отсутствие на территории больниц шумозащитных зеленых насаждений, экранирующих барьеров, а также близость магистралей.

Минимальный эквивалентный уровень звука в дневное время (46,5 дБА) был характерен для жилых улиц (ул. Калинина, ул. Калинина, ул. Менделеева, ул. Мичурина, ул. Чайковского, ул. Строителей), где движение транспорта относительно ровное, небольшой интенсивности на прилегающих магистралях, где практически отсутствует грузовой транспорт.

Определение степени распространения транспортного шума вглубь от магистралей показало, что на расстоянии 15 метров от магистрали уровень шума колеблется от 46,5 до 70,3 дБА, 30 метров - от 45,6 до 60,1 дБА, 60 метров - от 45,2 до 49,1 дБА.

Уровни шума на расстоянии от 7,5 метров до 15 метров от магистрали вглубь жилой застройки уменьшилась в пределах 0,1 - 6,8 дБА, т.е. практически не затухали. Это, видимо, можно объяснить отсутствием зеленых насаждений, а также большой площадью асфальтированной территории, примыкающей к магистралям. Затухание шума на расстоянии от 15 метров до 30 и 60 метров от магистрали было более интенсивным. Так, на расстоянии 15 до 30 метров уровень шума снижался на 7,4 - 10,8 дБА, на расстоянии от 30 до 60 метров - на 11,2 дБА.

По результатам исследования в Центральной зоне г. Темиртау, которую пересекают проспекты Республики, Комсомольский, Metallургов, Мира, улицы Димитрова, Амангельды, зарегистрировано превышение шума в дневное время с 9.00 до 18.00 часов, и варьировало в

пределах от $72 \pm 6,7$ до $74 \pm 6,5$ - пр. Республики; $75 \pm 6,9$ до $73 \pm 6,2$ - пр. Комсомольский; $74 \pm 6,5$ до $75 \pm 7,1$ - пр. Metallургов; $75 \pm 6,8$ до $74 \pm 7,3$ - пр. Мира; ул.Димитрова $72 \pm 6,9$ до $73 \pm 6,7$ и ул. Амангельды $59 \pm 5,2$ до $61 \pm 5,7$, что не соответствует рекомендациям СНиП. Уровни шума на изучаемых территориях города зависят от интенсивности движения транспорта, который увеличивается в часы пик.

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что основными факторами, изменяющими шумовой режим потока городского транспорта, являются характер движения или состав транспортного потока, интенсивность движения и скорость, которые являются непостоянными. Например, количество транспортных единиц в час зависит от пропускной способности магистрали, времени дня, от дня недели, от других условий грузопотоков и пассажиропотоков по данному направлению. Сочетание видов транспорта также не постоянно; скорости зависят как от количества единиц передвижения транспорта, в час, так и от условий организации движения, состояния дороги, наличия перекрестков на пути следования, их технического решения. Причиной высокого уровня шума также являются не изолированность территории микрорайонов и кварталов от транспортных магистралей, так значительная часть территорий, предназначенных для мест отдыха, детские и игровые площадки, используются для движения транспорта, особенно для езды на мопедах и мотоциклах. Поскольку шум от транспортных потоков может значительно изменяться, то и шумовой режим на магистралях и в прилегающих к ним территориях также будет меняться. В целом последствия урбанизации, в виде увеличения автотранспорта с несоблюдением санитарных норм приводят к дальнейшему увеличению шумовой нагрузки в городах.

Список литературы.

1. Авалиани С.Л., Буштуева К.А., Андрианова М.М., Безпалько Л.Е. Оценка вклада выбросов автотранспорта в интегральную характеристику риска загрязнений воздушной среды // Гигиена и санитария. - 2002. - №6. - С.21 - 25.
2. Карагодина И.Л., Смирнова Т.Г., Орлова Л.Г. Мониторинг шумового режима городов // Гигиена и санитария. - 1997. - №6. - С.57 - 58.
3. Суворов Г.А., Афанасьева Р.Ф., Пальцев Ю.П., Прокопенко Л.В. Регламентация физических факторов. Итоги и перспективы // Медицина труда и промышленная экология. - 1998. - №6. - С.26 - 35.

САНИТАРНО-ПАЗИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СМЫВОВ С БАНКОМАТОВ И ДЕНЕЖНЫХ ЗНАКОВ

Алмухамбетова А.Р., Салтереева С.Р.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Р.С. Аракельян
Астраханский государственный медицинский университет**

Одним из факторов, определяющих состояние здоровья населения, являются социально обусловленные болезни, в числе которых и гельминтозы. В России ежегодно регистрируется порядка 2 млн инвазированных гельминтами лиц согласно официальным данным. Столь широкая распространенность обусловлена, в том числе, массивной контаминацией объектов окружающей среды.

Цель исследования. Изучить санитарно-паразитологическое состояние объектов окружающей среды на примере исследования смывов с банкоматов и денежных знаков.

Материалы и методы. Проведены исследования смывов с банкоматов и денежных знаков на присутствие на них яиц, личинок гельминтов и патогенной (условно-патогенной) микрофлоры. В исследовательской работе применялся МУК 4.2.2661-10 «Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Методы санитарно-паразитологических исследований», а также методы статистической обработки.

Результаты и обсуждение: Нами было исследовано 115 смывов взятых с поверхностей банкоматов центральных улиц города Астрахани и денежных знаков, поскольку контакт с ними осуществляется чаще, чем со многими другими объектами окружающей среды. Для исследования обсемененности денежных знаков мы взяли образцы от 1 рубля до 5000 рублей из разных объектов города Астрахани (мест общепита, магазинов, торговых центров, общественного

транспорта и т.д.). При микроскопии осадка после предварительного центрифугирования процент положительных проб составил 17,4%. Было обнаружено, что бумажные банкноты обсеменены больше, чем поверхности монет и банкоматов. Из паразитарной ассоциации наиболее выявляемыми оказались яйца остриц (составляли 11.3% случаев от общего числа проб), в меньшей степени яйца аскарид – (6.1%).

Выводы. Поверхности банкоматов обсеменены яйцами гельминтов, присутствуют представители условно-патогенной микрофлоры, что в свою очередь ведет к загрязнению и других объектов окружающей среды, таких как руки людей и денежные средства.

Список литературы.

1. Аракельян, Р.С. Аскаридоз в Астраханской области /Р.С. Аракельян // Сб. научн. тр. /Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. – 2014. – С. 67-70.
2. Аракельян, Р.С. Санитарно-паразитологический и санитарно-микробиологический контроль объектов окружающей среды на примере исследования проб почвы, воды и смывов с твердых поверхностей /Р.С. Аракельян, О.В. Коннова, А.А. Утепешева, А.Р. Алмухамбетова, С.Р. Салтереева, Е.А. Степаненко, М.Д. Абдуллаева, Н.Р. Кисаханова //Пест-Менеджмент. – 2018. – № 1 (105). – С. 5-10.
3. Аракельян, Р.С. Санитарно-паразитологическое состояние объектов окружающей среды в Астраханской области в 2014 году /Р.С. Аракельян, М.В. Курганова, Е.С. Иванова, Б.Ю. Кузьмичев Б.Ю. //Сб. научн. тр. /Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. – 2014. – С. 121-123.
4. Аракельян, Р.С. Паразитарная чистота объектов окружающей среды Астраханской области в 2016 г. (на примере исследований проб почвы, смывов и рыбпродуктов) /Р.С. Аракельян, Н.Ф. Салихова, А.Ю. Донскова, Н.А. Алехина, Я.О. Соколова, О.С. Илларионова, Е.А. Степаненко //Сб. научн. тр. /Современные научные исследования и разработки. – 2016. – № 6 (6). – С. 148-150.
5. Касимова, Е.Б. Ключевые вопросы диагностики и лечения инфекционного мононуклеоза /Е.Б. Касимова, О.А. Башкина, Х.М. Галимзянов //Астраханский медицинский журнал. – 2016. – Т. 11. – № 3. – С. 38-44.

МНЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ О ПРОДУКЦИИ ИЗ МЕСТ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ

Булавинцева А.В., Третьяк Е.В.

Научный руководитель: Горовенко М.В.

Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского

На сегодняшний день одной из самых востребованных и быстроразвивающихся отраслей в экономике является сфера общественного питания. Современный продовольственный рынок представлен множеством пищевых продуктов различных групп, видов и разновидностей [2]. Учитывая динамичный образ жизни современного человека, нам не всегда удастся правильно питаться и придерживаться определенного рациона, поэтому каждый хоть раз бывал в кафе, ресторане, бистро или столовой, покупал готовую пищевую продукцию в супермаркете. Это в свою очередь приводит к тому, что спрос на услуги данной сферы с каждым годом значительно увеличивается. Однако нередкими являются случаи пищевых отравлений после посещения подобных заведений. Часто они происходят по причине нарушений установленных законодательством правил и требований к безопасности пищевых продуктов [1]. Чему в некоторой степени способствует существующий закон, по которому субъекты малого предпринимательства, не допуская нарушений в течение трех последних лет, имеют право на освобождение от плановых проверок. Целью нашей работы является потребительская оценка качества продукции из общепита и супермаркетов.

Материалы и методы. Авторами статьи была разработана анкета, содержащая 7 вопросов, из которых с 1-го по 2-й составляли паспортную часть (пол, возраст), а вопросы с 3-го по 7-й были призваны определить оценку качества покупаемой потребителями готовой продукции из сети общественного питания и супермаркетов. Все вопросы имели закрытую форму, где респонденты должны были выбрать ответ из предложенных вариантов. Закрытая форма для вопросов была выбрана для того, чтобы облегчить процесс анкетирования и обработку полученных данных.

Всего в анкетировании приняли участие 288 человек, из которых 185 человек ответили на вопросы онлайн - анкетирования (заочное), размещенного в социальных сетях, а 103 респондента были опрошены методом интервьюирования на бумажном носителе. Объектом настоящего исследования явились жители г. Симферополь, средний возраст которых составлял 22±3 года (мужчины – 24,65% , женщины – 75,35%).

Полученные в процессе исследования материалы подверглись статистической обработки с использованием программы Microsoft Office Excel 2013 и Word.

Для обеспечения содержательной валидности анкеты был проведен экспертный опрос. В роли экспертов выступили 5 сотрудников кафедры инфекционных болезней Медицинской академии имени С.И. Георгиевского, из которых двое имеют степень доктора медицинских наук, остальные – кандидата медицинских наук. Все эксперты занимаются научно-педагогической деятельностью по специальности более 10 лет. В результате экспертизы на предмет валидности содержание анкеты были скорректированы формулировки всех вопросов, а так же незначительно изменена последовательность их в анкете.

Результаты и обсуждение. Тестирование показало, что 100% опрошенных употребляли готовую продукцию, купленную в супермаркетах или в местах общественного питания, что говорит о ее повсеместном использовании в рационе наших граждан. На вопрос о частоте покупок продукции данной категории 51,5% респондентов указали, что употребляли ее один раз в месяц, 35,2%-ежедневно, 9,1%- раз в полгода и 4,2%- раз в год. Из них после употребления еды купленной в общепите 53,7% опрошенных отметили у себя симптомы отравления (диарея, тошнота, рвота и другие) которые они связали именно с этой пищей, 33,1% никогда не наблюдали у себя таких симптомов и 13,2% затруднились ответить. На вопрос о частоте эпизодов отравления после съеденной готовой продукции из общепита или супермаркета: 66,4% отметили, что это был единичный случай, у 29,3% один-два раза и лишь 4,3% постоянно наблюдали у себя симптомы отравления после употребления такой продукции. Из всех опрошенных отмечавших у себя симптомы отравления лишь 21,5% обращались за медицинской помощью, остальные 78,5% лечились самостоятельно.

Заключение. Готовая пища, употребляемая нами в местах общественного питания или купленная в супермаркете, плотно вошла в рацион современного человека. Несмотря на строгие меры контроля за безопасностью и качеством пищевой продукции предлагаемой потребителям в общепитах, часть ее не соответствует нормативам, что в свою очередь приводит к росту случаев пищевых отравлений среди граждан. Существующий закон по которому субъекты малого предпринимательства, не допуская нарушений в течение трех последних лет, освобождаются от обязательных плановых проверок, по нашему мнению может привести к росту недобросовестных поставщиков услуг в сфере общественного питания, что, несомненно, отразится на качестве предлагаемой ими продукции и как следствие здоровье потребителей[3]. Поэтому мы считаем, необходим создание более жестких мер в сфере контроля за качеством готовой реализуемой продукции, что будет способствовать сохранению здоровья наших граждан.

Список литературы.

1. Османьян Р. Г. Пища и биологическая безопасность России [Проблема биологической безопасности пищевых продуктов и здоровье населения в России] / Р. Г. Османьян //Экологическая безопасность в АПК. — 1999. — № 4. — С. 756.
2. Тихонова О. Ю. Исследование потребительских предпочтений в отношении маркировки пищевых продуктов и оценки её качества / О. Ю. Тихонова, И. Ю. Резниченко, Н. Н. Зоркина //Техника и технологии пищевых производств. — 2015. — № 1. — С. 152–155.
3. Язовских Е. В. Общественное питание как интегрированная сфера предпринимательской деятельности / Е. В. Язовских, О. А. Деликатная // Сб. научн. тр./ Новые парадигмы общественного развития: экономические , социальные, политические, правовые, общенаучные тенденции и закономерности . — Новосибирск-Тихорецк-Саратов, 2015. — С. 159–161.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТОКСИКОЛОГИИ ТАЛЛИЯ

Гулян Л.Т., Сатлыкова А.Х.

Научный руководитель: Кучерко Н.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Нас заинтересовала данная проблема, так как студентам медицинского университета, изучающим свойства многих химических элементов, оказывающих непосредственное влияние на развитие организма, мало что известно о токсикологических особенностях таллия.

В ходе научной работы был проведен опрос 50 студентов 3 курса медицинского университета на тему: «Что вам известно о свойствах таллия?». По данным полученного материала только 8 % респондентов указали в своих ответах, что им известно о токсических свойствах таллия, 82% указали, что им ничего не известно о его свойствах и 10% вообще не знают о существовании такого элемента.

Целью научной работы является ознакомление студентов медицинского университета - будущих врачей с токсикологическими свойствами таллия, а также со схожестью клинической картины отравления этим металлом с клинической картиной многих заболеваний.

Актуальность выбранной темы заключается в том, что острые и подострые отравления соединениями таллия периодически возникают в виде криминальных или производственных случаев и, как правило, носят групповой или массовый характер.

Особенность клинической картины, не имеющей в раннем периоде четкой специфики, в совокупности с отсутствием определенных анамнестических сведений ведут в подавляющем большинстве случаев к поздней диагностике (иногда посмертной) и, соответственно, к несвоевременному лечению. Наглядным примером к вышесказанному является отравление таллием детей осенью 1998 года в Черновцах на Украине. Проявление алопеции не явилось для врачей явным признаком отравления, что привело к массовой смерти людей, которым не смогли оказать своевременную медицинскую помощь.

Таллий — мягкий металл серебристо-белого цвета с голубоватым оттенком, относится к группе тяжелых металлов. Данный элемент имеет выраженную токсичность, обусловленную нарушением ионного баланса катионов натрия и калия.

Таллий применяют для удаления волос при стригущем лишае, его соли в соответствующих дозах приводят к алопеции. Широкому применению солей этого металла в медицине препятствует то обстоятельство, что доза, вызывающая терапевтический эффект, близка к токсической дозе.

Таллий и его соединения могут поступать в атмосферу в виде дымов, пыли, аэрозолей из воздуха производственных помещений, при сжигании органических углеродных топлив (уголь, мазут и др.), при плавлении меди, свинца, цинка.

В настоящее время таллий используют в производство тяжелых жидкостей, оптических стекол и высокотемпературных сверхпроводников, в качестве инсектицидов.

Клиническая картина отравления таллием схожа с клинической картиной других заболеваний, именно поэтому диагностика отравления весьма затруднительна, так как таллотоксикоз маскируется под посторонние заболевания.

В этой связи мы сделали вывод о том, что необходимо расширить и углубить познания студентов по рассматриваемой теме, так как данная информация необходима при обращении пациентов, работающих в неблагоприятных условиях, связанных с воздействием таллия. Это возможно лишь при введении в учебную программу тем, имеющих непосредственную связь с токсикологическими вопросами воздействия таллия, тем более что последний случай отравления этим элементом был зарегистрирован в Таганрогском авиационном научно-техническом комплексе им. Г. М. Бериева 2017 году.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К ОПУЩЕНИЮ СВОДОВ СТОПЫ

Кириосова О. А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Фомкина О.А.

Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского

Опущение сводов стопы (плоскостопие) – актуальная проблема гармоничного физического развития [1]. По происхождению оно бывает врожденным и приобретенным, возникающим под влиянием различных факторов (низкая или чрезмерная физическая активность, избыточный вес, неправильно подобранная обувь и пр.) [2, 3].

Цель исследования: проанализировать влияние факторов, предрасполагающих к формированию плоской стопы у студентов Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского.

Материал и методы. В исследовании участвовали 68 студентов (42 девушки и 26 юношей). Средний возраст – $19,5 \pm 2,5$ лет. Все участники исследования предоставили отпечатки своих стоп на плотной бумаге ($n=136$) и прошли анкетирование, включающее в себя следующие пункты: антропометрические данные (длина и масса тела), образ жизни (активный, малоподвижный), характеристики обуви (тип обуви, наличие каблука, его высота), наличие дискомфорта и боли в стопах.

Наличие плоскостопия и его степень выявляли методом Яролова-Яраленда [4]. По массе и длине тела рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). В соответствии с рекомендациями ВОЗ по величине ИМТ объекты исследования были распределены на группы: дефицит массы тела ($<18,5$); нормальная масса тела ($18,5-24,9$); избыточная масса тела ($25,0-29,9$); ожирение I степени ($30-34,9$); ожирение II степени ($35-39,9$); ожирение III степени (≥ 40).

Статистическая обработка включала в себя расчёт абсолютных, относительных показателей (частота встречаемости, %), метод вариационной статистики и проводилась в программе Microsoft Office Excel. Для оценки значимости различий использовали t-критерий Стьюдента (распределение соответствовало нормальному).

Результаты. Половина респондентов ведут малоподвижный образ жизни; 33,8% – придерживаются активного образа жизни, не занимаясь спортом; 16,2% – занимаются тем или иным видом спорта. Малоподвижный образ жизни встречается в 2 раза чаще среди девушек (59,5% и 34,6% соответственно). Количество юношей занимающихся спортом в 2 раза больше, чем девушек: 23% и 12%. 42,4% юношей и 28,5% девушек ведут активный образ жизни, не занимаясь спортом.

По результатам опроса о предпочтениях различных моделей обуви мы выяснили, что спортивную обувь выбирают большинство опрошенных (56%), классическую модель – 33%, ортопедическую – 4%, чередуют обувь разных типов – 7% студентов. Замечено, что большая часть юношей отдает предпочтение спортивной обуви, а большая часть девушек – обуви классического типа, ортопедическую обувь юноши и девушки носят примерно с одинаковой частотой. При этом девушки выбирают обувь с разной высотой каблука: 4-5 см (38%), 1-3 см (35%), 8-15 см (19%), 6-8 см (8%).

У трети респондентов (31%) отмечают дискомфорт и боль в стопах. У 19% опрошенных интенсивность боли – слабая, у 10% – средняя и в 2% – сильная. Вышеуказанные симптомы чаще беспокоят девушек, что может быть связано с использованием обуви на каблуке. В зависимости от высоты каблука данные симптомы встречаются с разной частотой: при высоте каблука 1-3 см и 4-5 см у 23%; 9-15 см – у 12% девушек.

Анализ отпечатков стоп показал наличие плоскостопия у 47,8% обследованных, в числе которых 54% от всех юношей и 45% от всех девушек. Преобладало плоскостопие I степени (67%), реже III (18%) и II (15%). При этом плоскостопие являлось врожденным у 30,3% студентов.

По результатам подометрии длина и ширина стоп не имеют билатеральных различий и в изученной выборке в среднем составляют: у юношей $25,0 \pm 0,2$ см и $9,4 \pm 0,2$ см, у девушек – $23,0 \pm 0,2$ см и $8,5 \pm 0,09$ см. У юношей данные параметры соответственно на 9% и 11% больше, чем у девушек ($p < 0,05$).

Дифференцированный анализ по ИМТ внутри половых групп обнаружил дефицит массы тела у 33% обследованных девушек и 8% юношей; нормальную массу тела у 60% девушек и 69% юношей; избыточную массу тела у 7% девушек и 19% юношей. У одного юноши (4%) обнаружилось ожирение I степени.

Без учета половой принадлежности выявлено: при дефиците массы тела плоскостопие и дискомфорт в стопах отмечают соответственно 7,5% и 9,0% обучающихся; при нормальной массе тела те же симптомы встречаются в 32,8% и 21%; при избыточной массе тела – в 7,5% и 1,5% случаев.

Закключение. Таким образом, в изученной выборке большинство юношей и девушек 17-19 лет ведут малоподвижный образ жизни. В качестве предпочитаемой обуви юноши отмечают спортивную, а девушки – классическую с высотой каблука 1-3 или 4-5 см. Именно в обуви с такой высотой каблука девушки чаще всего и испытывают дискомфорт при длительном ношении и болевые ощущения разной интенсивности. Плоская стопа выявлена у половины исследуемых, большинство из них юноши. Преимущественно диагностировано плоскостопие I степени. Размеры (длина и ширина) стоп также преобладают у юношей, что связано с большими тотальными размерами их тела. Дефицит массы тела у девушек зафиксирован в 4 раза чаще, избыточная масса тела, напротив, встречается в 3 раза чаще у юношей. При этом не обнаружено прямой зависимости между величиной индекса массы тела и наличием плоскостопия. По всей видимости, в изученной нами выборке масса тела не являлась ведущим фактором в нарушении развития сводов стопы.

Список литературы.

1. Мелихов Я.П. Актуальные вопросы развития плоскостопия и методы ее коррекции / Я.П. Мелихов // *Universum: психология и образование*. – 2017. – № 6, Т. 36. – С. 17-19.
2. Музурова, Л.В. Индивидуальная изменчивость морфометрических параметров стоп девушек 18-19 лет различных соматических типов / Л.В. Музурова, И.Е. Кочелаевская // *Журнал анатомии и гистопатологии*. – 2017. – № 2, Т. 6. – С. 56-61.
3. Самойлова, Р.С. Стопа - фундамент тела / Р.С. Самойлова, С.П. Самойлов, А.С. Самойлова // *Авиценна*. – 2018. – № 16. – С. 35-38.
4. Столяренко Л.Д. Столяренко В.Е. Антропология - системная наука о человеке / Л.Д. Столяренко, В.Е. Столяренко. – М.: Феникс, 2004. – 384 с.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИНДИВИДУАЛЬНЫМ АКУСТИЧЕСКИМ СИСТЕМАМ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ УТОМЛЕНИЯ И ПОВЫШЕНИИ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Колесник Е.А., Лысенко Н.А., Куценко Е.Ю., Кюльбяков Н.Н.

Научный руководитель: Голодников Ю.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Мотивацией для проведения данного исследования послужила всеобщая популярность прослушивания музыки среди молодёжи при помощи индивидуальных акустических систем(наушников).

Как известно, мелодия оказывает влияние на эмоциональный фон человека, его продуктивность, что прослеживается в использовании музыки в религиозных и военных ритуалах.

Целью данного исследования является не только изучение влияния музыки на организм человека, как самостоятельного явления, в частности, на организм студентов-медиков, но и разработка специализированных музыкальных программ, используемых в аудиотерапии для снятия усталости и повышения работоспособности.

Труд врача классифицируется, как тяжелый, сопровождающийся длительным напряжением анализаторов и постоянным принятием эвристических решений. В этом и заключается актуальность данного исследования, т.к. кратковременные сеансы аудиотерапии позволят врачу снять напряжение и снизить процентное соотношение ошибок в его деятельности.

В ходе работы были опрошены 254 человека в возрасте от 18 до 24 лет, являющиеся студентами Ставропольского, Ростовского, Кубанского медицинских университетов.

В результате нами были получены следующие данные: более 80% респондентов указали, что для них имеет серьезное значение, какую музыку они слушают. Практически 20 процентов респондентов (19,6%) отметили, что их настроение зависит от прослушиваемой музыки. Среди опрошенных классическую музыку слушать во время перерыва в работе хотели только 16,1%. Это согласуется с данными о том, что 66% не представляют, что такое функциональная музыка.

Как оказалось, студенты медицинских вузов предпочитают определенные музыкальные направления. В тройку лидеров, с примерно равными результатами, вошли такие направления как классическая музыка (22,4%), поп-музыка (21,1%) и реп музыка (19,7%). К нашему удивлению джаз, относящийся к интеллектуальной музыке, занял только пятое место (8,9%).

Несколько странно выглядит ситуация, когда 64,3% респондентов все-таки отмечают, благоприятное влияние классической музыки на умственную деятельность, а 79,4% опрошенных, считают целесообразным прослушивание ее для снятия стресса, в использовании музыкальных программ.

В условиях университета создание специальных комнат, для прослушивания аудио программ затруднительно. Поэтому мы считаем целесообразным использование индивидуальных аудио систем для данной цели.

Уже есть примеры совместного использования аудиопрограмм через индивидуальными аудио системами. Группа ученых из США создала прибор, состоящий из так называемых «умные часы», электронного кольца и наушников, который вызывает стимуляцию стадии глубокого сна. Во время регистрации вхождения в стадию глубокого сна включалось проигрывание шумов, частота которых совпадала с частотой мозга в состоянии глубокого сна. Эти шумы стимулировали мозг создавать больше так называемых регенерационных дельта-волн, что оказывало положительный терапевтический эффект.

Использование наушников в зависимости от их конструкции может приводить к ухудшению самочувствия, нарушениям состояния здоровья. Поэтому нами дополнительно было проведено исследование с целью выяснения какие наушники целесообразно использовать при прослушивании аудиопрограмм. Выделяют по типу внешней конструкции накладные, вставные или мониторные наушники. Однако для целей аудиотерапии предпочтительнее использование мониторных наушников, полностью обхватывающих ухо, предназначенных для очень точного воспроизведения звука. В этих наушниках качество звука близится к уровню профессиональных аудиосистем. В отличие от других типов наушников, звук из мониторных наушников попадает в ушную раковину и не утомляет слух. Их принято считать самыми комфортными. Комфорт в мониторных наушниках достигается благодаря амбушюрам, валикам, обхватывающим ухо (такие валики делают из кожаменителя, мягкой ткани или вискозы).

В ходе анкетирования было выявлено около 50% опрошенных, которые используют наушники более трех часов в день для прослушивания музыки и разговоров по телефону, большинство из которых используют их во время поездок в транспорте. Лишь 21% из этих опрошенных отметил появление удовольствия и успокоения после прекращения использования наушников, остальные либо не ощутили никакого влияния, либо почувствовали ухудшение своего самочувствия, что обуславливает нормирование временного промежутка, приходящегося на использование аудиопрограмм.

В заключение хочется отметить, что использование аудиопрограмм— это перспективное направление профилактики утомления, повышения работоспособности и успеваемости студентов. При этом следует обращать внимание на конструкцию индивидуальных аудио систем и строго нормировать время работы в них, чтобы снизить степень негативного влияния, оказываемого на орган слуха.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОГО БАСЕЙНА В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Косоротова О.С. , Воронцова А.С.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Кирушин В.А., к.м.н., доцент Моталова Т.В.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.
Павлова**

Проблема загрязнения воздушного бассейна промышленных городов является одной из актуальных для современной России. Основную долю в загрязнение атмосферного воздуха на территории Рязанской области вносят предприятия нефтеперерабатывающей промышленности (34,4 %), топливно-энергетического комплекса (33,3 %), обрабатывающие предприятия (13,8 %), транспорт и связь (13,3 %) [1].

Цель работы: проанализировать динамику уровня загрязнения атмосферного воздуха в Рязанской области и провести ранжирование административных территорий, выделением приоритетных источников загрязнения.

Материал и методы: проведён статистический анализ данных ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области». В Рязанской области в 2017 г. контроль за состоянием атмосферного воздуха осуществлялся ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области» на 22 маршрутных постах 13 муниципальных образований. Проводились исследования 10 химических веществ: азота диоксид, азота оксид, гидроксибензол (фенол), формальдегид, дигидросульфид (сероводород), взвешенные вещества, углерода оксид, аммиак, диоксид серы, свинец.

Результаты и обсуждение: В регионе за последние годы в связи с кризисом экономики, выбросы вредных веществ в атмосферный воздух сокращаются. Только за 5 лет в Рязанской области выбросы сократились на 16,864 тысяч тонн или на 12,4 %. Однако, при наличии положительной динамики по всем наиболее распространенным веществам загрязняющих атмосферу, отмечается умеренная тенденция к росту выбросов углеводородов без летучих органических соединений. Среднегодовой темп прироста за 5 лет составил 6,3%. Это объясняется тем, что основным источником поступления углеводородов в атмосферу является автотранспорт, а рост машин с каждым годом значительно увеличивается.

При ранжировании 22-х районов области установлены три территории с наибольшими валовыми выбросами: Пронский (31,6%), Михайловский (18,3%) и Клепиковский районы (4,1%). Наибольшее количество выбросов в этих районах приходится на диоксид азота, азота оксид, фенол, сероводород, аммиак, диоксид серы, свинец, а также взвешенные вещества.

Валовой выброс загрязняющих веществ в 2017 году по Пронскому муниципальному району составил 40358,6 тонн. Самым крупным источником выбросов загрязняющих веществ в атмосферу является филиал ОАО «ОГК-6» Рязанская Государственная районная электростанция, вклад в общий валовой выброс по области составляет 1/3. Также к предприятиями-загрязнителями относятся ООО «Пронские карьеры», «Пронский маслозавод», «Новомичуринский хлебозавод».

На территории Михайловского района, на западе от районного центра находятся два крупных предприятия «Михайловцемент» и «Серебрянский цементный завод». Несмотря на то, что Михайлов удален на 11 километров от этих предприятий, выбросы из труб заводов достигают часть улиц города. При изучении розы ветров Михайловского района было обнаружено, что чаще всего ветер дует с западной, северо-западной стороны, как раз оттуда, где происходят выбросы.

На территории Клепиковского района нужно выделить предприятие «Торфяное», специализирующееся на добыче и переработке торфа. Кроме этого расположено 10 предприятий строительной сферы (крупнейшие «Ремстройсервис», «Тумский кирпичный завод», «Рязанский леспромхоз», «Астра-Дор») и 5 крупных сельскохозяйственных предприятий, более 50 фермерских хозяйств (ООО «Рассвет», «Простор-Александровское», «Андроновское», «Усадьба»).

Вывод: За последние 5 лет в Рязанской области выбросы вредных веществ в атмосферный воздух сократились на 12,4%. Однако на этом фоне, среднегодовой темп прироста углеводородов без летучих органических соединений составил 6,3%. При ранжировании 22-х районов области установлены три территории с наибольшими валовыми выбросами: Пронский (31,6%), Михайловский (18,3%) и Клепиковский районы (4,1%).

Значительное влияние на состав атмосферного воздуха оказывают энергетические предприятия, предприятия стройиндустрии и сельского хозяйства, рост автотранспорта.

Список литературы:

1. Кучумов, В.В. Гигиеническая оценка загрязнения воздушного бассейна в Рязанской области / В.В. Кучумов, В.А. Кирышин, С.В. Сафонкин // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ ПОСРЕДСТВОМ ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Коханова Д.А., Борзенкова Е.А., Жилыева Д.В.

Научный руководитель: Коротаева М.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет

В настоящее время система образования отказывается от традиционного представления результатов обучения в виде знаний, умений и навыков. Новая концепция ФГОС целью обучения физической культуре считает формирование разносторонне физически развитой личности, которая умеет активно использовать навыки физической культуры для сохранения и укрепления собственного здоровья. Актуальность данной проблемы заключается в том, что у обучающихся существенно снижается положительная мотивация к систематическим занятиям физической культурой конкретно в рамках учебного процесса. Поэтому цель нашей работы состоит в формировании положительной мотивации и осознанной потребности к систематическим занятиям физической культурой у обучающихся, посредством выявления оптимальных условий, влияющих на формирование устойчивых мотивов к занятиям физической культуры среди студентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди 2 групп студентов по 10 человек посредством проведения анкетирования. Перед и после проведения исследования студентам предлагали заполнить анкету, в которой был задан вопрос: «насколько вы оцениваете пользу от обучения физической культуре?»

Предлагаемые варианты ответов:

а) считаю данную дисциплину важной;

б) не вижу смысла продолжать обучение данной дисциплине.

45% из 100% опрошенных ответили, что не видят пользы от преподавания данной дисциплины у студентов. После данного анкетирования занятия физической культурой проводились с короткой теоретической справкой, в которой давалась информация о том, какую конкретно группу мышц развивает данное упражнение, насколько оно полезно для здоровья, каковы результаты систематического занятия данным упражнением. После 5ти таких занятий анкетирование было проведено вновь.

Результаты и обсуждения. Из 100% опрошенных только 10% показали отрицательную мотивацию к занятиям физической культурой.

Здоровье сбережение может выступать как одна из задач образовательного процесса, т.к в соответствии с Законом «Об образовании» здоровье обучающихся относится к приоритетным направлениям государственной политики в сфере образования.

Здоровье сберегающие технологии подразумевают индивидуальный подход к каждому студенту, который заключается в учете функциональных и физических возможностей данного студента и рекомендуемой нагрузкой, в формировании у студентов представлений о важности заботы о собственном здоровье, в обучении элементарным правилам здоровья сбережения. [1]

Интерес к физической культуре одно из проявлений сложных процессов мотивационной сферы. [4] Положительная внутренняя мотивация к занятиям физической культурой может возникнуть только тогда, когда внешние мотивы и цели соответствуют возможностям студента, когда они являются для него оптимальными (не слишком трудными и не очень лёгкими) и когда студент понимает субъективную ответственность за их реализацию.[2]

Для поддержания активного интереса к систематическим занятиям физической культурой необходимо постоянно давать информацию, раскрывающую важность того или иного упражнения для здоровья. [3]

Выводы. 1.Разъяснение здоровьесберегающей концепции занятий физической культурой способствуют выработки положительной мотивации у студентов, формируют потребность в систематических занятиях, направленных на результат- сохранение и укрепление собственного здоровья;

2. Для формирования необходимых условий, способствующих появлению положительных мотиваций необходимо производить индивидуальный учёт функциональных и физических возможностей студентов, а также прибегать к доказательным моментам важности выполнения конкретным студентом предложенных ему упражнений.

Список литературы

1. Антонова, Л.Н. Психологические основания реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях/ Л.Н. Антонова, Т.И. Шульга, К.Г. Эрдынеева. – Москва, 2009 – С.100-102.
2. Ланда, Б.Х. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности/Б.Х.Ланда – Москва, 2010 – С.192 – 194.
3. Фурманов, А.Г. Оздоровительная физическая культура/А.Г.Фурманов – Минск, 2008 – С.528-529.
4. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта/Ж.К.Холодов – Москва, 2011 – С.480-482.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В ГОРОДЕ РЯЗАНИ

Кулакова В.А.

**Научные руководители: д.м.н., профессор Кирюшин В.А., к.м.н., доцент Моталова Т.В.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.**

Павлова

Несмотря на прошедшее в последние десять лет сокращение промышленного производства, уровни загрязнения окружающей среды в целом остаются высокими, неадекватными промышленному спаду. Загрязнение атмосферного воздуха остается «рисковым» приоритетом для здоровья населения.

Цель работы: оценить уровень загрязнения атмосферного воздуха в г. Рязани и выделить приоритетные источники загрязнения.

Материал и методы: проведён статистический анализ результатов маршрутных и подфакельных исследований качества атмосферного воздуха на автомагистралях в зоне жилой застройки и в зоне влияния промышленных предприятий (лабораторные исследования проведены на базе ИЛЦ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Рязанской области»). А также информации стационарных постов наблюдений Рязанского центра гидрометеослужбы по приоритетным загрязняющим веществам: диоксид и оксид азота, фенол, формальдегид, сероводород, оксид углерода, взвешенные вещества, аммиак, свинец, бенз(а)пирен, сероуглерод, гидроксибензол, дигидросульфид.

Результаты и обсуждение: В 2017 году по г. Рязани отобрано и исследовано на приоритетные вещества 6476 проб атмосферного воздуха, из них 30 проб или 0,5% с превышением предельно допустимых концентраций, аналогичный показатель по РФ составил 0,87%. По сравнению с 2016 г. доля нестандартных проб уменьшилась с 0,6% до 0,5%, т.е. отмечается стабилизация качества воздуха г. Рязани.

В зоне влияния промышленных предприятий было исследовано 2862 пробы атмосферного воздуха, из них с превышением гигиенических нормативов 6 проб или 0,2%. Регистрировались превышения ПДК по приоритетным веществам: гидроксибензол, дигидросульфид, взвешенные вещества, фенол, бензапирен, сероуглерод, диоксид азота.

В зоне влияния автотранспорта, на содержание загрязняющих веществ исследовано 3614 проб воздуха. Доля проб с превышением гигиенических нормативов составила 0,7% (в 2016 г. – 1,5%), что свидетельствует об улучшении качества атмосферного воздуха г. Рязани в зоне влияния автотранспорта.

В 2017г. по сравнению с 2016г. не регистрировались пробы с превышением ПДК по углерод оксиду, окислам азота, формальдегиду, взвешенным веществам. В структуре проб с превышением ПДК 66,6% составляет дигидросульфид, 33,4% - гидроксибензол. В 2017 г. по сравнению с 2016 удельный вес проб не соответствующих гигиеническим нормативам по дигидросульфиду (до 2-х ПДК) увеличился в 6,1 раза ($p < 0,01$), по гидрооксибензолу указанный показатель остался на прежнем уровне (от 2-х до 5-ти ПДК).

При ранжировании районов г. Рязани по показателям загрязнения атмосферного воздуха, определены территории, требующие постоянного лабораторного контроля за качеством атмосферного воздуха - п. Турлатово, микрорайон Дашково-Песочня.

При проведении многолетнего мониторинга за качеством атмосферного воздуха выявлены приоритетные загрязнители атмосферного воздуха п. Турлатово: гидроксibenзол, формальдегид и дигидросульфид. В 2017 году наметилась положительная динамика состояния атмосферного воздуха: доля проб, превышающих гигиенические нормативы, по гидроксibenзолу сократилась в 2,5 раза, по дигидросульфиду – в 1,5 раза.

Основными загрязнителями воздушного бассейна г. Рязани являются АО «Рязанская нефтеперерабатывающая компания», предприятия топливно-энергетического комплекса: ОАО «Рязанская ГРЭС», ГРЭС-24, Ново-Рязанская ТЭЦ, филиал ОАО «ТГК-4» Рязанская региональная генерация», предприятия Корпорации «Технониколь», а так же автомобильный транспорт.

