

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



НЕДЕЛЯ НАУКИ - 2017

**МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОГО
МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА С
МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**



СТАВРОПОЛЬ, 2017

УДК 61 «312»(081)
ББК 5я431
Н 42

Неделя науки 2017: материалы Всероссийского молодёжного форума с международным участием. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. - 656 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 государственного медицинского университета

В сборник вошли работы молодых ученых и студентов, посвящённые 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

ОЧЕНЬ РАННИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: КУРС НА СНИЖЕНИЕ

Абукеримова А.К., Старкова Д.С.

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

Тюменский государственный медицинский университет

Введение. Одной из важнейших проблем в акушерской практике являются преждевременные роды (далее ПР) [1,2,3,4,5], частота которых за последние несколько лет как в РФ, так и в ТО имеют тенденцию к снижению, что обусловлено правильным ведением пациенток в соответствии с этапностью оказания медицинской помощи. В развитых странах ПР составляют от 5% до 7% от всех родов, но не имеют тенденции к снижению [1,3]. А в РФ число ПР колеблется от 5 до 6,5% [6]. Уход за недоношенным ребенком требует больших финансовых затрат со стороны семьи и государства. Данные затраты сложно посчитать из-за высокой заболеваемости этих детей и неблагоприятным исходом в виде осложнений, что является частой причиной смерти детей до пяти лет, а выжившие в основном имеют отклонения в развитии [3].

Цель. Изучить частоту и структуру очень ранних ПР за 2014 и 2016 гг.

Материалы и методы. Проведено сплошное ретроспективное исследование 644 историй родов женщин, родоразрешенных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г.Тюмень), далее ПЦ, в 2016 г. и 489 в 2014 г. (уч. форма № 096/у), заключений гистологических исследований последов (уч. форма № 014/у), индивидуальных карт беременных и родильниц (уч. форма № 111/у). Для обработки материала использована программа Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты. Вследствие совокупности мероприятий проводимых в ТО, направленных на снижение частоты ПР, в 2016 г. этот показатель составил 4,4%, что ниже на 1,0% по сравнению с 2014 г. (по РФ 5-6,5%) [8].

ПР делят на очень ранние (произошли в 22-27,6 недель гестации) - 5%, ранние (в 28-33,6 недель) - 25-35% и поздние (в 34-36,6 недель) - 60-70% [7]. Обращает на себя внимание снижение числа очень ранних ПР с 2014 года - 7% до 5,7%, что приблизилось к таковому показателю в РФ – 5 %. Можно сделать заключение, что в ТО сохраняется достаточно высокое число очень ранних ПР.

ПР также делятся по характеру на самопроизвольные и индуцированные [8]. Самые частые из самопроизвольных ПР: роды начавшиеся вследствие преждевременного разрыва околоплодных вод (далее ПРПО), истмико-цервикальной недостаточности (далее ИЦН). А из индуцированных: преэклампсия, синдром задержки развития плода (далее СЗРП), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (далее ПОНРП) и др. В 2016 г. большее количество преждевременных родов перинатального центра относились к самопроизвольным — 62,3%, а 37,7% к индуцированным, в сравнении с РФ: самопроизвольные - 70-80%, а индуцированные - 20-30% [8]. При анализе причин ПР очень раннего срока выявлено, что самой частой причиной является ПРПО, так в 2014 г. - 16%, в 2016 г. - 35%, также виден рост преэклампсий с 12% в 2014 г. до 13,5% в 2016 г.. Отмечается снижение кровотечений вследствие ПОНРП и предлежанием плаценты с 16% до 11,2%. Прерывание беременности из-за экстрагенитальной патологии в этом сроке не выявлено в 2016 г., в отличие от 2014 г. В 2014 и 2016 гг. СЗРП и угрожающий разрыв матки встречались гораздо реже - 2,7%. Касательно иных причин, то они встречались реже.

Выводы. 1. В ТО в 2016 г. количество ПР снизилось на 1,0% по сравнению с 2014 годом (2016г. - 4,4%, 2014 - 5,4%), что даже ниже такового показателя по РФ 5-6,5%.

2. По сравнению с 2014 г. в 2016 году произошло снижение числа очень ранних ПР с 7% до 5,7%, что стало близким к данному показателю в РФ - 5%.

3. Самой частой причиной ПР очень раннего срока является ПРПО, который вырос в 2,2%, возросло также количество преэклампсий - 13,5% и выявилась тенденция к снижению числа ИЦН на 2,5%.

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. — 189,264 с.

2. Насирова Ф.Ж. Взаимосвязь урогенитальной инфекции с преждевременными родами / Насирова Ф.Ж., Якубова О.А., Мамаджанова М.Р. // Российский электронный медицинский журнал. — 2015. — №2 (16). — С. 107-111.

3. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ. Ноябрь 2016 г. // who.int/mediacentre/factsheets (дата обращения 23.05.2017)

4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: «ГЭОТАР-Медиа», — 2016. — 187,413 с.

5. Ртищева Е. Надо ли в России спасать детей, рождающихся на 22 неделе беременности // Доктор Питер. 18.06.2012. URL: <http://doctorpiter.ru/articles/4129> (дата обращения 1.05.2017)

6. Зиядинов А.А. Преждевременные роды: факторы риска, состояние плода и новорожденного, критерии прогноза : Автореф. дис. канд.мед.наук. — Москва, 2016. — 25 с.

7. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46> (дата обращения 21.10.2017).

8. Фаткуллин И.Ф. Эффективные практики в диагностике и терапии преждевременных родов [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.arfpoint.ru/Effektivnie-praktiki-v-diagnostike-i-terapii-prejdevremenih-rodov> (дата обращения 13.10.2017).

К ВОПРОСУ О КОНСЕРВАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (ЗАМЕЧАНИЯ К ПРОТОКОЛУ)

Адельшина И.И., Филиппов Р.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы характеризует:

- Неуклонный и неуправляемый рост частоты выполнения кесарева сечения (КС) в мире, РФ, СК как за счет первых, так и за счет повторных операций;

- Невозможность значимо снизить частоту выполнения КС за счет первой операции (максимально возможный процент снижения частоты — 5,5%, статистически — перспективно не значимое снижение);

- Увеличение показателя материнской смертности в 10 раз при выполнении КС в сравнение с вагинальными родами, частая причина — «непосредственные» осложнения операции (кровотечения, инфекция, осложнения анестезии);

- Отсутствие какого – либо влияния на показатель перинатальной смертности (в СК, по крайней мере) в настоящее время (причины ПС не устранимы выполнением КС);
- Увеличение частоты негативных для здоровья (соматического и репродуктивного) последствий КС.
- в перспективе следует ожидать дальнейшего увеличения частоты выполнения КС;
- ведущим по частоте показанием к КС с возрастанием доли в структуре показаний будет (по прежнему) рубец на матке после КС;
- значимого снижения перинатальной и младенческой смертности мы не достигнем;
- риск материнской смертности и частота негативных последствий КС будут возрастать;

резервом для снижения частоты выполнения ОКС служат только вагинальные роды у беременных с рубцом на матке после КС.

Цель исследования: Оптимизировать тактику консервативного родоразрешения беременным с рубцом на матке после операции кесарево сечение. Оценить статистическую достоверность некоторых используемых в практике критериев пренатальной оценки состояния рубца на матке после операции кесарево сечение.

Материал и методы: Ретроспективный анализ истории родов и проспективная интраоперационная оценка состояния рубца на матке после операции кесарево сечения. (1150 задокументированных случаев).

Обработка полученных данных в программе Statistica 10.0 (использование графиков «среднее с доверительным интервалом»).

В рамках программы Statistica 10.0- использование гистограмм мы использовали графики “Среднее с доверительным интервалом”.

Оценили степень достоверности критерия “Количество консервативных родов перед настоящим абдоминальным родоразрешением”. График отображает прямую зависимость между количеством самопроизвольных родов в анамнезе и вероятностью возникновения в последующем несостоятельного рубца. Чем больше количество самопроизвольных родов в анамнезе тем выше вероятность несостоятельного рубца.

Оценили степень достоверности критерия “Течение послеоперационного периода в анамнезе”. График отображает прямую зависимость течения послеоперационного периода и несостоятельность рубца. Если послеоперационный период был осложнён, то вероятность возникновения несостоятельного рубца выше.