Вывод. В 2017 году отмечается стабилизация качества воздуха г. Рязани. Для нормализации состояния атмосферного воздуха необходима реализация мероприятий по уменьшению выбросов загрязняющих веществ в атмосферу:

- использование прогрессивных технологий в промышленности;
- применение в производстве более "чистых" видов топлива;
- сокращение неорганизованных выбросов;
- улучшение условий рассеивания выбросов;
- рациональное увеличение площадей зеленых насаждений в городской черте;
- реализация принятой Государственной программы Рязанской области «Дорожное хозяйство и транспорт на 2014-2022 годы», включающей мероприятия по улучшению состояния дорожных покрытий, ремонт автомобильных дорог, строительство окружных дорог.

Список литературы:

1. Онищенко, Г.Г. Влияние состояния окружающей среды на здоровье населения. Нерешенные проблемы и задачи / Г.Г. Онищенко // Гигиена и санитария. – 2003. – №1. – С. 310.

ТЯЖЕСТЬ ТРАНСПОРТНЫХ УСЛОВИЙ НА АВТОМАГИСТРАЛЯХ Г. РЯЗАНИ ПО ДАНЫМ КАРТОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Полковникова А. В., Петрова А. А., Петрова Т. О.

**Научные руководители: д.м.н., доцент А.А. Дементьев, к.м.н. Цурган А. М., Соловьёв Д. А.
Рязанский государственный медицинский университет**

Рязань – центр одноименного субъекта Центрального федерального округа РФ располагается на правом берегу р. Оки на пересечении трех автомагистралей. Рязань — самый крупный город в области с населением более 815 тыс. человек, площадью 223 м2 с общей длиной транспортных коммуникаций более 835 км. Важным элементом оценки антропогенного воздействия автотранспорта на социозэкосистему города является оценка транспортных условий на элементах улично-дорожной сети, однако при этом не учитывается скорость транспортных средств на участках транспортно-дорожной сети, а это может оказывать существенное влияние на величину эмиссии загрязняющих веществ в атмосферный воздух с выбросами автотранспорта. В связи с этим использование картографического метода исследования скоростных режимов транспортных потоков на улицах г. Рязани является обоснованным и актуальным для уточнения воздействия выбросов автотранспорта на атмосферный воздух.

Материалом исследования служили данные сайта yandex.ru - пробки в г. Рязани, публикуемые в свободном доступе. Определялась протяженность транспортных потоков со скоростями движения 5-10 км/час (тяжелые условия, цвет красный). Использовался метод сравнительного анализа. Статистическая обработка проводилась методом дисперсионного анализа.

В весенний период года суточная динамика транспортных условий на улицах города и окружных дорогах имела некоторые отличия. Для городских и окружных дорог были характерны утренний и вечерний часы пик. При этом их продолжительность была существенно больше на окружных дорогах (с 6 до 12 и с 15 до 21 часа соответственно), чем на улицах города (с 6 до 10 и с 16 до 20 часов). Для городских улиц также было характерно полуденное увеличение интенсивности движения с 12 до 14 часов. В период с 21.00 до 6.00 в городе не регистрировалось тяжелых транспортных условий. Во время утреннего часа пик длины участков с тяжелыми транспортными условиями на городских улицах и окружных дорогах имели близкие значения и

составили соответственно 1,3 и 1,2 км. Во время вечернего часа пик максимальная протяженность участков окружных дорог с затрудненными условиями достигала 1,8 км и была в 3 раза больше, чем на улицах города. Корреляционный анализ показал наличие прямой положительной связи средней силы между транспортными условиями на улицах города и окружных дорогах ($r_{xy} = 0,5$). Анализ суточной динамики протяженности участков улиц города с тяжелыми транспортными условиями по дням недели показал, что её наибольшие значения в утренний час пик регистрировались в понедельник, вторник и среду и колебались в пределах 2,5 - 3,8 км. Дневной час пик (в 15:00) был в большей степени характерен для субботы, воскресенья и вторника, при этом протяженности участков с тяжелыми транспортными условиями находились в пределах 0,4 – 1 км. Время вечернего часа пик во вторник приходилось на 20 часов и характеризовалось наибольшей протяженностью участков улиц с тяжелыми транспортными условиями (2,3 км). Согласно ГОСТ Р 56162-2014 на участках со скоростями движения 5-10 км/ч при расчетах выбросов загрязняющих веществ автотранспортом вводится поправочный коэффициент, увеличивающий выброс в 1,4 раза. Нами были рассчитаны приросты выбросов основных загрязняющих веществ, поступающих в атмосферный воздух с отработанными газами автотранспорта в часы пик на отдельных улицах города с пиковыми значениями тяжелых транспортных условий. При этом учитывалось изменение скорости транспортного потока и расстояния, на котором регистрировались тяжелые транспортные условия. Прирост выбросов основных загрязняющих веществ в атмосферный воздух рассчитывался относительно среднего выброса на рассматриваемых улицах города. Исследования показали, что наибольший прирост эмиссии в атмосферный воздух был характерен для бенз(а)пирена и составил 9,1%, тогда как увеличение выбросов остальных загрязняющих веществ имело близкие значения и находилось в пределах 8,7 – 8,8%. Таким образом, формирование тяжелых транспортных условий ведет к существенному увеличению антропогенной нагрузки выбросов автотранспорта на атмосферный воздух города, которое территориально приурочено к участкам автомобильных дорог со скоростями транспортного потока 5 -10 км/ч.

Выводы.

1. Формирование тяжелых транспортных условий ведет к существенному увеличению антропогенного загрязнения атмосферного воздуха города выбросами автотранспорта.
2. Периодами наиболее интенсивного воздействия автотранспортной системы города на атмосферный воздух следует считать утренний и вечерний часы пик, соответственно с 6 до 10 и с 16 до 20 часов.
3. Утренний час пик был более выражен в начале рабочей недели (понедельника по среду), дневной час пик чаще наблюдался в выходные дни, а вечерний час пик - в рабочие дни недели.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В КУРСКЕ И КУРСКОМ РАЙОНЕ

Рыбалко Я.В., Королева В.И., Ильин М.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Химический состав природных вод зависит от состава почвы, атмосферных осадков, сезона года и хозяйственной деятельности человека. Среди веществ – загрязнителей природных вод Курской области основными являются железо, нитраты, аммонийный азот, сульфаты. Также высоко содержание фторидов.

Подземные воды - наиболее устойчивый источник пресной воды, пригодной для питья. Значительные запасы и меньшая антропогенная загрязненность делают их незаменимыми для водоснабжения[2]. Естественную защищенность подземных вод обеспечивают мощность и фильтрационное свойство горных пород, которые залегают выше водоносного горизонта. Лучшим естественным фильтром является глина[1,3].

Грунтовая вода, которую мы используем для питья из колодцев и неглубоких скважин, плохо защищена от проникновения в нее антропогенных загрязнений, так как обычно находится на глубине 0.5-10 метров. Централизованное водоснабжение многих городов и все местные водоисточники (колодцы) используют грунтовые воды, поэтому антропогенное воздействие может оказывать большое влияние на качество питьевой воды[3,4]. Наиболее опасны весенние и

осенние периоды дождей, во время которых возможны химические, бактериологические и радиоактивные загрязнения[5].

Целью нашей работы стало изучение качества питьевой воды, используемой населением Курска и Курского района.

Материалы и методы: при определении качества питьевой воды (оценивали водопроводную, колодезную и родниковую воду. Водозабор из всех источников проведен 25 августа с 13.00 до 19.00. Температура воздуха +230С. Сухая ясная погода стояла около недели до водозабора.) пользовались данными по санитарным нормам СанПиН 2.1.4.1074-01 и СанПиН 2.1.4.1110-02 [4,5] Для оценки качества воды ориентировались на следующие параметры: катионно-анионный состав, жесткость (норма до 7), уровень pH (норма в пределах 6.5-8.5), мутность (норма не более 1 мг/л), цвет (норма - прозрачна, в тонком слое бесцветна), запах (норма -при температуре 200 С не более, чем на 2 балла), привкус (норма - допускается привкус при температуре 15-200 С не более, чем на 2 балла)[1,2].

Для оценки указанных параметров использовали описательный метод, сравнительный анализ, колориметрический метод, титрование, метод взвешивания, статистический анализ полученных данных.

Получили следующие данные: во всех образцах водопроводной воды жесткость превышает норму, также повышено содержание фторидов, отсутствуют ионы йода; в образцах колодезной воды отмечается повышенное содержание ионов аммония и нитратов, что свидетельствует о загрязнении этой воды; во всех изучаемых пробах количество взвешенных частиц не превышает норму, запах и привкус не ощущаются.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Необходимо сократить или исключить употребление колодезной воды, что обусловлено ее загрязнением;
2. Можно рекомендовать употребление родниковой воды, т.к. в ней отсутствуют ионы-загрязнители и жесткость не превышает экологический норматив. Она чистая, прозрачная, не имеет выраженного вкуса;
3. Употребление водопроводной воды также рекомендовано, для уменьшения жесткости можно предложить населению кипятить воду для питья и приготовления пищи, добавлять кальцинированную соду при стирке;
4. Так как все исследуемые образцы не содержат ионов йода, можно рекомендовать использование в пищу йодированной соли;
5. Необходимо рекомендовать населению рациональное питание с достаточным употреблением кальция и магния, что обуславливает профилактику флюороза.

Список литературы.

1. Актуальные проблемы организации контроля за качеством воды и питьевых источников в Москве/ Е. Е. Андреева, А. В. Иваненко, В.А. Селивестров, И.Е. Гареева// Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. – №2(55). – С.5-11;
2. Зубрилов, С.П. Питьевая вода городов. Современные технологии очистки воды/ С.П. Зубрилов// Профилактическая и клиническая медицина. – 2015. – С. 133-136;
3. Киблер, Е.А. Функции воды в организме человека и применение бутилированной воды в качестве питьевой/ Е.А. Киблер, И.С. Зайцева// Научные труды. Кузбасский государственный технический ун-т им.Т.Ф. Горбачева. – 2018. – С. 42505.1-42505.3;
4. Пугач, С.Л. Подземные воды:состояние обеспеченности питьевыми и техническими водами/ С.Л. Пугач, Б.Л. Боровский, А.Л. Язвин// Минеральные ресурсы России: экономика и управление. – 2012. - №4. – С. 88 – 93;
5. Сластя, И.В. Сравнительная оценка требований к качеству воды централизованного питьевого водоснабжения и бутилированной питьевой воды/ И. В. Сластя// Научные труды. МСХА им. К.А. Тимирязева. – 2018. – С.400-403.

УТИЛИЗАЦИЯ МУСОРА КАК СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ПО ДАННЫМ ОПРОСА СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Г. СТАВРОПОЛЯ

Салихова К.Р.

Научный руководитель: Голодников Ю.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Тенденции к росту потребления в современном мире привели к выраженному количественному подъему уровня образования твердых бытовых отходов (ТБО). Объем потока ТБО, ежегодно производимых человеком, достиг геологических масштабов и составляет, по данным отчета ООН за 2015 год, 2 миллиарда тонн, что сильно влияет на глобальные биохимические циклы биофильных элементов. Неутилизированный мусор оказывает крайне неблагоприятное воздействие на окружающую среду: способствует потенцированию парникового эффекта, загрязняет экосистемы и ведет к нарушению экологического баланса в биосфере. Поэтому для современного общества столь важна разработка, внедрение и усовершенствование грамотных и безопасных для окружающей среды и человека способов утилизации ТБО.

Целью данной работы было не только изучение фактических методов, применяемых в сфере утилизации бытовых отходов в мире в целом и в России в частности, но и исследование уровня осведомленности среди студентов-медиков о способах утилизации твердых бытовых отходов. Без внимания не остались и их собственные действия, направленные на борьбу с ухудшением экологической ситуации, вызванным избыточным образованием и поступлением ТБО в техносферу.

Общее количество лиц, прошедших специально разработанное анкетирование, составило 71 человек в возрасте от 18 до 25 лет, из них 55 девушек и 16 юношей. При обработке полученных данных использовались: описательная статистика и расчет относительной частоты встречаемости признака среди опрошенных.

Хотя бы один способ утилизации твердых бытовых отходов известен 94% респондентов. При этом о методе переработки во вторичное сырье известно 77% опрошенных, мусоросжигании – 88%, захоронении на специализированных полигонах – 62%, брикетировании – 28% и компостирования – 48%. Вместе с тем самым опасными для окружающей среды и здоровья человека большинство респондентов сочли мусоросжигание (большинством голосов в 70% опрошенных).

Основная сложность утилизации ТБО в реалиях современной России заключается в несовершенной работе системы управления отходами (СУО), которая в идеале должна в полном объеме обеспечивать мероприятия по сбору, транспортировке, сортировке, переработке или окончательной утилизации и осуществлять всеобъемлющий контроль за указанными действиями.

Полу Коннетту – специалисту по проблемам отходов – принадлежит емкое лаконичное определение: «Мусор – это не вещество, а искусство – искусство смешивать вместе разные полезные вещи и предметы, тем самым определяя им место на свалке». Вывоз отходов с места их образования зачастую является самым дорогостоящим и трудоемким этапом процесса утилизации. Грамотная организация этой фазы ведет к существенной экономии средств и ресурсов, а также удобству перераспределения ТБО среди мусороперерабатывающих предприятий. Существенной проблемой на данном этапе является транспортировка отходов с густонаселенных районов. Одним из наиболее оптимальных решений в этом случае будет создание станций временного хранения ТБО, вывоз мусора с которых будет осуществляться по железной дороге либо с использованием автомобилей большой грузоподъемности. Необходимо заострить внимание на том, что станции промежуточного хранения при их неправильном территориальном размещении или эксплуатации могут нанести окружающей среде и людям, проживающим в районах их расположения, не меньший вред, чем, например, несанкционированные незаконные свалки.

Другим не менее важным аспектом утилизации твердых бытовых отходов принято считать необходимость сортировки поступающего мусора для последующей утилизации или переработки. Без проведения указанной процедуры эффективность, целесообразность и безопасность описанных выше мероприятий резко снижается. К примеру, компост, получаемый в итоге технологической цепи сбраживания всего объема ТБО в биологическом реакторе на мусороперерабатывающем заводе Ленинградской области, представляет собой относительно опасный материал в силу отсутствия предварительной сортировки поступивших отходов.

Стоит отметить, что современная молодежь ответственно относится к проблемам утилизации бытовых отходов, однако их возможность внести собственный вклад в решение

данной задачи сильно ограничены в связи с отсутствием соответствующей инфраструктуры (повсеместно расположенных пунктов приема сырья для вторичной переработки, отдельного сбора мусора в общественных местах и непосредственно мусороперерабатывающими предприятиями). По результатам анкетирования было также установлено, что 94% опрошенных студентов-медиков считают предварительную сортировку бытовых отходов гражданами (до передачи ТБО мусороуборочным компаниям) необходимой. Однако фактически, на регулярной основе подобные мероприятия проводит лишь 30% респондентов.

В заключение хотелось бы отметить, что, несмотря на то что развитые страны производят твердые бытовые отходы в гораздо больших объемах, нежели развивающиеся, проблем с утилизацией и переработкой мусора у них, как правило, нет (примером могут служить страны западной Европы). Такой эффект достигается благодаря хорошо организованной и стандартизированной с точки зрения экономичности системы управления отходами и, в не меньшей степени, сознательностью местного населения. В Российской Федерации подобная система только складывается, разрабатываются соответствующие нормативно-правовые акты и ряд мер, пресекающих их нарушение, однако до полномасштабного претворения в жизнь так называемой «мусорной реформы» еще далеко.

Список литературы.

1. В. Кольцов, О. Кондратьева, «Теоретические основы защиты окружающей среды».
2. И. Новикова, «Туалеты, компосты, утилизация отходов».
3. Б.Б. Бобович, В.В.Девяткин, «Переработка отходов производства и потребления», М. 2000 г.
4. «Утилизация твердых отходов», под ред. А.П. Цыганкова. – М.: Стройиздат, 1982г.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНАМ В ПЕРИОД СЕССИИ НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Чеккуева Д.Х., Дмитриенко О.В.

Научный руководитель: Голодников Ю.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Экзаменационная сессия для студентов - это своеобразное испытание. Однако, для некоторых достаточно пары часов на повторение материала, а другим студентам требуются недели, чтобы получить положительную оценку.

В данной работе мы попытались установить, как зависят результаты экзаменов от продолжительности подготовки к ним в период сессии. Для этого были проанализированы оценки студентов различных ВУЗов по ряду медицинских дисциплин с учетом продолжительности подготовки.

Целью исследования является установить оптимальное время для подготовки к экзаменам в период сессии.

В нашей работе мы использовали сравнительный метод исследования.

Для работы мы сравнили результаты экзаменационных оценок в период зимней и летней сессии на 2 курсе в Ставропольском Государственном Медицинском Университете, Ростовском Государственном Медицинском Университете, Московском Медицинском Университете им. Пирогова, Астраханском Государственном Медицинском Университете.

Из каждого ВУЗа мы отобрали для исследования по 2 группы с наибольшим и наименьшим временем на подготовку.

В РостГМУ для первой группы было выделено 4 дня на подготовку к экзаменам по анатомии и гистологии, для второй группы – 5 дней. На основе сравнения было установлено, что 4 дня вполне достаточно для хорошей подготовки, при этом процент оценок «хорошо» и «отлично» гораздо выше, чем совокупное количество оценок «удовлетворительно» и «неудовлетворительно».

В РНИМУ им. Пирогова для первой группы на подготовку к анатомии было выделено 4 дня, для гистологии – 6 дней. Для второй группы на оба предмета – 5 дней. Сравнительный анализ показал, что 6 дней на подготовку дают более высокие результаты: оценки выше и процент оценок «отлично» больше. Оказалось, что для подготовки к экзамену по анатомии достаточно 4 дня –

небольшой количество оценок «неудовлетворительно», высокий уровень оценок «хорошо» и совсем мало «удовлетворительно».

В АстГМУ для первой группы на подготовку к анатомии было выделено 4 дня, для гистологии – 6 дней. Для второй группы на анатомию было выделено 4 дня, на гистологию – 2 дня. Было установлено, при подготовке к гистологии в течение 6 дней отсутствуют оценки «неудовлетворительно», а оценки «удовлетворительно» переходят в ряд «хорошо» и «отлично». Короткие сроки подготовки, то есть 2 дня, значительно увеличивают количество «удовлетворительных» оценок, при этом существенно снижаются оценки «хорошо» и «отлично», что приводит к снижению критерии качества образования.

Результаты подготовки к экзаменам за 6 дней: «5» и «4» - 80%, «3» - 20%. Результаты подготовки к экзаменам за 2 дня: «3» - 50%, «5» и «4» - 50%.

В СтГМУ для первой группы на подготовку к Анатомии и Гистологии было выделено 5 дней, для второй группы на подготовку по обеим дисциплинам – 3 дня. В первом случае можно наблюдалась тенденция к уменьшению количества «удовлетворительных» оценок и существенное преобладание оценок «отлично» и «хорошо». Во втором же случае оценки стабильно высокие, что позволяет сделать вывод о высокой степени подготовки, несмотря на сжатые сроки.

Полученные данные свидетельствуют, что оптимальные сроки для подготовки к экзаменам в период сессии составляют от 4 до 6 дней. При этом меньшее количество дней на подготовку приводят к ухудшению результатов сессии, а большее количество дней не влияют на качество подготовки.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИГРАНИЧНЫХ ТЕРРИТОРИЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ С РЕСПУБЛИКОЙ КАЗАХСТАН С ОЦЕНКОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Шаров Е.К., Жариков К.М., Нафиков А.В.

**Научные руководители: к.м.н, доцент Кряжев Д.А., д.м.н, профессор Боев В.М.
Оренбургский государственный медицинский университет**

В последнее время происходит усиление сотрудничества Российской Федерации с Республикой Казахстан в различных отраслях. Среди этих отраслей необходимо выделить проблемы экологии, в частности проблему трансграничного переноса различных загрязняющих веществ.

Материалы и методы: Объектом исследования явились группы населения, проживающие на территории Оренбургской области, граничащих с Республикой Казахстан. Предметом исследования явились данные лабораторных исследований проб питьевой воды, атмосферного воздуха регионального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга, данные Государственных докладов о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения проведен по данным отчетных форм за 2003-2013гг.

Результаты и обсуждения: При анализе суммарного загрязнения воздуха установлено, что на территориях Илекского, Соль-Илецкого, Гайского районов, а также Новотроицка, суммарное загрязнение атмосферного воздуха выше среднего числа и составляет 4.0, 6.3, 6.5, 6.1, 3.1 соответственно. При анализе суммарного загрязнения воды установлено, что на территориях Ташлинского, Илекского, Соль-Илецкого, Беляевского, Адамовского районов, суммарное загрязнение воды выше среднего числа и составляет 7.0, 7.3, 6.5, 6.8, 7.6 соответственно. В ходе исследования была изучена заболеваемость лимфомами и лейкозами на приграничных территориях. При изучении уровня заболеваемости лимфомами на исследуемых территориях установлено, что в 4 районах заболеваемость злокачественными лимфомами выше среднеобластного значения. Среднеобластное значение заболеваемости лейкозами составляет 5.4, при этом, в 8 рассматриваемых районах заболеваемость выше среднеобластного значения.

Заключение: Уровень загрязнения атмосферного воздуха и воды приграничных территорий Оренбургской области с Республикой Казахстан имеет высокую вариацию. Выявлены территории риска с повышенным уровнем загрязнения - Илекский, Соль-Илецкий, Гайский, Ташлинский, Беляевский район, а также Новотроицк. При анализе онкологической заболеваемости на

территориях этих районов установлено повышенное значение показателей, что может указывать на то, что причиной этих заболеваний может служить повышенная антропогенная нагрузка. Таким образом, можно заключить, что прилегающие к этим районам территории Республики Казахстан могут также быть подвержены влиянию высокой антропогенной нагрузки и всем неблагоприятным последствиям.

Список литературы.

1. Боев, В.М. Распространенность и структура заболеваемости гемобластозами у жителей Оренбургской области / В.М. Боев С.А. Лебеденко, Г.Б. Кучма, В.В. Быстрых // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2012. № 4 (41). С. 225.
2. Кряжев, Д.А. К вопросу о региональном трансграничном переносе атмосферных загрязнений и влиянии их на здоровье населения / Д.А. Кряжев, В.М. Боев, Е.А. Кряжева // Альманах молодой науки – 2017 - № 2 - С. 3-9.

Раздел 11. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения

ДЕМОГРАФИЯ И СПРОС НА ЛЕКАРСТВА В РК

Аманова Г.

**Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.
Казанский национальный медицинский университет**

На сегодня формирование спроса на фармацевтическом рынке РК в основном происходит под влиянием населения – главного его субъекта, население, численность которого, начиная с 1990 г. в РК снизилась.

Цель – проанализировать влияние социально-демографических показателей в стране на формирование маркетингового спроса на фармацевтическом рынке.

Результаты

Основными факторами влияния на емкость фармацевтического рынка являются:

- демографический фактор;
- уровень заболеваемости;
- фактор территориального размещения.

Численность населения страны на 1 января 2009 г. составила 15219,3 тыс. человек, в том числе городского - 8696,5 тыс. (57,1%), сельского - 6522,8 тыс. человек (42,9%). В 2009 г. во всех регионах страны, кроме Восточно-Казахстанской, Костанайской, Северо-Казахстанской, Павлодарской и Акмолинской областей, наблюдался рост численности населения. Максимальный прирост общей численности населения приходится на 12,7 тысяч человек, и города Алматы и Астана- 38,4 и 21,1 тыс. человек соответственно, а максимальная ее убыль - на Восточно-Казахстанскую область - на 10,9 тыс. человек. Общий коэффициент естественного прироста на 1000 жителей остался на уровне 2007 года и составил 8,1 человек. В результате снижения рождаемости, увеличения смертности естественный прирост населения за последние 10 лет снизился.

Последняя перепись населения в РК проводилась в 2009 году. Необходимо отметить, что для всех стран СНГ, включая и РК, 90-е годы прошлого века ознаменовались значительным падением темпов роста населения по сравнению с предыдущими десятилетиями. Наиболее крупным городом Казахстана остается Алматы.

Следовательно, возможности органов государственной власти в удовлетворении потребности в ЛС у пенсионеров расширились. Особенностью демографической нагрузки на трудоспособное население Казахстана является то, что численность детей в 2,5 раза выше, чем населения в возрасте старше трудоспособного. Положительный естественный прирост населения обусловлен высоким уровнем рождаемости в РК. Однако уровень

Выводы.

При наличии положительного естественного прироста населения имеется значительный потенциал для дальнейшего развития отечественных производителей лекарственных средств и фармрынка в целом.

ПУТИ ФОРМИРОВАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОГО ИНВЕСТИЦИОННОГО КЛИМАТА ДЛЯ ИНВЕСТОРОВ

Ахмедова Ш.Т., Пулатов М.Д

**Научный руководитель: Ахмедова Ш.Т.
Андижанский государственный медицинский институт**

Республики Узбекистан в целом по международным стандартам, используя такие критерии, как политическая и социальная стабильность, динамизм экономического роста, степень либерализации внешнеэкономической сферы, наличие развитой промышленной инфраструктуры,

банковской системы и системы телекоммуникаций, наличие рынка относительно дешевой квалифицированной рабочей силы и др., можно констатировать, что практически по всем этим параметрам Узбекистан уступает большинству стран мира. Региональное распределение иностранных инвестиций в Узбекистане свидетельствует о том, что инвестиционный климат в стране неодинаков и имеет значительные межрегиональные отличия. Экономика страны воздействует на экономику посредством законодательных ограничений и преференций, налоговой системы, обязательных платежей и отчислений, государственных инвестиций, субсидий, льгот, кредитования, осуществления государственных социальных и экономических программ.

Материал и методы. Мировая практика показывает, что эластичное законодательство, способное создать ощутимые стимулы и справедливые правила игры на фондовом пространстве, соблюдаемые всеми участниками рынка, является обязательным условием активизации деятельности банков в качестве инвесторов формирующегося национального фондового рынка. Кроме этого, создание эффективного законодательства является обязательным условием устойчивого и поступательного развития всей фондовой индустрии Узбекистана. Правовой фон, сопровождающий процесс участия коммерческих банков в качестве портфельных инвесторов формирующегося в Республике Узбекистан фондового рынка, характеризуется низким уровнем системности, что проявляется в частом внесении поправок к принятым законам и в изменении нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность его участников. Кроме этого имеют место неточности в формулировках и низкий уровень сопряженности различных частей действующего законодательства, касающихся вопросов выпуска, обращения и погашения отдельных видов ценных бумаг, а также отношений между участниками инвестиционных операций банков на рынке ценных бумаг Узбекистана.

Результаты и обсуждения: Особенно актуальной в последние годы становится реформа административного законодательства и установление административного более высокого уровня ответственности за правонарушения на рынке ценных бумаг. Кроме того, на современном этапе развития правовой базы национального рынка ценных бумаг требуется качественно новый подход к реформированию законодательства и к обновлению нормативно-технических актов, регламентирующих деятельность коммерческих банков Узбекистана в качестве инвесторов на этом сложном сегменте национального фондового рынка. В краткосрочной перспективе полезным было бы рассмотреть законопроекты, направленные на защиту интересов инвесторов. Для этого, в законодательном порядке следует ввести правило, в соответствии с которым при снижении уставного капитала акционерного предприятия путем уменьшения номинальной стоимости акций запрещается непропорциональное уменьшение номинальной стоимости отдельных типов и категорий акций. Такая мера будет способствовать защите вложений частных вкладчиков коммерческих банков, наращиванию масштабов аккумулирования сбережений населения, а также повышению его доверия к банкам и формируемому фондовому пространству в Республике Узбекистан. Повышению качества нормативно-правового обеспечения деятельности банков в качестве портфельных инвесторов на рынке ценных бумаг Узбекистана, следует обратить внимание на проблему повышения уровня прозрачности деятельности эмитентов на всем фондовом пространстве Узбекистана.

Целесообразно всю конкретную информацию об эмитентах ценных бумаг, поступающую на фондовый рынок Узбекистана, условно поделить на 3 вида:

- информацию, предоставление которой банками регламентируется соответствующими юридическими нормами;
- дополнительную информацию, предоставляемую эмитентами добровольно;
- аналитические данные, генерируемые профессиональными участниками рынка ценных бумаг, для повышения уровня прозрачности фондового рынка.

Выводы: Таким образом, государственная политика в области активизации деятельности банков в качестве портфельных инвесторов национального рынка ценных бумаг должна базироваться на солидной нормативно-правовой базе и нацелена на решение комплекса стратегических задач, обеспечивающих эффективную работу данных институтов по обслуживанию возрастающих потребностей основных участников рынка и перелив капиталов в наиболее конкурентоспособные отрасли национальной экономики.

Список литературы.

1. Алексеев М. Ю., Миркин Я. М. Ценные бумаги и фондовый рынок. - М: Перспектива, 1995.

2. Ансофф Игорь. Новая корпоративная стратегия. Санкт-Петербург: ""Питер"", 1999.
3. Галимов Ю. Есть достижения, но есть и проблемы – Г. Правда Востока от 10.02.00 г.
4. Закон Республики Узбекистан «Об инвестиционной деятельности»
5. Золотогоров В.Г. Инвестиционное проектирование // Учебное пособие – Минск: ИП «Экоперспектива», 1998.
6. Нарбеков Ф., “Роль иностранных инвестиций в модернизации экономики Республики Узбекистан”. Научная статья. Журнал “Бозор.Пул.Кредит”.№3. 2018г.

ЭФФЕКТИВНОЕ ПРИВЛЕЧЕНИЕ ИНВЕСТИЦИЙ В ЭКОНОМИКУ

Ахмедова Ш.Т., Пулатов М.Д

Научный руководитель: Ахмедова Ш.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Содержание понятия «инвестиции» в Законе Республики Узбекистан «Об инвестиционной деятельности» определяется как «материальные и нематериальные блага и права на них, вкладываемые в объекты экономической и иной деятельности». Рассматривая сущность этой категории, следует отметить, что в современной литературе очень часто встречается отождествление ее с понятием «капитальные вложения». В этих случаях инвестиции определяются как вложения средств в воспроизводство основных фондов, однако это не совсем корректно, так как вложения делаются и в оборотные активы, и в отдельные виды нематериальных активов, и в различные финансовые инструменты. На макроэкономическом уровне под инвестициями понимают часть затрат, направленных на воспроизводство средств производства, прирост жилого фонда, товарных запасов и т. п., то есть не потребленную в текущем периоде часть валового внутреннего продукта, направленную на прирост капитала. На макроуровне и в теории производства под инвестициями имеют в виду процесс организации воспроизводства нового капитала, в том числе средств производства и интеллектуального потенциала. В теории финансов инвестиции связываются с приобретением реальных или финансовых активов, то есть по существу это современные затраты с целью получения доходов в будущем. Другими словами, это обмен определенной сегодняшней стоимости на, возможно, неопределенную будущую стоимость.

Материал и Методы: Инвестиции дифференцируются на базе самых различных признаков: выделяют чистые, связанные с необходимостью увеличения основного капитала, и валовые, обусловленные необходимостью возмещения износа основных фондов. Инвестиции выделяются по объектам приложения. Этими объектами могут быть: имущество, финансовые инструменты, нематериальные ценности. По направлению действия инвестиций можно выделить: замену, расширение, рационализацию, обновление состава фондов и т. п. С точки зрения целей и связанных с ними рисков бывают инвестиции: венчурные (рисковые) прямые, портфельные и аннуитет. Формой венчурного капитала является выпуск новых акций, производимых в новых сферах деятельности, связанных с большим риском. Рисковый капитал включает в себя различные формы: ссудный, акционерный, предпринимательский. Прямые инвестиции представляют собой вложения в уставный капитал экономического субъекта с целью извлечения дохода и получения прав на участие в управлении данным хозяйствующим субъектом. С точки зрения субъектов инвестирования различают частные инвестиции, осуществляемые за счет собственного частного капитала, займов (включая облигационные), а также привлеченного капитала; и государственные инвестиции, реализуемые за счет бюджетных ассигнований, долгосрочных ссуд и других привлеченных ресурсов. В зависимости от отношения к коммерческому риску всех субъектов, производящих какие-либо вложения, можно подразделить на инвесторов, предпринимателей, спекулянтов и игроков. Инвестор, вкладывая капитал, заинтересован в предельной минимизации риска, предприниматель - учитывает возможность риска, спекулянт - готов идти на определенный, заранее рассчитанный риск, игрок - готов идти на любой риск. Если рассматривать инвестиции в свете категории стоимости, то можно сказать, что на уровне предприятий они направлены на увеличение стоимости имущества собственника, а на уровне акционерных обществ - на увеличение стоимости доли в акционерной собственности. Иначе говоря, в любом случае целью инвестиций является капитализация стоимости и осуществление накоплений. Однако в отличие от

различных форм капитала (ссудного, акционерного, предпринимательского) инвестиции направлены на минимизацию риска потерь, хотя и связываются с определенными рисками.

Результаты и Обсуждение: Таким образом, инвестиции представляют собой связывание капитала в определенный процесс на определенное время с целью сохранения его настоящей стоимости или приумножения ее в будущем. Инвестиции - это, по сути, отказ от современного потребления с целью накопления в счет будущих потреблений.

Экономисты подразделяют инвестиции на:

- реальные (капиталообразующие) прямые;
- портфельные; финансовые;
- интеллектуальные нематериальные³³,

В Законе «Об инвестиционной деятельности» инвестиции дифференцированы по объекту назначения. Соответственно выделяются:

- капитальные (в реальные активы);
- инновационные - (на разработку и освоение нового поколения техники и новых технологий);
- социальные (в развитие человеческого потенциала, навыков, производственного опыта, в иные формы нематериальных благ).

Выводы: Инвестиционные решения, принимаемые на микроуровне, как правило, относительно автономны. Эти решения различны по мотивам, масштабам и целям и приводят к соответствующим финансовым последствиям, которые, как правило, просчитываются, прогнозируются и служат критерием выбора. С точки зрения выбора сферы деятельности ее финансовой политики для финансиста и инвестора важно располагать информацией о степени воздействия макроэкономического цикла на положение дел в устойчивых, циклических и растущих отраслях. Эта информация необходима для принятия решений в области инвестиционной политики на уровне предприятия, т. к., выбирая ту или иную инвестиционную политику, оно реализует свои возможности в прогнозировании долгосрочных тенденций экономического развития и адаптации к ним.

Список литературы.

1. Алексеев М. Ю., Миркин Я. М. Ценные бумаги и фондовый рынок. - М: Перспектива, 1995.
2. Ансофф Игорь. Новая корпоративная стратегия. Санкт-Петербург: ""Питер"", 1999.
3. Галимов Ю. Есть достижения, но есть и проблемы – Г. Правда Востока от 10.02.00 г.
4. Закон Республики Узбекистан «Об инвестиционной деятельности»
5. Золотогоров В.Г. Инвестиционное проектирование // Учебное пособие – Минск: ИП «Экоперспектива», 1998.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГРИППУ СРЕДИ ДЕТЕЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Бабенко Д.А., Кораблина Ю.В., Хурцилава Ш.М

Научный руководитель: к.м.н., Кравченко О.О.

Ставропольский государственный медицинский университет

Грипп остается одной из серьезных проблем здравоохранения, имеющих важное эпидемиологическое и социально-экономическое значение во всех странах мира. Ежегодно в России болеют гриппом и ОРВИ от 27,3-41,2 млн. человек. Считается, что ежегодно заболевает 5–10% взрослых и 20–30% детей. При этом осложнения развиваются у 10–15% заболевших гриппом. Среди госпитализированных больных, чаще в группах риска, этот показатель достигает 30%.

Цель работы: Изучение эпидемиологических особенностей гриппа у детей в Ставропольском крае.

Пациенты и методы: проанализированы 260 детей, находящихся в ГБУЗ СК «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница» с декабря 2016 по апрель 2017 года. Проводились статистические исследования.

Результаты: при изучении данного вопроса мы пользовались официальными данными Роспотребнадзора. По данным распределение по возрастным категориям заболевших гриппом за период 2015-2017 год следующее: в 2017 году по сравнению с 2015 годом она выросла в 2 раза, а доля заболевших детей – в 3 раза. Доля детского населения в 2017 году возросла до 2/3 от общей заболеваемости.

Из 260 детей, поступивших в диагностическое отделение инфекционной больницы было 51,2% мальчиков, 48,8% - девочки. На момент проводимого нами исследования 95,8% поступивших являлись жителями г. Ставрополя, а 4,2% - сельскими жителями.

На слайде представлены официальные данные Роспотребнадзора по возрастной структуре заболеваемости гриппом за декабрь 2016 - апрель 2017 гг. по Ставрополю. Чаще всего были госпитализированы дети от 1 до 2 лет.

Результаты нашего исследования совпадают с данными Роспотребнадзора. В возрасте до одного года было госпитализировано 46 детей, что составило 17,7%. С 12 месяцев до 2 лет 11 месяцев – 109 детей (41,9%). Дети от 3 лет до 6 лет 11 месяцев получали лечение в стационаре в 24,2% случаев (63 ребенка). В возрастной группе от 7 лет до 9 лет 11 месяцев было зарегистрировано 20 обращений (7,7%). Наименьшее количество госпитализированных было отмечено у детей в возрасте от 10 лет до 12 лет 11 месяцев (5 человек – 1,9%) и от 13 лет до 17 лет 11 месяцев (16 человек - 6,2%).

Заболеваемость в РФ в данном эпидсезоне в возрастных группах на 100 тыс. населения представлена на слайде. Доминировал вирус гриппа А (H3N2). Пик заболеваемости приходится на конец января – начало февраля.

На конец января 2017 года заболеваемость была выше недельного эпид. порога (714,0) на 17,1%.

Отмечено увеличение заболеваемости во всех детских возрастных группах, особенно, среди детей школьного возраста (на 21,6%).

Заболеваемость гриппом и ОРВИ была выше недельных эпидемических порогов во всех округах, кроме Южного и Центрального ФО.

Таким образом, на конец января эпидемия продолжалась в 30 городах из 61, при этом пороги по населению в целом были превышены в 21 городе, а в остальных городах пороги превышены, в основном, среди взрослого населения.

Месячная динамика заболеваемости за декабрь 2016 – апрель 2017 в Ставропольском крае по данным Роспотребнадзора представлена на слайде. Мы видим, что наибольшее количество госпитализированных пришлось на январь месяц. В городе Ставрополе отмечается идентичный пик заболеваемости. При этом завершение эпидсезона было более постепенным и плавным в городе Ставрополе. По данным наших исследований эпидемиологическая кривая характеризовалась резким подъемом и постепенным снижением с пиком в январе, аналогично данным Роспотребнадзора.