Оценили степень достоверности критерия “По результатам УЗИ”. Мы выявили, что если по результатам УЗИ контур не ровный, то вероятность возникновения несостоятельного рубца выше. Оценили степень достоверности критерия “Структура рубца по результатам УЗИ”. Если структура неоднородная, то вероятность возникновения несостоятельного рубца выше.

Оценили степень достоверности критерия “Толщина рубца по результатам УЗИ”. Что касается данного критерия, то здесь четкой достоверности нет. В ряде случаев по результатам УЗИ толщина рубца была от 1.0-3.0 мм, что свидетельствует о его несостоятельности. Однако интраоперационно рубец был состоятельным. Это говорит о том, что на данный критерий мы полагаться не можем.

В клиническом протоколе «самопроизвольное родоразрешение пациенток с рубцом на матке после операции кесарева сечения», разработанном ФГБУ «научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ и опубликованном в журнале «Акушерство и гинекология» № 12 за 2016 г, стр. 13 – 17 приведены следующие критерии отбора.

Ведение родов возможно при:

- наличии желания пациентки;
- подписанном информированном добровольном согласии;
- одной КС в анамнезе;
- отсутствии акушерский показаний, послуживших показаниями к первой КС;

- неосложненном течении послеоперационного периода;
- регулярном наблюдении в женской консультации и наличии по результатам УЗИ толщины нижнего сегмента более 3 мм;
- локализации плаценты вне рубца;
- наличии в анамнезе самопроизвольных срочных родов;

Некоторые критерии, предлагаемые протоколом для формирования группы «консервативного родоразрешения беременных с РМОКС», должной степенью достоверности не обладают. Прежде всего, это касается результатов УЗИ, выполняемого пренатально. Оценочные для определения состояния рубца на матке ультразвуковые критерии могут быть изменены как качественно, так и количественно. Целесообразно оценивать путем УЗИ не толщину рубца на матке, а его ультразвуковую структуру и равномерность контура. При консервативном родоразрешении особого внимания заслуживают роженицы с количеством родов в анамнезе более трех.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Балашова Е. О., Можейко Л. Ф.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Серьезную проблему для практических врачей представляет лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников. В последние годы отмечается рост опухолей и опухолевидных образований яичников, причём эта патология наиболее часто встречается у женщин репродуктивного возраста, составляя 10 – 25%, от общего числа опухолей репродуктивной системы. По сведениям разных авторов, частота данной патологии во время беременности колеблется от 2% до 4%. Хирургическое лечение беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников имеет ряд особенностей в отличие от операций, проводимых у не беременных женщин.

Цель: Выявление опухолевидных образований яичников у беременных; особенности течения беременности с опухолевидными образованиями яичников; изучение течения послеоперационного периода; влияние лапароскопии на течение и исход родов.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный клинко-морфологический анализ медицинских карт стационарных пациентов и протоколов аутопсий 70 беременных с образованиями яичников. Исследование проводилось на базе УЗ Областной родильный дом г. Брест, УЗ 1-ая Городская клиническая Больница г. Минск, УЗ 5-ая Городская клиническая Больница г. Минск. В период с 2014-2016 года.

Методом диагностики являлось динамическое ультразвуковое исследование и определение содержания онкомаркера СА – 125.

Всем пациенткам проведено хирургическое лечение, методом выбора явился лапароскопический доступ, который был применён в 100% случаев. Обязательным условием при лапароскопии у беременных являются: отказ от внутриматочного манипулятора и монополярного электрода. Все пациентки прооперированы в плановом порядке, объём операции был максимально щадящим – цистэктомия.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде проводилась антибиотика терапия в 16 случаях (22,8%). Всем пациенткам назначались спазмолитики. Послеоперационный период протекал без особенностей в 100% случаев. Дальнейшее течение беременности в исследуемой группе протекало с угрозой прерывания беременности у 5 (7 %) в сроке 22 -28 недель , 8 (11,4%) в сроке 29 -33 недели и 2 (2,8%) в сроке 34 -37 нед.

Из 70 женщин оперированных по поводу кист яичников беременность закончилась самостоятельными родами в срок у 64 (91,4%)

Преждевременными родами завершились 6 (8,9%) беременности. Причинами преждевременных родов явились: отслойка центрально прилежащей плаценты.

При анализе массы рождённых детей, оценки состояния по шкале Апгар, статистически значимых различий по сравнению с детьми, рожденными женщинами без опухолей яичников, выявлено не было.

Выводы. Лапароскопический метод в хирургическом лечении беременных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников имеет ряд преимуществ: снижает травматичность операции, её продолжительность, не оказывает отрицательного влияния на течение беременности, состояние плода и новорожденного, позволяет выполнить своевременное оперативное лечение в необходимом объеме. Согласно нашим исследованиям, использование эндоскопической методики позволило снизить объем кровопотери во время операции, выраженность болевого синдрома, количество применяемых анальгетиков, продолжительность операции. Не было отмечено достоверного увеличения частоты преждевременных родов и рождения детей с низкой массой тела при выполнении хирургического вмешательства во время беременности.

Список литературы

1. Айламазян Э. К., Акушерство: учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян — 8-е изд. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2014. — 327 с.
2. Акушерство: национальное руководство / под Ред. Э. К. Айламазян., В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 916 с.
3. Бахидзе Е. В., Опухоли яичника у беременных / Е. В. Бахидзе // Журнал акушерства и женских болезней — 2011 — № 3 / том LX — С. 190 -196.
4. Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей яичников / Дамиров М.М., Бакулева Л.П., Слюсарь Н.Н. // Акушерство. и гинекология. — 1996. — № 3. — с. 49-50.
5. Сидорова И. С., Левакова С. А. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников / И. С. Сидорова, С. А. Левакова — Медицинское информационное агентство, 2006 — с. 50-53.
6. Ульрих Е. А., Опухоли яичника: клиника, диагностика и лечение /Е. А. Ульрих, А. Ф. Урманчеева, Г. Ф. Кутушева — Санкт-Петербург : Издательство Н - Л, 2012.— с. 32-40.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ

Броницкая А. Ю., Бондаренко К. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Сейчас в акушерстве отмечается стремление к увеличению частоты индукции родов, которая может достигать 20-25% [1]. Эта процедура не является безопасной, а на эффективность влияет выбор методики в каждом отдельном случае. В настоящее время приоритетным направлением является уменьшение вмешательств в организм женщины, поэтому методы подготовки к родам должны увеличивать частоту родов через естественные родовые пути в минимальные сроки и сопровождаться наименьшим дискомфортом для матери [2]. Основным компонентом успешного и безопасного ведения индуцированных родов является учет степени готовности родовых путей и особенно так называемая «зрелость» шейки матки. Чем более она подготовлена к родам, тем эффективнее будет проведена индукция родов.

Материал и методы. С целью исследования эффективности подготовки шейки матки и индукции родовой деятельности мифепристоном, динопростон-гелем (простином), амниотомией и их комбинацией у первородящих и повторнородящих был произведен ретроспективный анализ течения и исхода родов, индуцированных различными способами, у 120 женщин со сроком гестации на момент индукции 249 – 294 дня (36 – 42 недели), родоразрешенных на базе УЗ «1 ГКБ г. Минска». Для исследования использовался анализ данных историй родов, программа STATISTIKA 10, программа SPSS, а также научные литературные публикации, статистические данные, обзор интернет - источников по выбранной теме.

Результаты исследования и их обсуждение.

После анализа базы данных, составленной на основе 120 историй родов, была предложена шкала родоиндукции, основанная на методе ретроспективного научного подбора, в которой учитывались: паритет родов (1 – 0 баллов, 2 – 1 балл, 3 и более – 2 балла), возрастной состав женщин (21-25 лет – 1 балл, 26-30 лет – 0 баллов, 31-39 лет – 2 балла), срок родоиндукции (279-283 дня – 1 балл, до 279 и с 284 дня – 0 баллов), оценка шейки матки по шкале Бишоп (0 – 8 баллов), состояние матери и плода (норма – 1 балл, патология – 0 баллов).

С учетом балла по данной шкале, методом логистической регрессии нами оценивалась вероятность предсказания естественного родоразрешения индуцированных родов и их неблагоприятных исходов (КС, асфиксия плода) по 1 и 4 шагу анализа. 1 шаг учитывал такие параметры, как значение шкалы, а также 3 способа индукции и достоверно свидетельствует о том, что учет этих 4-х параметров позволяет предугадать вероятность родов *per vias naturales* в 93,6% случаев, и вероятность нежелательных исходов в 65,4%. 4 шаг показывает зависимость между шкалой и родоразрешением, и показывает эффективность предсказания КС 57,7% и нормальных родов 94,7% соответственно.