При оценке эпидемиологического анамнеза выяснено, что 62,7% детей не были организованными, т.е. не посещали ни детский сад, ни школу. В свою очередь детский сад посещали 23,5%, а школу – 13,1% обследуемых.

В ходе исследования было установлено, что в 41,5% случаев заражение детей происходило в семье, в 6,5% случаев - зафиксирован контакт в детском дошкольном коллективе, в 4,6% - в школе. В 46,5% случаев указания на контакт с больными гриппом не зафиксировано.

При анализе прививочного статуса выявлено, что 90,4% заболевших детей не были привиты от гриппа.

Из анамнестических данных следует, что большинство детей (73,1%) были госпитализированы в первые 3 дня от начала заболевания, 23,1% заболевших поступали в стационар на 4-7 день болезни. В поздние сроки (на 7-10 дни и позже 10-го дня заболевания) обратились в стационар 4,3% детей.

Средний к/день составил 8,6 дней, даже у детей с осложнениями.

Заключение:

1. Заболеваемость гриппом для Ставропольского края является актуальной по настоящее время. Доля гриппа по сравнению с 2015 годом выросла в 2 раза.

2. Заболеваемость гриппом детского населения в 2-3 раза выше заболеваемости населения в целом, с максимальными показателями для возрастной группы 1-2 года.

3. В работе было проведено сравнение эпидемиологической кривой, которая характеризовалась резким подъемом и постепенным снижением с пиком в январе, аналогично данным Роспотребнадзора.

4. Выявлено, что абсолютное большинство заболевших детей (90,4%) не были привиты от гриппа.

5. Было установлено, что в 41,5% случаев имело место заражение в семье, и лишь в небольшом проценте случаев дети заразились в ДДУ или школах (11,1%). Таким образом, вакцинация взрослых и старших детей в семьях поможет снизить заболеваемость детей, особенно первых трех лет жизни.

6. В нашей работе, мы провели анализ структуры заболеваемости по возрастам, изучили характеристику эпид.сезона, месячную динамику заболеваемости за декабрь 2016 – апрель 2017 гг и полученные нами данные существенным образом не отличаются от данных Роспотребнадзора.

Список литературы.

1. Белоусов Ю. Б., Карпов О. И., Леонова М. В. Качественная клиническая практика. Спецвыпуск. Профилактика и лечение ОРВИ. - 2002.
2. Карпухин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. – СПб.: Гиппократ, 2000 – 184 с.
3. Якимова С.С. Комплексный подход к лечению гриппа и простудных заболеваний // Медицинский совет. – 2013. - №5.
4. http://www.gripp.spb.ru/system/epidemic_situation/situation_on_a_flu
5. <http://rospotrebnadzor.ru/about/info/>

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БОЛЕЗНЯМИ ГЛАЗ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2009-2016

**Булычев М.А., Лукьянченко А.Ю., Прокофьева А.А.
Курский государственный медицинский университет**

Глаза - самый ценный и удивительный дар природы. Но в наше время орган зрения подвергается огромным перегрузкам. Проблемой профилактики глазных заболеваний занимались такие известные офтальмологи как Гульшtrand, Мейер-Швикерат, Гарольд Ридли, М. М. Краснов, С.Н. Федоров, Н.Пучковская, А. Нестеров и д.р.

Чрезмерные нагрузки могут пагубно отражаться на функциональных свойствах зрительного аппарата - наших глазах. Наряду с традиционными источниками - газетами, журналами, книгами, в которых текст напечатан мелким шрифтом, появились самосветящиеся экраны (компьютеры, планшеты, телефоны и т.д.), оказывающие негативное влияние на состояние органа зрения. Все это, приводит к его перегрузке и в конечном итоге к заболеваниям глаз. Большое значение в развитии заболеваний органов зрения является пренебрежительное отношение к гигиене, освещению, рациональному распределению зрительной нагрузки.[2]

Одна треть офтальмологических больных на западе — дети, во всем мире насчитывается около 1,5 миллионов детей с тяжелыми расстройствами зрения и полностью слепых, но у большинства генетически обусловленные заболевания. При этом, 5% слепых детей умирают в детстве.[3]

За период 2014 года в Российской Федерации зарегистрировано 15 млн. 976 тыс. 896 случаев офтальмологических случаев или 11 108,8 на 100 тыс. совокупного населения. Среди всех случаев глазных заболеваний наибольшее количество приходится на старшую возрастную группу трудоспособного возраста. Среди всех лиц трудоспособного возраста болезни глаз встречаются с частотой 6 тыс. 505 на 100 тыс. соответствующего населения. В структуре заболеваемости этой возрастной группы лидирует аномалия рефракции 42 %, воспалительные заболевания наружного сегмента 14,8 %, катаракта 8,4 %, глаукома 5,5 %, дегенерация макулы 1,5 %. [1]

Доля лиц пожилого возраста превалирует как в структуре общей заболеваемости, так и в структуре наиболее часто встречающихся офтальмонологий, в показателях слепоты. Это

свидетельствует о необходимости активной профилактической работе среди людей более молодого возраста, с целью предотвращения заболеваний в дальнейшем.

При анализе динамики показателей за несколько последних лет не выявлено существенных изменений показателей заболеваемости в сравнении с 2010 годом. С 2013 года заболеваемость выросла, но незначительно – на 0,2 %, за счет конъюнктивита, кератита и глаукомы.[1]

Существует множество заболеваний, при которых происходит поражение органа зрения. При некоторых из них патология возникает первично в самом глазу – врождённые аномалии органа зрения, опухоли, повреждения органа зрения, а также инфекционные и неинфекционные заболевания глаз у детей и взрослых, и вторично – Вовлечение органа зрения в процесс заболевания, который возникает как осложнение при других заболеваниях – сахарный диабет, базедова болезнь, гипертоническая болезнь, трахома, туберкулёз, сифилис, демодекоз глаз, онхоцеркоз, офтальмомиаз, телязиоз, цистицеркоз[2]

Цель исследования: определить тенденцию к развитию заболеваний глаз в Курской области и общую долю среди всех заболеваний.

Методы исследования: медико-статистический анализ на основе данных официальной статистики МЗ РФ [1] и Курской области за 2009 – 2016 гг.

Результаты исследования:

Общая заболеваемость в Курской области с 2009 по 2016 годы в среднем составляет 628,36 на 1000 человек. С 2009 года количество заболевших неуклонно снижалось, но в 2016 году наблюдалось повышение общей заболеваемости по региону на 40,5 человек. Заболеваниями глаз страдали в среднем 28,0375 на 1000 человек. Показатель абсолютного прироста снижался, хоть и незначительно – в среднем -0,83 человека. Структурная доля заболевания глаз в общей заболеваемости составляет в среднем 4,48%. Был произведен расчет коэффициента вариации:

$\bar{y} = 224,3 / 8 = 28,0375$ – среднее число людей с заболеваниями глаз в период 2009-2016 гг.

$D = 28,4587 / 8 = 3,56$ – средняя дисперсия

$\sigma = \sqrt{D} = \sqrt{3,56} = 1,89$ – среднее квадратическое отклонение

$Kv\% = \sigma * 100\% / \bar{y} = 1,89 * 100\% / 28,0375 = 6,7\%$ - коэффициент вариации

Размах вариации составил:

$R = y_{\max} - y_{\min} = 30,6 - 24,8 = 5,8$

Коэффициент роста заболеваемости:

$R = y_{\max} - y_{\min} = 30,6 - 24,8 = 5,8$

Произвели расчет коэффициента корреляции:

$r_{xy} = -33,65 / \sqrt{42 * 28,4587} = -33,65 / 34,57 = -0,97$

Затем, используя коэффициент корреляции проверили на статистическую значимость по t-критерию Стьюдента:

$t_{кр} = \sqrt{(((-0,97)^2 * 6) / (1 - (-0,97)^2))} = \sqrt{((0,94 * 6) / 0,06)} = \sqrt{5,64 / 0,06} = 9,7$

В данном случае $t_{табл} = 2,44$. При этом t-критерий Стьюдента, равный 9,7 больше $t_{табл} = 2,44$, т.е. статистическая значимость – сильная. Коэффициент свидетельствует о тесной, почти функциональной зависимости болезней глаз от времени.

Выводы:

1. В результате анализа динамики показателя числа болезни глаз выявил тенденцию к снижению в среднем на 0,83 человек ежегодно. В процессе анализа установлена структурная доля болезни глаз за исследуемый период в среднем 4,48%.

2. Установлена тенденция снижения показателя количества людей с болезнями глаз ежегодно на 2,9%.

3. В результате расчетов установлен коэффициент вариации, равный 6,7%, что находится в пределах нормы (10%).

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ЕГО ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА КИРОВА

Вепрева Н.С., Луппова А.С.

Научный руководитель: к.м.н. Мильчаков Д.Е.

Кировский государственный медицинский университет

Цель: рассмотреть экономическую ситуацию индивидуального комплексного диагностического обследования атеросклероза и его возможных осложнений в городе Кирове.

Задачи:

1. Выяснить, какие методы диагностики атеросклероза доступны в городе Кирове.
2. Проанализировать варианты обследования в разных медицинских центрах.

Материалы: использована научная литература, статистические данные.

Методы:

1. Анализ прайс-листов лечебных учреждений города.
2. Статистическая обработка полученных результатов с последующей публикацией

Результаты:

Атеросклероз является одной из актуальных проблем нашего времени, а также основным заболеванием с последующей смертью тысяч россиян. По данным медицинской статистики в 2017 году в РФ умерло 23 тысячи человек. [3]

Атеросклероз – хроническое заболевание, возникающее в результате нарушения жирового и белкового обмена, характеризующееся поражением артерий эластического и мышечно-эластического типа в виде очагового отложения в интиме липидов и белков и реактивного разрастания соединительной ткани. Атеросклероз широко распространен во всем мире. Заболевание диагностируется у людей в возрасте 40+ лет, но в последнее время замечена тенденция к «омоложению» [1].

В зависимости от преимущественной локализации атеросклероза в том или ином сосудистом бассейне, осложнений и исходов, к которым он ведет, существует несколько клинико-анатомических форм [2].

Важное значение в лечении атеросклероза играет его ранняя диагностика. К методам диагностики заболевания относятся анализ крови, ангиография, МРТ, КТ, лодыжечно-плечевой индекс, дуплексное сканирование и др.

Анализ перечня диагностических процедур в медицинских учреждениях г. Кирова показал, что большинство исследований возможно. Нас заинтересовал вопрос, сколько будет стоить для жителя города со среднестатистическим доходом необходимая диагностика атеросклероза.

В ходе работы были проанализированы прайс-листы медицинских учреждений.

Перед диагностикой необходима консультация кардиолога, стоимость которой составляет 700 и более рублей.

Первый этап диагностики – биохимический анализ крови, стоимостью от 600 до 1000 рублей. Данные лабораторных исследований при наличии атеросклероза указывают на повышенный уровень холестерина крови, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов.

Следующие этапы диагностики основываются на жалобах пациента. Состояние коронарных артерий определяют путем проведения коронарографии. В «Лайте» данная процедура стоит 1300 руб, в «Неве» - 900 руб.

Нарушения кровотока по другим артериям определяется проведением ангиографии – контрастной рентгенографии сосудов. При атеросклерозе артерий нижних конечностей по данным ангиографии регистрируется их облитерация.

С помощью УЗИГ сосудов почек выявляется атеросклероз почечных артерий и соответственные нарушения функции почек. В «Лайте» комплекс процедур УЗИ+ ангиография составит 1700 руб., в областной больнице УЗИ+КТ+ангиография - 6300 руб.

Методы ультразвуковой диагностики артерий сердца, нижних конечностей, аорты, сонных артерий регистрируют снижение магистрального кровотока по ним, наличие атероматозных бляшек и тромбов в просветах сосудов. Снижение кровотока может быть диагностировано при помощи доплерографии сосудов нижних конечностей. В «Неве» составит 1200 руб., в «Лайте» - 1400 руб., в областной больнице – 2700 руб.

Таким образом, стоимость первого этапа диагностики атеросклероза в больницах города Кирова варьируется от 1680 до 1900 рублей. Дальнейшая стоимость зависит от пораженного

органа. Так, стоимость диагностики атеросклероза нижних конечностей варьирует от 2080 руб. до 4623 руб., кишечника – от 3800 руб. до 4373 руб., почек – от 3420 руб. до 8145 руб., артерий головного мозга – в пределах 5000 руб., диагностика атеросклероза аорты может достигать 15923 руб.

В г. Кирове в 2017 году МРОТ составил 7 800 руб., прожиточный минимум на душу населения – 9627 руб., средняя заработная плата - 24 990 руб. Данные цифры показывают, что единовременная диагностика атеросклероза будет затруднительна для среднестатистического жителя города.

Выводы:

Таким образом, своевременная диагностика атеросклероза необходима для его успешного лечения.

В медицинских учреждениях города Кирова имеется достаточное количество процедур для выявления признаков атеросклероза.

Вместе с тем их стоимость является достаточно высокой для среднестатистического горожанина, что приводит к увеличению срока обследования пациента и дальнейшему ухудшению течения болезни.

Уменьшить расходы на обследование позволит прохождение своевременной диспансеризации по месту работы или учебы, первичного этапа диагностики по полису ОМС в государственных больницах.

Список литературы.

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Краткая версия Российских рекомендаций / 5 пересмотр. М., 2012 г
2. Латфуллин И.А. Атеросклероз (краткие сведения истории развития, причины, патогенез заболевания, факторы риска, принципы профилактики) – Казань, 2015. – 144 с
3. Российский статистический сборник. Федеральная служба государственной статистики – М., 2017.
4. Прайс-листы учреждений здравоохранения г. Кирова: Кировская областная клиническая больница, «Лайт», «Нева».

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ЕГО ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Войнова А.В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Мильчаков Д.Е.

Кировский государственный медицинский университет

Аллергический ринит (АР) - воспалительное заболевание, проявляющееся комплексом симптомов в виде насморка с заложенностью носа, чиханием, зудом, ринореей, отеком слизистой оболочки носа. АР - широко распространённое заболевание. При АР снижается качество жизни: нарушаются дневная активность и сон, пациент не может в полном объеме выполнять бытовые и профессиональные обязанности. Практически любой антиген из окружающей среды может служить аллергеном. Чаще всего ими являются воздушные аллергены.

Цель

Статистическая обработка заболеваемости аллергического ринита и анализ целесообразности диагностики и лечения на примере Кировской области.

Материалы и методы

Использовались статистические материалы Кировской области и Интернет-источники с последующей обработкой данных и печатью, с помощью статистически-аналитического метода.

Сравнение цен на диагностику и обследование АР в медицинских учреждениях г. Кирова

Альфа центр

- аллерголог-иммунолог первичный прием 700 р., повторный 600 р.
- кожно-аллергологическая проба (до 10 проб) 2145 р.
- лор первичный прием 700 р, повторный 600 р

- анализ на IGE-350 р
 - панель аллергенов сорных растений(полынь, подорожник, крапива) 996 р
- Средняя сумма обследований и анализов составляет 6091 р.
- Кировская областная клиническая больница
- аллерголог-иммунолог первичный прием 900, повторный 900 р.
 - лор первичный прием 922 р, повторный 320 р.
 - кожно-аллергологическая проба (комплекс исследований для выявления аллергена) 118 р.
 - анализ на антитела аллергические общие IGE 131р.
 - Анализ на антитела аллергические специфические (10 аллергенов) IGE 1105 р.
- Средняя сумма обследований и анализов составляет 4396 р.

Любой пациент имеет право на бесплатную медицинскую помощь по территориальной программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Пациент к оториноларингологу на прием и встает в очередь на 2 недели (так как платная медицинская помощь оказывается в течение двух недель), поэтому иногда пациент не желая тратить свое время и стараясь ускорить процесс обращается в коммерческую медицинскую организацию за платными услугами. Сравнивая 2 медицинских организации: чисто коммерческую «Альфа центр» и платные услуги, оказываемые в Кировской областной клинической больнице, получается, что среднестатистическому пациенту придется выложить из своего кармана только за диагностику от 5-6 тыс рублей(без учета лечения).

Что касается медикаментозного лечения аллергического ринита в период сезонного обострения, то все зависит от протекания этого обострения. Чаще всего принимают неседативные антигистаминные препараты второго поколения(такие как лефоцетиризин, цетрин) с примерной стоимостью от 160-220 рублей. Интраназальные глюкокортикостероиды (мометазон, флексоназе) с примерной стоимостью 150-600 рублей. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (Монтелукаст) с примерной стоимостью 550 рублей.

Подводя итог по экономической части работы, можно сказать, что сезонные обострения аллергического ринита может обойтись пациенту достаточно круглую сумму от 5500 и более рублей (в зависимости от места оказания платных услуг и выбранных лекарств для лечения, начиная от более дешевых антигистаминных, заканчивая более дорогими интраназальными глюкокортикостероидами). Поэтому для пациента намного выгоднее будет обратиться в государственную клинику на плановый осмотр по территориальной программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, потому что за всю диагностику и лечение заплатит страхования компания, а пациенту только уже остается выложить из своего кармана деньги на свое лечение(что составляет от 200-600 рублей в зависимости от выписанных ему препаратов).

Результаты исследования

Были проанализированы года с 2010-2016 и по статистическим данным было выявлено, что аллергическим ринитом за 2010 год были больны 2003 человека на 1341312 человек(из них взрослого населения 1019 человек и из них работающих 838). За 2011 года 960 человек на 1338758. За 2012 год 1982 на 1353599 человек. За 2013 год 2139 человек на 1348177. За 2014 год 2050 человек на 1324195. За 2015 год 2353 человек на 1291692. За 2016 год 2126 человек на 1297911.

Вывод

Аллергический ринит - волнообразное заболевание, но с годами заметно увеличение выявленных заболеваний, это говорит о неудовлетворительной экологической обстановке. Вследствие того, что аллергический ринит в частности полиноз, то есть сезонное заболевание, вызывается аллергенами при цветении растений, такими как пыльца трав, злаковых, сам больной никак не может избежать ежегодных сезонных обострений, поэтому во время цветения этих трав и растений, уезжать в другие климатические зоны, где нет цветения растений вызывающих аллергию. Аллергический ринит является одним из самых распространенных заболеваний, охватывающих все возрастные группы. Данные заболеваемости аллергическим ринитом по обращаемости не отражают истинной картины распространения данной патологии. Это свидетельствует о несвоевременной диагностике аллергического ринита, что приводит к отсутствию своевременной терапии и, как следствие, к усилению тяжести клинического течения АР и присоединению сопутствующих аллергических патологий, особенно атопических заболеваний дыхательных путей.

Список литературы.

1. Данилова К.В. Терапия аллергического ринита: предпочтения специалистов / К.В. Данилова, И.М. Раздорская // Вестник оториноларингологии.
2. Дробик О.С. Аллергический ринит: взгляд аллерголога / О.С. Дробик, А.Ю. Насунова // Вестник оториноларингологии. — 2014. — № 2. — С. 82–85.
3. Зайцева О.В. Подходы к диагностике и лечению аллергического ринита / О.В. Зайцева // Вестник оториноларингологии. — 2011. — № 5. — С. 62–65.
4. Карпова Е.П. Местная терапия инфекционных осложнений аллергического ринита у детей / Е. П. Карпова Д. А. Тулупов // Вестник оториноларингологии. — 2013. — № 5. — С. 73–76.
5. Лекманов А.У. Аллергический ринит / А.У. Лекманов // Газета «Здоровье детей». — 2003. — № 6. — С.7.
6. Лопатин А.С. Аллергический ринит // Русский медицинский журнал. — 2003.

ОСОБЕННОСТИ ДОГОВОРА ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В МЕДИЦИНЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Сазанов Г.В., Сазанова Д.И.

Научный руководитель: к.ю.н., доцент Шевченко Г.В.

**Ставропольский институт кооперации (филиал) Белгородского университета
кооперации, экономики и права**

В настоящее время в системе российского здравоохранения превалирует смешенная модель финансирования, где основным источником ассигнаций остаются бюджетные средства. Однако, начиная с 90-х годов XX века, частные средства потребителей услуг вносят все больший вклад в долю бюджета ЛПУ за счет растущего спроса на оказание платных медицинских услуг. Как следствие, в связи с указанной тенденцией возрастает количество споров по договорам возмездного оказания услуг.

Цель исследования: изучение актуальных вопросов теории, законодательства, практики и юридической защищенности сторон договора возмездного оказания услуг в медицине.

Материалы и методы: анализ законов, нормативно-правовых актов и юридической практики в соответствии с темой статьи.

Результаты: медицинской услугой считается такая услуга, которая содержит в себе оказание медицинской помощи. Можно сказать, что в нашей стране договорной вид возмездного оказания медицинских услуг находится в стадии развития, что является мотиватором для изучения данной темы.

Согласно п. 1 ст. 420 ГК РФ договором является соглашение двух или нескольких лиц об установлении, изменении и прекращении гражданских прав и обязанностей. Договор формируется на основании добровольного волеизъявления сторон (п. 1 ст. 1, ст. 421 ГК РФ). Условия договоров бывают существенные, обычные и случайные. Достижение согласия требуется хотя бы по одному из условий договора.

Законодатель так же даёт определение услуги. Согласно ст. 38 НК РФ к услугам относится деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления деятельности. Данное определение сформулировано законодателем для целей налогообложения, но в нем содержатся такие признаки услуги, как нематериальность и удовлетворение потребностей в процессе осуществления услуги. Услуга имеет ряд отличительных характеристик от товара: неосязаемость, неразделимость производства и потребления, неоднородность, зависимость от производителя, возмездность определяется в полезном эффекте. В медицинской практике немало важным является так же тот факт, что юридический факт окончания услуги может отличаться от фактического, так как полезный эффект может наступить лишь через определённое время после окончания получения услуги. Отличительным моментом услуги от работы является тот факт, что результат услуги заключается именно в положительном эффекте, в то время как при работе достигается исключительно материальный результат. Согласно п. 1 ст. 779 ГК РФ услугой является совершение определенных действий или осуществление определенной деятельности. Любая медицинская услуга имеет товарную и нетоварную части. В товарную часть включается все то, что может быть объединено понятием обслуживание, которое определяет качество медицинской услуги. Медицинской услугой

можно считать деятельность исполнителя с оказанием медицинской помощи в отношении здоровья заказчика. Согласно ст. 779 ГК РФ при заключении договора возмездного оказания услуг исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги, а заказчик обязуется оплатить эти услуги. Заказчик и услугополучатель при этом могут являться разными юридическими объектами, т.е. договор может быть заключен в пользу третьего лица. Суть возмездного договора оказания услуг, заключается в соответствии с п. 1 ст. 423 ГК РФ в непосредственном получении платы за услугу, а исполнение договора в силу п. 1 ст. 424 ГК РФ в любом возмездном договоре оплачивается по цене, установленной соглашением сторон. Можно выделить следующие объекты представленных в договоре возмездного оказания медицинских услуг: медицинская услуга, оплата, информация и здоровье. Большой особенностью договора оказания медицинских услуг является то, что даже при надлежащем исполнении обеими сторонами (медицинской организацией и пациентом) своих обязательств по договору, отсутствии дефектов медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Вывод: несмотря на существующую юридическую базу, в судебной практике договор возмездного оказания услуг не имеет большой значимости. Договор приобщается как доказательство существования неких взаимоотношений между сторонами договора, а рассмотрение спора зачастую прихоти по обстоятельствам не связанным с договором. Этот факт создает необходимость выработки комплекса административно-правовых мер и решений.

Список источников.

1. Гражданский кодекс Российской Федерации часть первая: принят Гос. Думой 21 октября 1994 г., одобрен Советом Федерации 30 ноября 1994 г.: с изм. и доп. на 29 июня 2009 г. – М.: Проспект, 2009. – 105 с.
2. О защите прав потребителя: федеральный закон РФ от 7 февраля 1992 г. №2300–1 ФЗ: по состоянию на 3 июня 2009 г. – М.: Проспект, 2009. – 23 с.
3. Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями: постановление правительства РФ от 13 января 1996 г. №27 // Собрание законодательства РФ. – 1996. – №3. Ст. 194.
4. Андреева, О.А. Права и обязанности пациентов при оказании платных медицинских услуг / О.А. Андреева // Законодательство. – 2004. – №7. – С. 3–6.
5. Исаев, Ю.С. Вопросы разграничения ответственности между пациентом и ЛПУ при оказании платных медицинских услуг: Автореферат дисс. канд. юр. наук /Ю.С. Исаев. – Иркутск, 2007. – 35 с.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬЮ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Гокин А.Г., Каулин В.В., Ворвуль А.О.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Тимошилов В.И.
Курский государственный медицинский университет**

Согласно данным опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), опубликованным 17 ноября 2017 года, 52% россиян оценивают состояние российской системы здравоохранения критически, 37% – удовлетворительно и только 9% россиян дали хорошую оценку. Основными «болевыми точками» системы здравоохранения граждане считают недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей (37%) и нехватку и недоступность медицинской помощи для населения (37%). При этом недостаточно изученным остается вопрос зависимости удовлетворенности качеством медицинской помощи и информированностью (удовлетворенностью информацией о заболевании, его профилактике и лечении, которую представили пациенту медицинские работники) от возраста пациентов.

Цель исследования. Оценка удовлетворенности пациентов разных возрастных групп качеством медицинской помощи и информированностью в хирургическом стационаре.

Материалы и методы. С помощью разработанной нами анкеты было проведено анкетирование 100 пациентов хирургических стационаров Курской областной клинической больницы, которым предлагалось оценить степень удовлетворенности качеством медицинской помощи и информированностью, выраженную в процентах. Все пациенты были разделены на 3 возрастные группы. Первую группу составили 26 пациентов ($n=26$) в возрасте до 40 лет (средний возраст 30,7 лет); вторую группу – 50 пациентов ($n=50$) в возрасте 40-60 лет (средний возраст 50,1 лет); третью группу – 24 пациента ($n=24$) в возрасте более 60 лет (средний возраст 69 лет). Был вычислен коэффициент ранговой корреляции Спирмена с доверительными интервалами при $p \leq 0,05$. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 10.0. Данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение.

Результаты исследования. В первой группе пациентов уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи в хирургическом стационаре составил $75,1 \pm 11,4\%$, во второй группе – $82,1 \pm 16,3\%$, в третьей группе – $90,2 \pm 13,7\%$. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена с доверительными интервалами при $p \leq 0,05$ равен 0,26, что свидетельствует о наличии прямой корреляционной связи слабой силы. При изучении удовлетворенности информированностью были получены следующие результаты: первая группа – $72,0 \pm 12,8\%$, вторая группа – $76,6 \pm 21,0\%$, третья группа – $88,4 \pm 14,3\%$. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена с доверительными интервалами при $p \leq 0,05$ равен 0,22, что свидетельствует о наличии прямой слабой корреляционной связи. Высокие показатели удовлетворенности качеством медицинской помощи и информированностью среди пациентов старших возрастных групп могут быть связаны с ускорением темпов развития медицины и внедрением инновационных технологий за последние 20 лет.

Выводы. Таким образом, существует прямая слабая корреляционная связь возраста пациента и уровня удовлетворенности качеством медицинской помощи и информированностью в хирургическом стационаре: чем старше пациент, тем выше удовлетворенность. Данная закономерность может быть связана с большим опытом получения медицинских услуг старшим поколением.

Список литературы.

1. Аврахова Д.В. Показатели удовлетворенности медицинской помощью пациенток городского родильного дома и акушерско-гинекологических отделений многопрофильных больниц в г. Курске // Молодежный инновационный вестник. – воронеж: Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, 2017. – С. 4-6.
2. Аврахова Д.В., Тимошилов В.И. Совершенствование оценки удовлетворенности пациенток стационарной акушерско-гинекологической помощью и результаты экспериментального исследования // Актуальные проблемы и достижения в медицине сборник научных трудов по итогам III международной научно-практической конференции. – Самара: Инновационный центр развития образования и науки, 2016. – 121-123.
3. Кокорин В.Г., Куковякин С.А., Шешунов И.В., Куковякина Н.Д. Удовлетворенность медицинской помощью (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. – 2009. – № 2–4. – С. 69-77.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИКИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Григориадис А.В., Козьмова Н.А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Максименко Л.Л.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Неврологические заболевания (сосудистые поражения головного мозга, болезни периферической нервной системы и др.) относятся к группе социально значимых болезней. Они характеризуются значительной распространенностью, высокими показателями временной нетрудоспособности и первичного выхода на инвалидность. [1] В последнее время вопросам совершенствования медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы придается

большое значение. Это во многом связано с четкой тенденцией к росту неврологической заболеваемости, приводящей к тяжелым медицинским, экономическим и социальным последствиям для больных, их родственников и всей системы здравоохранения. [2] [3]

Целью нашего исследования явилось проанализировать распространенность заболеваний нервной системы по данным обращаемости в городские поликлиники и изучить мнения пациентов о качестве медицинского обслуживания и удовлетворенности неврологической помощью.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе поликлиники ГБУЗ СК "Андроповская ЦРБ". Сведения о неврологической заболеваемости были выкопированы из «Медицинских карт амбулаторного пациента» (форма № 025/у). Наряду с этим был проведен анализ официальных статистических материалов в динамике за пять лет и анкетирование пациентов врача-невролога для изучения мнения об удовлетворенности медицинскими услугами. Все данные обрабатывались стандартными статистическими методами: рассчитывались относительные показатели, их ошибки, оценивалась достоверность сравниваемых величин.

Результаты исследования. Распространенность неврологических заболеваний за последние пять лет в Ставропольском крае увеличилась на 22,9% и составила в 2013 году 54,2 случая на 1000 населения, а в 2017 – 66,6‰. Среди взрослого населения заболеваемость увеличилась на 14,6%, с 49,4‰ в 2013 году до 56,6‰ в 2017 году, тогда как у подростков распространенность неврологических заболеваний увеличилась на 39,0%, с 94,8‰ до 131,8‰. Таким образом, у врачей-неврологов с каждым годом все чаще лечатся молодые пациенты, возраст которых не превышает 30 лет (14,3%). Доля пациентов в возрастной группе 31-40 лет составила 15,2%, 41-50 лет – 22,6%, а лица в возрасте 51 год и старше – 33,5%. Анализ гендерной структуры обратившихся за медицинской помощью больных, показал, что к неврологу, в основном, обращаются женщины, что может быть связано с психологическими особенностями и более ответственным отношением к своему здоровью.

Основную массу принимаемых пациентов составляли больные с неврологическими осложнениями остеохондроза позвоночника (39,2%). Второе место занимают последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – 20,3%. Количество больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК) и дисциркуляторными энцефалопатиями составило 16,9%. Оставшиеся 23,6% приходится на такие заболевания, как вегетососудистые дистонии, сотрясение головного мозга, неврит лицевого нерва, невралгия тройничного нерва, рассеянный склероз и полиневропатии.

Для изучения мнения пациентов поликлиники об удовлетворенности качеством оказываемой неврологической помощи были проанкетированы 160 пациентов в возрасте от 18 лет и старше, из них 74% составили женщины, 26% – мужчины. Анкета включала общие сведения о респонденте; вопросы по оценке качества работы лечебно-профилактического учреждения и доступности медицинской помощи; вопросы по удовлетворенности взаимодействием пациента с лечащим врачом и медицинским персоналом; вопросы по оценке организации работы поликлиники, в том числе оценка пациентом длительности ожидания регистрации, приема врача, выполнения лабораторных или инструментальных исследований. На вопрос, касающийся психологического комфорта взаимодействия между пациентом и врачом-неврологом, подавляющее большинство 74% опрошенных ответили – «относится с вниманием и участием», всего 3% заметили, что «относится с безразличием» и 23% затруднились с ответом или не сочли нужным отвечать. Удовлетворены условиями организации медицинской помощи в поликлинике 68% больных с неврологическими заболеваниями, тогда как 32% выявили проблемные зоны в работе медицинской организации, анализ которых является актуальным. При обращении в поликлинику сразу же записаться на прием к неврологу удалось лишь 69% пациентов, длительностью ожидания на прием к врачу остались довольны 35%.

Отрицательным является тот факт, что более трети респондентов 36% имели негативный опыт длительного ожидания в очереди на прием к врачу. Это связано не только с недостатками в организации работы, но и с нехваткой врачей – специалистов в первичном звене здравоохранения. Длительностью ожидания очереди на лабораторные и инструментальные исследования более половины опрошенных 55% удовлетворены полностью, 35% ответили «скорее, удовлетворены», таким образом дают положительные отзывы 90%. Всего 6% – «скорее, не удовлетворены» и 4% затруднились с ответом на данный вопрос. Остались довольны медицинской помощью в поликлинике 81%, лечившихся у невролога пациентов.

Таким образом, удовлетворенность пациентов поликлиник доступностью и качеством неврологической помощи, организацией работы поликлиники оценивается как

«удовлетворительная». Изучение доступности и качества медицинской помощи в амбулаторном звене здравоохранения путем регулярного опроса пациентов позволяет оперативно выявить недостатки в работе поликлиники и предложить лучшие условия для получения медицинской помощи, а значит повысить уровень удовлетворённости пациентов процессами организации работы поликлиник.

Список литературы.

1. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. — М., 2004.
2. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2017 – 170 с.
3. Nervous system disorders: a global epidemic. Bergen DC1, Silberberg D. 2002 Jul; 59(7):1194-6.

СОВРЕМЕННЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ СИСТЕМУ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Дабыл Аружан

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова

За последние годы в здравоохранении Казахстана, было издано и принято немало нормативных актов по вопросам ЛО (лекарственного обеспечения) больных СЗЗ (социально значимыми заболеваниями) в Казахстане /1, 2/.

Цель – проанализировать нормативную базу системы оказания лекарственной помощи больным СЗЗ в Казахстане.

Методы – контент-анализ

Результаты

Ниже нами приводится Перечень нормативных актов, регулирующих процесс ЛО больных СЗЗ (социально значимыми заболеваниями) в РК (Республике Казахстан), которые были изданы за последние годы (2015-2017).

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2015 года № 193-IV МЗ РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Так, согласно вышеприведенного Кодекса разработаны «Правила закупок услуг по хранению и транспортировке лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи единым дистрибьютором» от 8.07.2015 г. №515, а именно, в соответствии с подпунктом 12-2) статьи 6 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и определяют порядок выбора поставщиков услуг по хранению и транспортировке лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи единым дистрибьютором.

2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года № 183 «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы».

4. Приказом от 4 ноября 2011 года № 786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами».

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2011 года № 867 «Об утверждении Порядка учета и отпуска лекарственных средств закупаемых из средств республиканского бюджета на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 января 2013 года № 37 «О внедрении программного комплекса «Информационная система лекарственного обеспечения».

7. Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 июля 2015 года № 639 «Об утверждении Правил формирования цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». В данном Приказе написано: «Оптовая надбавка составляет не более 15 %. Отпускная (розничная цена в рамках ГОБМП) формируется согласно приложению 7 настоящих Правил. Розничная надбавка (фармацевтическая услуга) составляет не более 25 %». В данном нормативном акте впервые установлен потолок цен на ЛС для больных СЗЗ, которые могут назначать оптовые и розничные фармацевтические организации.

Вывод:

Во всех проанализированных законодательных актах процесс лекарственного обеспечения рассматривается фрагментарно, так как нет единых требований к лекарственному обеспечению больных социально значимыми заболеваниями.

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ МАРКЕТИНГА В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Дабыл Аружан

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Применение маркетинга в здравоохранении способствует оптимизации деятельности медицинских учреждений, что помогает учреждениям здравоохранения наиболее рационально планировать свою деятельность.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось качественным методом. Исследование включало опрос и интервью руководящего состава — для экспертной оценки мнений и знаний руководителей в области маркетинга и его применения в медицинских учреждениях.

Результаты исследования. Установленные преимущества и недостатки внедрения службы маркетинга в систему здравоохранения показали что, существуя достаточное количество времени на рынке, частные медицинские учреждения применяют принципы маркетинга как неотъемлемой части развития рынка медицинских услуг. Руководителями частных медицинских учреждений было отмечено, что им приходится применять маркетинговые функции (отметили 94 %), но не всегда они обращаются за этой помощью к специалистам в специальные маркетинговые или консалтинговые компании для предоставления маркетинговых услуг (анализ рынка медицинских услуг, маркетинговые исследования, анализ спроса и предложений, реклама и продвижение товара или услуг и многие и другие функции). Если перейти непосредственно к маркетингу здоровья или маркетингу в здравоохранении, то здесь мы можем отметить большой рост заинтересованности со стороны учреждений, работающих в этой области к маркетингу. Конечно, нельзя говорить, что отелы маркетинга существуют во всех частных клиниках Республики Казахстана, но рабочая позиция — маркетолог (35 %), менеджер по маркетингу (28 %), специалист по маркетингу (22 %), аналитик (27 %), встречается часто. Еще чаще, то есть практически всегда (98 %), маркетинг присутствует в фармацевтических компаниях, особенно в представительствах зарубежных фармацевтических компаний (100 %). Опыт иностранных фармацевтических компаний показал высокую эффективность маркетинга, особенно на столь высоко конкурентном бизнесе как фармацевтический. Если сравнить уровень развития маркетинга фармацевтических компаний и медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги, то это сравнение будет далеко не в пользу медицинских учреждений. Еще один аспект определяющий эффективность применения принципов маркетинга в частном секторе здравоохранения были знания руководителей в данной сфере.

Выводы. Работа медицинского учреждения в условиях рынка может резко измениться, и под воздействием различных факторов, принимать как положительный результат (прибыль), так и отрицательный (убыток). А для того чтобы это стало возможным необходимо способствовать созданию и развитию отделов маркетинга в учреждениях здравоохранения со специально обученными специалистами маркетологами, которые бы учитывали возможности и барьеры рынка медицинских услуг и способствовали гармоничному развитию медицинских учреждений в условиях рынка.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Даниелян Э.С., Борулава М.З.

Научный руководитель: Мкртычева К.Б.

Ростовский государственный медицинский университет

Репродуктивное здоровье (РЗ) является одним из компонентов, формирующих здоровье в целом. Проблема репродуктивного здоровья носит не только медицинский, но и социальный характер, имея индивидуальный уровень (качество жизни человека, его потребность в создании потомства, нормальная половая жизнь) и общественный уровень (демография страны). Одним из самых значимых исходов патологии репродуктивной системы является бесплодие. Бесплодие - болезнь репродуктивной системы, которая выражается в отсутствии клинической беременности после 12 или более месяцев регулярной половой жизни без предохранения от беременности [1].

По оценкам ВОЗ, бесплодны 5% популяции. В мире около 48,5 млн. бесплодных пар. Из них 19,2 млн. испытывают трудности с рождением первенца. На глобальном уровне число бесплодных пар в 2010 г. оценивалось в 48,5 млн. Из них 29,3 млн. не могут родить еще одного ребенка, помимо уже имеющихся детей.