На основании ступенчатого анализа способом логистической регрессии можно вывести два уравнения для расчёта исхода родоиндукции по первой ступени анализа (4 фактора: шкала, мифепристон, протин, амниотомия) и по четвертой (с учетом только шкалы).

$$y_1 = 6.577 - 1.088 * Шк - 0.83 * Миф - 0.647 * Пр + 0.79 * Амн \quad (1)$$

y_1 - коэффициент индукции – 1;

Шк – балл по шкале;

Миф – мифепристон;

Пр – протин;

Амн – амниотомия.

$$y_4 = 4.914 - 0.88 * Шк \quad (2)$$

y_4 - коэффициент индукции – 4;

Шк – балл по шкале.

Подставляя балл по шкале в оба уравнения, получаем y_1 и y_4 для каждой исследуемой нами женщины.

Проанализировав результаты уравнений, представленные в графическом виде, можно сделать вывод, что при коэффициенте индукции ниже нуля преобладающий способ родоразрешения *per vias naturales* (исключение составили 3 случая из 94), выше нуля – кесарево сечение (исключение - 6 случаев из 26).

Анализ выделяющихся из ряда коэффициентов показал, что отягощенные состояния матери и плода (ХФПН, ХГП, первичная слабость родовой деятельности, дистресс-синдром плода) стали наиболее частыми причинами выбора кесарева сечения в качестве способа родоразрешения, и только в 4 случаях из 26 – родоиндукция не подействовала, а также был замечен потенцирующий эффект амниотомии после предшествующего приема

индуцирующих препаратов. Дважды женщины родили самостоятельно, несмотря на неготовность родовых путей при оценке по шкале.

Из вышеизложенного следует правомерный вывод о том, что при расчете вероятности самостоятельного или оперативного родоразрешения по двум вышеуказанным формулам значение y_1 и y_4 ниже 0 в 93,6% и 94,7% соответственно указывает на естественные роды, а выше 0 (65,4% и 57,7%) – на необходимость проведения планового кесарева сечения; такой низкий процент вероятности КС объясняется пока непредсказуемым усугублением состояния матери и плода, что требует дальнейшей работы в этом перспективном направлении.

Список литературы

1. Ляличкина Н.А. Эффективность подготовки шейки матки и индукции родов мифепристоном / Н. А. Ляличкина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.
2. Министерство здравоохранения и социального развития российской федерации. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение (клинический протокол). — Москва, 2012.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ГРУППЫ РИСКА У НОВорожденных в ПЕРИОД РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Великих М.В., Саумянц А.А.

Научный руководитель: доцент Кислюк Г.И.

Курский государственный медицинский университет

Состояние здоровья матери и ребенка является одним из основных демографических показателей. За последние 5 лет произошла некоторая стабилизация показателей здоровья матери и ребенка, что связано с действием национальных программ, ориентированных на решение проблем семьи, материнства и детства. Ухудшение показателей здоровья населения в целом и женщин репродуктивного периода в частности, болезни беременных, материнская и младенческая смертность, заболеваемость новорожденных являются приоритетными проблемами. Отмечены высокие показатели заболеваемости подростков и женщин фертильного возраста с инфекционной и соматической патологией, выявлена их роль в развитии патологии беременности и родов [1,2].

Наличие хронических заболеваний у женщин фертильного возраста, приводит к осложнённому течению беременности и родов, рождению детей с высоким риском реализации патологических состояний в периоде новорожденности.

Цель работы: изучение показателей здоровья женщин фертильного возраста, особенностей течения беременности и родов и состояния здоровья их новорожденных детей.

Материалы и методы: проведен анализ 95 историй родов и историй развития новорожденных детей из физиологического отделения Областного перинатального центра г. Курска в 2017 г.

Результаты исследования:

Нами определено, что большинство женщин в Курске рожают в достаточно зрелом возрасте, старше 25 лет. Средний возраст матерей составил $27,5 \pm 5,3$ года, матерей моложе 18 лет было 4 (4,2%), в возрасте 18-24 года - 22 (23,2%), 25-28 лет - 40 (42,1%) и старше 29 лет - 29 (30,5%).

Определено, что 34,7% семей в Курске имеют одного ребенка, 49,5% - двух детей, 10,5% - трех и 5,3% - четырех и более детей.

Низкая рождаемость напрямую связана с высокими показателями прерывания беременности - 33(34,7%), среди них: аборт (10,5%), выкидыш - 16,1%, замершая беременность - 0,9%, внематочная беременность - 0,9%.

Обращает на себя внимание высокая частота инфекционной патологии половых путей у женщин исследуемой группы: эрозия шейки матки, хронические кольпит, аднексит, эндометрит - 24 (25,3%), сифилис - 8 (1,9%); у 20 (21,9%) женщин обнаружено носительство инфекций, передаваемых половым путем (герпес- и цитомегаловирус, токсоплазмоз, хламидиоз и уреаплазмоз).

Частота кесаревых сечений в анамнезе матерей составила 8,9%, миомы матки - 4,0%, преждевременных родов - 3%, ранней неонатальной смертности - 1,6%, бесплодия - 3,2%, поликистоза яичников - 2,4%. Только у 26(20,9%) женщин не было отягощенного акушерского анамнеза.

При анализе показателей здоровья матерей выявлено, что из 95 женщин считают себя здоровыми только 22(23,2%).

Более чем у 65% женщин обнаружена различная инфекционная патология: инфекция половой сферы - у 24 (25,3%), у 47 (49,5%) - хронические соматические заболевания (пиелонефрит, цистит - у 26 (27,4%), ЛОР патология - у 7 (7,5%), гастриты, гепатиты - у 12 (12,6%), бронхит и миокардит - по 1 (1,1%). Причем у 4,5% матерей регистрировались два и более инфекционно-воспалительных заболевания. У 20% матерей выявлена различная экстрагенитальная патология: бронхиальная астма, ожирение, миопия, вегетососудистая дистония и проч.

Физиологическое течение беременности мы обнаружили только у 4(1,3%) матерей, у остальных 98,7% выявлены различные патологические состояния: инфекционная патология - 77,2% (пиелонефрит, инфекция половых путей: кольпиты, амниониты, плацентиты, сифилис, микоплазмоз, уреаплазмоз, токсоплазмоз, ЛОР-патология, ОРЗ); на втором месте - хроническая фетоплацентарная недостаточность, патология плаценты (низкая плацентация, предлежание, инфаркты, преждевременное старение плаценты) - 68%, токсикозы - 47,1%, анемия - 25,9%. У 50,8% матерей имело место сочетание инфекционной патологии и состояний, приводящих к развитию ФПН.

Патологическое течение беременности у 98,7% матерей сочеталось с патологическим течением родов (кесарево сечение - 21,5%, акушерские пособия в родах - 3,2%, быстрые роды - 35,1%, затяжные роды - 12,7%, дискоординация родовой деятельности - 12,3% и проч.).

Среди всех новорожденных физиологическое течение периода ранней неонатальной адаптации было у 26,1%. Более 60% детей наблюдались в группе риска по развитию церебральной ишемии и 75,2% - в группе риска по внутриутробному инфицированию (ВУИ).

Выводы:

1. Низкие показатели здоровья женщин фертильного возраста: у 63,7% отмечен высокий инфекционный индекс (инфекция половой сферы, хронические инфекционные заболевания, ЛОР-патология, носительство инфекций, передаваемых половым путем - 22%); экстрагенитальная патология - у 20%, отягощенный акушерский анамнез - у 72% матерей.

2. Патологическое течение беременности выявлено у подавляющего большинства матерей, среди них: инфекционные заболевания - 77,2%, фетоплацентарная недостаточность - 68,0%, токсикозы - 47,1%, анемия - 25,9%. У половины матерей имело место сочетание инфекционной патологии и состояний, приводящих к развитию ФПН.

3. Высокие показатели патологического течения родов (кесарево сечение - 21,5%, акушерские пособия в родах - 3,2%, быстрые роды - 35,1%, затяжные роды - 12,7%, дискоординация родовой деятельности - 12,3% и проч.).

4. Среди всех обследованных только 22,3% матерей и 26,1% новорожденных можно считать практически здоровыми. Среди обследованных детей 63,9% наблюдались в группе риска по развитию церебральной ишемии и 75,2% – в группе риска по ВУИ.

Список литературы

1. Цхай А.Б. Перинатальное акушерство: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007: 45 с.
2. Новости реализации ПНП «Здоровье». О программе мероприятий, направленных на снижение материнской и младенческой смертности — <http://bibliomed.ru/news/project.html?id=356>

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ

Волоцкая Н.И., Недожий П.П.

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

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

Введение. Эндометриоз яичников является распространенным заболеванием в структуре гинекологической патологии. Общеизвестно, что заболеваемость наружным генитальным эндометриозом, включая эндометриоз яичников, имеет устойчивую тенденцию к росту. Особенности локализации, высокая частота рецидивов, снижение овариального резерва, приводящее к бесплодию [1], подтверждает актуальность проблемы. Наиболее точным и значимым методом оценки овариального является ультрасонография, позволяющая исследовать структуру яичника, провести морфометрию, оценить состояние фолликулярного аппарата [2]. Также, функциональную активность репродуктивной системы можно оценить путем определения антимюллера гормона в сыворотке крови [3].

Цель. Определить овариальный резерв у женщин после оперативного лечения эндометриоза яичников.

Материалы и методы. Обследование 60 пациенток, возрастом 20 – 40 лет, проводили на базе ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2» в гинекологическом отделении, за период 2016 – 2017 г. Для оценки овариального резерва определяли уровень антимюллера гормона в сыворотке крови на 4-й день овариально-менструального цикла, затем при трансвагинальном ультразвуковом исследовании исследовали эхоструктуру яичников, проводили морфометрию с измерением их объема, производили подсчет антральных фолликулов диаметром 2-9 мм. Статистический анализ проводили согласно общепринятым методам, используя программное обеспечение Microsoft Office Excel 2016. Различия считались статистически достоверными при определении вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты. При обследовании установлена преимущественная локализация эндометриозных кист – в 38 случаях (63,3%) в левом яичнике, у 22 женщин (36,7%) в правом. Сформировано 2 группы пациенток, по 30 в каждой, проведено оперативное лечение. В первой группе лечение осуществлялось путем энуклеации гетеротопных образований, во второй группе проводилась частичная резекция яичника в сочетании с предоперационной и послеоперационной гормональной терапией. Уровень антимюллера гормона ниже 0,1 нг/мл определен у 16 (53,3%) пациенток, перенесших резекцию. В этой же группе, у 21 (70%) выявлено уменьшение объема яичников,

суммарно <50 мм, снижение количества антральных фолликулов <10. После энуклеации гетеротопных эндометриоидных образований, уровень антимюллера гормона оставался в допустимых пределах нормы. Снижение овариального резерва по данным ультразвукографии выявлено у 4 (13,3%).

Выводы. В результате исследования у женщин, перенесших частичную резекцию яичника, установлено достоверное снижение показателей овариального резерва на 56%, по сравнению с группой, в которой проводилась энуклеация эндометриоидных кист. Также выявлено, что уровень антимюллера гормона в сыворотке крови снижен только в группе женщин после резекции, в то время, как после проведенной энуклеации гетеротопных образований показатели остаются в допустимых пределах нормы.

Список литературы.

1. Боярский К.Ю. Фолликулогенез и современная овариальная стимуляция (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2002. – №8(3). – С.43-49.
2. Зенкина В.Г. Оценка овариального резерва у женщин в позднем репродуктивном периоде // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 4. – С. 85-86.
3. Назаренко Т.А., Мишиева Н.Г., Фанченко Н.Д. Роль антимюллера гормона в оценке овариального резерва // Проблемы репродукции. – 2005. – №6. – С.26-30.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, АССОЦИИРОВАННОЙ ТОРСИОННЫМ СКОЛИОЗОМ

Галиева Г.Д., Черкашина Н.А., Илясов К.А.

Научные руководители: д.м.н. профессор Скрыбин Е.Г.,

д.м.н. доцент Шевлюкова Т.П.

Тюменский государственный медицинский университет

Среди симптомов заболеваний позвоночника у беременных наименее изученными являются экстравертебральные проявления, к которым относятся патология сочленений таза и непосредственно тазового кольца. В отечественной медицинской литературе достаточно полно представлена информация о клинически узком тазе, симфизите и послеродовых разрывах лонного сочленения. Сведения же о влиянии заболеваний позвоночника у беременных на сочленения таза и формирование структуральных деформаций тазового кольца отсутствуют.

Цель: изучить состояние сочленений таза и тазового кольца у беременных женщин, страдающих сколиозом I-IV степени тяжести.

Материалы и методы: Клиническим материалом для исследования послужили результаты динамического наблюдения и лечения 146 беременных со сколиотической деформацией позвоночного столба. Возраст исследуемых беременных обеих групп был от 19 до 32 лет. Срок гестации у всех женщин соответствовал третьему триместру.

Результаты и их обсуждение: Боли в позвоночнике беспокоили 71% беременных. Легкая степень выраженности алгического синдрома была отмечена у 67,3% женщин, средняя у 30,8%, тяжелая у 1,9%. Нарушение функции позвоночника отмечено у 67% исследуемых. Болезненность позвоночника при пальпации отмечена у всех 146 (100%) беременных. Чаще других страдал поясничный отдел позвоночника – 83% случаев. Болезненность грудного и шейного отделов выявлена реже – в 12% и в 5% случаев соответственно.

Для объективной диагностики деформаций позвоночника у беременных использовали устройство для безопасной способ диагностики сколиоза у беременных женщин – муаровая топография. Результатом исследования являлось получение муаровой

картины, несущей объективную информацию о характере и степени тяжести сколиоза. Для распределения беременных по степени тяжести сколиотической деформации использовали классификацию В.Д. Чаклина с соавторами (1974). Сколиоз был представлен: деформация I степени – 49,3% случаев; деформация II степени – 35,6%; деформация III степени – 14,4%; деформация IV степени – 0,7% наблюдений.

По основному этиологическому фактору были выделены следующие формы сколиоза: идиопатический – 80,2% случаев; диспластический – 16,4%; неврогенный – 2,0%; врожденный – 1,4% наблюдений. При обследовании функционального состояния позвоночного столба было установлено, что у 127 беременных основной группы функция позвоночника страдала, при этом преобладал гипомобильный вариант нарушения функции (111 (87,4%) человек) над гипермобильным (16 исследуемых)

Вывод: В объединении усилий акушеров-гинекологов, ортопедов-травматологов и неврологов скрыт большой резерв в ранней диагностике указанных нарушений и их немедикаментозной коррекции. Своевременно принятые меры способны оказывать благоприятное воздействие на течение гестационного периода, избавляя женщин, прежде всего, от болей в позвоночнике и сочленениях таза.

Список литературы:

1. Егорова Н.А., Марахина С.А. особенности течения и ведения беременности и родов при тазовом предлежании / Н.А. Егорова, С.А. Марахина// Международный студенческий научный вестник. 2016. № 2. С. 45.

2. Скрыбин Е.Г. Клиника, диагностика и лечение диспластических и дегенеративно-дистрофических заболеваний грудного и поясничного отделов позвоночника у беременных и родильниц: дисс. докт. ... мед. наук / Е.Г. Скрыбин; Курган, 2005. – 345 с.

ИЗУЧЕНИЕ ДАЛЬНЕЙШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ СОХРАНЕНИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Гарифуллина Г.И., Нигметзянова К.М.

Научный руководитель: Гибадуллина Ф.Б.

Башкирский государственный медицинский университет; Городская клиническая
больница №8

Введение: В последние годы проблема внематочной беременности вновь стала актуальной для медицинской общественности. Наблюдается увеличение числа случаев внематочной беременности, что объясняется ростом воспалительных процессов женских половых органов преимущественно хламидийной и гонорейной этиологии, увеличением количества оперативных вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличением числа женщин, использующих внутриматочные спирали в качестве метода контрацепции, ростом числа беременностей, полученных путем экстракорпорального оплодотворения. Изучить детородную функцию после операции по поводу внематочной беременности (ВБ), при которой маточная труба была сохранена.