В России вторичное (потенциально обратимое) бесплодие охватывает 3,2% всех женщин фертильного возраста, что значительно ниже, чем в США и странах Западной Европы (1%). Первичное бесплодие в России составляет 1,9%, что статистически не отличается от среднемирового показателя [2]. Такая эпидемиологическая картина бесплодия свидетельствует о существенном вкладе гетерогенных факторов риска нарушения репродуктивного здоровья.

Целью данного исследования является оценка отношения к собственному репродуктивному здоровью, уровень половой культуры в различных социально-экономических группах. Также целью исследования является выявление уровня хронического психоэмоционального напряжения как одного из значимых медико-социальных факторов риска вторичного бесплодия.

Материалы и методы. Дизайн исследования: исследование проводилось с июля 2018 года по октябрь 2018 года. Выборочную совокупность составили 197 жителей города Ростова-на-Дону ($n=197$). Стратификации по критериям включения и исключения не проводились. Оценка отношения к РЗ и половая культура оценивались по 10-балльным ВАШ, включавшим вопросы о методах контрацепции, самолечении и диспансеризации. Определение экономического статуса определялось с помощью метода van Praag: указание респондентом (субъективное мнение) месячного дохода семьи (очень низкого, низкого, среднего, высокого и очень высокого). Проверка проводилась с помощью 10-балльных ВАШ удовлетворенности материальным положением. Социальная стратификация проводилась по полу, возрасту и образованию. Уровень стресса определялся по шкале Холмса и Рэя. Для статистической обработки использовался пакет программного обеспечения MS Excel. Статистический критерий достоверности различий – t -критерий Вилкоксона. В исследование включены результаты с достоверностью ($p < 0,01$) и тенденцией к достоверности ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования респонденты были стратифицированы на 10 несвязанных групп: экономическое благосостояние (2 МРОТ на человека и менее, $n=65$; 3 – 4 МРОТ на человека, $n=47$; более 4 МРОТ, $n=85$), уровень образования (высшее, $n=119$; среднее специальное, $n=18$; среднее общее, $n=60$), возраст (18 – 29 лет, $n=172$, 30 и старше, $n=22$), пол (мужчины, $n=82$; женщины, $n=115$). При оценке различий среднего показателя половой культуры (СППК) в различных группах получены статистически значимые различия в возрастных группах ($p < 0,01$), а также различия с тенденцией к достоверности между экономическими группами: 1-2 МРОТ: $3,1 \pm 1,8$; 3-4 МРОТ: $2,9 \pm 1,6$; 4+ МРОТ: $3,6 \pm 2,1$. Получены различия ($p < 0,05$) между группой высшего образования ($3,4 \pm 1,9$) и среднего специального ($2,8 \pm 1,9$). Различия между женщинами и мужчинами не получены. Клинически значимый стресс встречается в различных группах в 20 – 40% случаев.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу того, что практически все факторы (образование, экономический статус, возраст) вносят различия в уровень половой культуры и в отношение к своему здоровью. Однако не выявлено систематичности влияния данных факторов. Наиболее интегральным показателем является возрастной фактор. Достоверно показано, что чем старше респонденты, тем в большей степени им свойственно адекватное отношение к собственному репродуктивному здоровью и половой жизни. Хроническое психоэмоциональное напряжение, остающееся одним из значимых факторов риска бесплодия, имеет широкую распространенность среди людей различных социально-экономических страт.

Выводы. В ходе исследования сделаны следующие выводы:

1. Социально-экономические факторы вносят вклад в формирование половой культуры, однако это явление не носит систематического характера, поэтому нельзя однозначно сказать, представители каких социально-экономических групп в большей степени подвержены риску нарушений репродуктивного здоровья (асоциальные группы населения не учитываются).

2. Просветительская и профилактическая работа должна быть направлена в большей мере на людей фертильного возраста, в частности возрастную группу 18 – 30 лет.

3. Элиминация стрессогенных факторов может способствовать улучшению репродуктивного здоровья населения.

Список литературы.

1. Сексуальное и репродуктивное здоровье // ВОЗ URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/ru/> (дата обращения: 23.07.2018).

2. Бесплодие – тенденции мировые и российские // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» URL: <https://iq.hse.ru/news/177669397.html> (дата обращения: 17.07.2018).

3. Хашенко В. А. Субъективное экономическое благополучие и его измерение: построение опросника и его валидизация // Экспериментальная психология. 2011. №1. С. 106 – 127.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ГБУЗ РБСМЭ МЗ РСО-АЛАНИЯ В 2008-2015 ГГ.

Дзагахова А.В., Джабиева Л.П., Техова А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Тетцоева Л.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Улучшение качества оказания медицинской помощи - одна из основных задач системы организации здравоохранения государства. Естественные коррективы в этот процесс вносит смена общественно-экономической формации, т.к. изменения социального уровня населения, несомненно, отражаются на основных показателях качества здравоохранения: заболеваемости, смертности, демографической статистике. В общей структуре смертность от заболеваний системы кровообращения занимает, по-прежнему, ведущие позиции как в нашей стране (более 50%), так и в странах Европы и США [2,3]. Одной из основных причин смерти при сердечно-сосудистой патологии является инфаркт миокарда (ИМ). По данным Росстата, смертность по этой причине среди болезней системы кровообращения в 2014 году составила 6,8%, а в структуре смертности от ишемической болезни сердца – около 13% [1]. Приведенные статистические данные доказывают актуальность и объективность выбранного показателя для оценки качества здравоохранения и принятия мер по улучшению оказания медицинской помощи в целом.

Целью проведенных нами исследований было изучение, сравнения и анализ показателей смертности от инфаркта миокарда в различных возрастных группах с учетом половой принадлежности за период 2008-2015 гг.

Материал и методы.

В ходе исследования нами был проанализирован архивный материал танатологического отдела ГБУЗ РБСМЭ МЗ РСО-Алания по г. Владикавказ за 2008-2015 годы. Для обработки полученного материала были использованы компьютерные статистические методы.

Результаты.

За период 2008-2015 годов была проведена 2001 экспертиза трупов с причиной смерти - инфаркт миокарда, что составило 30,9% от общего числа судебно-медицинских исследований. Из них: мужчины составляли 75,7%, женщины – 24,3% (соотношение 3:1).

В 2008 году от ИМ скончалось 270 человек, из них мужчины-233 (86,3%), женщины - 37 (13,7%) (соотношение 6:1). В 2009 году - 253 человек, мужчины - 214(84,6%), женщин - 39 (15,4%) (соотношение 5:1). В 2010 году - 296 человек, мужчины - 225 (76%), женщины - 71 (24%) (соотношение 3:1). В 2011 году - 224 человека, мужчины - 166 (74,1%), женщины - 58 (25,9%) (соотношение 3:1). В 2012 году - 259, мужчины - 195 (75,3%), женщины - 64 (24,7%) (соотношение 3:1). В 2013 году - 209, мужчины - 145 (69,4%), женщины - 64 (30,6%) (соотношение 2:1). В 2014

году - 236, мужчины - 167 (70,8%), женщины - 69 (29,2%) (соотношение 2:1). В 2015 году - 254, мужчины - 170 (66,9%), женщины - 84 (33,1%) (соотношение 2:1).

По возрастным группам выявлены следующие данные: до 18 лет – 15 случаев смерти, из них мужчин – 13 (86,7%), женщин – 2 (13,3%); от 19-29 лет – 38 случаев, из них мужчин – 33 (86,8%), женщин – 5 (13,2%); от 30-39 лет – 163, из них мужчин – 137 (84,0%), женщин – 26 (16,0%); от 40-49 лет – 298, из них мужчин – 250 (83,9%) и женщин - 48 (16,1%); от 50-59 лет – 453, из них мужчин - 381 (84,1%) и женщин - 72 (15,9%); от 60-69 лет – 361, из них мужчин – 283(78,4%) и женщин - 78 (21,6%); от 70-79 лет – 393, из них мужчин – 272 (69,2%) и женщин - 121 (30,8%); от 80-89 лет – 241, из них мужчин – 129 (53,5%) и женщин-112 (46,5%); от 90-99 лет – 37, из них мужчин – 15 (40,5%) и женщин - 22 (59,5%); от 100 и старше – 2 мужчин. При этом общее число умерших среди трудоспособного населения составило 1313 (65,6%) из них мужчин 1084 (82,6%), женщин 229 (17,4%) (соотношение 5:1).

Выводы.

Таким образом, в исследованной выборке максимальный предел колебаний составляет 10% (от 26,6 % в 2013 г. до 36,3% в 2010г.). Было выявлено, наиболее уязвимой группой являются мужчины в возрасте от 40-59 лет, а женщины в возрасте от 70 лет. Смертность мужчин трудоспособного возраста в 4,7 раза выше, чем смертность женщин.

Выявленные высокие показатели смертности от ИМ, отсутствие какого-либо устойчивого тренда к снижению, еще раз доказывают тот факт, что улучшение качества медицинской помощи пациентов с сердечно-сосудистой патологией, в конечном итоге, приведет к значительному снижению показателей смертности в целом.

Список литературы.

1. Демографический ежегодник России. 2015: Стат. сб./ Росстат. – М., 2015. – 263 с.
2. Ощепкова, Е.В. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000-2011 гг. / Е.В. Ощепкова, Ю.Е. Ефремова, Ю.А. Карпов //Терапевтический архив. – 2013. - № 4. – С. 4-10.
3. Государственная программа Российской Федерации ""Развитие здравоохранения"" распоряжение правительства РФ от 24 декабря 2012 г. №2511-р.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Жаркин И.Н.

Научный руководитель: Поройский С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет

В настоящее время, решая задачи обеспечения безопасности общества и государства, поддержания достойного качества и уровня жизни граждан, сохранения независимости и устойчивого социально-экономического развития страны, особенно остро стоят вопросы снижения репродуктивного здоровья женского населения, показателей соматического здоровья новорожденных и рождаемости в целом [1]. В связи с этим, как никогда актуальна своевременная прегравидарная подготовка женщин к наступлению беременности, ее вынашиванию, родоразрешению и как результат получение здорового потомства.

Цель. Оценить динамику показателей экстрагенитальной патологии у рожениц с завершившимися родами.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ 5389 случаев экстрагенитальной патологии у рожениц по данным роддома №2 Центрального р-на г. Волгограда за 2014-2016гг. Оценивались показатели заболеваемости со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной, эндокринной и мочевыделительной систем.

Результаты. В период с 2014г. по 2016г. наблюдалось заметное увеличение количества выявленных случаев экстрагенитальной патологии у рожениц. Так процентное число женщин (от общего количества родивших) с артериальной гипертензией в 2014г. с 6,6% увеличилось до 7,3% в 2016г.; с заболеваниями вен с 5,7% до 10,0%; с анемиями с 11,9% до 14,7%; заболевания органов дыхания с 4,4% до 11,8%; патология щитовидной железы 1,5% до 3,2%; заболевания почек и мочевыводящих путей с 9,9% до 11,4%.

Закключение. Следовательно для сохранения и улучшения здоровья населения как в интересах семьи, так и государства необходима рационально спланированная заблаговременная подготовка к беременности, включающая в себя полное обследование, устранение выявленных соматических и психологических нарушений. Повышение показателей репродуктивного здоровья является важным условием в развитии национальной безопасности страны, а также будет способствовать сокращению неблагоприятных социальных и экономических факторов.

Литература:

1. Башлачев В.А. Демография: русский прорыв. Независимое исследование. Сер. «Национальная безопасность». М.: Белые Альвы, 2006 Вып. 4

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ПЕРСПЕКТИВНОГО РАЗВИТИЯ КАДРОВОГО «РЫНКА» СЕСТРИНСКИХ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Жданов Р.Р., Каспрук Л.И.

Научный руководитель: Каспрук Л.И.

Оренбургский государственный медицинский университет

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) населению является основным, доступным и бесплатным видом медицинской помощи. ПМСП включает лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений, других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний, санитарно-гигиеническое просвещение населения и др. мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

Кадровая политика при этом является одной из важнейших проблем, подлежащей скорейшему разрешению. Существующая в настоящее время неравномерность и асимметричность в обеспеченности врачами и сестринским медицинским персоналом требуют корректировки на различных уровнях. Необходимы научно обоснованные подходы к расчетам потребности, планирования, а также подготовки и использованию кадрового потенциала [2, 3].

Цель, задачи и методы исследования

Провести мониторинг состояния и перспективного развития кадрового «рынка» сестринских медицинских кадров, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению в регионе (Оренбургской области). Доказать необходимость научно обоснованных подходов к расчетам потребности, планирования, подготовки и использованию сестринского медицинского кадрового потенциала отрасли. В исследовании использовать аналитический и статистический методы, и метод математического прогнозирования.

Результаты и обсуждение

По данным ГУК «Центр занятости населения» Оренбургской области, спрос и предложение рабочей силы на «рынке» труда по профессиям медицинских работников за период с 2010г. по 2014г. в ходе анализа банка данных заявленных вакансий и регистра получателей государственных услуг определяется таким образом, что ежегодно спрос увеличивается, а предложение уменьшается. Спрос на врачебные специальности увеличился за пятилетний период (2010-2014гг.) в 5,9 раза, а предложение – в 2,5 раза. При этом спрос на сестринский медицинский персонал увеличился в 4,9 раза, а предложение – в 5,3 раза.

В Оренбургской области число участковых терапевтов за период 2010-2014гг. имеет тенденцию к снижению на 12,6%; участковых медицинских сестер – на 2,15%. Аналогичное снижение численности у участковых врачей педиатров, участковых педиатрических медицинских сестер, врачей общей практики, однако при этом количество медицинских сестер общей практики увеличилось на 6,7%.

Соотношение врачей и сестринского медицинского персонала Оренбургской области в 2014г. составляло «1: 1,2» в участковой терапевтической службе и «1: 4,9» - в педиатрической. Отмечается значительная положительная динамика - в 2007г. эти показатели составляли соответственно «1: 1,06» и «1: 1,04». Оптимальным соотношением, по международным стандартам, «врач: сестринский персонал» является «1: 4» – «1: 5». Анализ динамики соотношения «врач: медицинская сестра» в Оренбургской области с 2007г. по настоящее время позволяет отметить некоторые позитивные тенденции.

Существенным фактором в организации деятельности врача общей практики (ВОП) является его работа в команде ВОП, и ему, по данным ВОЗ, должны придаваться 4-5 средних медицинских работников (медицинской сестры общей практики, профилактической, процедурной сестры, социальной медсестры и, желательно, акушерки). В этой команде медсестре общей практики отводится важная роль. Медсестра общей практики замещает врача ВОП в его отсутствии, оказывая первую доврачебную помощь.

Учитывая данные прогноза численности населения Оренбургской области до 2021г., проведено прогнозирование численности и потребности врачей и сестринского медицинского персонала, участвующего в оказании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), до 2021г. Использован метод математического прогнозирования, имеющийся в пакете анализа математических таблиц Microsoft Excel [1, 4].

Прогнозируется уменьшение числа врачей участковых терапевтов на 40% (с 640 чел. в 2014г. до 384 чел. в 2021г.). Однако в то же время численность участковых медицинских сестер практически не изменится (уменьшение численности прогнозируется чуть больше 1%). При этом соотношение «врач: сестринский медицинский персонал» будет составлять «1: 1,9», но не достигнет показателя международных стандартов («1: 4-5»). Негативная тенденция намечается в общеврачебной практике. Численность врачей общей практики снизится на 58%. Количество медицинских сестер ВОП при этом увеличится на 18%. В прогнозируемой ситуации соотношение «врач: сестринский медицинский персонал» составит «1:20», что совершенно не соответствует никаким стандартам, и можно констатировать пресыщение «рынка» кадров среднего медицинского персонала в вышеозначенной ситуации. Численность врачей участковых педиатров снизится на 21%, медицинских сестер участковых педиатров в 2021г. будет меньше по сравнению с 2014г. на 24%. Соотношение «врач: сестринский медицинский персонал» составит «1: 4,8».

Заключение

Политика становления и развития «рынка» сестринских медицинских кадров, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи населению в регионе, должна стать координирующей основой в проведении реструктуризации здравоохранения, направленной на сохранение и улучшение здоровья нации. Имеется потребность в модернизации программ обучения и дальнейшей разработки инновационных технологий обучения специалистов сестринского медицинского персонала и создании стандартов обеспечения отрасли сестринским персоналом для оказания первичной медико-санитарной помощи населению. Необходимы научно обоснованные подходы к расчетам потребности, планирования, подготовки и использованию кадрового потенциала.

Список литературы.

1. Решетников, А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть IV) / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2011. - №2. – С. 3-10.
2. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: Медицина, 2007. -264 с.

ORGANIZATIONS REFORM IN HEALTHCARE SYSTEM KAZAKHSTAN

Имангазинова Н.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.
Казахский национальный медицинский университет

Improvement of the health management system is a priority State program of reforming and development of healthcare / 1, 2/.

The purpose of research - to analyze the characteristics of pharmaceutical care in the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods - the method of content analysis, social and marketing research.

Results and discussion. In this regard, it supposed to redistribute powers between the Ministry of Health and regional health authorities. In 2004, we introduced a new quality control system, the

implementation of which is carried out under the supervision of the Committee for the quality control of medical services Ministry of Health.

Despite the fact that in the 1990s. the number of hospitals and hospital beds has been reduced, a network of copper-care organizations is still focused mainly on fixed. The main reasons for the high levels of admissions were of poor quality pervicnoy health care (PHC) and the lack of availability of drug supply in outpatient treatment.

Here in Kazakhstan there are significant regional differences: the highest concentration of medical staff is observed in large cities and in rural areas they often lack. The total shortage of doctors in the country is five thousand. People. Despite some progress in relation to the reform, quality training and retraining of medical personnel is still low, and zarplaty health workers significantly lower than the average wage in the national economy.

In addition, the reform program has not yet resolved the question of the activities of specialized services and parallel health systems. More attention should be given to improving the quality and efficiency of health care. The important role it can play in the monitoring and evaluation system, as well as the implementation of clinical practice guidelines. During the years of independence Kazakhstan has decreased the availability of medical care at all levels of care. The main problems associated with the reduction in the availability of medical assistance in outpatient treatment, the practice of informal payments for medical services and significant regional disparities, which proyavlyaetsya in the distribution of health facilities across the country and a corresponding provision of health services, as well as levels of medical personnel.

Currently, the country carried out a new policy in the field of health care financing. It is assumed that the accumulation of funds for health care at the regional level will sposobstvovat equalization of per capita expenditure and the introduction of the system of payment of medical uchrezhdeny for services and improve the quality of medical services.

Conclusions. But in addition to increasing the financial allocation the country's health sector needs also to significant changes in the organization, management and delivery of medical assistance, and to strengthen the primary health care sector, and strengthening the integration of health services.

РАЗВИТИЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ЦЕЛЕВОЙ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ В КАЗАХСТАНЕ

Имангазинова Н.

**Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.
Казахский национальный медицинский университет**

Актуальность. Важность создания и выпуска собственных лекарственных средств является неоспоримой /1, 2/.

Цель – проанализировать разработки инновационных лекарственных средств на фармацевтических предприятиях РК.

Материалы и методы – контент-анализ.

Результаты исследования. В Казахстане в рамках Республиканской целевой научно-технической программы «Использование методов биотехнологии и генной инженерии в медицине, сельском хозяйстве и промышленности» предприятиями биотехнологического профиля разработано и организовано производство антибиотика розеофунгина, ферментного препарата имозимазы, пробиотика бифидумбактерина для лечения дисбактериоза.

Предлагаемая форма в виде капсул имеет следующий состав: биосластин, кислота аскорбиновая, крахмал. Уникальность данной композиции заключается в том, что она содержит два активных вещества – биосластин и аскорбиновую кислоту, обуславливающие антиоксидантную и гепатопротекторную активность. На их основе создан препарат Нормоген. Он выгодно отличается от других онкологических иммунобиологических средств, что подтверждено доклиническими испытаниями. Данные препараты прошли клинические испытания в ведущих казахстанских и российских медицинских центрах.

Выводы. Таким образом, проведенный нами анализ позволили установить наиболее перспективные предприятия по выпуску лекарственных средств для лечения социально значимых

заболеваний. К ним относятся предприятия отрасли, выпускающим фармацевтическую продукцию по собственным оригинальным разработкам.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАБИНЕТА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Красноруцкая О.Н., Смирнова И.С., Бугримов Д.Ю.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Кабинет неотложной медицинской помощи является структурным подразделением поликлиники и предназначен для оказания неотложной медицинской помощи населению, прикрепленному к данной поликлинике [1].

Основной и главной задачей данного кабинета является оказание неотложной помощи при острых состояниях, таких как: артралгия, боль в грудной клетке вследствие заболевания или травмы, мигрень, миалгии, невралгии, болевой синдром онкологических больных, гипертонический криз осложненный и неосложненный, острый коронарный синдром, повышенная температура, головокружение, слабость и многое другое. [2,3]. В данной работе я исследую, насколько эффективно работает кабинет, какие больные и с какими заболеваниями обращаются, довольны ли они оказанной помощью и помогает ли в работе врачам наличие данного кабинета.

Цель исследования: определить значение КНМП в оказании первичной медико-санитарной помощи населению.

Материалы и методы. Данное исследование проводилось с 20.06.2018 по 12.07.2018 в Поликлинике № 14 БУЗ ВО «Воронежская больница № 16». Для работы была использована следующая документация: амбулаторные карты (форма 025/У), талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025-1/У). Осмотрено 70 пациентов, обратившихся в кабинет неотложной помощи, с которыми был проведен опрос по разработанным анкетам «Оценки эффективности работы КНМП». 10 пациентов были с ОРВИ, 7 с заболеваниями органов дыхания, неврологические заболевания отмечались у 8 пациентов, заболевания сердечно-сосудистой системы у 9, заболевания органов мочевого выделения у 5, заболевания органов ЖКТ у 6, гипертонические кризы у 25 пациентов.

Все обследуемые пациента в рамках оказания медицинской помощи подразделялись на две основные группы:

нуждающиеся в неотложной медицинской помощи (44 пациента) – это пациенты, чье состояние здоровья за короткий период времени может ухудшиться при неоказании им медицинской помощи. К данной категории относились больные, имеющие выраженный болевой синдром (стенокардия напряжения), высокое АД (гипертонический криз), не нуждающиеся в неотложной медицинской помощи (26 пациентов) - пациенты, у которых неоказание неотложных мероприятий, не приведет к ухудшению состояния здоровья за короткий период времени, это те пациенты, которые за медицинской помощью могут обратиться к участковому терапевту или узкому специалисту.

После клинического осмотра в кабинете неотложной помощи получили медицинскую помощь непосредственно на приеме 55,7%, госпитализировано в стационар 7,2%, направлено на прием к узкому специалисту и терапевту 37,1%. Таким образом, маршрут пациента в рамках оказания неотложной медицинской помощи был следующий: регистратура - КНМП - получившие помощь на месте (55,7%) - направлены к узким специалистам (37,1%) - направлены в стационар (7,2%).

Оценка эффективности работы КНМП с точки зрения врача и пациента (коэффициент социальной эффективности):

Для оценки данного пункта был проведен опрос 6 врачей и 70 пациентов, заданы следующие вопросы:

К пациентам: «Довольны ли Вы оказанной вам помощью в КНМП?»

К врачам: «Как Вы считаете, является ли работа данного кабинета эффективной в данной поликлинике, почему?»

«В чем недостаток данной работы?».

Проанализировав полученные данные, выявлено, что в КНМП обращаются большинство пациентов действительно в ней нуждающиеся – 62,9 %.

Чаще за неотложной МП обращаются пациенты с гипертоническим кризом 35,7%, заболеваниями сердечно-сосудистой системы – 12,8 %, ОРВИ- 14,4%. Такое процентное соотношение объясняется нехваткой участковых врачей, к которым прикреплены данные больные и вынуждены обращаться за медицинской помощью в КНМП. Реже обращаются с заболеваниями мочевыводящих путей (7,1%), органов ЖКТ (8,6 %), дыхания (10%), неврологическими заболеваниями, травмами (11,4%). Это связано с тем, что в поликлинике хорошо работает отделение узких специалистов (невролога, хирурга, уролога, гастроэнтеролога), к которым обычно осуществляется плановый прием.

Маршрут пациентов в 55,7% случаев заканчивается в КНМП, что говорит об эффективности и полноте оказания медицинской помощи. Направление к узким специалистам в 37,1% случаев говорит о недостаточном анализе регистратуры в вопросах маршрута пациента, либо сложности и специфики лечения. Госпитализация в 7,2% случаев показывает, адекватную оценку исходов оказания неотложной помощи и прогноз для данного больного. Опрос пациентов и врачей об оценке эффективности КНМП показал, что 90 % больных довольны оказанной им помощью, 10 % считают, что лечением должен заниматься их участковый-врач. По мнению врачей, наиболее эффективно КНМП работает в осенне-зимний период, когда возрастает число больных ОРВИ и гриппом, что позволяет снизить нагрузку на участковых-терапевтов. Недостаток в том, что после первичного приема, пациент уходит из-под наблюдения врача КНМП, что мешает корректировать лечение и динамически оценивать этапы выздоровления больного.

Выводы:

1. Работу КНМП по результатам исследования следует считать эффективной, так как большинство пациентов, обратившихся за МП действительно в ней нуждается и им оказывается данная помощь.

2. В большинстве случаев маршрут пациента заканчивается в КНМП, что говорит о полноте оказания им помощи.

3. Большинство пациентов и врачей считают работу кабинета эффективной и значимой для данного медицинского учреждения.

Список литературы.

1. Абашин, Н. Н. Удовлетворенность пациента как показатель качества медицинской помощи (по материалам социологического опроса) / Н. Н. Абашин // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. - № 5. – С. 31-33.

2. Бушуева, Г.А. Некоторые подходы к оценке эффективности экономической деятельности лечебно-профилактических учреждений / Г.А. Бушуева, Е.В. Ползик, Ю.А. Тюков // Экономика здравоохранения. 2000. - № 7. – С. 39-44.

3. Баранов, О.П. Организация амбулаторно-поликлинической помощи / О.П. Баранов, В.Б. Колядо, С.И. Трибунский, С.В. Плугин, И.Б. Колядо. Барнаул, 2004. – 88 с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АНОМАЛИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Кунпан П.И., Баранова Н.В., Дайченко Е.В.

Научный руководитель: к.м.н. Баранова Н.В.

**Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольский
краевой клинический онкологический диспансер**

Несмотря на большое число публикаций об аномалиях развития молочных желез их истинная частота неизвестна. В России встречаемость аномалий молочных желез с последующей хирургической помощью у женщин составляет 17% от всех видов вмешательств. Пороки развития молочных желез наблюдаются и у мужчин, но чаще встречаются у женщин. От всех аномалий 3% относятся к врожденным, которые возникают при формировании органа. Их называют эмбриональными патологиями. Причинами появления могут стать неблагоприятные факторы, повлиявшие на организм беременной женщины.

Исходя из анатомической классификации, бывают пороки численности сосков и молочных желез, патология размеров, расположения и формы. Рассмотрим некоторые из них.

Микромастия (гипомастия) - патологически небольшие молочные железы у пациенток с обычно сформированными половыми органами и железами. При этом грудь не отвечает пропорциям тела и не полностью развита.

Для макромастии или гигантомастии характерно аномальное увеличение молочной железы в результате разрастания тканей. Макромастия бывает истинной, когда увеличивается количество железистой ткани, и бывает ложной при непомерном развитии жировой ткани.

Опущение молочных желез - мастоптоз, характеризуется потерей упругости тканей, резкое похудение и старение способствуют его прогрессированию.

Цель исследования – анализ частоты встречаемости видоизменений молочных желез у женщин Ставропольского края в возрастном аспекте.

Выборка проводилась среди женщин в возрастном диапазоне от 20 до 50 лет с наличием аномалий молочных желез. Сравнительный анализ производился статистическим методом.

Материал и методы. Были изучены 250 историй болезней пациенток, находившихся на амбулаторном лечении в Клинике пластической хирургии г. Ставрополя за 2017 год. Из комплексного анализа 167 обследуемых были исключены, в связи с другими видами диагнозов. Таким образом, основные выводы базируются на результатах 83 историй болезней, соответствующих требованиям исследования. Проводилась выборка по возрасту и конкретному виду аномалий молочных желез, сопоставлялись сформированные группы обследуемых.

В зависимости от возраста были сформированы 3 группы: I группу (младшую) составили 28 женщин в возрасте 20-29 лет (33,7%); II группу (среднюю) - 42 женщины в возрасте 30-39 лет (50,6%); III группу (старшую) составили 13 женщин в возрасте 40-49 лет (15,6%).

Среди пациенток не встречались лица моложе 20 и старше 49 лет.

Исследуемые диагнозы также составили 3 группы: 1) гипоплазия молочной железы 2) гиперплазия молочной железы 3) птоз (опущение) молочной железы.

Результаты и обсуждение. Из результатов исследования частоты обращаемости пациенток, их диагнозов и последующих хирургических вмешательств по поводу аномалий молочной железы был произведен анализ частоты встречаемости той или иной патологии развития молочных желез.

Распространенность аномалий была определена в каждой из трех возрастных групп.

1. Младшая группа: из 28 пациенток гипомастию имели 22 (78,5%), гипермастию – 1 (3,5%), птоз молочных желез – 5 (17,8%) женщин. Наиболее часто обращения выявлены в возрасте 27 лет (9 человек).

2. Средняя группа: из 42 пациенток гипомастию имели 33 (78,5%), гипермастию – 5 (11,5%), птоз молочных желез – 4 (9,5%) женщины. Наиболее частые обращения выявлены от 30 до 35 лет (по 5 человек в каждом возрасте).

3. Старшая группа: из 13 пациенток гипомастию имели 5 (38,5%), гипермастию – 3 (23%), птоз молочных желез – 5 (38,5%) женщин. Наиболее частые обращения выявлены в возрасте 42 лет (3 человека).

В результате анализа частоты хирургических вмешательств по историям болезни пациенток с наличием аномалий молочных желез наиболее часто встречающейся в Ставропольском крае является гипоплазия молочной железы. Из 83 исследованных историй болезней она встречается в 60 (72%). Среди всех пациенток с данной аномалией молочной железы чаще всего обращались в возрасте от 30 до 35 лет.

Следует отметить, что гипермастия представлена минимально в младшей возрастной группе, незначительно увеличивается в средней (относительно гипомастии) и только в старшей возрастной группе отмечается тенденция к выравниванию количества гипоплазии и гиперплазии внутри группы.

Интересно, что в младшем возрастном диапазоне птоз молочных желез встречается чаще, чем гипермастия (соответственно 17,8% и 3,5%). В среднем возрастном диапазоне частота встречаемости птоза молочных желез на 2% меньше, чем гипермастии молочных желез, а в старшем - процентное соотношение встречаемости гипермастии и птоза молочных желез равно.

Выводы.

Таким образом, в результате проведенного исследования аномалий развития молочных желез у женщин Ставропольского края, сделаны следующие выводы:

1. Чаще всего отклонения от нормы встречаются у женщин в возрастном диапазоне от 30 до 39 лет, а реже всего – от 40 до 49 лет.

2. Самым встречаемым видоизменением молочных желез является гипоплазия молочных желез.

3. Недоразвитость молочных желез многократно отмечается у людей в возрасте от 30 до 35 лет.
3. Наиболее редко встречаемой является избыточное развитие молочной железы.
4. Опускание молочных желез является самым стабильным видоизменением во всех возрастных группах.

Список литературы.

1. Габка, Кристиан Дж.: Пластическая и реконструктивная хирургия молочной желез / Хайнц Бомерт. - Москва: МЕДпресс-информ, 2010. - 364 с.
2. Анатомия человека: учеб. для вузов : в 2-х т. / М. Р. Сапин, Д. Б. Никитюк, В.Н. Николенько, С. В. Чава ; под ред. М. Р. Сапина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. II. - 456 с.
3. Гусейнов, А.З. Заболевания молочной железы / А.З. Гусейнов, Д.А. Истомин. – Тула, 2011. 250 с.
4. Hunt K.K., Mittendorf EA. Diseases of the breast. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Benign breast problems and conditions. ACOG Web site. www.acog.org/Patients/FAQs/Benign-Breast-Problems-and-Conditions. Accessed December 02, 2016.

О МЕДИЦИНСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

**Луцкан И.П., Саввина Н.В., Саввина А.Д., Борисова Е.А., Тимофеев Л.Ф.
Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова**

В республике функционирует 57 детско-юношеских спортивных школ системы Министерства образования Республики Саха (Якутия) с охватом более 30000 воспитанников. У воспитанников ДЮСШ значительные по объему и интенсивности физические нагрузки влекут за собой перегрузки, нарушения гармоничности развития, приводят к формированию различной патологии, особенно в отдаленном периоде жизни и деятельности индивидуума.

Целью исследования явился анализ системы медицинского обеспечения воспитанников детско – юношеских спортивных школ г. Якутск по данным Республиканского центра лечебной физкультуры и спортивной медицины.

Материалы и методы. Нами проведен анализ отчетных форм №1 – ДО «Сведения об учреждении дополнительного образования детей» ДЮСШ г.Якутск за 2017 г. и годовых отчетов ГУ «Республиканский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины» за 2015 – 2017 гг. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием компьютерной программы обработки электронной таблицы Microsoft Excel.

Выявленная общая заболеваемость юных спортсменов по итогам медицинского осмотра не полностью отражает действительную картину состояния их здоровья по причине нехватки финансирования и дефицита врачебных кадров.

1. Вопросами медицинского обеспечения юных спортсменов должны заниматься следующие учреждения: отделение спортивной медицины центров лечебной физкультуры и спортивной медицины, территориальная детская поликлиника, реабилитационно-оздоровительные центры (отделения), что позволит наладить преемственность между головным учреждением и амбулаторно-поликлиническим звеном.

2. Внедрить комплексное обследование всех желающих заниматься спортом детей в Центре здоровья для детей. Проведение в последующем ежегодного динамического наблюдения в центре здоровья для мониторинга состояния здоровья юных спортсменов, что позволит получать целостное многостороннее представление о психоэмоциональном и функциональных состояниях организма юного спортсмена и возможностях увеличения уровня тренированности и достижения им максимальных спортивных результатов.

3. Проведение реабилитационных и оздоровительных мероприятий в существующих отделениях восстановительного лечения территориальных поликлиник и больниц и организация оздоровления юных спортсменов в летнем спортивно-оздоровительном лагере.

Выводы.

Выявлены проблемы: острый дефицит врачебных кадров и недостаточная материально – техническая база, как в республиканском центре, так и в детско-юношеских школах; отсутствие медицинского блока в спортивных школах; отсутствие преемственности между республиканским центром и амбулаторно-поликлиническим звеном.

Предложенная система позволит улучшить качество оказания медицинской помощи и снизить уровень заболеваемости юных спортсменов без дополнительных финансовых затрат.

ФОРМИРОВАНИЕ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА Г.ЯКУТСКА ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ПОДУШЕВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Луцкан И.П., Саввина Н.В., Саввина А.Д., Борисова Е.А., Тимофеев Л.Ф.

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова

Введение. За последние 15 лет Столичное здравоохранение города Якутска претерпело ряд существенных изменений, связанных с переходом отрасли на систему обязательного медицинского страхования, дважды связанных с разграничением полномочий между муниципальной и государственной уровнями власти, реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье», модернизацией, подготовкой к переходу на новую систему оплаты труда, ориентированную на конечный результат, внедрению элементов рыночных отношений в системе здравоохранения.

При анализе сравнения разницы утвержденной территориальной программы государственных гарантий от расчетного объема финансирования по подушевому нормативу прогнозируемо, что только те учреждения, у которых фактическая стоимость меньше подушевого норматива, остаются в плюсе, то есть при переходе на подушевое они могут заработать больше чем при нынешнем тарифе программы государственных гарантий. Учреждения, у которых фактическая стоимость на душу населения по утвержденному тарифу программы государственных гарантий на 2013 год выше, чем подушевой норматив, остаются в минусе, то есть финансирование данных учреждений при переходе на подушевое финансирование станет дефицитным. Соответственно по данным учреждениям возникнут финансовые риски, которые могут привести к банкротству фондодержателя, под которым подразумевается:

- отсутствие финансирования на содержания материально-технической базы организации;
- невозможность оплатить заработную плату, как собственному персоналу, так и работу (услуги) специалистов сторонних организаций;
- по опыту других регионов проведение взаиморасчетов между медицинскими организациями могут составлять до 40-50 %;
- возникновение задолженностей перед кредиторами и т.д.

Целью работы является разработка модели трехуровневой системы обслуживания пациентов в здравоохранении города Якутска для предотвращения рисков, направленных на повышение эффективности использования ресурсов (материальных, финансовых, кадровых, информационных).

Результаты и обсуждение. Ведущими факторами, определяющими проблемы здравоохранения в городе Якутске, являются:

-отсутствие корреляции между услугами медицинской помощи и структурой заболеваемости и смертности населения:

-несоответствие потребностям в медицинской помощи, фактически оказываемым объемам медицинской, в т.ч специализированной помощи;

-необходимость приведения численности кадров к нормативным показателям;

-опережающее развитие нормативно-правовой и методической основы при сохранении ресурсов, оставшихся с советского периода;

-при переходе на новые механизмы финансирования возникновение финансовых рисков, которые могут привести к банкротству фондодержателя;

-низкая удовлетворенность оказываемой медицинской помощью по данным социального опроса страховых компаний.

Одним из путей решения является проведение реорганизации инфраструктуры здравоохранения с приведением в соответствие с численностью и составом населения города Якутска, с учетом структуры заболеваемости на территории города Якутска путем укрупнения структуры учреждений здравоохранения с организацией межтерриториальных медицинских объединений, вместо существующих сегодня шести отдельных юридических лиц с различными ресурсами.

Для повышения доступности и качества предоставляемой амбулаторной медицинской помощи на территории г. Якутска внедряется поэтапное формирование трехуровневой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, в целях достижения поставленных задач с 24 января 2013 года в столице организован «Медицинский центр города Якутска» путем слияния трех больниц.

Проведение реформирования сети учреждений первичного звена г. Якутска при переходе на подушевое финансирование здравоохранения необходимо для повышения ответственности медицинских работников, прежде всего, участковой службы, как основного фондодержателя. Проведение реформирования предполагает повышение квалификации врачей первичного звена, расширение круга их функций, роста ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения. Продолжение внедрения системы врача общей практики и повышение их квалификации, позволит лечить основную часть наиболее распространенных заболеваний на первом уровне. Узкие специалисты будут иметь дело с более сложными заболеваниями, опираясь на диагностическую базу, которая будет существенно превосходить возможности прежних поликлиник. На уровне первичного звена предполагается приоритетное развитие стационарозамещающих технологий, с высокой концентрацией дорогостоящей стационарной помощи в крупных медицинских организациях. Вывод. Таким образом, внедрение данной модели позволит компенсировать неравномерность развития амбулаторной медицинской помощи, что необходимо для повышения качества медицинской помощи и доступности для населения, преимущественно по участково - территориальному принципу. Выполнение данной задачи в полном объеме позволит рационально использовать дорогостоящее оборудование и медицинскую технику, а также снизить сроки ожидания медицинской помощи и компенсировать дефицит врачей-специалистов по необходимому профилю. Назрел момент, когда нужно «уходить от старых устоявшихся устоев» и проводить политику управления в зависимости от существующих на данный момент потребностей.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ (ОТ 0 ДО 14 ЛЕТ) В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Останина С.А.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Д.Е. Мильчаков
Кировский государственный медицинский университет**

Цель - изучение неврологических изменений у детей в возрасте от 0 до 14 лет статистико-аналитическим методом с последующей обработкой полученных данных.

Материалы и методы: материалы - статистические данные из монографий, интернет - источников, докладов ВОЗ, отчетов Министерства здравоохранения и сборников Росстата. Метод – статистическо-аналитический с последующей обработкой полученных данных.

Результаты: Согласно данным Росстата первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 нервными болезнями в 2000 году составляла 713,9 тыс. человек (что составляет 32% от общей первичной заболеваемости нервными болезнями сред населения и 1,86% от общего числа детских заболеваний), в 2010 – 928,5 тыс. (2,26% от общего числа детских заболеваний), в 2014 – 971,7 тыс. (2,2%), в 2015 – 927,6 тыс. (2,11%), в 2016 – 931,2 тыс. (что составляет 41% от общей первичной заболеваемости нервными болезнями сред населения и 2,07% от общего числа детских заболеваний). По данным на 100.000 детей: в 2000 г. – 2731,1, в 2010 г. – 4283,2, 2014 г. – 4037,9, в 2015 г. – 3757,3, в 2016 г. – 3685,6. В 2015 году общая заболеваемость болезнями нервной системы среди детей составила 9006,1 на 100.000 детского населения, в 2016 – 9285,4 на 100.000 дет.населения (заболеваемость увеличилась на 3,1%). В Приволжском федеральной округе (ПФО): 2015 г. – 12008,1 на 100000 дет.населения, 2016 г. – 12401,8 на 100000 дет.населения (повысилась

на 3,2%). Заболеваемость по сравнению с данными России выше на 33,3% в 2015 году и в 2016 г. На 33,6%. В Кировской области: 2015 г. – 7474,9 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 7000,4 на 100000 дет.населения (значение снизилось на 6,3%). По сравнению с данными России: в 2015 г. – на 17,1% ниже, в 2016 г. – на 24,6% ниже.

В 2015 г. в России с первичными воспалительными заболеваниями центральной нервной системы обратились 59,3 на 100000 дет.населения, в 2016 – 45,0 на 100000 дет.населения (за год число снизилось на 24,2%). В ПФО: в 2015 г. – 59,0 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 38,2 на 100000 дет.населения. За 1 год число снизилось на 35,8%. Т.е. в 2015 г. данный показатель почти не отличался от российских показателей (разница составляет 0,5%), в 2016 г. отличия уже существенны – 15,1%. В Кировской обл.: в 2015 г. – 21,2 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 4,7 на 100000 дет.населения (количество заболеваний уменьшилось на 121,7%). Данные показатели значительно ниже показателей по России: в 2015 г. на 64,3%, в 2016 г. на 89,6%. Лидеры в ПФО по заболеваемости – Республика Мордовия и Республика Удмуртия.

Экстрапирамидные и другие двигательные нарушения в России среди детей в 2015 г. – 305,7 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 310,8. Заболеваемость увеличилась на 1,7%. В ПФО: в 2015 г. – 188,5 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 218,8 на 100000 дет.населения. Показатель повысился на 16%. По сравнению с Россией: в 2015 г. в округе показатель ниже на 32,6%, в 2016 г. – на 29,6%. В Кировской обл.: в 2015 г. – 67,4 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 39,6 на 100000 дет.населения. Заболеваемость снизилась на 41,3%. По сравнению с Россией: в 2015 г. – заболеваемость была ниже на 78%, в 2016 г. – стала ниже на 87,3%. Лидеры ПФО по заболеваемости – Республика Мордовия, Республика Марий Эл, Нижегородская область.

Др. дегенеративные заболевания нервной системы в России среди детей в 2015 г. – 7,89 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 8,33. Заболеваемость увеличилась на 5,6%. В ПФО: в 2015 г. – 3,74 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 4,63 на 100000 дет.населения. Показатель повысился на 23,8%. По сравнению с Россией: в 2015 г. в округе показатель ниже на 52,6%, в 2016 г. – на 44,4%. В Кировской обл.: в 2015 г. – 8,49 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 9,79 на 100000 дет.населения. Заболеваемость увеличилась на 15,3%. По сравнению с Россией: в 2015 г. – заболеваемость была выше на 7,6%, в 2016 г. – стала ниже на 17,5%. Лидеры ПФО по заболеваемости – Республики Марий Эл и Мордовия, Кировская область.

Демиелинизирующие болезни ЦНС в России среди детей в 2015 г. – 3,68 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 4,16. Заболеваемость увеличилась на 13%. В ПФО: в 2015 г. – 4,70 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 3,74 на 100000 дет.населения. Показатель снизился на 20,4%. По сравнению с Россией: в 2015 г. в округе показатель выше на 27,7%, в 2016 г. – снизилась заболеваемость, разница составляет 10,1%. В Кировской обл.: в 2015 г. – 0,94 на 100000 дет.населения, в 2016 г. – 0,93 на 100000 дет.населения. Заболеваемость снизилась незначительно (на 1,1%). По сравнению с Россией: в 2015 г. – заболеваемость была ниже на 77,5%, в 2016 г. – стала ниже на 77,7%. Лидеры ПФО по заболеваемости – Пермский край, Оренбургская и Нижегородская области.

Выводы: Болезни нервной системы занимают огромную долю от первичной заболеваемости. Начиная с 2000 по 2010 год, заболеваемость нервными болезнями неуклонно растет, начиная с 2010 по настоящее время – заболеваемость падает, но пока что дойти до «отправной точки» не получается. Общая заболеваемость нервными болезнями среди детей в ПФО на треть выше показателей Российской Федерации. Данное явление можно объяснить тем, что российский показатель складывается из гораздо большего числа данных, а неравномерность развития медицины и здравоохранения по регионам, а также неравномерность заболеваемости, дают показатель ниже ПФО. Также на данный показатель в ПФО и Кировской обл. влияет экология. Высокий природно-ресурсный потенциал ПФО, развитые промышленность и сельское хозяйство создают значительную антропогенную нагрузку. На округ приходится около 20% общероссийского объема выброса вредных веществ от автомобильного транспорта, 13% выбросов от стационарных источников и 19% сброса загрязненных сточных вод. На территории Кировской обл. также находятся несколько химических заводов («Бетаким», «СПГ Трейд», «Акрус» и т.д.) и залежи радиоактивных отходов, что также неблагоприятно влияет на развитие части заболеваний.

**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗА 2002-2012 ГГ.
ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА БРЯНСКА И БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ КАК СЛЕДСТВИЕ
ТЕХНОГЕННОЙ КАТАСТРОФЫ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ
ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ**

**Прокофьева А.А., Булычев М.А., Лукьянченко А.Ю.
Курский государственный медицинский университет**

Чернобыльская АЭС (ЧАЭС) закрытая украинская атомная электростанция, известная в связи с аварией, произошедшей 26 апреля 1986 года. На четвертом энергоблоке проводили эксперимент, в результате которого произошёл взрыв на 4 реакторе. В результате аварии произошёл выброс в окружающую среду радиоактивных веществ, в том числе йода-131, цезия-134, стронция-90 и многих других. Брянская область находится в 150 км от Чернобыльской АЭС. В РФ именно Брянщина подверглась наиболее интенсивному радиоактивному загрязнению вследствие Чернобыльской катастрофы. Сложившаяся в городе, и его областях экологическая ситуация не оставляет равнодушным ни одного жителя. Однако в ходе последних событий было выяснено, что перечень населённых пунктов Брянской области, находящихся на границе зон радиоактивного загрязнения вследствие катастрофы на ЧАЭС, будет пересмотрен в сторону уменьшения. Это заставляет задуматься о реальном уровне загрязнённости окружающей среды.[3]

Цель работы: Изучить динамику заболеваний щитовидной железы за период с 2002 по 2012 год вследствие аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) жителей города Брянска и Брянской области методом анализа статистических данных.

Методы исследования:

- Сводка и группировка материалов статистического наблюдения;
- Выборка;
- Ряды динамики;
- Абсолютные и относительные статистические величины;

Результаты и обсуждения:

Щитовидная железа (ЩЖ) является самой крупной эндокринной железой человеческого организма, выполняющая только внутрисекреторную функцию. Гормоны щитовидной железы, трийодтиронин (Т3) и тироксин (Т4) – это гормоны на основе тирозина и йода. Дефицит йода приводит к снижению производства Т3 и Т4, в результате чего наблюдается расширение тканей щитовидной железы и развитие заболеваний.[2]

Для изучения динамики заболеваемости щитовидной железы в Брянске и в Брянской области мы обратились в ""Брянскую городскую больницу №2"" с просьбой, предоставить данные о заболеваниях щитовидной железы на период с 2002 по 2012 год. Согласно выданной статистике наиболее распространёнными заболеваниями щитовидной железы в городе Брянске и Брянской области являются: субклинический гипотиреоз, тиреотоксикоз, тиреоидит, диффузный (эндемический) зоб, многоузловой (эндемический) зоб.[2]

Гипотиреоз — клинический синдром, обусловленный длительным стойким недостатком гормонов ЩЖ в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне.

• В возрастной группе от 0 до 17 лет, от 35 до 44 лет в период с 2002 по 2012 год наблюдается интенсивный рост количества зарегистрированных случаев заболевания.

• В возрастной группе от 18 до 34 лет, от 45 до 54 лет в тот же период времени наблюдается незначительное увеличение количества зарегистрированных случаев обращения в больницу.

Тиреотоксикоз — клинический синдром, возникающий при повышенном содержании в крови тиреоидных гормонов независимо от источника их происхождения (эндогенные или экзогенные тиреоидные гормоны).[1]

• В возрастной группе от 0 до 9 лет, от 25 и старше лет в рассматриваемый промежуток времени наблюдается незначительный рост количества заболевших;

• В возрастной группе от 10 до 17 лет в период с 2002 по 2012 год наблюдается интенсивное уменьшение количества зарегистрированных случаев заболевания.

• В возрастной группе от 18 до 24 лет наблюдается незначительное уменьшение количества заболевших.

Тиреоидит - воспаление щитовидной железы. Термин объединяет заболевания щитовидной железы различной этиологии и патогенеза, обязательным компонентом которых является наличие воспалительного процесса.[1]

- Во всех рассматриваемых возрастных группах наблюдается активный рост количества зарегистрированных случаев обращения в больницу по данному заболеванию.

Эндемический зоб - (ДТЗ, болезнь Грейвса–Базедова) — наследственное аутоиммунное органоспецифическое заболевание, для которого характерна выработка аутоантител к рецепторам ТТГ на мембране тироцита.[1]

Диффузный (эндемический) зоб:

- Во всех рассматриваемых возрастных группах в период с 2002 по 2012 год наблюдается незначительный рост количества зарегистрированных случаев данного заболевания.

Многоузловой (эндемический) зоб:

- В возрастной группе от 0 до 17 лет наблюдается незначительный рост количества зарегистрированных болезней;

- В возрастной группе от 18 лет и старше в период с 2002 по 2012 год наблюдается интенсивный рост количества зарегистрированных болезней.

Выводы:

1. Динамика зарегистрированных заболеваний щитовидной железы за период с 2002 по 2012 год значительно увеличилась.

2. Исходя из темпов роста, выявленных в ходе изучения статистического материала, возможно дальнейшее увеличение численности заболевших в городе Брянске и Брянской области.

Нельзя исключать и другие факторы, повлекшие за собой увеличения количества заболеваний щитовидной железы. Но с учётом полученных результатов по исследованию уровня радиоактивности в продуктах питания, а также с учётом проанализированной динамики заболеваемости щитовидной железы у жителей города Брянска и Брянской области, можно предположить, что радиоактивный фактор является основополагающим.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОГОВОРА СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Сазанова Д.И., Сазанов Г.В.

Научный руководитель: к.ю.н., доцент Шевченко Г.В.

**Ставропольский институт кооперации (филиал) Белгородского университета
кооперации, экономики и права**

В настоящее время частота бесплодия на территории Российской Федерации по данным разных авторов составляет от 15 до 30%. При этом мужской и женский фактор бесплодия встречается примерно в равном количестве. Существуют методы вспомогательных репродуктивных технологий, которые уже широко применяются, в том числе, и в нашем регионе, часть из них доступны в рамках ОМС. Но существуют особые клинические ситуации, при которых единственным способом получить генетического ребенка является суррогатное материнство.

Цель исследования: изучение актуальных вопросов теории, законодательства, практики и юридической защищенности сторон договора суррогатного материнства.

Материалы и методы: анализ законов, нормативно-правовых актов и юридической практики в соответствии с темой статьи.

Результаты: В Российском законодательстве отсутствует понятие «суррогатная мать», которое является ключевым в регулировании взаимоотношений генетических родителей и суррогатной матери, что создает определенные трудности. Взаимоотношения между супругами-заказчиками и исполнителем – суррогатной матерью регулируются договором, предметом которого является обязанность суррогатной матери по заданию супругов-заказчиков пройти процедуру переноса эмбриона, вынашивания и рождения ребенка, передаче его супругам-заказчикам, а супруги-заказчики обязуются выплатить суррогатной матери за оказанные услуги вознаграждение в размере и на условиях, определенных сторонами по условиям заключенного договора. Порядок проведения программы суррогатного материнства, процедуры, назначение лекарственных препаратов, связанные с ними сроки определяются врачами медицинского учреждения, проводящего программу. В договоре прописана финансовая сторона вопроса, права суррогатной матери, права супругов-заказчиков, обязанности сторон, порядок изменения и расторжения договора, а также и дополнительные условия, которые могут включать: количество попыток проведения программы, изменения условий договора при наступлении многоплодной беременности, указаны лица ответственные за исполнение договора в случае потери

дееспособности или смерти супругов –заказчиков. В России основной юридической базой для регулирования программы суррогатного материнства является Семейный кодекс и Закон «Об актах гражданского состояния». В Семейном кодексе (п3.ст.51) суррогатной матери предписывается согласие на запись супругов-заказчиков, то есть биологических родителей ребенка, в книге записей рождений. В п3.ст.52 Семейного кодекса говорится о невозможности оспаривания материнства и отцовства ни суррогатной матерью, ни супругами, давшими согласие на имплантацию эмбриона суррогатной матери, после совершения записи родителей в книге записей рождений. Юридические отношения между «Заказчиком», которым являются родители ребенка и «Исполнителем»- суррогатной матерью регулируются договором, в котором суррогатная мать имеет приоритетное право на запись себя матерью ребенка. В связи с чем, «Заказчик» в рамках данного договора не может быть полноценно юридически защищен при возникновении разногласий в данном вопросе. Существуют инструкции по отбору кандидаток для осуществления суррогатного материнства утвержденные Приказом Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. №67 утверждена Инструкция «О применении методов вспомогательных репродуктивных технологий».

Выводы: По условиям договора суррогатная мать обязуется дать согласие вписать биологических родителей ребенка в книгу записей рождений в качестве родителей ребенка после чего она получает окончательный расчет за предоставленные услуги. Но немало важный факт, что в случае неисполнения данного пункта, суррогатная мать не получит выплат и возможно будет обязана выплатить сумму затраченную на выполнение программы, но биологические родители не будут иметь никакой возможности получить право на воспитание и опеку над своим биологическим ребенком. Поэтому невозможно сказать, что супруги-заказчики имеют юридическую защищенность, учитывая данные законодательства России в настоящее время. Распространенность применения методов вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе и суррогатного материнства растет. Соответственно, растет и необходимость создания более подробных нормативно-правовых актов в сфере регулирования взаимоотношений между суррогатной матерью и генетическими родителями детей, появившихся с использованием данных методов.

Список литературы.

1. Семейный Кодекс РФ от 08.12.1995 в 5.05.2014 N 126-ФЗ с изм., внесенными с Федеральным законом от 30.11.2011 N 351-ФЗ
2. ФЗ от 22.10.2014 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" №323-ФЗ
3. ФЗ "Об актах гражданского состояния" от 03.12.2011 N 378-ФЗ
4. Айвар Л.К. Правовые основы вспомогательных репродуктивных технологий // Юридический консультант, 2013
5. Приказ Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. №67 "О применении вспомогательных и репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия" // Российская газета, № 84, 06.05.2003

ПОНЯТИЕ И СУЩНОСТЬ КОНТРОЛЯ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ БАНКОВСКОЙ СИСТЕМОЙ РОССИИ

Терехова М.Г.

Научный руководитель: Магомедалиева О.В.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева

Банковская система выступает в качестве управляемой системы. Центральный банк, занимающий важнейшее место в банковской системе России, проводит в различных формах независимую денежно-кредитную политику и подотчетен только парламенту. Коммерческие банки, являясь юридическими лицами, функционируют согласно общему и специальному банковскому законодательству, их деятельность регулируют различные экономические нормативы, установленные Центральным банком.

В структуре современной банковской системы России выделяют два основных уровня: первый – охватывает учреждения Центрального банка РФ, который осуществляет выпуск денег в

обращение (эмиссию), и выполняет важные функции, такие как: обеспечение стабильности рубля, надзор и контроль за деятельностью коммерческих банков. Второй уровень банковской системы включает в себя различные деловые банки, основными функциями которых являются: обслуживание клиентов (организаций, предприятий, населения) и предоставление им различных услуг (кредитование, кассовые, валютные, депозитные операции и др.).

В научном обороте термин «управление» применительно к банковской системе обычно не употребляется, и в большинстве случаев используются такие понятия как банковское регулирование, надзор и контроль.

Одним из основных элементов управления банковской системы является контроль, который необходимо различать с процессом регулирования банковской деятельности. Регулирование банковской деятельности происходит с целью поддержания эффективной и надежной работы всей банковской системы в целом, а контроль осуществляется для обеспечения устойчивой работы конкретных банков и реализуется при условии полноценного и постоянного надзора за деятельностью банков, а также при условии лицензирования каждого банка в отдельности [2, с. 234].

Контроль за банковской системой реализуется на основе двух федеральных законов – «О банках и банковской деятельности» и «О Центральном банке РФ». Кроме банковского контроля и надзора федеральное законодательство предусматривает и другие виды государственного контроля за банковской системой. К примеру, государство в лице Государственной Думы РФ и Счетной палаты РФ осуществляет контроль за деятельностью не только кредитных организаций, но и самого Банка России.

Также одно из важнейших мест в системе финансового контроля со стороны исполнительных органов власти занимает Министерство финансов РФ. Оно разрабатывает финансовую политику страны, следит за ее осуществлением, а его региональные учреждения также ведут контроль за банковской деятельностью [4, с. 168].

Следует отметить, что контроль, как элемент управления банковской системой тесно взаимосвязан с надзором за банковской деятельностью. Банковский надзор представляет собой вид публично-правовой деятельности, основной целью которой является поддержание стабильного развития банковской системы страны, а также защита интересов кредиторов и вкладчиков [1, с. 565]. Статья 56 Федерального закона «О Центральном Банке РФ» говорит о том, что вышеперечисленные цели относятся не только к банковскому надзору, но и к банковскому регулированию.

Необходимо дать более точное определение понятию «контроль». Финансово-кредитный энциклопедический словарь называет контролем «осуществление банками контрольных функций, связанных с их основной деятельностью: кредитованием, проведением расчетных, валютных, кассовых, фондовых и других операций, предоставление различного рода услуг – трастовых, лизинговых, факторинговых и других». Также банковский контроль может рассматриваться как часть банковского менеджмента, способствующего улучшению банковской деятельности и сокращению банковских рисков. Данное определение выражает сущность контроля, который осуществляется лишь внутри кредитной организации, то есть только внутренний контроль [3, с. 95].

Банковский контроль представляет собой многоступенчатую систему осуществления контрольных действий, включающую в себя реализацию контрольных функций не только внутри кредитной организации, но и регулирующих и надзорных функций со стороны Центрального банка РФ, а также проведение контролирующих мероприятий Федеральной службой по финансовому мониторингу (Росфинмониторинг).

Изучив процесс контроля банковской системы, можно сделать вывод о том, что современной банковской системе России необходим единый теоретический подход к определению банковского контроля как многоступенчатой системе осуществления контрольных действий, которая включает в себя реализацию контрольных функций как внутри кредитной организации, так и регулирующих и надзорных функций со стороны Центрального банка Российской Федерации, а также осуществление контролирующих мероприятий со стороны Росфинмониторинга.

Список литературы.

1. Грачева, Е.Ю. Финансовое право: учебник для бакалавров / Е.Ю. Грачева // М.: Проспект, 2015. – 576 с.

2. Лаврушин, О.И. Деньги, кредит, банки: Учебное пособие / О.И. Лаврушин // М.: КНОРУС, 2010. – 320 с.
3. Рукоусева, А.А. Центральный банк российской федерации как орган банковского регулирования и банковского надзора / А.А. Рукоусева // Вопросы современной юриспруденции. – 2017. – № 25. – С. 90-96.
4. Румянцева, Е.В. Органы, осуществляющие контроль за банковской деятельностью / Е.В. Румянцева // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2018. – № 7. – С. 167-170.

СНИЖЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ В ОБЩЕСТВЕ ПО ОТНОШЕНИЮ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ КАК ПУТЬ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ ЭТИХ СЛОЁВ НАСЕЛЕНИЯ

Третьяк Е.В.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Сухарева
Крымская медицинская академии имени С.И. Георгиевского**

26 марта 2008 года девятилетняя канадская девочка Кессиди Меган, восстав против общественных стереотипов, решила показать всему миру, что люди больные эпилепсией ничем не отличаются от здоровых людей. Они, так же как и все имеют право на понимание и поддержку, на полноценную жизнь. Кессиди назвала этот день «Фиолетовым днём» - днём борьбы с эпилепсией. Её инициативу поддержала Ассоциация эпилепсии Новой Шотландии, а затем и многие организации других стран. Именно в этот день, 26 марта, люди могут узнать больше об этой болезни и о том, как оказывать первую помощь при ее проявлениях. Люди с эпилепсией при наличии социальной поддержки испытывают меньше слабости и больше ощущения контроля над собственной жизнью. Они стремятся к формированию здорового образа жизни, несмотря на все проявления своего заболевания.

Исходя из вышесказанного, нашей целью является оценка степени стигматизации современного общества к больным эпилепсией, а так же нахождения способов её снижения.

Материалы и методы: Путем анкетирования было опрошено 400 человек (муж. - 46%, а жен. - 54 %). Анкета состояла из 25 вопросов. Средний возраст опрошенных составил 26 ± 5 лет. Данные обработаны методом описательной статистики в пакете программ Microsoft Office Excel 2013.

Результаты и обсуждения: 94% респондентов, прошедшие тестирование, осведомлены о таком заболевании как эпилепсия. При этом 81% из них когда-либо контактировали с такими больными.

56% не считают, что эти больные чем-либо отличаются от здоровых людей; 18% искренне жалеют таких больных; 11% считают общение с больными неприятным и бесполезным, а в некотором смысле даже опасным в связи с их непредсказуемостью и умственной дефективностью. А вот 15% опрошенных напротив охарактеризовали больных эпилепсией как довольно интересных, сообразительных и уникальных людей.

Одним из стереотипов о психически больных людях является то, что зачастую у них низкий уровень интеллекта и умственных способностей, что не соответствует нашему исследованию, так как 77% респондентов так не считают, а 8% согласны с этим стереотипом.

89% опрошенных не считают, что больные эпилепсией находясь в обществе, могут каким-либо образом ему навредить, 40% из них всё же убеждены в необходимости некоего трудового ограничения для этих пациентов, а 11% респондентов считают, что им необходим ужесточённый режим в психиатрических больницах с полной изоляцией и принудительным лечением. Все респонденты не отказались бы от дружеских отношений, если узнают, что их друг болен эпилепсией. При анализе партнёрских отношений: 58% респондентов никогда бы не отказались от своего партнёра с таким диагнозом, 12% продолжили бы общение без планирования семьи, а 8% - не раздумывая расторгли бы их.

Анализируя отношение респондентов к врачам, больным эпилепсией, 81% опрошенных указали, что они не имеют ничего против таких специалистов, так как заболевание не является показателем их квалификации, а 19% не стали бы лечиться у врача с этим заболеванием.

51% опрошенных, имеющих высокий уровень образования, утверждают, что больные абсолютно бесполезны и опасны для окружающих. Представители этой группы были

проинформированы об эпилепсии из литературных источников. 40% респондентов со средним уровнем образования заявили, что поведение больных непредсказуемо и отталкивающе, и что, пациенты внушают им чувство тревоги. Эта группа опрошенных лично контактировала с людьми больными эпилепсией, или же узнала о них из рассказов других людей. 9% респондентов были с низким уровнем образования, и они или же вообще не имели никакого представления об этом заболевании, или же их представление было искажено до такой степени, что в качестве лечения они предлагали использовать методы нетрадиционной медицины. Наличие диагноза эпилепсии провоцирует в семье пациента гиперопеку, что так же негативно сказывается на его психическом состоянии [3].

Респонденты, которые когда-либо контактировали с больными, замечали признаки самостигматизации с их стороны. Высокий уровень самостигматизации связан с такими факторами, как низкий социально-экономический статус, трудности с обучением и трудоустройством, несоблюдение прием лекарственных средств, сокрытие диагноза, тяжесть заболевания, а так же пол пациента.

На вопрос о распространённости стигматизации в современном обществе по отношению к больным эпилепсией 68% опрошенных ответили отрицательно, а 32% - «она присутствует в обществе».

В обществе отмечается довольно высокая осведомлённость по оказанию первой медицинской помощи больным во время эпилептического приступа: 77% респондентов осведомлены о том, как оказать первую помощь, 21% не знают, что необходимо делать, но не прошли бы мимо и вызвали бы скорую помощь. Только 2% опрошенных отказали бы им в помощи.

Вывод: В обществе присутствует стигматизация по отношению к больным эпилепсией [1]. Уровень стигматизации зависит от образования респондентов, источника информации, религиозной приверженности, опыта общения с пациентом, и отношения семьи. Люди с эпилепсией при наличии социальной поддержки легче справляются со своим диагнозом и стремятся к формированию здорового образа жизни [2]. Для решения вопроса о снижении стигматизации необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди населения, повышать медицинскую грамотность пациентов при помощи разработки специальных обучающих программ, а так же организацию психологической помощи самим больным и их родственникам.

Список литературы.

1. Михайлов В. А. Актуальные вопросы эпилептологии- стигматизация, качество жизни и реабилитация больных / В. А. Михайлов// Эпилепсия и пароксизмальные состояния – 2010. – № 3. – С. 39 – 42.
2. Парфенова Е. В. Стигматизация пациентов с эпилепсией / Е. В. Парфенова, Ф. К. Ридер, А. Г. Герсамия // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика – 2017. – № S1. – С. 78 – 83.
3. Семакина Н.В. Оценка качества жизни в семьях детей, страдающих эпилепсией / Н.В. Семакина, В.А. Михайлов, В.И. Багаев. // Обозрение психиатрии и медицинской психологи – 2012. – № 4. – С. 73 – 76.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Чепрунова Е.К.

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Муравьева В.Н.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Рост заболеваемости детей болезнями пульмонологического профиля в общей структуре соматических заболеваний является одной из важнейших проблем общественного здоровья и здравоохранения России и мира, что обусловлено значительными экономическими потерями, ростом расходов на лечение и последующую реабилитацию больных [3,6]. В настоящее время доля болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости составляет до 24,5% [2]. В структуре общей заболеваемости детского населения заболевания органов дыхания занимают первое место, составляя, по данным разных авторов, от 43,7% до 59,4% [4,5]. Особое внимание

обращает на себя рост хронической бронхолегочной патологии у детей, приводящий зачастую к росту таких показателей ухудшения состояния здоровья детского населения, как общая заболеваемость и инвалидность [1].

Цели и задачи исследования. Изучить структуру и динамику заболеваемости детей хронической патологией органов дыхания в Ставропольском крае за 2013-2017 гг.

Материал и методы. Проведен анализ структуры и динамики заболеваемости детей хронической патологией органов дыхания по возрастным группам 0-14 лет и 15-17 лет и отдельным нозологическим формам в Ставропольском крае за 2013-2017 гг. по материалам статистических сборников Министерства здравоохранения РФ.

Результаты и обсуждение. Уровень заболеваемости детей Ставропольского края 0-14 лет болезнями органов дыхания в 2013-2017 гг. в среднем составил 101719,1 на 100 тыс. населения, что выше показателя по Северо-Кавказскому федеральному округу (64372,14 на 100 тыс. населения) на 58,02%, но ниже показателя по РФ (122779,6 на 100 тыс. населения) на 17,15%. Среди детей 15-17 лет уровень заболеваемости составил 72558,62 на 100 тыс. населения, что выше показателя по Северо-Кавказскому федеральному округу (53375,22 на 100 тыс. населения) на 35,94%, но ниже показателя по Российской Федерации (77648,08 на 100 тыс. населения) на 6,55%.

В динамике периода 2013-2017 гг. отмечается незначительное снижение уровня первичной (на 1,5 % по сравнению с уровнем 2013 года) и общей заболеваемости (на 1,2 %) болезнями органов дыхания среди детей Ставропольского края 0-14 лет. При определении прогноза показателей на период 2018-2020 гг. выявлены тренды к незначительному увеличению первичной и общей заболеваемости, описываемые уравнениями $y = 297,74x + 93531$ и $y = 170,67x + 101207$.

Среди детей 15-17 лет отмечается увеличение уровня первичной (на 9,5 %) и общей заболеваемости (на 20,5 %) болезнями органов дыхания. При определении прогноза показателей на период 2018-2020 гг. выявлены тренды к увеличению первичной и общей заболеваемости, описываемые уравнениями $y = 1029x + 58048$ и $y = 2421,5x + 65294$.

В структуре первичной заболеваемости хроническими болезнями органов дыхания среди детей 0-14 лет в исследуемый период на первом месте находятся пневмонии, на втором – хронические болезни миндалин и аденоидов, на третьем – аллергический ринит (поллиноз), на четвертом – бронхиальная астма, на пятом – бронхит хронический и неуточненный, эмфизема. В структуре общей заболеваемости: на первом месте – хронические болезни миндалин и аденоидов, на втором – пневмонии, на третьем – аллергический ринит (поллиноз), на четвертом – бронхиальная астма, на пятом – бронхит хронический и неуточненный, эмфизема.

В структуре первичной заболеваемости хроническими болезнями органов дыхания среди детей 15-17 лет в исследуемый период на первом месте находятся хронические болезни миндалин и аденоидов, на втором – пневмонии, на третьем – аллергический ринит, на четвертом – бронхит хронический и неуточненный, эмфизема, на пятом – бронхиальная астма. В структуре общей заболеваемости: на первом месте – хронические болезни миндалин и аденоидов, на втором – бронхиальная астма, на третьем – аллергический ринит (поллиноз), на четвертом – пневмонии, на пятом – бронхит хронический и неуточненный, эмфизема.

Заключение. Проведенный анализ позволил установить, что на территории Ставропольского края в настоящее время среди детей отмечается тенденция к повышению уровня общей и первичной заболеваемости болезнями органов дыхания. При этом уровень общей и первичной заболеваемости гораздо выше аналогичных показателей по Северо-Кавказскому федеральному округу, но сопоставим с таковым по РФ в целом. Выявленная тенденция свидетельствует о повышении обращаемости населения медицинской помощью и улучшении качества диагностики. Также отмечается, что уровень и структура заболеваемости варьируют в различных возрастных группах детского населения.

Список литературы.

1. Аджигеримова Г.С. Анализ первичной заболеваемости детей / Г. С. Аджигеримова, А. С. Ярославцев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 1. – С. 119.
2. Можина Л.Н. Достижения и перспективы современной пульмонологии / Л. Н. Можина, Л. М. Куделя, Т. В. Манжилеева, Е. Г. Тихомирова // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – № 2. – С. 144–149.

3. Мухарлямов Ф.Ю. Пульмонологическая реабилитация: современные программы и перспективы / Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычева, М. А. Рассулова, А. Н. Разумов // Пульмонология. – 2013. – № 6. – С. 99–105.
4. Полунина Н.В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения / Н. В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 5. – С. 17–25.
5. Хан М.А. Перспективные направления развития детской курортологии и санаторно-курортного лечения детей / М. А. Хан, А. Н. Разумов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры – 2016. – Т. 93. – № 2–2. – С. 173.
6. Шипицына В.В. Оценка качества жизни больных ХОБЛ после иммунопрофилактики гриппа / В. В. Шипицына, Е. А. Мухачева, Е. В. Жолобова // Вятский медицинский вестник. – 2013. – № 4. – С. 13–16.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ

Черных Е.В., Ефремова Е.Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Мильчаков Д.Е.

Кировский государственный медицинский университет

На момент 2017 года в печальную тройку самых распространённых онкологических заболеваний входил рак молочной железы (РМЖ), располагающийся среди рака кожи и рака легких. Цель исследования – изучить путем анализа стоимости диагностических и лечебных процедур, чтобы выявить наиболее экономически выгодный вариант: проводить своевременную профилактику среди групп риска или лечить РМЖ.

Самая высокая заболеваемость в мире на 2017 год (на 100 000 человек) в Австралии и Гавайских островах – 101, Россия занимает 8 место – 46 человек, при этом доля РМЖ среди злокачественных новообразований составляет от 30% (Северная Америка, западная Европа, Австралия), в России – 21,05%. В России было выявлено 70569 случаев злокачественных новообразований, в Приволжском федеральном округе 115 случаев у мужчин, 14000 у женщин, в Кировской области 581 случай. В качестве факторов риска развития данной патологии рассматриваются: возраст (женщины старше 35 лет), раннее менархе (до 12 лет), гормоны (гормональные контрацептивы), поздняя менопауза (после 55 лет), отсутствие родов или поздние роды (после 30 лет), наличие аборт, нездоровое питание (преобладание жареного и жирного в рационе), вредные привычки (курение, алкоголь), наличие сахарного диабета, ожирение или повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность, отягощенный наследственный анамнез, стрессы [2].

Был проведен анализ по национальным статистическим данным по заболеваемости в мире, Европе, Российской Федерации, Приволжском федеральном округе и Кировской области. Материалом послужили статистические данные выложенные в интернет-источниках, а также отчеты Министерства здравоохранения Кировской области. В исследовании использовался статистико-аналитический метод с обработкой полученных данных и последующей распечаткой результатов исследования.

Для диагностики начальных стадий РМЖ достаточно консультации онколога-маммолога, маммографии, биопсия и, при необходимости, ОАК, анализ на ФСГ и этрадиол (от 3500 до 4000 рублей, также возможна бесплатная диагностика, например, по государственным программам), при диагностике следующих стадий РМЖ необходимыми могут стать повторные приемы маммолога-онколога, биохимический анализ крови с указанием прямого , общего билирубина, АЛТ, АСТ , щелочной фосфатазы, ОАМ, диагностические пункции без или с контролем УЗИ, УЗИ молочных желез, УЗИ брюшной полости, малого таза, ЭКГ, ЭХО-КГ и другие обследования в зависимости от течения болезни (от 8 000 рублей). Лечение поздних стадий болезни, включающее хирургические операции (билатеральная/секторальная резекция молочной железы, мастэктомия – от 10000 до 40000), круглосуточный стационар, химиотерапию (например, препарат Доцетаксел стоимостью от 2160 до 20100 рублей), гормонотерапию (Томоксифен стоимостью 120-700 рублей), остеомодуляторы (Деносумаб – 14700-15400 рублей) и периодические приемы врачей, может обойтись от 19000 до 70000 рублей [1].

Учитывая сложную эпидемиологическую ситуацию в мире и России, группы риска должны проводить периодическую диагностику молочных желез по нескольким объективным причинам: во-первых, раннее выявление рака позволяет предотвратить его дальнейшее распространение, образование метастазов, повреждения других органов и систем и, следовательно, снизить риск летального исхода; во-вторых, диагностика и лечение начальных стадий заболевания гораздо дешевле, чем терминальных стадий.

Список литературы

1. Ассоциация онкологов России Российское общество клинической онкологии - клинические рекомендации «Рак молочной железы» - 2018. [электронный ресурс: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/236>]
2. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, - 2018. - илл. - 250 с. [электронный ресурс: http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2017.pdf]

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И СЕСТРИНСКИМ ДЕЛОМ В РК: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казанский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Как отмечает ВОЗ, анализ ситуации в тех странах, где прошли существенные политические и экономические реформы, показал, что переходный период, как правило, сопровождается серьезным ухудшением здоровья населения и низким уровнем финансирования здравоохранения [1, 2].

Цель – провести анализ динамики экономической структуры населения РК и социальных проблем в РК.

Материалы и методы – метод контент-анализа.

Результаты исследования.

Среди институциональных изменений, произошедших в последние годы, в структуре управления отраслью следует отметить восстановление Министерства здравоохранения Республики Казахстан, создание Комитета фармации, фармацевтической и медицинской промышленности.

Процесс лекарственного обеспечения стали осуществлять в основном аптечные организации негосударственной формы собственности (97%). Дистрибьюторский сектор представлен тоже в основном частным капиталом (98 %). Таким образом, в результате проведенных институциональных изменений в системе здравоохранения фармацевтический сектор РК практически полностью стал частным.

В настоящее время система здравоохранения подразделяется на государственный и негосударственный сектор. Поэтому основные задачи и научные направления в системах здравоохранения разных стран мира сводятся к возможностям продления жизни человека при обеспечении ее качества, в том числе путем совершенствования лекарственного обеспечения.

Реформирование здравоохранения в стране проводилось непродуманно и наспех. Важнейшим его «достижением» стала децентрализация или полный развал советской модели управления этой важнейшей отраслью.

За годы реформ в Казахстане произошло изменение численности врачей всех специальностей, коечного фонда, общего числа медицинских учреждений и процесса лекарственного обеспечения в целом. Дефицит средств на здравоохранение привел к резкому росту неплатежей и следующим негативным явлениям:

- современная политика в области здравоохранения не позволяет получать помощь гражданам, оказавшимся на территории других районов (областей);
- права граждан на свободный выбор врача не реализованы, так как граждане, живущие на территориях, прилежащих к границам между районами (областями), не могут воспользоваться

бесплатными услугами находящейся рядом больницы другого района (области) и вынуждены ехать в свои территориальные больницы;

- сформировался устойчивый теневой рынок в отрасли здравоохранения.