Материалы и методы: на базе гинекологического отделения МУ ГКБ №8 (Республика Башкортостан, г. Уфа) был проведен анализ историй болезни 119 женщин репродуктивного возраста с внематочной беременностью, а также их анкетирование. Результаты: В современном мире проблема внематочной беременности актуальна для медицинской общественности и населения в целом. Этому факту можно дать противоречивое объяснение.[3] Печальная статистика внематочной беременности:

количество рецидивов составляет 15%, при этом 30% женщин, перенесших операцию по прекращению внематочной беременности, никогда не смогут иметь детей, и лишь 60% имеют шанс снова забеременеть. Для нормального протекания беременности необходимо, чтобы оплодотворенная яйцеклетка вышла из маточной трубы и прикрепилась к внутренней стенке матки. Затем она начинает делиться и формировать эмбрион. Полость матки служит местом для развития и усовершенствования эмбриона. Сейчас существуют методы, которые позволяют сохранить маточную трубу, когда имеются благоприятные условия, если сделать лапароскопическую операцию. То есть, удаляют плод и его оболочки при помощи специальных инструментов, вводимых через небольшие проколы в брюшной стенке.

Результаты анкетирования показали, что 69% женщин смогли забеременеть после ВБ с сохранением трубы, а 31% не смогли. Это говорит о том, что дальнейшая беременность возможно, но при условии если женщина будет наблюдаться у гинеколога, правильно питаться, бережно к себе относиться, чтобы организм полностью восстановился. Из 82 женщин 8 смогли забеременеть через 2-3 месяца, 30 женщин через пол года, 25 женщин через год, а 19 женщин через 2-3 года. Эти данные говорят о том, что организм женщины не способен полностью не восстановившись работать полноценно. Из 82 женщин 11 женщин забеременели с 1-го раза, 56 женщин со 2-го раза, 14 женщин с 3-го раза, а 1 женщина с 4-го раза. У 28% женщин ВБ повторилась, а у 72% не повторилась. 10 женщин ответили, что у них не было гинекологических заболеваний, у 13 был «выкидыш», у 32 медицинский аборт, а 6 женщин имели воспалительные заболевания.

Заключение: Для прерывания трубной беременности используют разные методы. Если такая беременность обнаружена достаточно рано, то возможно сохранение трубы целостной. Иногда используют деликатное хирургическое вмешательство - введение концентрированного раствора глюкозы в просвет трубы через эндоскопический аппарат. Повторные трубные беременности встречаются нечасто. Необходимо лечение "причинных" заболеваний. После хирургической операции на трубе иногда требуется восстановление ее проходимости, устранение спаек. Даже если удалены обе трубы (к сожалению, бывает и так), то надежду на рождение малыша дает экстракорпоральная фертилизация. Таким образом, исходя из результатов исследования в сопоставлении с данными литературы, необходимо отметить, что большинство женщин смогли забеременеть (69%). Самыми частыми причинами беременности со 2-го раза были спайки трубы, выкидыши, аборт, воспалительные заболевания. Повторная ВБ имело место в 28%. В заключение следует сказать, чтобы женщины перед зачатием ребенка прошли полное обследование у гинеколога, а также беременность после лапароскопии с большей долей вероятности наступает в течение 6 месяцев, но при этом женщины в течение этого времени должны проходить реабилитацию.[5] Вместе с тем, зачать ребеночка после внематочной беременности вполне возможно - все зависит от состояния здоровья женщины, ее желания, ответственности и готовности соблюдать все предписанные в этом случае правила. Если точно исполнять все предписания врача и полностью завершить курс лечения, то очень велика вероятность благополучного оплодотворения, правильного протекания беременности и рождения здорового ребенка.

Список литературы:

1. Адамян Л.В., Зурабиани З.Р., Козаченко А.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Сборник научных трудов. 2013. - С. 533 - 556.
2. Азиев О.В. Лечение трубной беременности лапароскопическим доступом: Дис.канд. мед. наук. -М., 2012. 153 С.
3. Анчабадзе И.В. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма при эктопической беременности: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2014. -25 С.

ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ. ВЫЯВЛЕНИЕ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И ВЫБОР ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Говорунова Е.В., Сверчинская А.А., Кухарев Д.Ю.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Савицкая В.М.
Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Термин «дисплазия» был предложен J.W. Reagan в 1953 г. Под дисплазией понимается такой патологический процесс, при котором в толще покровного эпителия шейки матки появляются клетки с различной степенью атипии (нарушение дифференцировки клеток) с последующим изменением слоистости эпителия [1]. Каждый год в мире первично диагностируются около 30 млн случаев CIN [2,4]. В статье представлены результаты исследования клинических и патогистологических показателей с целью определения частоты встречаемости, значимых факторов риска и тактики ведения беременных женщин с эпителиальной дисплазией шейки матки.

Материал и методы исследования. В ходе исследования на базе УЗ «1-ая ГКБ» г. Минска был проведен ретроспективный анализ 45 историй родов и амбулаторных карт пациента.

Результаты и обсуждения. В результате нашего исследования цервикальная интраэпителиальная неоплазия шейки матки была обнаружена как на фоне визуальных изменений шейки матки (56,6%), так и при отсутствии визуальных патологических изменений влагалищной части шейки матки (43,4%). Возраст исследуемых женщин колебался от 20 до 42 лет, средний возраст составил 27,7 лет.

В нашем исследовании частота встречаемости дисплазий в исследуемой группе выглядела следующим образом: CIN I – 52,3 %; CIN II – 36,6%; CIN III – 11,1%.

Основными факторами риска развития дисплазии и инвазивного рака шейки матки являются: вирусные инфекции (вирус папилломы человека и вирус простого герпеса); ранее начало половой жизни и ранние беременности; множество родов в анамнезе; частая смена половых партнеров и наличие партнеров из группы социального риска; иммунодефицитные состояния; курение; низкий социально - экономический статус; наличие в анамнезе диспластических изменений вульвы или влагалища; продолжительный прием КОК. Кроме вышеописанных факторов риска в развитии дисплазии и рака шейки матки обсуждается значение генетической предрасположенности, а также ассоциация диспластических изменений с бактериальным вагинозом. В генезе CIN подтверждена роль абсолютной и относительной гиперэстрогении.

В нашем исследовании результаты выглядели следующим образом: наличие вирусного поражения шейки матки было установлено у 34,4 % пациенток, из них ВПЧ – 67 %, ВПГ – 17 %, ВПЧ+ВПГ – 43%. У пациенток также были выявлены такие урогенитальные инфекции, как хламидиоз (4,8%), уреаплазмоз и микоплазмоз (5,9%), бактериальный вагиноз (7,8%) случаев. При изучении анамнеза было выявлено: раннее начало половой жизни (до 18 лет) – 8,5%; хронический цервицит – 45,8%; кольпит – 42,6 %; эрозия шейки матки – 18,2%; миома матки – 9,2%; кондиломы вульвы – 6,4 %; аднексит – 17,5%; эндометриоз – 3,7%; РДШМ – 10,7% случаев.

Выбор метода лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии (CIN) шейки матки основывался на сопоставлении результатов клинических, кольпоскопических и морфологических исследований и зависел от сущности выявленного патологического процесса, его распространенности в пределах шейки матки, возраста пациентки, состояния менструальной и репродуктивной функций, сопутствующих заболеваний и срока гестации.

Выводы

1. По частоте встречаемости дисплазий у обследуемых пациенток выявлено преобладание CIN I и CIN II (CIN I– 52,3% и CIN II 36,6%), что свидетельствует о

необходимости проведения более углубленного обследования и в дальнейшем своевременной диагностики патологии шейки матки.

2. Основными факторами риска развития дисплазии шейки матки у беременных явились: вирусное поражение шейки матки, возраст старше 35 лет, воспалительные заболевания женских половых органов; наличие визуальных изменений шейки матки (описанных выше).

3. Нужно разделить ВПЧ-инфекцию и ВПЧ-ассоциированное заболевание и определить риск его прогрессии. В основном все методики выявления ДНК ВПЧ наделены очень высокой (95–100 %-ной) диагностической чувствительностью. Качественное определение ДНК ВПЧ не позволяет прогнозировать течение инфекции, поэтому имеет неопределенную клиническую значимость. Прогностическая ценность основного цитологического метода с возрастом снижается, тогда как ценность ВПЧ-тестирования с возрастом повышается.