Выводы

Сегодня для получения формально бесплатной медицинской помощи, а часто и лекарственной, приходится платить, поэтому в худшем положении оказываются социально незащищённые слои населения.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВ В КАЗАХСТАНЕ

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им.Асфендиярова

Процедура выбора препарата в перечень основных лекарств в первую очередь зависит от его использования в рекомендованных ВОЗ схемах лечения. После включения в схемы лечения приоритетных заболеваний препарат вносится в Перечень основных лекарств с указанием международного непатентованного названия, лекарственной формы и дозировки.

Инициатором и координатором стратегии улучшения здоровья населения должно являться Министерство здравоохранения [1,2]

Лекарства из основного списка должны быть доступными в условиях действующей системы здравоохранения в любое время, в необходимых количествах, в подходящих лекарственных формах, гарантированного качества и стоимости, которая доступна для отдельных граждан и общества.

Результаты и обсуждение

В настоящее время экономическая доступность лекарств для больных данными заболеваниями в республике решается путем бесплатного обеспечения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи согласно Приказа Министерства Здравоохранения РК № 637 (Приложениям 1 и 2) [1,2]. В Приказе № 637 приведен Перечень лекарственных средств, отпускаемых больным социально значимыми заболеваниями бесплатно и на льготных условиях.

В первую очередь нами были проанализированы основные возрастные категории пациентов, находящихся на лечение в НИИ, ЛПУ РК больных социально значимыми заболеваниями. Как показало исследование, большинство больных социально значимыми заболеваниями имеют доход в семье на одного человека от 150 до 200 долларов – 44 %. Лишь данная категория пациентов оценивает своё материальное состояние как вполне удовлетворительное. Большинство респондентов не могут себе позволить расходовать дополнительные средства на оплату лекарств, т. е. участвовать в сооплате или имеют для этого ограниченные финансовые возможности (100 человек или 12%). Имеющие доходы не позволяют производить значительных расходы на покупку лекарственных средств. В связи с этим нами в ходе исследования были проанализированы расходы больных социально значимыми заболеваниями, имеющиеся у них в настоящее время.

Как отмечается, резкий рост расходов на медикаменты вызывает особую озабоченность и привлекает немалое политическое внимание, данный вопрос, на первый взгляд легко поддается экономическому контролю. Но такое впечатление часто оказывается обманчивым. [1,3] **Выводы:**

1. Анализ микроконтура показал, что в рыночных условиях процесс лекарственного обеспечения стал полностью коммерциализирован, что негативно сказывается на качестве оказываемой лекарственной помощи больным СЗЗ.

2. В современных условиях для дальнейшего совершенствования процесса лекарственного обеспечения больных данной категории органам ответственным за лекарственное обеспечение в РК необходимо удовлетворять все выше установленные потребности и решать все имеющиеся в настоящее время проблемы.

АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. Асфендиярова

В каждой развитой стране мира имеются достаточные возможности для разработки оптимальной модели по качественному лекарственному обеспечению, основанной на принципах справедливости и доступности лекарственной помощи. Эффективность процесса лекарственного обеспечения (ЛО) определяется не только законами рынка, но, в первую очередь, н разработанной с учетом социально-ориентированной экономической политики государства.

Системный подход предполагает выявление состава системы, ее структуры, функций, системных факторов и механизмов, коммуникацию с внешней средой, взаимодействия между собой ее внутренних элементов. Представителем системы в научных исследованиях является модель [1, 3, 4].

В РК проблемы, связанные с обеспечением лекарствами больных СЗЗ, в настоящее время приходится решать в условиях ограниченного бюджетного финансирования, отсутствия систем ценообразования на ЛС, наличия огромного количества лекарств на фармацевтическом рынке и высоких цен на них [1, 2, 3].

Важное значение приобретает лекарственное обеспечение больных, состояние здоровья которых требует постоянной или курсовой медикаментозной поддержки, а материальное положение не позволяет самостоятельно приобретать жизненно важные и необходимые ЛС [1, 3, 5].

Проведенные нами исследования позволили выявить следующие проблемы, существующие в лекарственном обеспечении больных СЗЗ:

1. Отсутствие дифференцированного подхода к предоставлению бесплатного и льготного лекарственного обеспечения больным социально значимыми заболеваниями, учитывающего различия в половозрастных, нозологических, социально-экономических характеристиках пациентов.

2. Отсутствие прозрачности при проведении государственных тендеров по закупке лекарственных средств для больных.

3. Отсутствие эффективного механизма доведения лекарственных средств до больных.

В этой связи разработка модели управления в области лекарственного обеспечения больных СЗЗ в условиях рыночной экономики является весьма актуальной. Для ее разработки нами была:

- проанализирована нормативно-правовая база;
- проведен анализ финансовых возможностей системы здравоохранения;
- проведен контент-анализ по статьям, освещающим проблемы как непосредственно лекарственного обеспечения данных больных, так и связанных с этим процессом проблем;
- проведен анализ современной демографической ситуации в РК;
- проведены социально-маркетинговые исследования и т.д.

В ходе выполнения работы нами проведена оценка внешней макро- и микросреды процесса лекарственного обеспечения, проведены социально-маркетинговые исследования, экспертные оценки ЛС.

Основными методами изучения качества оказываемой лекарственной помощи нами в модели предлагаются – анализ историй болезней, социологические исследования мнений пациентов, врачей, провизоров.

Выводы:

1. В ходе исследования нами были установлены значительные возможности новой институциональной экономической теории для совершенствования процесса оказания лекарственной помощи населению.

2. В настоящее время механизмы ответственности за низкое качество лекарственного обеспечения не отработаны, отсутствует мониторинг за качеством оказываемой лекарственной помощи.

3. Методы новой институциональной экономики дают многочисленные возможности для совершенствования социальных гарантий в области оказания лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Юсупова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. Асфендиярова

Важное значение приобретает лекарственное обеспечение больных, состояние здоровья которых требует постоянной или курсовой медикаментозной поддержки, а материальное положение не позволяет самостоятельно приобретать жизненно важные и необходимые ЛС [1, 3].

Материалы и методы.

Материалы для проведенного моделирования были получены путем проведения собственных социологических исследования, SWOT – анализа, существующей нормативно-правовой базы в области лекарственного обеспечения.

Результаты и обсуждение.

Проведенные нами исследования позволили выявить многие проблемы, существующие в лекарственном обеспечении больных СЗЗ. Оптимальным, по нашему мнению, является задание четких контрактных отношений между участниками процесса ЛО через разработанную нормативно-правовую базу. Таким образом, предлагаемая нами модель рассматривает весь комплекс факторов, влияющих на качество ЛО больных СЗЗ, начиная от основных ресурсов до государственной системы гарантии качества лекарственного обеспечения. Это позволило установить факторы, имеющие наиболее высокий уровень риска и в дальнейшем предложить механизмы их снижения. Риски были нами классифицированы как: высокие, средние, низкие.

К основным участникам процесса ЛО нами были отнесены: отечественные производители ЛС, дистрибьюторы, аптеки. При построении такой модели для РК в качестве входа в систему ЛО, оценивали ресурсы с точки зрения институциональной теории и предложено оценивать внешнюю макросреду и микросреду (с помощью контурного анализа, социологических исследований) и внутреннюю среду процесса ЛО больных СЗЗ. В модели охарактеризована внешняя макросреда процесса ЛО больных СЗЗ с точки зрения влияющих на качество ЛО больных СЗЗ и входящих в предлагаемую нами модель.

Выводы:

1. В ходе исследования были установлены факторы, имеющие наиболее высокий уровень риска и в дальнейшем предложить механизмы их снижения. Риски были нами классифицированы как: высокие, средние, низкие. Нами разработаны механизмы снижения рисков в процессе лекарственного обеспечения основаны на использовании основных теорий институциональной экономики как одного из наиболее перспективных методов исследования: теории транзакционных издержек, контрактов, «принципала-агента», которые рассматривают процесс лекарственного обеспечения через анализ работы участников этого процесса (рыночных агентов).

2. В ходе исследования нами были разработаны и предложены механизмы снижения вышеперечисленных рисков с использованием теории «принципала и агента», теории транзакционных издержек, теории контрактов и др. Данные механизмы приведены в модели.

3. В настоящее время механизмы ответственности за низкое качество ЛО не отработаны. Разработанные нами механизмы снижения рисков, характерных для процесса лекарственного обеспечения, были призваны снижать роль человеческого фактора в процессе ЛО больных СЗЗ.

АНАЛИЗ ЗАКОНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 09.02.2015 N 285-V ЗРК "О ГОСУДАРСТВЕННОЙ МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКЕ"

Юлдусова Ф.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Сатаева Л.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. Асфендиярова

Цели: Целью государственной молодежной политики является создание условий для полноценного духовного, культурного, образовательного, профессионального и физического развития молодежи, участия в процессе принятия решений, успешной социализации и направления ее потенциала на дальнейшее развитие страны.

Задачи: Задачами государственной молодежной политики являются:

- 1) защита прав и законных интересов молодежи;
- 2) вовлечение молодежи в социально-экономическую и общественно-политическую жизнь страны;
- 3) воспитание гражданственности и укрепление чувства казахстанского патриотизма.

Результаты: Заметно увеличилось количество организаций, занимающихся защитой прав молодых людей, формированием гражданской позиции молодежи и повышением ее социальной активности. Наиболее заметными и достигшими существенного прогресса в работе организациями являются МОО «Активная молодежь Павлодарской области», МОО «За будущее Казахстана», МОО «Клуб волонтеров СКО», МОО «Альянс студентов Казахстана». Актив данных общественных объединений составляют около 200 молодых людей региона.

Выводы: Специальное национальное законодательство в области молодежной политики – общепринятая мировая практика, эффективный инструмент формирования государственной молодежной политики.

Раздел 12. Философия и гуманитарные дисциплины

КЛИПОВОЕ МЫШЛЕНИЕ-ФЕНОМЕН СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Бекетова Н.Ю.

Научный руководитель: Айдинова Л.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы обусловлена увеличением роли знаний, информации и информационных технологий в современном обществе. Информационные технологии широко применяются в быту, производстве, учреждениях, системе образования в целом. Созданное глобальное пространство, обеспечивает эффективное взаимодействие людей, удовлетворение их потребностей в информационных продуктах и услугах, а также в доступе к мировым ресурсам. Глобальная информатизация приводит к изменению ментального плана, а также отражается на особенностях психического отражения в целом. Под воздействием телевидения, компьютерных игр, Интернета и даже современной литературы у большинства представителей молодого поколения формируется особый тип мышления — «клиповое».

Английское слово clip в переводе на русский имеет следующие значения: «отрезок», «фрагмент текста». Клип становится логическим завершением и наиболее эффективной реализацией принципа “монтажа аттракционов”, который, согласно С. Эйзенштейну, заключается в подборе агрессивных средств, подвергающих зрителя чувственному или психологическому воздействию, опытно выверенному и математически рассчитанному на определенные потрясения (цит. по [Азаренок, 2006, с.110–112]). Каждый кадр видеоклипа становится мгновенно схватываемым и усваиваемым образом. При этом подаваемая с высокой скоростью информация легко впечатывается в подсознание, мгновенно преодолевая барьер осознанного восприятия. Другими словами, клипы актуализируют иррациональное, нерелексивное усвоение информации.

До середины XX в. основным средством передачи информации был текст, что во многом привело к формированию системного типа мышления. Носителем информации в европейской культуре традиционно были книги, большинство из которых обладало некоей внутренней структурой. Авторское произведение обладало определенным смыслом, который передавался в процессе чтения. На основе вдумчивого чтения у людей складывался рефлективный характер восприятия получаемой информации, способствующий созданию осмысленной и организованной картины мира. Сегодня многие исследователи сходятся во мнении, что именно способ передачи информации (а не технологический уклад и способ организации труда) определяет стиль мышления.

О феномене “клипового сознания” как принципиально новом культурном явлении, характерном для информационной эпохи, заговорили в 1960-х гг. Одним из первых исследователей клипового мышления считается французский социолог А. Моль, в работе “Социодинамика культуры” (1967 г.) отметивший характерные черты культуры (названной им “мозаичной”) в постиндустриальном обществе. По мнению Моля, культура дает человеку “экран понятий”, на который он проецирует и с которым сопоставляет свои восприятия внешнего мира. Клиповое сознание порождает разрыв между образом и концептуальной схемой. Черда эмоционально насыщенных образов не дает возможности составить цельную картину мира. Таким образом, по представлению Моля, современная культура постмодерна формирует индивидов с расщепленным сознанием, не способным к системному мышлению. Обладатели клипового мышления теряют возможность дифференцировать информационный мусор и полезную информацию и потребляют более простые по форме и содержанию сведения.

Фрумкин К. Г. отмечает пять факторов, повлиявших на формирование нового, рассредоточенного, дефрагментированного типа мышления:

1. ускорение темпа жизни и постоянное увеличение информационного потока;
2. увеличение требований к скорости поступления информации и её актуальности;
3. увеличение разнообразия поступающей информации;

- 4.увеличение количества занятий, которыми человек занимается одновременно;
- 5.рост демократии на разных уровнях социальной системы; проповедь превращается в дискуссию, риторика — в диалектику.

Мы просто не можем позволить себе надолго задерживать на чём-то внимание; это чревато выпадением из контекста, потерей собственной идентичности в социуме из-за неписанности в глобальный или локальный круговорот событий. Усваивая готовые образы и суждения, люди принимают полученные установки на веру и не размышляют об их правильности и справедливости. Сегодня можно утверждать, что из-за распространения клипового мышления наше общество стоит перед угрозой культурной деградации.

Заключение

В заключении хочется сказать, совсем неудивительно, что в век инстаграма и твиттера людям проще воспринимать короткую информацию или даже просто набор картинок, чем вчитываться в длинные тексты, воспринимать контекст или синтезировать информацию из обрывков. Кто-то спросит: «Ну, читаю я только заголовки новостей и люблю вечером расслабиться, листая паблики ВКонтакте, неужели это так страшно?». Нет, это не страшно, однако внимание, как и те же мышцы, нуждается в тренировке. Как пишут Д.Саймонс и К. Шабри в своей книге «Невидимая горилла, или История о том, как обманчива наша интуиция», если мы будем воспринимать лишь поверхностные ярлыки, внимание станет рассеянным и нам будет все сложнее усваивать новую информацию. Необходимо уметь адаптироваться в современном мире и принимать условия «игры», не теряя при этом увлеченности и желания познавать и анализировать. Замена Твиттера на живую жизнь уже огромный прогресс в борьбе с клиповостью. Современные технологии помогают нам облегчить жизнь, упростить многие задачи, но неужели нам нужно упрощать работу нашего мозга?

Список литературы.

- 1.Азаренок Н.В. Клиповое сознание и его влияние на психологию человека в современном мире // Психология человека в современном мире. Материалы Всероссийской юбилейной научной конференции, посвященной 120-летию со дня рождения С.Л. Рубинштейна.
2. 1. Фельдман А. Клиповое мышление [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.e-xecutive.ru/education/adviser/1070148/>
3. Фрумкин К. Клиповое мышление и судьба линейного текста [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.ruskolan.xpomo.com/tolpa/klip.htm>

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ТЕРМИНОЛОГИИ В ТЕКСТАХ ДИСЦИПЛИНЫ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

Алаян Яхья

Научные руководители: Бородина Е.Ю., Мирзоева Е.З.

Тверской государственный медицинский университет

Медицинская терминология является одной из микросистем, которая входит в словарный состав современного русского языка. Этой системе присуща ярко выраженная специфика, которая в области медицины нашла свое отражение в совокупности научных понятий, представленных определенным слоем слов и словосочетаний. Знание терминов медицинской специальности – важнейшее условие успеха в профессиональном общении иностранных студентов-медиков. В связи с этим была поставлена задача выявить стратегии расширения профессионального словаря иностранных обучающихся на примере метаязыка отдельной дисциплины – оториноларингологии.

Материалы и методы: материалом исследования послужили учебно-научные тексты, посвященные проблемам оториноларингологии с использованием методов статистического анализа, наблюдения, описания, лингвистического анализа.

Результаты и обсуждение: В процессе формирования профессиональной речевой компетенции иностранных студентов медицинских вузов важная роль принадлежит выбору таких средств обучения, которые являлись бы основой продуцирования правильной профессиональной речи. Своеобразие любого научного знания выявляется прежде всего в терминологической лексике, структурирующей научную картину мира. Анализ терминологического пласта лексики по дисциплине «оториноларингология» выявил, что данные единицы языка можно классифицировать

на три группы – однокомпонентные, двухкомпонентные и многокомпонентные. При составлении профессионального словаря будущего медика, а именно раздела, посвященного оториноларингологии, был выделен грамматический и лексический минимум, необходимый для формирования языковой и речевой компетенции иностранных обучающихся. С точки зрения лингвистики, данный минимум охватывает формы и конструкции на разных уровнях (лексическом, грамматическом, коммуникативном); с точки зрения методики, он должен содержать материал, необходимый и достаточный для развития профессиональной речи студентов в границах предметного знания, формируемого указанным специальным учебным циклом. Необходимо учитывать следующие виды работы над комплексом заданий по данному циклу:

1. Задания, нацеленные на формирование навыков анализа терминологических единиц на основе знания деривационных значений аффиксов и представления о синтаксическом способе образования терминологических словосочетаний.

2. Задания, направленные на формирование навыков рецепции и продуцирования дефинитивного высказывания.

3. Задания, направленные на продуцирование научного текста.

Данные виды работы способствуют реализации конкретных лингводидактических целей (узнавание, понимание и восприятие термина, воспроизведение термина в дефинициях и тексте).

Исследовательская работа по выявлению особенностей функционирования лексики в текстах оториноларингологии позволила сгруппировать ее по ситуативно-тематическому принципу. Так, профессиональный словарь по оториноларингологии включает 10 тематических групп, содержащих актуальную для данной дисциплины терминологическую и глагольную лексику, базовые модели: болевые симптомы (стреляющие, пульсирующие, ноющие и др.); материал (вата, марля, тампон и др.); методы исследования (аудиометрия, вращательная проба, лариноскопия, риноскопия, исследование камертоном и др.); базовые команды и рекомендации врача (откройте рот, высморкайте нос, громко повторяйте за мной услышанное, полощите горло, необходимо промывание и др.); заболевания ЛОР-органов (глотка: ангиома глотки, киста глотки, папиллома глотки и др.; нос: аллергический ринит, атрофический ринит, вазомоторный ринит, инфекционный ринит, искривление носовой перегородки и др.; ухо: серная пробка, гноетечение из уха, острый отит, травматический отит, адгезивный отит); проведение медицинских манипуляций (зондирование пазух носа; диафаноскопия; тампонада носа; тонзиллэктомия; катетеризация уха и др.); характеристика слуха (потерять слух/оглохнуть; острота слуха, тугоухость, пониженный слух и т.д.); анатомическое описание носа (спинка носа, кончик носа, ноздря, крылья носа, носовая перегородка и др.)

Результаты представленного исследования были положены в основу справочно-информационного издания для иностранных студентов-медиков «Русско-английский разговорник: медицинский профиль» [1], которое обеспечивает в первую очередь языковые и коммуникативные потребности иностранных обучающихся в сфере профессиональной коммуникации, в частности в лингвистической подготовке к циклу «Оториноларингология с курсом детской оториноларингологии» Другими словами, важно, чтобы употребление терминов «стало стереотипным и отложилось в языковой и коммуникативной компетенции носителей языка». [3, с. 61].

Заключение: Таким образом, изучение терминологии метаязыков медицины представляет собой не только интересную научную проблему, но и имеет лингводидактическую направленность: способствует закреплению полученных знаний, показывает улучшение усвоения материала иностранными студентами, создает коммуникативную комфортность в профессиональном общении, т.е. «приобретает важное значение для иностранных специалистов в сфере профессионального обучения» [2, с. 158].

Список литературы.

1. Русско-английский разговорник: медицинский профиль [Текст] / авт.-сост. Г.М. Портенко [и др.]; под ред. А.Г. Иванова. – Тверь, 2017. – 76 с.

2. Аксенова, Е.Д. Модальность научного (медицинского) текста (на материале текстов оториноларингологии) / Е.Д. Аксенова, В.М. Мирзоева, Е.З. Мирзоева // Современные исследования социальных проблем. – 2016. - № 4 – 1 (28). – С. 158-159.

3. Михайлова, Н.Д. Прагматический аспект союзных средств связи в текстах медицинской дисциплины «оториноларингология» / Н.Д. Михайлова, Е.Ю. Бородина, Е.З. Мирзоева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. - № 12-1 (66). – С. 61-63.

ОТНОШЕНИЕ ВИЧ - ПОЗИТИВНЫХ ГРАЖДАН К ДВИЖЕНИЮ «ВИЧ/СПИД - ДИССИДЕНТОВ»

Булавинцева А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сухарева И.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

В настоящее время все более актуальным представляется изучение аспектов распространения и профилактики инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)[1]. За десятилетия с момента открытия вируса была разработана целая концепция по борьбе с ВИЧ инфекцией включающая ряд мероприятий, направленных на диагностику вируса, профилактику инфицирования, а также создание антиретровирусной терапии (АРВТ). Однако, несмотря на проводимые мероприятия и достаточное количество научной информации в открытом доступе в последнее время отмечается увеличение последователей такого движения как «ВИЧ-диссиденты». ВИЧ-диссиденты – это категория лиц, открыто не признающих ВИЧ, негативно относящихся к соответствующим диагностическим и лечебным мероприятиям. [2]. В качестве общих причин развития ВИЧ-диссидентства указывают реакции психологической защиты по типу отрицания проблемы у ВИЧ-инфицированных, стигматизацию и общественную дискриминацию ВИЧ-позитивных, недостаточно качественное информирование об инфекции как населения в целом, так и позитивных лиц, а также активную пропагандистскую деятельность самих СПИД-диссидентов [3,4]. На сегодняшний день взгляды участников движения были отклонены научным сообществом, как противоречащие существующим канонам, не имеющие достаточной научной обоснованности и являющиеся псевдонаучными [5]. Целью нашей работы является оценка отношения ВИЧ - позитивных граждан к проблеме «ВИЧ-диссидентства».

Материалы и методы: Нами была разработана специальная анкета, содержащая 13 вопросов и отвечающая биоэтическим требованиям. Было опрошено 90 ВИЧ - позитивных респондентов (средний возраст 33 ± 3 года). Мужчины составили 26%, женщины- 74%. Данные обработаны методами вариационной статистики в пакете Microsoft Office Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Тестирование показало, что год назад о своем положительном статусе узнали (16%) респондентов, 2 года-(13%), 3-9 лет назад-(45%), 10-15 лет –(20%) и 16-27 лет назад (6%) опрошенных. Регулярный прием АРВТ осуществляют 32,6% граждан с позитивным статусом, 43% принимают препараты нерегулярно и 24,4% отказались от лечения. Мы выяснили, что 93,3% респондентов осведомлены о движении «ВИЧ-диссиденты» и лишь 6,7% никогда о нем слышали. 71,3% указали, что о данном движении они узнали из средств массовой информации, 23% от знакомых и лишь 5,7% от сотрудников СПИД центра. Большинство респондентов (82,2%) отрицательно относятся к ВИЧ-диссидентам, так как, по их мнению убеждения участников данного движения, вводят в заблуждение граждан с позитивным статусом, что отрицательно сказывается на их здоровье и дальнейшем прогнозе в отношении заболевания. Однако 11,1% признались, что разделяют диссидентские взгляды. Среди респондентов у 14,4% есть знакомые, являющиеся участниками движения. Мы выяснили, что среди знакомых опрошенных, были люди с положительным статусом, которые являясь участниками движения «ВИЧ-диссиденты» отказывались от антиретровирусной терапии, в результате чего умерли- (25,5%). 76,7% респондентов считают, что участники движения должны быть привлечены к уголовной ответственности за пропаганду своих взглядов, а 7,8% указали на недопустимость уголовного преследования сторонников движения, остальные опрошенные затруднились ответить на данный вопрос.

Выводы: Мы выяснили, что большинство респондентов (93,3%) осведомлены о таком движении как « ВИЧ-диссиденты». Многие негативно относятся к их деятельности, так как убеждены, что пропаганда диссидентских взглядов значительно способствует повышению смертности среди лиц с положительным статусом. Тот факт, что 71,3% опрошенных узнали о движении из СМИ и лишь 5,7% от сотрудников СПИД центра, говорит о недостаточной эффективности проводимой просветительской работы. Мы считаем, что для борьбы с движением ВИЧ-диссидентов необходима постоянная модернизация просветительских программ, проведение эффективного консультирования граждан при тестировании, обеспечение профессиональной психологической помощи пациентам, что значительно позволит снизить количество лиц разделяющих взгляды диссидентов.

Список литературы.

1. Бурина, Е. А. Феномен СПИД-диссидентства / Е. А. Бурина, Д. А. Бурина // Новое слово в науке: перспективы развития.-2016.-№3(9).- С. 63-66.
2. Тимошилов, В. И., Яскович, А.И. СПИД-диссидентство в интернете и значение повышения квалификации врачей в его профилактике // Электронный научно-образовательный вестник: Здоровье и образование в XXI веке.-2017.-№12.-С. 268-270.
3. Незнанов Н. Г., Халезова Н. Б., Кольцова О.В., Селютина Е.В., Погодина С.А., Рида О. А.-Х. О проблеме стигматизации больных ВИЧ-инфекцией со стороны медицинских работников. // Доктор. Ру, Психиатрия. – 2016.- №4(121). – С. 49 – 54.
4. Чернявская О. А., Иоанниди Е. А., Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом // Социология медицины.-2014.-№2.- С. 55-57.
5. Dean T. Unlimited intimacy: Reflections on the subculture of barebacking. The University of Chicago Press, 2009. -237 с.

ПРИМЕТЫ. ВЕРЯТ ЛИ В НИХ СТУДЕНТЫ?

Булычев М.А., Иванов Н.С.

Курский государственный медицинский университет

Народные приметы существуют с начала зарождения человечества. Мы встречаемся с ними постоянно. Согласно рассказам, дошедшим до наших дней, суеверия обладают определенными значениями. Народные знамения точно отображают случаи, которые происходят с нами ежедневно. Не смотря на то, что мы живем в XXI веке, приметы не утратили своей популярности и многие до сих пор в них верят. Чтобы узнать отношение студентов к приметам, был проведен социологический опрос среди студентов трех вузов: Курского государственного медицинского университета (КГМУ), Курского государственного университета (КГУ), Юго-Западного государственного университета (ЮЗГУ) города Курска.

Примета — устойчивая связь двух явлений объективной действительности, одно из которых понимается как знак, а второе — как его толкование, обычно в виде прогноза на будущее. Как правило, к приметам относятся те толкования, которые базируются на коллективном повторяющемся опыте и фиксируются в общей памяти. Человек передает будущим поколениям свои наблюдения, из которых складываются народные приметы. [1]

Суеверия появились не просто так. Они появлялись при многолетних наблюдениях. В зависимости от этиологического фактора, приметы можно разделить на:

1. Связанные с природными явлениями (сухая и холодная зима сулит жаркое лето; Если зимой выпадает много снега – летом будет много травы)
2. С действиями животных (если черная кошка перебежала дорогу – к несчастью; если ласточки летают низко – будет дождь, если высоко – день будет солнечным)
3. С поведением человека (присесть на дорожку – к счастливому путешествию; рассыпать соль – к ссоре).[2]

Истоки и предыстория некоторых примет заслуживают отдельного внимания. Например, женщина с пустым ведром. Издревле считалось, что если утром, выйдя из дома, вы встретили женщину – то это к неудаче, а если мужчину - к удаче. Одни считают, что истоки толкования следует искать у индусов, которые считают, что женщины поглощают энергию, а мужчина отдаёт её. Во избежание «неприятностей» следует обойти женщину с пустыми ведрами по дуге, перекреститься, сплюнуть трижды через левое плечо или скрестить два пальца. Другие ищут первоначала в крестьянском быту славян. В те далекие времена вода добывалась из колодца, поэтому все хозяйки рано утром шли к ближайшему колодцу с ведрами за водой. Поэтому, если навстречу прошла «баба с пустым ведром», значит, колодец пересох.

Следует вспомнить примету, которую часто используют для защиты от злых духов и порчи – скрестить пальцы наудачу. Одной из версий появления данного суеверия является использование христианской символики. Бытует мнение, что христианская символика несет человеку счастье. Сначала люди думали, чтобы помочь человеку в каких-то важных делах, необходимо сложить пальцы крестом для привлечения удачи, и, чем больше людей это сделает,

тем больше вероятность успешного исхода. С другой стороны, этот знак связывают с Иисусом Христом. Из-за гонений верующие в то время были вынуждены скрывать свою истинную принадлежность к христианской религии. В Римской империи христиане преследовались, а вера была смертельно наказуема. Поэтому верующие скрывали свою истинную веру. Они отрекались от веры Христа вслух, но за спиной скрещивали пальцы. Сегодня смысл этой приметы приобретает более широкое значение – если человек не отказывается от своих мыслей, но не может это озвучить, он скрещивает пальцы за спиной.[3]

Аналогичные толкования разных народов имеют различающийся смысл. На сегодняшний день нет суеверий, которые бы трактовались одинаково во всех странах. Например, черная кошка в Египте приносит удачу; в Японии они также приносят только удачу; в Ватикане, уверены, что черная кошка является исчадьем ада. Немного изучив историю примет, мы провели социологический опрос.

Результаты опроса

В опросе приняли участие 130 человек 2 курса трех учебных заведений: медицинского – КГМУ (М-60 человек), технического – ЮЗГУ (Т-40 человек) и юридического направления подготовки – КГУ (Ю-50 человек). Были заданы следующие вопросы: «Верите ли Вы в приметы?» всего ответ «да» выбрали 75% опрошенных, из них – М-78%, Т-75%, Ю-72%; «Пользуетесь ли Вы приметами наудачу (например, перед экзаменами)?» (ответ «да» 84,7%, из них М-85%, Т-83%, Ю-86%). В приметы верят 75%, в приметы наудачу – 84,7%, скорее всего, такая разница связана с тем, что студенты, не верящие в приметы, не хотят испытывать судьбу, например перед экзаменами.

Выводы

Вера в приметы среди студентов достаточно сильная, что связано с особенностями студенческой жизни – экзамены, зачеты и т.д.

Вера в приметы имеет субъективный характер. История каждой страны имеет свои поверья и обычаи, своё прошлое и опыт, которые она передала будущим поколениям. Человек должен уважать традиции своего народа. Нет никакой доказанной связи между теми или иными событиями, но есть важная для человека потребность – верить во что-то, следовательно, человек должен верить в то, что он считает истинной и не доводить до абсурда роль некоторых событий в становлении его как личности в социуме.

НРАВСТВЕННЫЕ УСТАНОВКИ ВРАЧЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ И СТУДЕНТОВ ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА СВЯЗАННЫЕ С ПРОБЛЕМАМИ, ВОЗНИКАЮЩИМИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

**Вакарчук И.В., Башилов Р.Н., Башилова С.М.
Тверской государственный медицинский университет**

Целью исследования послужило желание сравнить биоэтические ценности у практикующих медиков Тверской области и студентов Тверского медицинского университета. В частности, мы проследили биоэтические установки респондентов по проблемам, возникающим при трансплантации органов и тканей.

Клиническая трансплантология – это признанный обществом современный метод лечения, который подарил возможность продления жизни больным, ранее считавшимся безнадежными, но вместе с этим породил ряд новых непростых моральных, юридических и социальных проблем. [6]

При трансплантации органов от живых доноров врачи впервые за всю историю медицины попали в ситуацию, когда необходимо оперировать совершенно здорового человека и удалять у него для пересадки неповрежденный орган. [4] При этом нарушается один из основополагающих принципов биомедицины «не навреди».

Вместе с этим в обществе вызывают споры механизмы забора органов и тканей у мертвого человека.

Проблема заключается в том, что существующие два основных механизма получения согласия на изъятие органов от трупа («система согласия (договора)» и «система презумпции согласия»), должны гарантировать право индивидуума отдать орган после смерти, одновременно сохраняя его право отказаться.

Следующая проблема трансплантологии – это дефицит донорского материала.

Состояние “дефицита донорских органов” – это хроническое несоответствие между “спросом” на них и “предложением”. В любой (данный) момент времени приблизительно 8-10 тыс. человек ожидают донорский орган, что заставляет специалистов-трансплантологов искать и находить “пути” к стабильным источникам донорского материала. Один из таких “путей” приводит к необходимости установления “момента смерти”, что значительно расширяет, с точки зрения специалистов, возможности получения органов для трансплантации. Еще одним “путем” становится “ранняя констатация смерти мозга”; другой “путь” – выявление “потенциальных доноров”. [5]

С одной стороны, стало очевидным, что центр тяжести проблемы смерти мозга переносится в социальную плоскость – надежность диагностики этого состояния зависит от уровня профессиональной подготовки врачей, оснащенности реанимационных отделений соответствующими средствами диагностики, строгости следования профессиональным и этическим стандартам и, конечно, соответствующим юридическим нормам всех врачей, принимающих такого рода решения. [2]

С другой стороны, сегодня перед каждым из нас встает задача определить судьбу и участь своего тела после смерти. Это далеко не единственная из весьма неприятных задач, перед которыми оказывается человек, живущий в условиях техногенной цивилизации. Такие условия определяют новый уровень ответственности человека и за себя, и за своих близких, и за благополучие общества. По сути дела, в пространстве современной медицины формируется новый рубеж старой борьбы за человеческие души. [1]

Существует проблема справедливого отбора больных для проведения пересадки органов.

Можно сказать, что «Лист ожидания», очередность получения донорских органов во многом выстраивает Судьба, так как очень важную роль в современной трансплантологии играют вопросы иммунологической совместимости реципиента и донора. Современная медицина до сих пор не может похвастаться идеальным соединением чужеродных тканей. [3]

Материалы и методы: для определения ценностных представлений по проблеме трансплантации нами было проведено анкетирование в 2004 и 2012 годах среди 488 врачей (со стажем работы более пяти лет, в возрасте до 40 лет и достигших 40 лет и старше), проживающих в Тверском регионе и студентов медицинского университета (выборка 237 человека).

Результаты и обсуждение: после обработке нами полученных данных было выявлено, что применение такой биотехнологии, как трансплантация органов и тканей считают допустимым практически все опрошенные студенты (94,2%). Наиболее приемлемым видом трансплантации большинство студентов считают пересадку органов от мертвых доноров (72,3%).

При этом большинство студентов (70,5%) считают, что забор органов от мертвого донора должен производиться исключительно при наличии прижизненного согласия донора. При этом большинство врачей, в независимости от профессионального опыта и возраста, считают допустимым пересадку органов и тканей. Но, в отличие от студентов, большая часть врачей разных возрастных границ допускала забор органов при отсутствии прижизненного отказа.

Выводы: таким образом, можно констатировать, что у студентов мнение полностью соответствует современным биоэтическим принципам и правилам взаимодействия врача и пациента – принцип уважения автономии личности и правило добровольного информированного согласия. Вместе с этим, практикующие врачи осознают всю социально-психологическую сложность получения согласия на забор органа для последующей трансплантации.

Список литературы.

1. Башилов, Р.Н. Проблема социальной ответственности в дискурсе биоэтики: автореф. дисс. канд филос. наук / Р.Н. Башилов.- Тверь, 2005. – 24 с.
2. Башилова, С.М. Танатологический дискурс и социальные практики адаптации: автореф. дисс. канд филос. наук / С.М. Башилова.- Тверь, 2011. – 21 с.
3. Евстифеевой, Е. А. Философия и психология здоровья: новые модели врачевания: Коллективная монография / Е. А. Евстифеевой, С. И. Филиппенковой, Р.Н. Башилов и др. - Тверская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации. - Тверь, 2010. - 180 с.
4. Петровский, Б.В. Белорусов О.С. Деонтологические и социально-правовые аспекты клинической трансплантологии жизненно важных органов/ Б.В. Петровский, О.С Белорусов // Деонтология в медицине (ред. Б.В. Петровский). Т. 1.- М.: Медицина.- 1988. С. 206-238.

5. Силуянова, И.В. Этика врачевания. Современная медицина и Православие: учебное пособие/ И.В. Силуянова.- М. 2001
6. Трансплантология: Руководство / Под. ред. Акад. В. Шумакова. М., 1995. - 391 с.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ МЫСЛИТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

Волобуев Д. К., Джунковская В.А., Анфилова М.Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Крамаренко В.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Интеллект представляет собой не только способность к мышлению, но и систему умственных операций, стиль и стратегию решения проблем, а также индивидуальный и эффективный подход к ситуации. Хотя, как общепризнанно специалистами, интеллектуальные способности индивида по большей части носят наследственный характер, однако в какой-то мере умственный потенциал отчасти растет и развивается. Цель исследования — изучить половые различия мыслительных способностей.

Материалы и методы исследования:

- 1) тестирования студентов, тест Айзенка;
- 2) статистические оценки тестирования на основе метода IQ.

Результаты и обсуждение. Различия эти связаны, во-первых, с наличием разных половых хромосом. Во-вторых, можно выделить и гормональное влияние на интеллект. Это подтверждается исследованием М.С. Егоровой (2013) и Ю.Д. Чертовой, в котором рассматривались процессы формирования различий интеллекта на протяжении школьного периода. Связано это с половым созреванием: появляются различия в гормональном фоне мальчиков и девочек, и с возрастом гендерные различия все нарастают и нарастают.

Наиболее распространенной методикой для оценки уровня интеллекта используется тест Айзенка, который предназначен для решения логических задач и который оценивает интеллектуальные способности человека.

В ходе выполнения исследования выполнялось тестирование студентов 1 – 3 курсов на IQ, применяя тест Айзенка. В исследовании приняло участие 30 представителей мужского и 30 представителей женского пола. Средний коэффициент интеллекта девушек оказался выше. Для юношей характерны в основном либо максимально высокие, либо максимально низкие результаты, позволяющие говорить нам о том, что гении в основном мужчины. Для девушек же характерен более или менее средний результат.

Таким образом, интеллект достаточно сложен в изучении и в понимании. Однако можно судить о том, что гендерные различия есть и с течением времени они становятся более ясными.

Выводы:

- 1) С точки зрения психогенетической концепции имеются огромные различия интеллекта мужчин и женщин;
- 2) В ходе исследования были выделены основные особенности структуры интеллекта как мужского, так и женского;
- 3) Было проведено исследование студентов КГМУ на уровень интеллекта методом IQ.

Список литературы.

1. Аванесов, В.С. Понятие и методы математической теории педагогических измерений (Item Response Theory): статья третья /В.С. Аванесов // Педагогические Измерения. — 2009. — №4. — С. 5.
2. Айзенк, Г.Ю. Парадоксы психологии / Ганс Айзенк; [пер. с англ. С. Степанова]. — М.: Эксмо, 2009. — 352с.
3. Зоткин, Н.В. Основы психодиагностики : учебно-методический комплекс для специальности 030301.65 Психология / Н.В. Зоткин. — Самара : Изд-во «Универс групп», 2007. — 208 с.
4. Щавелев, С.П. Практическое познание: Философско-методологические очерки / С.П. Щавелев. — Воронеж: Изд-во Воронежского ун-та, 1994. — 232с.

ВЗГЛЯДЫ МИРОВЫХ РЕЛИГИЙ НА СУЩЕСТВОВАНИЕ ЖИЗНИ ПОСЛЕ СМЕРТИ. РЕИНКАРНАЦИЯ

Гурдина Д.Ю., Сычёва Д.А., Останина Д.А.

Научный руководитель: к.ф.н. Трапезников М.В.

Кировский государственный медицинский университет

Одна из самых загадочных тем в истории человечества – есть ли жизнь после смерти. Что происходит с человеком после смерти? Как соотносятся душа и тело? В разные эпохи люди давали различные ответы на эти вопросы. Для ученых смерть это загадка, а для представителей разных религий уход из жизни это нечто закономерное и вполне объяснимое. Верующие люди твердо знают, зачем нужна смерть, и какая судьба ждёт их после завершения жизненного пути. Переход людей в другой мир можно рассматривать с точки зрения представлений мировых религий: христианства, индуизма, буддизма, ислама и других. Под влиянием той или иной религии миллионам людей прививалась идея о том, что жизнь даётся человеку лишь один раз, после чего его душа попадает в вечное царство мёртвых. Однако немногие из религий рассматривают возможность, когда душа продолжает свой путь и возрождается вновь в облике человека. Один из ответов дает идея реинкарнации, то есть идея перевоплощения, переселения души. Многие люди убеждены, что жизнь человека не ограничивается земным существованием и продолжается после смерти тела. Душа воплощается вновь и вновь среди людей. Некоторые придерживаются мнения, что душа может переселяться не только в человека, но и в животного. Тем не менее вера в реинкарнацию – это вовсе не лжеучение, а вполне обоснованный с точки зрения любой религии духовный закон.

Цель: изучить взгляды на реинкарнацию мировых религий, представить статистические данные об отношении современного общества к переселению души.

Материалы и методы: в Кировском государственном медицинском университете среди студентов, возрастной группы от 18 до 24 лет, исповедующих разные религии, было проведено исследование. Всего участвовало 100 человек. Студентам было предложено ответить на вопросы, касающиеся их религиозных взглядов и веры в реинкарнацию.

Результаты: в результате проведенного исследования, были сделаны следующие выводы: большинство респондентов (59,2%) считают себя верующими, 28,9% опрошенных относят себя к атеистам, остальные 11,9% затрудняются ответить. Из опрошенных 55,3% придерживаются христианства, 26,3% являются атеистами, 9,2% исповедуют ислам. Оставшиеся 9,2% респондентов затрудняются ответить. Подавляющее большинство участников опроса (94,7%) знают, что такое реинкарнация. Из них 43,4% не допускают существование реинкарнации, 36,8% опрошенных затрудняются ответить, и только 19,7% допускают это явление. При ответе на вопрос о существовании жизни после смерти 46,1% респондентов в нее верят, 30,3% не верят в нее, и 23,7% опрошенных затрудняются ответить на этот вопрос. Издревле в письменах христианских богослужителей упоминалась идея о переселении душ, но перерождение всегда порицалось и относились к данному мнению как к заблуждению, несовместимому с христианской верой. Приверженцы буддизма всегда считали, что одна душа бесконечно перерождается в телах и живет, можно сказать, вечно в этом вечном мире, после смерти перетекая в новый организм. В Исламе принято считать, что реинкарнации, как и в большинстве ортодоксальных мировых верований, не существует. Большинство мусульман придерживаются традиционных взглядов на жизнь после смерти. Из этого следует, что вера в перерождение или его отрицание не зависит от исповедуемой религии, а допускается исключительно собственным мировоззрением и мироощущением.

Выводы: таким образом, отношение мировых религий к смерти имеет свои сходства и различия. Сходство в том, что все мировые религии призывают не бояться смерти, объясняя это лишь переходом из одного состояния в другое. А различия можно наблюдать в представлениях о другом мире: если в христианстве обещают райскую жизнь для праведников, а для грешников – вечные муки, то буддизм соединяет жизнь и смерть в единое целое, как процесс непрерывного перерождения человека. Что касается реинкарнации, в религиозно-мистических традициях всегда сохранялась связь религии с доктриной перерождения. Есть религии, которые безоговорочно принимают данную концепцию, в то время как другие её отвергают. По отношению к реинкарнации религии также расходятся в двух направлениях. С одной стороны, индуизм и буддизм, где законы кармы и земная деятельность человека определяют его положение на реинкарнационной лестнице. С другой стороны, иудаизм, христианство и ислам, в которых учение

о переселении душ присутствует неявно и противоречит основной религиозной идее. В этих религиях наибольшее предпочтение отдается идее воскресения.

Список литературы:

1. Розен С. Реинкарнация в мировых религиях. – М.: Философская книга, 2002. – С. 130.
2. Захарова А. ""Подходящее тело для души"", журнал ""Вокруг света"". 2008 – С. 25.
3. Мадорский Л. ""Поговорим о жизни ... после смерти - Реинкарнация"", сайт ""chuchotezvous.ru""
4. Клемен К. Жизнь мертвых в религиях человечества. М., 2002. С. 41-42.
5. Кураев А. Раннее христианство и переселение душ. М., 1998. С. 22-25.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ

Завадская М.В.

Научный руководитель: Фролова С.В.

**Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.
Пирогова**

В связи с изменившимися за последние десятилетия социально-экономическими и политическими условиями жизни в России, возникли новые социально-психологические проблемы, связанные с самореализацией, организацией времени, повышением интеллектуального уровня и духовным развитием. Одной из причин является неограниченный доступ к интернет-пространству. Такая свобода в использовании виртуальной реальности все чаще становится губительной для молодых людей. Бесконтрольное погружение в мир интернета может иметь самые разные негативные последствия, как для самого «погруженного», так и для его близкого окружения. Таким образом, появляется интернет-зависимость.

Актуальность данной проблемы обусловлена в нашей стране дефицитом исследований психологических факторов, способствующих формированию интернет-зависимого поведения среди молодежи. Данный факт сказывается на качестве жизни молодых людей, нарушая их социальное и коммуникативное функционирование. Решающую роль в формировании личности и системы отношений к окружающему миру играют родители. Поэтому при изучении особенностей интернет-зависимого поведения следует рассматривать их во взаимосвязи со стилями родительского воспитания.

В связи с вышеизложенным целью нашего исследования является изучение особенностей интернет-зависимого поведения у студентов с разными стилями семейного воспитания.

Материал и методы:

В нашем исследовании приняли участие 66 студентов в возрасте от 18 до 22 лет. В ходе исследования использовались следующие методы: шкала интернет-зависимости С. Чен (шкала CIAS) в адаптации В.Л. Малыгина и К.А. Феклисова, опросник Е.А. Щепиловой «Восприятие интернета», опросник родительского отношения к детям – «зеркало» для АСВ, специально разработанная анкета для изучения особенностей пользования интернетом, методы математической и статистической обработки, включенных в статистический пакет SPSS 21.0.

Результаты и обсуждение:

Анализ результатов исследования показал, что существуют значимые различия между группами студентов с разным уровнем интернет-зависимости в уровне протекции ($p=0,001$), уровне удовлетворения потребностей ребёнка ($p=0,001$), уровне неразвитости родительских чувств ($p=0,014$) и уровне вынесения конфликта между родителями в сферу воспитания ($p=0,004$).

Для интернет-зависимых студентов характерен недостаток внимания со родителей ($r_s=0,344$, при $p<0,01$), игнорирование их потребностей ($r_s=0,384$, при $p<0,01$) при чрезмерности требований и обязанностей ($r_s=0,258$, при $p<0,05$).

Результаты нашего исследования показали, что интернет-зависимые студенты из многодетных семей больше склонны к использованию интернета в качестве общения, чем единственные дети в семье ($r_s=0,273$, при $p<0,05$). Также выяснилось, что единственные дети в

семье меньше склонны к изменению состояния сознания ($r_s=-0,257$, при $p<0,05$) и восприятию интернета как лучшего по сравнению с реальностью ($r_s=-0,347$, при $p<0,01$). Младшие дети в семье чаще воспринимают интернет как нечто лучшее в отличие от реального мира ($r_s=0,288$, при $p<0,05$). Средние дети в семье имеют меньше источников интернета в отличие от старших и младших sibсов ($r_s=-0,275$, при $p<0,05$).

Было выявлено, что интернет-зависимые испытуемые меньше пользуются интернетом в учебных целях ($r_s=-0,273$, при $p<0,05$). Также важно отметить, что студенты с интернет-зависимостью чаще ведут в интернете свой блог, чем студенты группы нормы ($r_s=0,278$, при $p<0,01$). Интернет-зависимые студенты во время каникул проводят больше времени в интернете в отличие от студентов группы нормы ($r_s=0,310$, при $p<0,05$). Результаты исследования также показали, что юноши более склонны к приобщению к сетевой субкультуре и использованию интернет-пространства с целью общения ($r_s=0,252$, при $p<0,01$).

Выводы исследования:

Интернет-зависимые студенты в большей степени склонны к ведению блога, использованию интернета в качестве отдыха, постоянной проверке электронной почты и социальных сетей.

Принадлежность к сетевой субкультуре в большей степени характерна для студентов, которые испытывают недостаток внимания со стороны родителей, их потребности игнорируются, а требования к ним завышены.

Изменённое состояние сознания в результате пользования интернетом чаще встречается у студентов, родители которых уделяют слишком много времени ребёнку и потакают любой его потребности. Более склонны к нецеленаправленному поведению студенты, родители которых в качестве главного воспитательного стиля использовали потворствующую гиперпротекцию, предпочитали детские качества в своём ребёнке и выносили конфликт с супругом в сферу воспитания.

Чрезмерные требования чаще предъявляют к единственным и средним детям в семье, а по отношению к старшим детям родители используют недостаточно требований. Родители уделяют меньше внимания старшим детям и наказывают их строже по сравнению с младшими sibсами.

Студенты с выраженной интернет-зависимостью испытывают недостаток внимания со стороны родителей, их потребности в детстве чаще игнорируются. В стиле воспитания зависимых студентов используются высокие требования к ребёнку, чаще встречается расширение сферы родительских чувств и незрелость родительских чувств.

Список литературы.

1. Фролова С.В. Особенности совладающего поведения интернет-зависимых студентов // Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение) / под ред. Б.Б. Айсмонтаса, В.Ю. Меновщикова. М.: МГППУ. 2015. С.179–184.
2. Фролова С.В. Психологические особенности ролевых компьютерных игроков в молодежной среде // Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение) / под ред. Б.Б. Айсмонтаса, В.Ю. Меновщикова. М.: МГППУ. 2014. С. 239–242.

21 ВЕК - ВЫЗОВЫ НОВОГО ВРЕМЕНИ

Казанцева Ю. А., Гильмуллина Р. Р.

Научный руководитель: Мильчаков Д. Е.

Кировский государственный медицинский университет

На сегодняшний день в нашей стране нет системы комплексной помощи с аутизмом, а также не созданы программы помощи детям индиго в развитии их способностей, нет систем ранней диагностики, так как при некоторых формах аутизм схож с шизофренией. В результате люди, которые могли бы успешно сосуществовать в обществе, работать, учиться, в лучшем случае оказываются в изоляции, в рамках отдельной квартиры, в худшем – проводят свою бесправную жизнь в психоневрологических диспансерах и домах инвалидов, и это только лишь, потому что они не получили вовремя психологической поддержки, понимания и принятия их такими какие они есть.

Актуальность

Проблема современности в том, что люди отказываются принимать людей не похожих на них самих. «Особенные дети» - это наше будущее, а не проблема. Поэтому нужно создать программы, помогающие детям адаптироваться, а также информировать взрослых о способностях таких детей и о методах по их развитию.

Цель

Изучить особенности детей индиго и аутистов, сравнить их. Выстроить возможный план помощи этим «особенным» детям.

Методы

Изучение и анализ литературных источников.

Результаты исследования

Наше исследование заключалось в понимании отличия между детьми индиго и аутистами для составления плана своевременной помощи в их развития. Проанализировав литературные источники, было выявлено, что дети индиго обладают следующими особенностями:

- Не всегда чувствуют себя комфортно среди сверстников, но ведут себя открыто;
- Имеют самоуважение, индивидуализм, нежелание подчиняться другим, неприятие авторитетов;
- Большой творческий потенциал в сочетании с высоким уровнем интеллекта;
- Развитая интуиция и чувство опасности.[1]

Дети индиго имеют хорошо развитую интуицию, которая им необходима. Они выполняют “миссию помощи человечеству” в осуществлении перехода к новому бытию, несут людям новый взгляд на жизнь. Такие дети обладают особыми «паранормальными» способностями, обладают даром целительства, владеют телепатическими способностями. Главная их особенность - использование своей интуиции при выборе единственно верного решения в конкретной ситуации.[4]

Для аутистов особенности противоположные:

- Качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия;
- Ограниченный репертуар видов активности и интересов;
- Замкнутость, непонимание сверстников;
- Стереотипии в поведении, речи.

Исследуя особенности детей индиго и аутистов, можно составить грамотный план лечения, основываясь на их противоположностях.

Во-первых, это своевременная диагностика.

Аутизм невозможно диагностировать с помощью медицинских тестов и краткого осмотра. Поэтому врач педиатр, заметив аутистические черты в ребенке, должен проинформировать родителей о возможно длительном лечении. Родители должны понимать, что их ребенок особенный, они должны развивать в нем творческие качества. Безусловно, они должны общаться со своим ребенком, по возможности включать и такие методы, которые будут помогать научить заботиться и сопереживать, к ним относятся иппотерапии и дельфинотерапии, а так же общение с животными.

Во-вторых, анализируя сходства и различия детей можно предложить следующую взаимную терапию.

Так как эти дети имеют сходства (гениальность, необычное мышление, непонимание среди сверстников), а также имеют отличия (их открытость перед другими, социальном взаимодействии), мы предлагаем создать совместную школу, то место, куда такие дети будут приходить каждый день, в которой будут обучаться как дети индиго, так и дети аутисты. В этой школе они будут находиться вместе, взаимодействовать и делиться своими способностями. Это будет происходить за счет различий между ними, будет происходить дополнение их характеров при общении. Так как «особенные» дети имеют много общих черт, им будет легче в понимании друг друга. Таким образом, будет разрушен барьер в общении аутистов, они найдут себе подобных детей и смогут нормально с ними взаимодействовать. Также аутисты будут положительно влиять на индиго, так как индиго гиперактивны, им не хватает усидчивости, чтобы совершенствовать свой главный талант.

Пользуясь даром целительства, дети индиго порой помогают людям избавиться от некоторых болезней. Часто они не осознают, что лечат, но чувствуя, что человеку нужна помощь, садятся рядом и своей энергией излечивают человека.[4] Именно эти особенности нужно взять за основу излечения. Они могут излечить практически любой недуг, что поможет аутистам

справиться с тем, что они не такие, как все, они особенные дети. Чтобы выявить таланты аутистов, им нужно дать попробовать себя в разных сферах творчества. Если у ребенка будет получаться, то навык следует развивать. Таким образом, такие дети, пробуя себя во всех направлениях, смогут найти свое призвание. При этом они будут взаимодействовать с детьми индиго, которые будут отдавать им свою положительную энергию.

Выводы.

С каждым годом число детей аутистов и индиго увеличивается, поэтому врачам педиатрам и терапевтам нужно быть осведомленными по данной проблеме. Из-за игнорирования этого вопроса мало общих данных и статистики по диагностике, лечению и возвращению таких детей в общество. В городе Кирове также имеются «особенные» дети. Так как в нашем городе не ведется диагностика и объяснение родителям, то проблемы аутистов не решаются, а способности детей индиго не развиваются. Поэтому желательно вести учет таких детей, начиная с маленьких городов, населенных пунктов, заканчивая мегаполисами, чтобы приступить к решению этой проблемы и сделать таких детей нашими будущими полноправными гражданами.

Список литературы.

1. Кэрролл, Ли. Дети Индиго / Л. Кэрролл, Дж. Тубер. - М.: София. -2000. – 2 с.
2. Ласкова, Н. Б. Кто такие «дети индиго»? В чем особенности, отличающие их от обычных детей? / Н. Б. Ласкова. Газета «Мытищинский городской». - 2012. – июнь.
3. Мавлютов, Р. Сверхвозможности человека / Р. Мавлютов. - М.: Рипол Классик, 2015. – 10 с.
4. Сближение Миров: Тонкого и Физического. - Мир через культуру. – 2009. - (<https://info.agni-age.net/lectures/lecture/2009/01.shtml>)

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЭТИОЛОГИИ СИНДРОМА МЕТАФИЗИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Кайдаш К.А.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент Есев А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Метафизическая (философская) интоксикация – это психопатологический синдром спектра расстройств мышления, характеризующийся размышлениями на отвлечённые темы, отличительными признаками которых является примитивность, отрыв от реальности и отсутствие критики.[3] Основным симптомом данного расстройства является депрессия. Необходимость изучения метафизической интоксикации обусловлена также высоким суицидальным риском. По данным российского психиатра, профессора М.Я. Цуцельковской: «на метафизическую депрессию приходится 11,7 – 18 % от общего числа всех видов депрессий.»[4] В московском научном центре психического здоровья проводились исследования, в ходе которых было установлено: «частота суицидальных тенденций, свойственная больным с синдромом метафизической интоксикации достигает 62,2 %, из них 38,6 % больных совершали суицидальные попытки.» [5] Позже данные исследования были представлены на конгрессе по нейрофизиологии в Испании, состоявшемся в Барселоне с 24 по 28 августа 2002 года. В настоящее время отсутствует однозначное понимание причин возникновения синдрома метафизической интоксикации. Решение этой проблемы зависит от философской методологии, которой придерживается психиатр. Цель исследования: изучить методологические подходы к объяснению причин метафизической интоксикации у подростков.

Материалы и методы. Основным методом исследования является сравнительный анализ научной и философской литературы, в которой изложены методологические подходы к объяснению причин метафизической интоксикации у подростков.

Результаты и обсуждение. Первой попыткой объяснить этиологию синдрома метафизической интоксикации был феноменологический метод Ясперса, «основанный на непосредственном описании, разграничении, определении и систематизации психопатологических явлений в том виде, в каком их видит сам больной».[1] Феноменология объясняет синдром метафизической интоксикации как «вспышку», феномен сознания, не имеющий никаких предпосылок. При использовании данного метода психиатр должен опираться только на

ощущения самого пациента. Основной недостаток феноменологического метода заключается в его субъективности. В отдельных случаях он может давать положительные результаты, а в других – нет.

Другим методом изучения причин синдрома метафизической интоксикации является экзистенциальный анализ. «В центре внимания экзистенциального анализа находится жизнь человека во всех ее проявлениях с жизнеутверждающими и саморазрушительными стремлениями.»[2] Экзистенциальный анализ позволяет причины метафизической интоксикации в различных жизненных ситуациях. Определив конкретную причину, психиатр сможет подобрать коррекционное лечение. Недостаток данного метода заключается в том, что он рассматривает личность пациента в настоящее время, не принимая во внимание прошлое пациента.

Иное понимание причин возникновения синдрома метафизической интоксикации у подростков предлагает психоаналитический метод. Согласно этому методу, причина всех психических расстройств кроется в детских переживаниях. С помощью метода свободных ассоциаций, психоаналитик исследует неудовлетворенные желания и связанные с ними переживания ребенка, которые и являются корнем метафизической депрессии. отличие от экзистенциального анализа, психоанализ рассматривает детские переживания пациента, абстрагируясь от настоящего.

Заклучение. Таким образом, каждый из методов предлагает свое понимание причин метафизической интоксикации. Однако, попытки объяснить сложную природу этого заболевания с помощью какой-либо одной причины являются малопродуктивными. Вероятно, этот синдром может порождаться различными причинами. Поэтому для диагностики и лечения синдрома метафизической интоксикации у подростков необходим комплексный метод, сочетающий в себе элементы различных методологических подходов.

В первую очередь, врач, используя феноменологический метод, должен услышать от пациента то, как он сам видит причину своего заболевания. С помощью психоаналитического метода, с помощью которого психиатр сможет определить психологические травмы, которые возникли у ребенка в раннем детстве. Далее следует проанализировать отношения ребенка с родителями, сверстниками в школе и в кругу друзей. Это даст психиатру разнообразную информацию о реальности, окружающей подростка и о его отношении к ней. Только комплексное изучение всех аспектов жизни пациента позволит психиатру определить конкретные причины возникновения синдрома метафизической интоксикации у подростков.

Список литературы.

1. Медицинская энциклопедия, [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/606/Ясперса
2. Новейший философский словарь, [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://gufo.me/dict/philosophy>
3. Википедия, свободная энциклопедия, [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Метафизическая_интоксикация
4. Цуцельковская М. Я, Извольский С. А., Бильжо А. Г., Копейка Г. И. Ранняя диагностика, разновидности исходов и прогноз юношеской шизофрении, дебютирующей сверхценными расстройствами типа «метафизической интоксикации» (данные отдаленного катамнеза). – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – №1. – с. 73—81.
5. Rozenberg E.S., Mikhailova E.S., Artioukh V.V., Krylova E.S. “The frontal ERPs to fearful facial expression in depressed patients” //Official journal of the international federation of clinical neurophysiology. Supplement Issue: Abstracts of the 11th European Congress of Clinical Neurophysiology. Barcelona, Spain. - August 24-28, 2002. - P. 32-33.

ОСОБЕННОСТИ ИННОВАЦИОННЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ РЕГИОНАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СИСТЕМ И МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ИННОВАЦИОННАЯ ИНТЕГРАЦИЯ РЕГИОНОВ ЦФО

Кириллов В.Б.

Научный руководитель: Тихий В.И.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева

Актуальность темы исследования связана с тем, что инновации занимают ведущее место в экономике развитых стран и являются мощным фактором роста ее конкурентоспособности. В XXI веке Россия находится на этапе перехода экономики от экспортно-сырьевого пути к инновационному. Внедрение инноваций, прежде всего, обусловлено необходимостью преодоления кризисных явлений в экономике регионов РФ.

Цель данной работы заключается в изучении особенностей инновационных трансформаций региональных социально-экономических систем и определении направлений межрегиональной инновационной интеграции регионов ЦФО.

Центральный федеральный округ является главным макрорегионом Российской Федерации. Проведем анализ инновационного потенциала ЦФО за период с 2010 по 2016 год. Для исследования возьмем 4 наиболее значимых блока инновационного потенциала: кадровый, финансовый, производственно-технологический, научно-технический потенциалы.

Проанализируем показатели кадрового потенциала регионов ЦФО. Динамика численности организаций, выполняющих исследования и разработки, за рассматриваемый период оказалась отрицательной. Так, за анализируемый период произошло сокращение на 13,6%. На протяжении всего периода лидером по данному показателю являлась г. Москва, но по сравнению с 2010 годом он сократился на 13,1%. Аутсайдером является Костромская область. Численность персонала за 2010 – 2016 гг. также сократилась, лишь небольшой рост произошел в 2016 году.

Число исследователей с ученой степенью увеличивается с каждым годом, но данная тенденция характерна не для всех субъектов ЦФО. Число выпускников-аспирантов за анализируемый период сократилось на 4,7%. Сокращение данного показателя коснулось, прежде всего, Москвы и Московской области на 8,9% и 13,2% соответственно.

Число организаций, ведущих подготовку аспирантов, увеличилось всего лишь на 0,6%. Достаточно высокие показатели характерны для Москвы. В 2016 году в столице было сосредоточено 68,6% от общего числа данных организаций в ЦФО.

Число организаций, ведущих подготовку докторантов, за 2010-2016 год снизилось на 11, или 4,4%. В большинстве субъектов количество организаций оставалось на одном уровне. По данному показателю также можно выделить Москву, как регион, обладающий самым большим числом соответствующих организаций в ЦФО (71,0% от общего числа данных организаций в округе).

Теперь проанализируем показатели финансового потенциала регионов ЦФО. Затраты на исследования и разработки в 2016 году составили 398597,0 млн. руб., что на 93,1% больше, по сравнению с 2010 годом. Значительный объем соответствующих затрат осуществляет Москва (66,4% от общего объема).

Затраты на технологические инновации с 2010 по 2016 год увеличились на 259075,1 млн. рублей, или 561,7%. В качестве лидеров можно выделить Москву, Московскую, Калужскую, Воронежскую области.

На протяжении 2010-2016 года произошло увеличение объема затрат организаций на информационные и коммуникационные технологии (ИКТ) на 265169 млн. рублей, или 250,8%. Значительный объем затрат осуществляется в Москве (73,8% от общего объема затрат ЦФО). Аутсайдером по данному показателю явилась Орловская область.

Проанализируем показатели производственно-технологического потенциала регионов ЦФО. Наибольшая концентрация организаций, осуществляющих технологические инновации, сосредоточена в Москве. В 2016 году удельный вес таких организаций составил 18,3%. На второй позиции располагается Липецкая область с показателем равным 17,5%.

В 2016 году в ЦФО было создано передовых производственных технологий на 71,1% больше, чем в 2010 году. Наибольшее число разработанных технологий принадлежит Москве (40,5% от общего числа по ЦФО). Во Владимирской, Ивановской, Костромской, Курской, Липецкой, Орловской, Рязанской, Тамбовской и Тульской областях в отдельные годы не было создано ни одной технологии. С 2010 по 2016 год произошло увеличение стоимости основных фондов на 145,3%. Наибольшее значение на протяжении всего периода наблюдалось в Москве.

Наконец, проанализируем показатели научно-технического потенциала регионов ЦФО. За рассматриваемый период произошло увеличение количества патентных заявок на 17,1%. Наибольшее число заявок наблюдалось в Москве. Так, в 2016 году 65,3% от общего числа заявок ЦФО пришлось на столицу. Наименьшее число заявок поступает в Костромской и Смоленской областях: 0,2% и 0,4% соответственно.

Сокращение значений вышеперечисленных показателей обусловлено кризисом 2014-2015 гг. Ухудшилось финансовое состояние предприятий, так как сократился спрос на инновационные товары, работы, услуги.

Таким образом, ЦФО имеет относительно высокий потенциал и результативность осуществления межрегиональной инновационной экономической интеграции социально-экономических систем. В России нет примеров создания полноценной региональной инновационной системы в каком-либо регионе. Однако во многих из них создаются элементы такой системы. На современном этапе принимаются ряд мероприятий для совершенствования региональной инновационной системы. Перспективные направления межрегиональной интеграции субъектов ЦФО должны быть использованы, так как несут в себе значительный потенциал инновационного взаимодействия.

Список литературы:

1. Кузнецов Б.Т., Кузнецов А.Б. Инновационный менеджмент: Учебное пособие. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012. – 367 с.
2. Логачёва, В. С. Единое экономическое пространство как фактор становления инновационной экономики Российской Федерации, 2013 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://conf.sfukras.ru/sites/mn2013/section016.html>
3. Регионы России. Социально-экономические показатели, 2017 [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.gks.ru

ВКЛАД СИМЕОНА ПОЛОЦКОГО В РАЗВИТИЕ РУССКОЙ КУЛЬТУРЫ

Кузьмина А.

Научный руководитель: Ратынская Н.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Путешествуя по «белорусским» местам Москвы, информированный путешественник обязательно зайдет на Никольскую улицу, где возвышается Спасский собор. Тут есть надмогильная плита с эпитафией Сильвестра Медведева:

Муж благоверный, церкви и царству потребный,
Проповедию слова народа полезный,
Симеон Петровский от всех верных любимый...

Под этим камнем когда-то находился прах выдающегося писателя, просветителя и философа Самуила Петровского-Ситняновича, который вошел в историю под именем Симеона Полоцкого.

Он является общим достоянием культуры не только Беларуси, но и России. По мнению белорусского ученого Михаила Прошквича, Симеон Полоцкий был наиболее значимым культурным деятелем восточных славян XVII столетия. Можно без всяких преувеличений утверждать, что Симеон Полоцкий по разносторонности своих интересов был близок к деятелям эпохи Возрождения. Его творчество было неординарным, выдающимся культурным явлением. Он вошел в историю как педагог и воспитатель, поэт и писатель, драматург и проповедник, интересовался вопросами медицины и искусства, астрологией и др. Таким образом, Симеон Полоцкий был по-европейски образованным человеком, который владел энциклопедическими знаниями.

Самуил Петровский-Ситнянович родился в 1629 году в Полоцке. Документы городской ревизии подтверждают, что Петровские были соседями Скорин, и, скорее всего, тоже принадлежали к купеческому сословию. Свой путь в науку юный Самуил начал с братской школы полоцкого Богоявленского монастыря, а продолжал в Киево-Могилянском коллегиуме, который православные считали лучшим учебным заведением Речи Посполитой. В Киеве были написаны его первые дошедшие до наших дней произведения, датированные 1648 годом «Канон» и «Акафист». В то время Самуил писал стихи не только на белорусском, но и на латинском,

церковнославянском и польском языках. Он стал сторонником мирной жизни христианских церквей, что привело его в униатский орден базилианов. Верность ордену он сохранял всю свою жизнь, даже находясь в православной Москве, свои книги подписывал полным титулом базилианского монаха. Война Речи Посполитой с Московским государством не позволила завершить учебу. Из разграбленной и опустошенной царскими войсками Вильни Самуил возвратился в Полоцк и под именем Симеона принял постриг в Богоявленском монастыре, игуменом которого был знакомый по Киеву профессор свободных искусств и поэт Игнат Иевлевич. Симеон преподавал в братской школе, где когда-то учился, но главным его увлечением оставалась поэзия.. Он отводил душу, работая над стихотворной калядной драмой «Беседы пастуския» или над «Молитвою к святой Евфросинии Полоцкой».

Симеон едет в Москву, где получает задание создать латинскую школу для людей с Приказа тайных дел, приложив тем самым руку и к российской разведке. Он становится учителем царских детей Алексея, Федора и Софьи, а также смотрит за воспитанием царевича Петра, для которого издал букварь с собственным стихотворным предисловием.

Наш соотечественник стал первым в России профессиональным писателем. Он открыл свою, независимую от патриаршей цензуры, типографию. Симеон Полоцкий написал проект первого учреждения образования, на основе которого позднее была создана Славяно-греко-латинская академия. Ее студент Михаил Ломоносов по произведениям Симеона впервые познакомился с стихосложением.

Стоял он и у истоков первого в России театра, открытого при царском дворе в 1672 году. В труппу набрали двадцать шесть юношей и девушек из московской Мещанской слободы, почти полностью неселенной выходцами из Беларуси. (Современные российские историки с изумлением отмечают, что в почти необразованной Москве более чем 40% жителей этой части города умели читать и писать, о чем свидетельствуют собственноручные подписи под постановлениями собраний).

Один из самых образованнейших людей столетия, Симеон нес современникам науку и в литературных произведениях. Например, он написал минералогию в стихах, перевод Псалтыря в стихах, два учебника «Обед душевный» и «Вечеря душевная». Большинство своих произведений он собрал в рукописные книги, которые служили энциклопедиями. Читатель мог получить сведения из истории, географии, зоологии, поразмышлять над церковной проповедью, посмеяться над анекдотом.

В Москве Симеон получил европейскую славу. Про его стихи говорил в книге «Российская грамматика» оксфордский лингвист Генрих Вильгельм Лудольф, который во всеуслышание заявил, что в России появился писатель, чьи сочинения вполне могут встать вровень с западноевропейской литературой. Якуб Рейтенфельс, курляндский аристократ, в своих произведениях на латинском и немецком языках не раз вспоминает писателя, монаха базилианского ордена Симеона, который в высокой степени полон латинской учености.

В 1680 году Москву облетело сообщение о смерти Симеона Полоцкого. Но и до сих пор вокруг его личности не затихают споры: какой культуре принадлежит Симеон – белорусской или русской? Свои аргументы в этой дискуссии есть у каждого. Из вышеприведенных фактов можно сказать, что свое самое ценное наследие он оставил Москве. А вот большие сбережения завещал белорусским монастырям в Полоцке, Минске, Витебске, Орше и др.

Таким образом, просветительская деятельность Симеона Полоцкого оказала большое влияние на дальнейшее развитие религиозно-философской мысли, став своеобразной идеологической и культурологической подготовкой ко многим изменениям в российской жизни, осуществленными позднее Петром I. Известно, что Петр I «прорубил» окно в Европу (это крылатое выражение стало уже афоризмом) через Петербург. Но мало кому известно, что задолго до этого Симеон Полоцкий «прорубил» его через Москву своей активной просветительской деятельностью.

ВОСПРИЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ НА ОСНОВЕ ПСИХИЧЕСКИХ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ СЛЕПОГЛУХОНЕМОЙ ЛИЧНОСТЬЮ

Кукоба В.А

**Научный руководитель: к.пед.н., доцент Чурсина П.В.
Ставропольский государственный медицинский университет**

Роль социокультурной среды в воспитании и обучении человека на любом этапе его становления и взросления является главенствующим фактором в формировании его мировоззрения. При этом необходимо учитывать различные мировоззренческие формы общественного и профессионального сознания, проявляющиеся в системе жизнеобеспечения личности на основе уровня духовной культуры. Процесс отображения уровня духовности, присущий обществу, в сознании человека отражается систематическими качественными изменениями, что влияет на определение его субъективного знания об окружающей объективной реальности. С его точки зрения объективной реальности. Изучая разнообразное деятельное поведение человека в обществе, необходимо учитывать индивидуальность каждого человека и, таким образом, его взглядов на социальные процессы, в которых он сам является главным действующим лицом. С точки зрения А.И. Арнольдова «...Человек обретает себя, приходит к знанию своей индивидуальности через посредника – социальную жизнь (хотя бы через сравнение себя с окружающими). Но этот посредник значит для человека нечто иное, чем какая-нибудь внешняя определяющая сила: человек подобно животным подчиняется правилам общества, но только после того, как критически осмыслил их, пропустил через себя, произвел отбор приоритетов, внес свою лепту в их изменение и формирование. Другими словами, он подчиняется правилам, которые стали его собственными, которые он принял». [1,с.23]

Способность активно участвовать в познавательном процессе инициируется обществом как «неизбежная компонента бытия» [1,с.30]. Но качество познавательного процесса напрямую зависит от интереса к знаниям – необходимому в своей актуальности инструментарию, позволяющему мотивировать себя в построении приоритетной образовательной парадигмы на всю жизнь: «К образованию следует подходить как к органической части социального процесса с точки зрения его воздействия на жизнь человека и общества в целом».[1,с.31] Психология познавательных процессов как способ изучения объективного мира для человека, представляется в получении осмысленной информации, отображающей реальность. С помощью психических познавательных процессов, к которым относятся ощущение, восприятие, внимание, представление, воображение, мышление, память и речь, обеспечивающих получение, хранение и воспроизведение информации и знаний из окружающей среды, человек отображает объективный мир, воссоздавая личный субъективный образ мира, в котором он старательно адаптируется, используя свои природные способности. Однако для людей, имеющих слепоглухоту, как одну из самых тяжелых форм инвалидности, социальный мир обрекает, невольно, на социальную изоляцию, при которой определяется резкое ограничение на полноценное участие в жизни общества. К таким формам можно отнести невозможность:

- полноценного общения с окружающими людьми, эффективность которого оценивается как уровень и качество обмена информацией и опыта в различных сферах человеческой жизни;
- использование в полной мере средств массовой информации различных жанров;
- результаты творческой деятельности человека, как культурное наследие национальностей и народов, к которым относится и сам глухонемой;
- получение образования и прохождение реабилитации;
- получения юридической помощи, а также услуг специалиста в процессе обслуживания в различных сферах социальной жизни: магазины, поликлиники и так далее.
- ориентирование на местности и во времени.

Трудность возникает не только в процессе «разговора», но и при передаче дополнительной информации, как «...правило описательного характера... Многие методические системы, разработанные для обучения глухих или слепых и слабовидящих, для слепоглухих неприменимы, поскольку они основаны в первом случае на использование нормального зрительного восприятия, а во втором случае — нормального слухового восприятия и развитого вербального мышления». [4,с.2]. Сочетание терминов ""слепоглухой"" в разговорной речи на английском языке именуется как ""глухослепой"" (deaf blind), подтверждая тем самым проблему во включении инвалида в социальную среду. В России существует область знаний - Тифлосурдопедагогика (греч. typhlos — слепой и лат. слова surdus — глухой), обосновывающая

применение педагогических знаний специально для слепоглухих. В целях отражения социальной политики государства для оказания своевременной и целенаправленной помощи для такой категории граждан России, создан специальный Благотворительный Фонд. От его имени, Д. Поликанов, являясь его Президентом, подтверждает отсутствие объективных статистических данных точного количества инвалидов с таким диагнозом на территории России, составляющих «... по экспертным оценкам, в России от 12 до 15 тысяч слепоглухих. Но это все – пересчеты абстрактно-статистических данных. Поэтому мы для себя основной задачей поставили проведение всероссийской переписи слепоглухих.... она позволит нам создать точную базу данных, где будут учтены все слепоглухие и их потребности. Это нужно, чтобы затем выстроить для каждого из них программы развития» [3].

Список литературы.

1. Арнольдов А.И. Живой мир социальной педагогики (В поддержку актуальной науки). – М.: 1999. – 136 с.;
2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. Пособие для студ.высш.учеб.заведений.-М.:Издательский центр «Академия», 2001.-352 с.
3. Столяренко Л.Д. Основы психологии. 15-е изд. Учебное пособие/Л.Д. Столяренко.- Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 672 с. (Высшее образование.);
4. Сироткин С.А., Смирнова О.И. Этика взаимоотношений и общения со слепоглухими: методическое пособие — М., 2006.— 86 с.

ЭВТАНАЗИЯ: ПРОДОЛЖЕНИЕ ДИСКУССИЙ

Кунц Д.В., Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Тема эвтаназии актуальна с древнейших времен, дискуссии по этому вопросу не прекращаются до настоящего момента.

В чем же именно трудность неразрешимости данной проблемы, почему до сих пор нет единого мнения? Почему нельзя предоставить человеку безболезненную смерть, или он должен воспринимать страдания как неизбежную часть жизни? Почему бы не спасти жизнь пациенту, который умирает от нехватки органа, если вернуть жизнь другому уже невозможно?

Термин «эвтаназия» в переводе с греческого означает хорошая смерть. Различают два ее вида: пассивная и активная. Активную эвтаназию даже по просьбе пациента расценивают как убийство или самоубийство. Разрешение на активную эвтаназию действует в Нидерландах, Бельгии, Люксембурге, Голландии, в некоторых штатах США. Закон о «пассивной» терапии принят в Израиле [1].