4. Цитологическое обследование это классический скрининговый метод выявления изменений эпителия шейки матки и цервикального канала. Этот метод удовлетворяет всем требованиям к скринингу, предъявляемым ВОЗ. Для женщин старше 30 лет рекомендуется сочетание цитологического исследования и ДНК ВПЧ тестирования.

Список литературы

1. Воробьев А. В., Протасова А. Э. Общие вопросы скрининга // Практическая онкология. — 2010. — Т. 11, № 2. — С. 53–59.
2. Киселев В.И., Киселев О.И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки.— М., 2003.— 90 с.
3. Сухих Г.Т., Прилепская В.И. Профилактика рака шейки матки.— М.: МЕДпрессинформ, 2012.— 192 с.
4. Chabner B.A., Lynch T. J., Longo D.L. Harrison's Manual of Oncology.— New York: McGraw-Hill Medical, 2011.— 656 p.
5. Wentzensen N., Wacbolder S., Kinney W. Human Papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer // JNCI.— 2011.— Vol. 103, N 3.— P. 1–16.

ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Гражданкина А. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Проблема лечения гипотиреоидных состояний актуальна для акушерской практики, так как от эффективности её решения зависит исход беременности и повышение здоровья нации [5].

Цель исследования – доказать необходимость непрерывной терапии гипотиреоза левотироксином для профилактики осложнений беременности и родов.

Материалы и методы: индивидуальные карты беременных и родильниц, клинические рекомендации.

Проведено ретроспективное исследование на базе ООПЦ 169 индивидуальных карт беременных и родильниц, страдающих гипотиреоидным состоянием. Характер патологии установлен эндокринологом с определением концентрации ТТГ и тиреоидных гормонов до беременности.

Результаты исследования. Дефицит тиреоидных гормонов приводит к изменениям синтеза, транспорта и эффектов половых гормонов. При длительном дефиците гормонов

щитовидной железы (далее ЩЖ) повышается уровень пролактина, что в последствии приводит к бесплодию, обусловленному хронической ановуляцией[1]. У 11 женщин беременность наступила в результате ЭКО. Перинатальные потери в анамнезе имеются у 4% женщин (n=6).

Гипотиреоз оказывает серьезное влияние на течение беременности - потребность в тиреоидных гормонах увеличивается на 30 – 50% в связи с перераспределением йода.

Среди акушерских осложнений на фоне гипотиреоза описаны задержка внутриутробного развития плода, гестационная гипертензия, преждевременная отслойка плаценты. Нарушение трофической функции плаценты, проявляющееся задержкой внутриутробного развития плода, выявлено в 17 случаях, в 12 случаях гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия развилась у 17 женщин (2 – тяжелой степени).

В ходе анализа было выявлено, что лишь 4 родов были физиологическими. В 45% случаев (n=76) родоразрешение производилось путем кесарева сечения, показаниями к которому послужили декомпенсация сахарного диабета, клинический узкий таз (крупный плод), тяжелая преэклампсия, аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и рубец на матке. В 55% случаев роды были самостоятельными, но осложнились кровотечением в послеродовом периоде у 8 женщин, объем кровопотери составил от 500 до 1200 мл.

Тироксин и трийодтиронин регулируют процессы развития, созревания тканей и имеют большое значение для закладки и развития головного мозга плода, роста и созревания скелета, формирования интеллекта ребенка. Ребенок от матери с гипотиреозом так же может иметь недостаточность функции ЩЖ, что проявляется крупной массой тела (более 4000г), поздним отпадением пуповинного остатка, сонливостью[5]. Из всех новорожденных 18% (n=30) родились с массой более 4000г, что дает возможность заподозрить у них врожденный гипотиреоз, который необходимо подтвердить в рамках неонатального скрининга.

Принимая во внимание, что патология ЩЖ широко распространена среди женщин репродуктивного возраста, важно обнаружить даже незначительные отклонения в её функции у больных с нарушениями репродуктивной функции, бесплодием, планирующим беременность, в том числе, проведение программы ЭКО.

Диагноз гипотиреоза должен быть подтверждён гормональным обследованием. Согласно рекомендациям Американской тиреоидной ассоциации, референсными значениями уровня ТТГ во время беременности следует считать для I триместра 0,1–2,5 мЕд/л, для II триместра 0,2–3 мЕд/л, для III триместра 0,3–3 мЕд/л.

При явном первичном гипотиреозе содержание в крови свободного Т4 не превышает 10 мЕд/л, свободного Т3 4 мЕд/л, концентрация ТТГ повышена более 10 мЕд/л[4].

При субклиническом гипотиреозе содержание гормонов не выходит за пределы физиологических колебаний, тогда как концентрация ТТГ повышена от 4 мЕд/л до 10 мЕд/л[3]. Повышение уровня ТТГ весьма чувствительный маркер первичного гипотиреоза, измерение его уровня считается наилучшим способом диагностики гипотиреоза. Динамическую оценку функции ЩЖ проводят каждые 8 недель.

Таким образом, обязательным условием при планировании беременности является комплексная оценка функции ЩЖ, как одного из важнейших органов, обеспечивающих оптимальные условия для осуществления репродуктивной функции.

Следует отметить, что гипотиреоз в большинстве случаев является хроническим заболеванием, требующим постоянной заместительной терапии аналогами гормонов ЩЖ. Дозировку подбирает врач – эндокринолог индивидуально путем титрования для достижения наиболее эффективной и безопасной.

Проанализировав результаты и стандарты лечения мы пришли к выводу, что женщинам, страдающим гипотиреозом до начала беременности необходимо продолжать принимать Левотироксин, который значительно снижает вероятность появления акушерских и эндокринологических осложнений.

Список литературы:

1. Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., Дедов И.И. Заболевания щитовидной железы во время беременности: диагностика, лечение, профилактика: пособие для врачей / Московская мед. акад. им. И.М.Сеченова. - М.:ИнтелТек, 2003. - 48 с.
2. Клинические рекомендации Европейской тиреологической ассоциации по лечению субклинического гипотиреоза во время беременности и в детском возрасте. 2014 год.
3. Клинические рекомендации Американской тиреотидной ассоциации по диагностике и лечению заболеваний щитовидной железы во время беременности и в послеродовом периоде. 2017 год.
4. Клинические рекомендации Европейской тиреологической ассоциации по использованию комбинированной терапии тироксином и трийодтиронином в лечении гипотиреоза. 2012 год.

ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Данькина В.В., Данькин К.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность. Пузырный занос – это доброкачественное патологическое изменение роста и дифференцировки трофобласта, что является результатом патологического оплодотворения, при котором ворсинки хориона превращаются в пузырьки, заполненные прозрачной жидкостью. Для пузырного заноса характерны следующие изменения ворсин хориона: пролиферация синцитио- и цитотрофобласта; отек, ослизнение и исчезновение сосудов стромы. При полном пузырном заносе подобные изменения захватывают все плодное яйцо, элементы эмбриона отсутствуют. При частичном пузырном заносе изменения трофобласта носят очаговый характер, могут сохраняться элементы эмбриона или плода [2]. Полному пузырному заносу в 90 % случаев присущ кариотип 46XX, в 10 % — 46XY, причем все хромосомы отцовские. Такой кариотип образуется при оплодотворении яйцеклетки, не содержащей или имеющей повреждения ядра. При частичном пузырном заносе наблюдается триплоидия 69XXX, 69XXY или 69XYU. Дополнительный набор хромосом имеет отцовское происхождение. Доминирующий контингент пациенток – женщины репродуктивного и трудоспособного возраста, кроме того актуальность данной проблемы обусловлена агрессивным течением, что ассоциируется с беременностью. В любом случае плод погибает. Частота заболевания на сегодня колеблется от 1:1200 до 1:1500 [1] и, к сожалению, прогрессивно увеличивается.

Цель исследования. На основе современных данных литературы, макро - и микроскопического исследования оценить патогенез, современные методы диагностики и лечения пузырного заноса.

Материалы и методы. Проанализировано 58 случаев пузырного заноса. Использовались данные из анамнеза заболевания и жизни, лабораторные, инструментальные (УЗИ, рентгенография) и специфические методы исследования.