Отношения к эвтаназии философов неоднозначны. И. Кант рассматривал разумные существа как конечную цель, а не средство для чего-то другого: «Я не вправе прерывать вашу жизнь только потому, что она затруднительна для вас». Аристотель, а затем и Аврелий Августин осудили самоубийство и охарактеризовали это как слабость и трусость.

Целью данной работы является рассмотрение аргументов «за» и «против» эвтаназии, попытка рассмотреть ее с двух сторон.

Используемый метод исследования - аналитический в сочетании с научно-теоретическим подходом.

К аргументам против эвтаназии можно отнести: возможные ошибки медперсонала в прогнозе и диагностике заболеваний, посягательство на человеческую жизнь, наличие эффективных анальгетиков, торможение науки в изобретении новых медикаментов и способов лечения, умерщвление может применяться не только в гуманных целях, проблему с заменой органов можно решить с помощью новых технологий искусственных органов, решение прервать свою жизнь не носит объективный характер, а является сугубо субъективным решением.

Христианство рассматривает страдание и смерть, как непреложные атрибуты жизни. Страдания перед смертью, как шанс подготовиться к загробной жизни. Призвание врача рассматривается в оказании помощи больному вне зависимости от его состояния, в невозможности брать на себя ответственность за умерщвление пациента.

Признание эвтаназии законом будет означать унижение достоинства и извращение профессионального долга врача, призванного к сохранению, а не к пресечению жизни.

Представления о добровольной эвтаназии получают распространение в конце 19 в. Ф.Бэкон считал эвтаназию легкой и безболезненной счастливой смертью: «Если бы врачи хотели быть верными своему долгу и чувству гуманности, они должны были бы увеличить свои познания в медицине и в то же время приложить все старания к тому, чтобы облегчить уход из жизни тому, в ком ещё не угасло дыхание» [2, с.269].

В России адвокат А. Ф. Кони считал эвтаназию допустимой при наличии сознательной и настойчивой просьбы больного, невозможности облегчить его страдания медикаментозными средствами, а также несомненных доказательств невозможности спасения жизни и при условии предварительного уведомления прокуратуры [3].

В пользу эвтаназии можно отнести следующие аргументы: у человека всегда должна быть свобода выбора, он сам должен определиться с ответом, жить ему или нет, желание преждевременной смерти должно носить сугубо индивидуальное решение больного, при этом должно быть исключено всякое давление со стороны близких и врачей; он должен иметь право выбора «обременять своих близких или нет» и иметь защиту от неэффективного и негуманного лечения.

Противоречивость взглядов на проблему эвтаназии обусловлена: воспитанием, религией, жизненным опытом.

Эта тема так и остается в обществе дискуссионной, так как не может существовать идентичности мнений по указанным аспектам.

Дискуссии в обществе на тему эвтаназии обусловлены различием в понимании ключевых вопросов о смерти и цели человеческой жизни.

Список литературы:

1. Абдрахманова, Г. А. Проблемы эвтаназии в современном мире // Молодой ученый. — 2015. — №23. — С. 709-711. — URL <https://moluch.ru/archive/103/23964/> (дата обращения: 03.11.2018).
2. Бэкон, Ф. Соч. Т.1. - М.,1971. – 590 с.
3. Кашапов Ф.А. Философские основания биоэтики. - URL <http://www.dissercat.com/content/filosofskie-osnovaniya-bioetiki>

НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ФИЛОСОФИИ НАЧАЛА XXI ВЕКА

Мамцев И.С., Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Дискуссии начала XXI века отражают критику философии прошлого и направлены на отыскание новых парадигм философского мышления, обновление проблематики в соответствии с запросами современности и грядущей эпохи.

Глобализация, осознание иных ценностей, соответственно трансформация общества и образа видения человека и культуры порождают потребности в новых мировоззренческих ориентациях. В центр дискуссий выдвинулись коренные проблемы философии - вопрос о статусе, характере, специфике именно современной философии, ее отношения к проблемам разума и рациональности, к фундаментальным социально-философским и этическим вопросам.

Цель исследования – рассмотрение некоторых тенденций развития философии начала XXI века как комплекса разнообразных воззрений, которые возникают в результате кризиса классической философии с сохранением при этом значительной преемственности и общеполитической проблематики.

В работе использованы методы анализа и обобщения различных философских концепций.

В наше время все новые проблемы становятся важными фокусами проблематизации философствования, новые мыслители находят их причины в предыдущих концепциях, история философии переписывается в терминах новейших достижений.

Тем не менее, чтобы «переписать» историю философии, необходимо предложить нечто новое и неизведанное. В современном мире по утверждению многих философов целью философии является просвещение, поиск смыслов всех проблем и ответ на вопрос «Почему?». Философы современности говорят в том числе о постмодерне, диалоге философских культур,

компаративистской философии, философии литературы, феминизме и гендерной философии, глобализме и философии ненасилия. Современный философский процесс в наше время чрезвычайно динамичен.

Авторами не преследуется цель привести существующие точки зрения по рассматриваемой теме к единому основанию.

В философских и научных *исследованиях времени* указывается, что оно характеризует изменения, происходящие с тем или иным объектом, что вездесущность времени означает существование универсального для всех объектов времени, что само бытие есть ничто иное, как время. Специальное междисциплинарное направление исследований времени «темпорология» объединяет философов, богословов, ученых, художников в рассмотрении вопросов природы времени, его структуры. В современной философии времени можно выделить три основные тенденции в его исследовании: тенденция плюрализации времени (П.Рикер), тенденция в понимании времени, связанная с его унификацией, тенденция, связанная с релятивизацией и историзацией времени (Рорти).

Постмодернистская философия отказывается от категории бытия классической философии. Препрежне бытие уступает место языку, объявляемому единственным бытием, которое может быть познано. По мнению Колесникова А.С. философия XXI века занята поиском своей идентичности и исследует свои связи с культурой, с литературой.

Другим порождающим фактором всевозможных новаций в этой сфере выступает диалог культур и философских цивилизаций и школ. Диалог выводит на размышление по поводу *компаративной философии*, выяснению ее истоков, этапов, концептуального аппарата, анализ характеристик мало известных философских образований, например, австралийской или африканской философии [2]. Компаративистика (сравнительные исследования) исходит из того, что ни одна из философий мира не может претендовать на полное познание истины. Ибо Истина о мире в наше время — это не картина одного художника, а мозаика, составленная усилиями всех.

В конце XX в., - отмечает современный американский философ Н.Решер, - мы вступили в новую философскую эпоху, когда значение приобретают не только те, кто принадлежит к господствующей философской элите, но и большое количество обыкновенных смертных [1]. Марк Цукерберг, основатель Facebook на выступлении в Гарварде предложил «создать новый социальный договор», крупный проект, объединяющий человечество. Он объявил задачей нашего поколения «создание мира, в котором у каждого человека есть ощущение цели», добавив, что при этом нельзя забывать о возложенной на нас ответственности. Обновление общественного договора является философской задачей.

В вопросе о том, сколь велика степень влияния философии в современном мире, нет единодушия. Хокинг в своей книге «Высший замысел» заявил, что философия устарела. Она не в силах ни ставить, ни решать «великие вопросы человечества...». Иными словами, философия не находится на одном уровне с современной наукой [3].

В условиях нынешней России безграничная свобода мнений обнаруживается в дискуссиях между философами, а также в спорах в среде религиоведов, культурологов. В Европе подобной свободы «без берегов» нет — там принято придерживаться прагматизма либо аналитической эпистемологии. В этих западных странах сложилась прочная культура, основанная на системе общепризнанных базовых идеалов. Нынешняя Россия пока не выработала устойчивую систему собственных базовых идеалов [1].

Задача современной философии состоит в том, чтобы налаживать диалог: между людьми, группами, культурами и целыми странами. Философ призван быть посредником в коммуникациях самых разных групп, поддерживая и удовлетворяя жажду к познанию, занимаясь просвещением.

Новые тенденции и последние дискуссии в нынешней философии требуют для своего осмысления большей исторической дистанции. Тема остается актуальной.

Список литературы:

1. История философии: Запад-Россия-Восток (книга четвертая. Философия XXв.) (Сборник).- URL <http://filosof.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000197/index.shtml>
2. Колесников, А.С. Мировая философия в эпоху глобализации.-URL <https://sci-book.com/issledovaniya-filosofskie-sovremennyye-mirovaya-filosofiya-epohu.html>
3. Роль Философии В XXI Веке. Важность постановки Вопросы.-URL <https://hisocrates.com/neotericus/rol-filosofii-v-xxi-veke/>

ОСОБЕННОСТИ ИНКУЛЬТУРАЦИИ РОССИЯН В УСЛОВИЯХ ЭМИГРАЦИИ

Нагорный И. И., Михитаров Г. Л., Маргарян А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В условиях современной глобализации вопросы инкультурации имеют решающее значение в жизни людей. Процесс приобщения индивида к культуре, усвоения им существующих норм и схем поведения, свойственных данной культуре является главной проблемой на начальных этапах эмиграции.

Этот процесс подразумевает собой взаимообмен между человеком и его культурой. Инкультурация включает в себя формирование основополагающих человеческих навыков, например: типы общения с другими людьми, формы контроля собственного поведения и эмоций, способы удовлетворения основных потребностей, отношение к различным явлениям окружающего мира и т.д.

Цель исследования: изучить особенности инкультурации россиян в условиях эмиграции.

Материалы и методы: для сбора интересующей информации был избран метод опроса, который позволит получить объективную информацию непосредственно от эмигрантов.

Нами были опрошены 30 эмигрантов, проживших большую часть своей жизни в России и после переезда в США. Было предложено назвать три наиболее сложные проблемы, связанные с процессом инкультурации в новой стране. Опрос был произведен в социальной сети «interpals.net».

Статистическая обработка полученных результатов производилась с помощью программы StatSoftStatistica 10.

В соответствии с результатами опроса, был составлен рейтинг наиболее острых проблем эмигрантов:

1) Более 90% опрошенных испытывали проблемы с языком. Однако, по замечаниям эмигрантов, со временем языковой барьер уходил сам по себе.

2) Более 2/3 опрошенных, в той или иной степени, столкнулись с проблемой менталитета. Проблема более острая, нежели проблема незнания языка. Эмигранту сложно отучиться от привычек и особенностей национального характера.

3) Около половины эмигрантов назвали мотивацию одной из трех важнейших проблем. Опрошенные отмечали, что для того, чтобы перестроить свою жизнь на новый лад, приходится прилагать немало усилий.

4) Еще одна проблема, на которой акцентировали внимание опрошенные – это проблема медицины. Почти четверть из них указала заметные различия между системами здравоохранения в России и США.

5) Одной из важных проблем при эмиграции, является проблема трудоустройства. Большинство из опрошенных переезжали либо на новое место работы, либо на новое место учебы. Однако есть и те, кто не имел уверенности в завтрашнем дне. Таких около 20%.

6) Помимо вышеперечисленных проблем, от которых во многом зависит жизнь эмигранта, были упомянуты и некоторые неожиданные варианты – структура американских городов, питание и т.д.

Результаты и обсуждение: на основе полученных результатов можно сделать вывод, что проблемы, с которыми сталкиваются эмигранты, можно разделить на две группы: проблемы человека, как личности и проблемы человека, как представителя своего привычного общества.

Первая группа – проблемы языка, проблемы трудоустройства, проблемы мотивации и т.д. Их основной чертой является то, что они напрямую зависят от человека. Они решаемы, если приложить определенные усилия (проблема языка – его предварительное изучение; проблема трудоустройства – предварительный подбор вариантов трудоустройства; проблема мотивации – четкое решение о целесообразности переезда до его совершения).

Вторая группа – проблемы менталитета, проблемы медицины, проблема питания и т.д. Предварительное решение этих проблем затруднительно. Единственным вариантом является понятие и принятие особенностей нового общества с течением времени.

Заключение и выводы: таким образом, можно сказать, что большая часть эмигрантов имеет схожие проблемы инкультурации. Предварительная подготовка и решение этих проблем может облегчить процесс социализации личности.

Список литературы.

1. Волков Ю.Г. Социология: учебник / Ю.Г. Волков. — Изд. 3-е, перераб. и доп. — М.: Альфа-М : ИНФРА-М, 2010. — 448 с.
2. Культурология: учеб. для вузов / П.С. Гуревич. – М.: Гардарики, 2008. – 280 с.

МОТИВАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Насибова Ш.Х., Иванова К.Л., Дмитриева Е.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О.В. Яковенко

Ижевская государственная медицинская академия

Проблема мотивации учебной деятельности является одной из самых важных в современной психологии и педагогике обучения. Показано, что для успешного обучения большую роль играют социальные мотивы получения знаний и мотивы, порождаемые самой учебной деятельностью. При этом важным компонентом в структуре учебной деятельности является мотивация достижения, которая включает два относительно независимых мотива: мотив достижения успеха и мотив избегания неудач [1].

Целью исследования явилось изучение мотивационной направленности студентов разных курсов Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА).

Материалы и методы. В ходе исследования у студентов разных курсов медицинской академии, составляющих 4 экспериментальные группы – 1, 3, 6 курсы (n= 520) и лонгитюд – наблюдение в течение всего периода обучения (n=227) для определения мотивов достижения и обучения проведен анкетированный письменный опрос по методикам А. Мехрабиана и Т.И. Ильиной соответственно. Статистическая обработка результатов проводилась с применением программ Excel и SPSS, критериев Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни, корреляции Пирсона [2, 3].

Результаты и обсуждения. Результаты исследования мотивов достижения показали, что стремление к достижениям на первом, третьем и шестом курсах низкие и составляют 2,68%; 2,58% и 2,59% соответственно. Доминирует у большинства студентов мотивы избегания неудачи 97,32%, 97,42% и 97,41% соответственно курсам 1,3 и 6. В лонгитюдной группе стремление к достижениям на 1 и 6 курсах составляет 0%, на 3 курсе - 2,20%, ориентация в приоритете на избегание неудач – 100 % на 1 и 6 курсах, 97, 8 % на 3 курсе.

Таким образом, анализ результатов выявил, что мотивы к достижениям у всех студентов независимо от курсов низкие, большинство стремиться избегать неудач. Отличий как по курсам, так и в лонгитюдной группе не выявлено.

Оценка результатов исследования учебных мотивов (получение знаний (ПЗ), овладение профессией (ОП), получение диплома (ПД)) свидетельствует о том, что на начальном курсе к ПЗ стремятся – 52,7% студентов, к ОП– 20,9% и ПД – 28,37%. На 3 курсе –ПЗ -59%, ОП-17,5% и ПД - 25,9%. У выпускников ПЗ– 56,5%, ОП– 18,6%, ПД– 26,9%. В лонгитюдной группе мотив к получению знаний на 1 курсе - 47,1%, на 3 курсе - 55,4%, на 6 курсе - 56,5%. Мотив овладение профессией на 1 курсе - 31,4%, на 3 курсе - 31,5%, на 6 курсе - 23,5%. Мотив получение диплома на 1 курсе - 25,5%, на 3 курсе - 16,3%, на 6 курсе - 22,4%.

Таким образом, оценка мотивов обучения показала, что для студентов всех курсов в приоритете - получение знаний, которые в большей степени хотят получить студенты 3 и 6 курса в сравнении с 1. Мотив - получение диплома у студентов всех курсов на втором месте. Вместе с тем более выражено стремятся получить заветный документ первокурсники, в отличие от 3 и 6 курсов. Овладение профессией у всех испытуемых на последнем месте. При этом данный мотив у студентов 1 курса достоверно выше чем, у старшекурсников. В динамике лонгитюдной группы выявлено, достоверное возрастание мотива получения знаний и тенденция снижения стремления к

получению диплома по мере увеличения года обучения (курса). Мотив овладения профессией варьируется на каждом курсе.

При сопоставлении полученных данных между собой выявлены: обратная корреляционная связь между потребностью в достижениях и мотивом получения диплома; прямая корреляционная связь между мотивами получения знаний и овладения профессией.

Выводы: Студенты ИГМА преимущественно имеют мотивации избегания неудач и стремятся в большей степени получать знания, которые прямо коррелируют с потребностью овладения профессией.

Список литературы.

1. Воробьева, Е.В. Оценка мотивации достижения успеха в учебной деятельности // Современные наукоемкие технологии. – 2006. – № 1. – С. 36-37.
2. Главатских М.М. SPSS И Statistica: современные статистические анализы в психологических исследованиях. – Ижевск: ERGO, 2009. -88с.
3. Леонов Н.И., Главатских М.М. Многомерные статистические методы анализа данных в психологических исследованиях. – М.: МПСИ: Воронеж: МОДЭК, 2011. -128с.

ПЛАЦЕБО - НЕЭТИЧЕСКИЙ ОБМАН ПАЦИЕНТА?

Останина Д.А., Гурдина Д.Ю., Мутных А.О.

Научный руководитель: к.ф.н. Трапезников М.В.

Кировский государственный медицинский университет

Современная медицина все чаще уделяет внимание к неоправданно широкому применению плацебо в лечебной практике. Однако особые сложности возникают с соблюдением правил врачевания при использовании в терапевтической деятельности и медицинских исследованиях эффекта плацебо. Вещество без активных лечебных свойств, используемое для имитации лекарственного средства, лечебный эффект которого основывается на вере пациента в улучшение состояния здоровья при приеме этого вещества получило название плацебо. Значение «веры» в данном случае представляет собой великолепный пример результативности лечебных средств, основанных на взаимосвязи сознания и тела. Тем не менее официальная медицина объясняет «воображаемый» эффект плацебо в лучшем случае повышенной внушаемостью пациентов, а в худшем — жульничеством.

По мнению многих исследователей, плацебо-эффект наблюдается практически всегда, даже при применении мощного с фармакологической точки зрения лекарственного средства. С другой стороны, даже без применения лекарства или его заменителя в виде плацебо, любое проявление внимания к пациенту со стороны врача может благотворно сказываться на его самочувствии. Следует также принимать в расчет то, что в происхождении многих соматических заболеваний значительную роль играют психологические факторы, в отношении которых психотерапевтический эффект плацебо может действовать на причину недуга. В этой ситуации будет уместно называть плацебо лекарством. Насколько велико доверие пациента лечащему врачу, настолько и эффективно «фальшивое лекарство». Эксперты научного совета при федеральной ассоциации врачей считают применение подобных «препаратов» этичным при соблюдении конкретных условий: если для данного больного нет проверенной медикаментозной терапии, пациент имеет лишь небольшие жалобы и такая терапия имеет все шансы на успех.

Цель: определить, является ли применение препаратов плацебо в лечебной практике неэтичным со стороны врача, рассмотрев этические вопросы, правовые аспекты применения феномена «пустышки» в медицинской деятельности.

Материалы и методы: чтобы узнать мнение общества о целесообразности использования плацебо – препаратов со стороны врача нами был проведен опрос среди разных возрастных групп (от 15 до 55 лет) преимущественно лиц женского пола (80%). Всего было опрошено 100 человек.

Результаты и обсуждение: среди 100 опрошенных 48,8% верит в эффективность «лекарств – пустышек». Большинство (44%) считают, что врачи редко прописывают препараты с эффектом плацебо, 22,6% уверены, что часто, 3,4 % считают, что врачи никогда не прибегают к помощи плацебо, остальные опрошенные (29,8%) затруднились в выборе ответа. На вопрос: «Принимали ли Вы когда-нибудь препараты с эффектом плацебо?» - 23,8% респондентов ответили

положительно, 36,9 % - отрицательно, а 39,3% затруднились с выбором ответа. При опросе мы выяснили, что большинство (38%) считают, что применение препаратов плацебо безопасно в практической деятельности, 33,3% считают, что это опасно. Также половина опрошенных уверены, что назначение врачом таких препаратов является неэтичным обманом пациента. Большинство, а именно 89,3% респондентов считают, что препараты плацебо были бы неэффективны при осведомлении пациента о том, что он принимает пустышку. Из этого следует, что большинство пациентов уверены в действии плацебо-препаратов и считают их безвредными, но выписывание такого «лекарства» для них является обманом.

Согласно директивам Федеральной ассоциации врачей, разрешено прописывать плацебо лишь в том случае, если не имеется более действенного фармакологического лечения, и если речь идет о небольших недомоганиях или жалобах, а также, если пациент настойчиво требует лечения. Врач также не будет обвинен в сокрытии необходимой для пациента информации, если не упомянет о составе лекарственного средства, из расчета того, что он не играет в данном случае важной роли. Однако если вопрос о химической природе лекарства все же будет задан, то не станет обманом утверждение о том, что оно произведено на основе, например, безвредных дисахаридов и может уменьшить страдания пациента.

Закключение: таким образом, использование плацебо в практической деятельности не является этически не целесообразным. Применение данного препарата в лечебной практике можно рассматривать, если для заболевания не существует адекватной терапии или активная терапия имеет серьезные побочные эффекты. Однако плацеботерапия не должна подвергаться опасности адекватно проинформированных пациентов. Из этого следует, что, даже используя плацебо, возможно избежать обмана пациента и сохранить высокий моральный стандарт медицинской профессии. Однако если врач дает плацебо исключительно как «пустышку», то это уже считается врачебной ошибкой и врач несет за это ответственность.

Список литературы.

1. Лапин И. П. Плацебо и терапия. Серия «Мир медицины». – СПб.: Издательство «Лань», 2000. — с. 224.
2. Михайлова В.В., Соломатина А.С., Юрин К.И. Механизм эффекта плацебо// Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6., № 5. – с. 570.
3. Дилан Иванс. Плацебо// HarperCollins UK – 2004. – с. 15-16.
4. Джо Диспенза. Сам себе плацебо: как использовать силу подсознания для здоровья и процветания// Эксмо – 2014 – с. 5-6.

КОНЦЕПТ ОБРАЗА ВРАЧА В РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Рахманова С., Бабакулыева Д.

Научный руководитель: к.филол.н., доцент Кожухова Н.Е.

Белорусский государственный медицинский университет

Врачи – представители одной из сложнейших профессий. В их руках находится жизнь человека. Наиболее ярко сущность профессии врача раскрывается в произведениях классической литературы. Писатели разных эпох нередко делали героями своих произведений врачей. Более того, немало талантливейших писателей пришло в литературу из медицины: Чехов, Вересаев, Булгаков. Литературу и медицину сближает глубочайший интерес к человеческой личности, поскольку именно равнодушное отношение к человеку определяет истинного писателя и истинного врача. С древнейших времен главная заповедь врача – «не навреди».

В медицине есть такое явление, как ятрогения – негативное воздействие медицинского работника на пациента, приводящее к неблагоприятным последствиям. В произведении В.Астафьева «Людочка» в одном из эпизодов мы встречаемся с парнем, умирающим в больнице. Паренек простудился на лесосеке, и на виске у него появился фурункул. Неопытная фельдшерица отругала его за то, что обращается по пустякам, брезгливо помяла пальцами гнойник, а через день она же сопровождала парня, впавшего в беспамятство, в районную больницу. Возможно, при осмотре фельдшерица сама спровоцировала прорыв гнойника, и тот начал оказывать свое разрушительное действие.

В «Записках юного врача» Булгаков проводит вполне традиционную для русской литературы параллель между понятиями «врач» и «человек», пытаясь показать нам, что одно без другого невозможно. Также в рассказах булгаковского цикла нашли отражение основные черты данной ситуации: одиночество доктора, его существование вне истории, вне семьи, указание на его близость к иностранцам (фамилия врача – Бомгард, его лучшие «друзья» – книги немца Додерляйна, его предшественник, о котором он вспоминает с благодарностью, тоже немец – Леопольд Леопольдович). Молодой врач в ходе своей профессиональной деятельности оказывается у грани жизни и смерти, выполняет функции целителя не только тела, но и души. Особенности цикла «Записки юного врача» в том, что нам предоставляется уникальная возможность проследить за профессиональным ростом врача. «Юный» врач, совершая вместе с больным путь от смерти к жизни, обретает не только новые знания, но и новый статус в обществе.

Литература является художественным переосмыслением реальных жизненных ситуаций. Как говорил М.М. Жванецкий, «любая история болезни – это уже сюжет».

Наверное, это явление можно объяснить тем, что не каждый мыслитель – врач, но каждый врач – мыслитель.

В заключение хотелось бы сказать, что только писатели-врачи могут под прямым углом посмотреть на героя-врача. Если попробовать сложить все лучшие качества врачей, о которых говорят писатели, то получится идеальный образ врача, которому мы не побоимся доверить свою жизнь. Это гуманный и отзывчивый человек, глубокий мыслитель, который не боится препятствий и неизвестности.

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ С ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЕЙ

Сухомлинова А.О.

Научный руководитель: Фролова С.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова

В жизни современного человека интернет играет очень важную роль во всех сферах его жизни: работа, развлечение, образование, общение и многое другое. Однако, если нахождение человека в интернете становится бесконтрольным и занимает большую часть жизни, следует говорить об интернет-зависимости или интернет-аддикции.

Современные исследования доказывают влияние интернета не только на физическое состояние и поведение человека, но также и на его мировоззрение. Одним из наименее изученных аспектов исследования интернет-зависимости является изучение отношения к своему здоровью, под которым понимается оценка индивидом своего психического и физического состояния. Данный аспект является крайне важным для изучения, поскольку здоровье является залогом полноценной жизни. Здоровье помогает нам эффективно решать основные жизненные задачи и преодолевать трудности.

Целью нашего исследования является изучение отношения к здоровью у студентов с разным уровнем интернет-зависимости.

В ходе исследования проверялась следующая гипотеза: студенты с интернет-зависимостью, проявляют меньшую активность по заботе о своем здоровье, по сравнению со студентами без интернет-зависимости.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 58 студентов РНИМУ им. Н.И. Пирогова в возрасте 18-23 лет. Для проведения экспериментального исследования были использованы следующие методики: шкала Интернет-зависимости Чен, опросник Е.А. Щепиловой «Восприятие интернета», опросник «Отношение к здоровью и здоровому образу жизни» Р.А. Березовской, тест «Индекс отношения к здоровью и здоровому образу жизни» С. Дерябо и В. Ясвина, методы статистической обработки данных, включенных в статистический пакет SPSS 21.0.

Результаты и обсуждение: На основании показателей теста Интернет-зависимости С. Чен среди студентов были выделены 3 группы. Первую группу составили 36% студентов из нашей выборки, у которых присутствует интернет-зависимость, что проявляется в наличии компульсивных симптомов, симптомов отмены, толерантности, невозможности контролировать

длительность пребывания в сети, внутриличностных проблем и проблем со здоровьем. Ко второй группе – группе риска возникновения интернет-зависимости – относятся 35% выборки. Группу нормы составили 29% выборки, которые не проявили признаки интернет-зависимого поведения ($p=0,001$).

Анализ результатов нашего исследования позволил зафиксировать недостаточно серьёзное отношение к своему здоровью у интернет-зависимых студентов, о чем свидетельствуют отрицательные корреляционные связи между уровнем интернет-зависимости и интенсивностью отношения к своему здоровью по эмоциональной ($r_s=-0,339$, при $p<0,01$) и познавательной ($r_s=-0,427$, при $p<0,001$) шкалам, а также по шкале интенсивности ($r_s=-0,421$, при $p<0,001$). Оптимальную степень адекватности по отношению к своему здоровью имеют студенты из группы риска на когнитивном ($p=0,006$), эмоциональном ($p=0,017$) и ценностно-мотивационном ($p=0,005$) уровнях.

Анализ корреляционных взаимосвязей показал, что интернет-зависимые студенты наиболее склонны к следующим факторам зависимости: принадлежности к сетевой субкультуре ($r_s=0,350$, при $p<0,01$), склонность к нецеленаправленному поведению в интернете ($r_s=0,571$, при $p<0,001$), изменению сознания во время использования интернета ($r_s=0,611$, при $p<0,001$), приоритетное общение в сети ($r_s=0,634$, при $p<0,001$), отсутствию четких границ интернет-пространства ($r_s=0,347$, при $p<0,05$), восприятие интернета, как проективной реальности ($r_s=0,658$, при $p<0,001$) и стремлению перенести нормы виртуального мира в реальный ($r_s=0,337$, при $p<0,05$).

Выводы:

1. Треть опрошенных студентов являются интернет-зависимыми, они воспринимают заботу о здоровье, как необходимость, не проявляют активности в поиске информации о здоровом образе жизни и не стремятся включиться в практическую деятельность по заботе о здоровье.

2. Студенты без выраженной интернет-зависимости проявляют активный интерес к своему здоровью и забота о нем доставляет им удовольствие.

3. Студенты группы риска знают основные факторы риска, имеют оптимальный уровень тревожности по отношению к своему здоровью и нацелены на сохранение здоровья.

4. Интернет-зависимым студентам крайне сложно преодолеть свое желание войти в сеть, они чувствуют дискомфорт, если приходится прекратить пользоваться интернетом на определенный период времени, с каждым разом проводя все больше времени в сети для достижения удовольствия и уже практически не контролируя длительность своего пребывания в интернете. Кроме того, у них появляются проблемы со здоровьем и внутриличностные проблемы.

Результаты исследования могут быть использованы специалистами, работающими с интернет-зависимыми людьми: врачами, психотерапевтами, специалистами по социальной работе, психологами и педагогами.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА И ЕГО ПАЦИЕНТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Татаурова А. С., Локтина А.С., Муртузаев И.Э.

Научный руководитель: к.ф.н. Трапезников М.В.

Кировский государственный медицинский университет

По статистике ВОЗ у 60-90% детей школьного возраста и почти у 100% взрослых людей во всем мире имеется зубной кариес, у 15-20% людей среднего возраста обнаруживается тяжелый пародонтит, который может приводить к выпадению зубов. Эти и другие заболевания полости рта зачастую вызывают боль, неудобства и эстетические дефекты, ухудшающие качество жизни. Только врач, имеющий стоматологическое образование может качественно провести лечение и профилактику данных патологий полости рта.

По статистике Министерства Здравоохранения РФ численность врачей по специальности «Стоматология» составляет на 2017 год 62,3 тыс. и 4,2 на 10000 населения. В настоящее время пациенты имеют большой выбор и учреждений, представляющих, как платные, так и бесплатные стоматологические услуги. Именно поэтому большой интерес представляют критерии, которыми руководствуются пациенты при выборе лечащего врача-стоматолога, а также психоэмоциональный аспект стоматологического приёма.

Цель исследования: определить влияние социально-психологических факторов на отношение пациента к врачу-стоматологу, основные критерии выбора врача пациентом в разных возрастных группах, а также психоэмоциональный аспект стоматологического приёма.

Материалы и методы: было проведено онлайн — анкетирование среди пользователей, в котором приняло участие 278 человек в возрасте от 17 до 45 лет. Анкета содержала вопросы о отношении к врачам-стоматологам и основаниям для выбора лечащего врача.

Анкеты были разделены на 6 групп по возрасту опрошенных. С помощью функции корреляции в программе Microsoft Excel был вычислен коэффициент корреляции (r) и установлены зависимости между социально-психологическими факторами взаимоотношений врача-стоматолога и его пациента в различных возрастных группах.

Результаты и их обсуждения: установлена положительная корреляция между возрастом и уважительным отношением к врачам-стоматологам ($r=0,7$). Наибольший процент опрошенных (84,9%) считает данную профессию авторитетной и престижной, причём более половины респондентов (54,7%) не сталкивались с некомпетентностью врачей-стоматологов.

Многие из опрошенных (7,2%) отметили, что встречались с нарушениями правил этики и деонтологии, которые чаще встречаются в государственных учреждениях, оказывающих услуги стоматологического профиля (81,3%).

Установлена отрицательная взаимосвязь между возрастом и частотой встречаемости негативных эмоций на стоматологическом приёме ($r=-0,6$). Большая часть пациентов в возрастной группе 17-22 лет (63,4%) испытывает чувство страха при посещении врача стоматолога, лица старше 30 в 78,7 % случаев не испытывают тревоги и стресса в данной ситуации.

К ведущим социально-психологическим факторам выбора лечащего врача-стоматолога относятся рекомендации знакомых и отзывы клиентов (77,2%), стоимость услуг (59,6%) и профессиональный стаж врача (65,4%), однако большинство опрошенных (82,7%) не придают значения возрасту стоматолога.

Среди целей посещения стоматологического кабинета помимо контроля за состоянием здоровья полости рта (91,5%) некоторые из респондентов отметили потребность в общении (7,6%), что характерно для пациентов 36 лет и старше, являющихся клиентами частных стоматологических клиник.

Несмотря на то, что 77,2% опрошенных придают большое значение рекомендациям знакомых при выборе клиники и врача-стоматолога, 56,1% респондентов не оставляют отзывов, остальные же (42,4%) дают советы лично и изредка (1,4%) в интернет-пространстве.

Выводы: таким образом, с увеличением возраста пациенты реже испытывают чувство страха, наибольший процент опрошенных отмечает уважительное отношение к врачам стоматологам.

К сожалению, достаточно часто встречаются случаи нарушений этики и деонтологии, что является проявлением непрофессионализма врача-стоматолога, что для некоторых лиц может быть особенно значимо при выборе лечащего врача (выявлена потребность в общении как одна из целей посещения стоматологического кабинета).

В основном респонденты, не зависимо от возрастной категории, основывают выбор врача стоматолога на стоимости стоматологических услуг, профессионального стажа стоматолога, рекомендациях знакомых и отзывах клиентов клиники, однако более половины из них не считают нужным оставлять отзыв о работе своего лечащего врача.

Список литературы:

1. Прихода, И. В. Исторические и национальные аспекты медицинской этики и деонтологии/И. В. Прихода, А. А. Рыбальченко//Физическое воспитание студентов. -2009. -№ 1. 47-51 с.
2. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине. М.,2010. 31-33с.
3. Громов А.П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников/М.:Медицина.-1969. 67с.
4. Драгонец Я., Холендер П. Современная медицина и право (Пер.со словацк.)/М.:Юридич.лит.-1991.-225с.
5. Яровинский М.Я. Размышления о морали, этике, биоэтике//Медицинская помощь.-1999.-№ 428-30с.

ДЕПРЕССИЯ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА Г.ТВЕРИ

Щетинина Д.С., Жилина М.В., Головинова К.Г.

**Научный руководитель: к.м.н., доцент, Проценко И.В.
Тверской государственный медицинский университет**

Согласно последним исследованиям частота депрессивных расстройств в общемедицинской практике варьирует от 24 до 64%. При этом, приблизительно в половине случаев, депрессия достигает значительной выраженности. В последние годы на возникновение депрессии большое влияние оказывают когнитивные нарушения. Современные молодые люди, имеющие когнитивные расстройства, могут испытывать немало трудностей в повседневной жизни психологического и психического характера, которые проявляются в обучении, девиантном поведении и, как следствие, социальной дезадаптации и снижению качества жизни.

Цель исследования: оценить депрессию и когнитивные нарушения у студентов колледжа, методами анкетирования и беседы.

Материал и методы: обследованы 41 человек из них 7 мужчин (17,1%) и 34 женщины (82,9%) (студенты в возрасте 16-20 лет Тверского колледжа культуры им. Н.А.Львова). Использовалась методика оценки депрессивных расстройств по шкале Гамильтона и методика оценки когнитивных нарушений по Монреальской шкале (MoCA).

Результаты и обсуждение: в результате проведенного исследования, депрессивное расстройство было диагностировано у 61% (25 человек): в том числе у 12% мужчин (3 человека) и 88% женщин (22 человека). При этом, легкое депрессивное расстройство было выявлено у 29,3% (12 человек), из них у 50% (6 человек) студентов, депрессия сопровождалась когнитивными нарушениями. Депрессия средней степени тяжести диагностировалась у 26,8% (11 человек) студентов, из них 45,5% (5 человек) имели когнитивные нарушения. Депрессией тяжелой степени страдают 4,9 % (2 человека) студентов, при этом, 100% имеют когнитивные нарушения, крайне тяжелой степени тяжести депрессии обнаружено не было.

Исследование показало, что среди мужчин, страдающих депрессией, 66,7 % (2 человека) имеют депрессию легкой степени тяжести, при этом 50% (1 человек) имеет когнитивные нарушения. Депрессию средней степени и когнитивные нарушения диагностировали у 33% (1 человек).

Депрессия у женщин проявилась, как легкой степени тяжести - 45,5% (10 человек), из которых у 50% (5 человек) выявлены когнитивные нарушения, так и средней степени- 45,5% (10 человек), из которых когнитивные нарушения у 40% (4 человека). Депрессия тяжелой степени тяжести и когнитивные нарушения обнаружены у 9% женщин (2 человека). При обследовании, также было выявлено 26,8% (11 человек), у которых, несмотря на отсутствие симптомов депрессии, диагностировались когнитивные нарушения.

Выводы:

1. Депрессия действительно является одним из самых распространенных заболеваний уже в достаточно молодом возрасте. Исследование показало, что больше половины студентов 61% страдают депрессией. Из них 31,7% (13 человек) имеют когнитивные нарушения.

2. У большей половины диагностируемых, депрессия сопровождается когнитивными нарушениями. Это говорит о том, что у этих молодых людей как в настоящее время, так и в дальнейшем, возможно снижение работоспособности, обучаемости, жизненной адаптации, нарушение межличностных отношений, значительное снижение качества жизни.

3. Когнитивный компонент вносит существенный вклад в общую картину депрессии, однако прямых корреляций между выраженностью когнитивных и эмоциональных нарушений, а также статистически значимых различий показателей, связывающих депрессию и изменения когнитивных функций у молодых людей мужского и женского пола установлено не было.

4. В связи с высоким выявленным процентом депрессий и когнитивных нарушений, педагогам колледжа необходимо проводить среди студентов профилактику этих недугов, привлекая психологов и психиатров.

5. Простые рекомендации по улучшению когнитивных функций будут полезны для людей всех возрастов: правильное сбалансированное питание, здоровый сон, достаточная физическая активность, тренировка памяти, занятия на музыкальном инструменте.

Список литературы:

1. Громова, Д. О., Вахнина, Н. В. Когнитивные нарушения у больных молодого и среднего возраста: диагностика и подходы к терапии. // Эффективная фармакотерапия. Неврология. – 2017. – №3 (31) – С. 38 - 47.
2. Захаров, В. В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения. // Consilium medicum. – 2011. – Том 13. – № 2. С. 82 - 90.
3. Захаров, В. В., Вахнина, Н. В. Когнитивные нарушения при депрессии. // Эффективная фармакотерапия. Неврология. – 2015. – №1(1). С. 23 - 27.
4. Полуэктов, М. Г., Преображенская, И. С. Нарушения сна и когнитивных функций: подходы к терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 1. С. 68 - 73.
5. Яхно, Н. Н., Преображенская, И. С., Захаров, В.В. и др. Распространенность когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях (анализ работы специализированного амбулаторного приема) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 2. С. 30 - 34.
6. Парфенов, В. А., Захаров, В. В., Преображенская, И. С. Когнитивные расстройства. – Ремедиум, 2014. – 192 с.