Результаты исследования. Пузырный занос клинически проявлял себя такими симптомами: задержкой менструации, кровянистыми выделениями, особенностью которых было наличие „светлых” промежутков и отсутствие терапевтического эффекта даже от кюретажа полости матки; болями внизу живота, которые нарастали с прогрессированием болезни; ранним или поздним гестозом. У ряда больных пациенток также диагностировано появление болей в грудной клетке, кровохарканье и кашель, что свидетельствовало о наличии легочных метастазов. Часть пациенток беспокоили головная

боль, снижение зрения, появление парезов, свидетельствующие о возможных метастазах в головной мозг. В анамнезе отмечалось наличие самопроизвольных аборт и перенесенных ранее пузырных заносов (риск возникновения пузырного заноса увеличивается). При бимануальном исследовании выявлялось несоответствие размеров матки сроку беременности, консистенция матки была тестообразная, плотноватая или эластичная. В больших сроках не пальпировались части плода и не выслушивалось его сердцебиение, отсутствовали движения плода. Важным методом в диагностике данной патологии было выявление уровня хорионического гонадотропина (ХГЧ) и трофобластического β -глобулина, который даже при низких концентрациях ХГЧ давал возможность выявить потенциально прогрессирующие формы заболеваний трофобласта. По данным УЗИ визуализировали увеличенную матку, отсутствие эмбриона, наличие в полости матки гомогенной мелкокистозной ткани. При неполном пузырном заносе выявляли эмбрион с признаками отставания в развитии и очаговый отек ворсин хориона. Инвазивный пузырный занос проявлялся дефектами контуров стенок полости матки. Также на УЗИ чаще, чем при бимануальном исследовании, определяли наличие двусторонних лютеиновых кист яичников. Диагноз подтверждался гистологическим исследованием удаленного соскоба из полости матки. Все пациентки наблюдались и, при необходимости, получали специфическое лечение, в течение года.

Выводы. Таким образом, пузырный занос – это состояние, сопровождающееся пролиферацией трофобласта в полости матки. Это распространенное заболевание генетической патологии, которое встречается преимущественно у женщин в возрасте до 30 лет и способно прогрессировать в злокачественные формы. Своевременная диагностика и адекватное лечение пузырного заноса позволит существенно уменьшить количество онкогинекологических заболеваний среди женщин, сохранить репродуктивный потенциал женщины с возможностью последующей нормальной беременности.

Список литературы.

1. Айламазян, Э. К. Гинекология: учебник / Э. К. Айламазян. - СПб.: СпецЛит. - 2008. С. 298-304.
2. Гинекология: учебник / Л.Н. Василевская [и др.]. - 5-е изд. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - С. 332-339.

ФАКТОРЫ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Данькина В.В., Данькин К.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Актуальность. Преждевременные роды являются актуальной проблемой современного акушерства, так как определяют уровень перинатальной смертности и заболеваемости [2]. Анамнестические данные и клинические проявления не всегда на достаточном уровне позволяют своевременно прогнозировать преждевременные роды. Все это указывает на необходимость изучения проблемы преждевременных родов, поиска новых подходов к прогнозированию [1].

Цель исследования. Изучить факторы угрозы преждевременных родов в исследуемой группе женщин.

Материал и методы. Проведено исследование у 40 женщин, беременность которых осложнилась угрозой преждевременных родов в сроке 22 – 36 недель.

Результаты исследования. Клинико-статистический анализ состояния соматического здоровья женщин показал, что в группе чаще встречались сердечно-сосудистая патология, включая вегетососудистые дистонии 35,0 % из 100 %. У большинства женщин беременность протекала на фоне железодефицитной анемии различной степени тяжести – 37,5 % случаев. В структуре гинекологической заболеваемости чаще встречались неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов, включая эрозии шейки матки 32,5 %. Установлен паритет родов, соотношение первородящих к повторнородящим: 45,0 % до 55,0 %. Отягощенный акушерский анамнез (медицинские, самопроизвольные выкидыши) был у первородящих – 20,0 % и в повторнородящих – 32,5 %. Преждевременные роды в анамнезе у 12,5 % женщин. Течение беременности у 42,5 % исследуемых женщин осложняется угрозой прерывания беременности в первом триместре. Симптоматика угрозы преждевременных родов была у всех наблюдаемых пациенток.

Выводы. Установлены основные факторы риска преждевременных родов: неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов, угроза прерывания беременности в первом триместре. Данная группа беременных женщин является группой риска по невынашиванию беременности, у которых необходимо исследовать специфические маркеры преждевременных родов.

Список литературы.

1. Макаров О. В., Бахарева И. В., Кузнецов П. А., Романовская В. В. Современные подходы к прогнозированию преждевременных родов // Рос. вестник акушерства и гинекологии. - 2007. - № 7. - С. 10–15.
2. Сидельникова В. М., Антонов А. Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. М.: Геотар-Медицина. - 2006. - С. 192–206.

ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ВТОРОГО УРОВНЯ

Дмитриев С.Н., Глушич С.Ю., Яргина А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кесарево сечение (КС) – родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке. В последние десятилетия доля родов, прошедших с применением операции кесарева сечения, значительно возросла. По последним данным почти каждый 5 ребенок в мире рождается путем КС [1]. Удельный вес его варьирует в разных странах и зависит от уровня учреждения, социальных и акушерских традиций [2]. Еще в 1985 году Всемирная организация здравоохранения предположила идеальный показатель для частоты выполнения КС, который в норме должен составлять 10-15 процентов от всех рождений. Дальнейшее повышение его не влияет на перинатальную заболеваемость и смертность. Несмотря на широкое распространение и кажущуюся техническую простоту КС следует относить к разряду сложных оперативных вмешательств с высокой частотой интра- и особенно послеоперационных осложнений - 3,3%-54,4%, которые связаны в том числе и с техникой вмешательства [3]. Поэтому, ряд экспертов считают, что КС необходимо выполнять лишь в тех случаях, когда естественные роды представляют опасность для жизни и здоровья роженицы или ребенка. Исходя из изложенного выше, мы провели исследование, направленное на выявление резерва для его снижения операций КС.

Целью исследования было изучить структуру операций КС в условиях перинатального центра второго уровня и выявить резерв для его снижения.

Материал и методы. Анализировался годовой отчет акушерских отделений Центральной городской клинической больницы №6 г. Донецка за 2016 год. Все пациентки с КС ретроспективно были разделены на первую группу, которым была выполнена операция КС 1 и 2 категории ургентности и вторую группу, которым была выполнена операция КС 3 и 4 категории ургентности. Статистическая обработка данных проведена в пакете лицензионной программы «Медстат» с расчетом удельного веса признака и доверительного интервала (ДИ). Различие признаков определялось с по критерию Фишера при уровне значимости $p=0,05$.

Результаты и обсуждение. Процент операций КС за анализируемый период составил 22,8% (ДИ 20,4-25,3%) и статистически не отличался от такового за период 2015 года – 21,0% (ДИ 18,6-23,5%) ($p>0,05$). Согласно последним оценкам средний глобальный уровень КС составляет 18,6%, в пределах от 6,0% до 27,2% в наименее развитых и более развитых регионах, соответственно. Самые низкие показатели КС наблюдаются в Африке (7,3%), а более конкретно - в Западной Африке (3%). Самые высокие показатели КС обнаружены в Латинской Америке и странах Карибского бассейна (40,5%), в Южной Америке (42,9%) [1]. Столь значительное увеличение удельного веса КС в структуре родов связано в первую очередь с расширением показаний к выполнению этой операции, а также с улучшением условий операции – возможностью применения антибиотиков, возможностями анестезии и переливания крови, улучшения качества шовного материала.

КС выполняется по различным показаниям. В основу классификации его по категории ургентности (от первой до четвертой) положены угроза для жизни матери и плода и лимит времени [4]. В нашем исследовании по категориям ургентности операции распределились следующим образом: 1 и 2 категория ургентности (первая группа) – 49,6% (ДИ 43,5-55,7%), 3 и 4 категория ургентности (вторая группа) – 50,4% (ДИ 44,3-56,5%). Роды состоялись срочные у 92,1% (ДИ 86,7-96,2%) пациенток первой группы и у 99,2% (ДИ 96,9-100,0%) пациенток второй группы ($p>0,05$). Количество регионарных анестезий в первой группе было в 7 раз ниже, чем во второй – 3,2% (ДИ 0,8-7,0%) и 22,7% (ДИ 15,8-30,4%) ($p<0,05$). А вот продолжение антибактериальной терапии в послеоперационном периоде встречалось достоверно чаще в первой группе пациенток – 57,1% (ДИ 48,4-65,7%), чем во второй – 35,2% (ДИ 27,1-43,7%) ($p<0,05$). Та же закономерность отмечается и для количества детей, родившихся в состоянии легкой асфиксии как на первой – 11,9% (ДИ 6,8%-18,2%) и 1,6% (ДИ 0,1-4,5%), так и на пятой минутах – 4,0% (ДИ 1,3-8,1%) и 0,0% (ДИ 0,0-1,5%) ($p<0,05$).

В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению на первом месте стоит вторичное КС (по поводу рубца на матке) – 22,8% (ДИ 17,9-28,2%), на втором – тазовое предлежание плода – 11,8% (ДИ 8,1-16,1%), преэклампсия тяжелой степени явилась показанием в 9,4% случаев (ДИ 6,2-13,3%), дистресс плода, отслойка нормально расположенной плаценты и соматическая патология в 8,1% (ДИ 3,6-23,1%), 7,1% (ДИ 4,3-10,6%) и 5,5% (ДИ 3,0-8,6%) соответственно. Таким образом, в показаниях к операции КС лидируют ситуации, относящиеся к 3 и 4 категории ургентности и не представляющие непосредственной угрозы для жизни матери и плода.

Заключение. Для операций КС первой и второй категории ургентности является характерным более частое рождение детей с асфиксией легкой степени, более длительное применение антибиотиков в послеоперационном периоде и более редкое использование регионарной анестезии. Резервом для снижения удельного веса кесарева сечения в родоразрешении являются роды с рубцом на матке и роды в тазовом предлежании плода.

Список литературы:

1. Betrán A.P. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014 // A.P. Betrán, J. Ye, A.B. Moller, J. Zhang, A.M. Gülmezoglu, M.R. Torloni // PLoS One. – 2016. - №11 (2). – P. 1-12.

2. Faisal-Cury, A. The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals / A. Faisal-Cury, P.R. Menezes, J. Quayle, K. Santiago, A. Matijasevich // Rev Saude Publica. – 2017 - № 51. – P. 1-11.
3. Oliveira R.R. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems / R.R. Oliveira, E.C. Melo, E.S. Novaes, P.L. Ferracioli, T.A. Mathias// Rev Esc Enferm USP. – 2016. - №50 (5). – P.733-740.
4. Oliveira R.R. Classifications for cesarean section: a systematic review / R.R. Oliveira, M.R. Torloni, A.P. Betran, J.P. Souza, M. Widmer, T. Allen, M. Gulmezoglu, M. Merialdi // PLoS One.- 2011. - 6(1) – P. 1-10.

ПРИМЕНЕНИЕ ВМК "МИРЕНА" В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Какулия Ю.О., Степанова К.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель: Рассмотреть возможность использования внутриматочного контрацептива «Мирена» с целью лечения патологии эндометрия.

Актуальность: Гормон-содержащие контрацептивы (в нашем случае левоноргестрел-содержащие) в настоящее время занимают одно из ведущих мест среди современных методов контрацепции и лечения патологии эндометрия. Они обладают рядом преимуществ, такими как высокая эффективность, надежность, доступность и обратимость их действия. Оценивая лечебный эффект гормон-содержащей спирали, актуальным является изучение ее антипролиферативного эффекта и влияние внутриматочных систем на гиперпластические процессы эндометрия. Внутриматочная система Мирена сочетает в себе свойства гормональной и внутриматочной контрацепции. Разработки по созданию и совершенствованию гормон-содержащей внутриматочной контрацепции ведутся уже в течение долгого времени. Благодаря высокой контрацептивной эффективности и предельно низкой частоте побочных эффектов, гормон-содержащая внутриматочная система, будучи уникальным методом регуляции рождаемости занимает свое место среди современных контрацептивов и имеет свою группу пользователей.

Задачи исследования:

1. Изучить воздействие ВМК «Мирена» на менструальную функцию, интенсивность болевого синдрома.
2. Изучить воздействие ВМК «Мирена» на структуру эндометрия у больных в динамике.
3. Оценить качество жизни больных с патологией эндометрия на фоне терапии ВМК «Мирена».

Материалы и методы: Нами были изучены истории болезни женщин с патологией эндометрия на базе клиники «Доктор Кит»

Ход работы: Проведено обследование и наблюдение 40 больных репродуктивного и перименопаузального возрастов с патологией эндометрия, получавших лечение ЛНГ-содержащей рилизинг-системой «Мирена». Комплексное обследование и лечение больных осуществлялось на базе клиники «Доктор Кит» г. Ставрополя.

В ходе работы были сформированы следующие возрастные группы: больные в возрасте от 18 до 29 лет (n=2), от 30 до 39 лет (n=16), от 40 до 49 лет (n=10), от 50 до 59 лет (n=10), от 60 и более (n=2).

Всем женщинам была произведена пайпель-биопсия, по результатам которой были выявлены та или иная патология эндометрия, в частности Полипы 13, Аденоматоз 12, ЖКГЭ 13, Хр. Эндометрит-5, которые нередко сопровождались сопутствующими заболеваниями. (Хр. Сальпингоофорит 14, эктопия шейки матки 10, миома тела матки 17, эктропион 2, кисты 12, пролапс 2, СПКЯ 7)

Внутриматочное введение Левоноргестрела подавляет рост эндометрия. Через несколько недель после введения Мирены в полость матки, железы эндометрия начинают атрофироваться, строма отекает, слизистая истончается и эпителий становится неактивным. Сосудистые изменения характеризуются истончением стенок артерий, супрессией спиральных артериол и капиллярным тромбозом.

Морфологические изменения эндометрия формируются к 3 циклу после введения и остаются постоянными в течение всего периода использования. Как результат супрессии, вызванной локальным действием гестагена, эндометрий становится резистентным к действию эстрогенов. Поэтому менструальная кровопотеря значительно уменьшается или может прекратиться. По итогам ретроспективного исследования объем менструальной кровопотери уменьшался на 62–75% в течение первых трех месяцев у всех женщин. Представлены сведения о влиянии ЛНГ - ВМС на менструальную функцию, болевой синдром на фоне терапии ЛНГ-ВМС.

У 12 (30%) больных отмечена стойкая нормализация менструального цикла, у 20 (50%) - гипоменорея, у 8 (20%) - аменорея; эффективно устраняет дисменорею. Наблюдалось снижение болевого синдрома.

При применении ВМК «Мирена» наблюдалась положительная динамика в лечении патологий эндометрия. Всем женщинам через 3 месяца после введения Мирены была проведена контрольная пайпель-биопсия эндометрия. По итогам гистологического исследования были выявлены: атрофический эндометрий 28 случаев, децидуоподобный – 8, эндометрий в стадии секреции – 5.

На данном слайде представлена УЗИ картина до и после лечения. До – явно гиперплазия эндометрия (М_эхо выше нормы), после – показатели приближены к норме.

Выводы.

1. ВМК «Мирена» является высокоэффективной системой для лечения патологии эндометрия, обладает основным локальным и минимизированным системным действием.

2. ВМК «Мирена» приводит к нормализации менструальной функции: у 12 (30%) больных отмечена стойкая нормализация менструального цикла, у 20 (50%) - гипоменорея, у 8 (20%) - аменорея; эффективно устраняет дисменорею.

3. Использование ВМК «Мирена» в терапии гиперпластических процессов эндометрия достоверно улучшает параметры ролевого физического функционирования, интенсивности боли, общего состояния здоровья и жизненной активности, что улучшает показатели как физического, так и психологического компонентов здоровья, повышая уровень качества жизни.

ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Колыско Д.В., Корсик В.Ю.

Научный руководитель: Савицкая В.М.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Проблема безопасности и эффективности лекарственных средств (ЛС) становится все более актуальной во всем мире. Это связано с внедрением в медицинскую практику большого количества фармакологических препаратов, нерациональным использованием медикаментов, бесконтрольным их применением.

По оценкам ВОЗ, примерно 15 миллионов детей каждый год рождается раньше предполагаемого срока. С течением времени этот показатель не уменьшается, что служит поводом для пристального внимания за беременными. Следствием гипердиагностики угрозы преждевременных родов является длительная госпитализация женщин и назначение множества ЛС с целью предотвращения данных состояний. Этот феномен носит название «полипрагмазия». Обоснованность данных действий изучена не до конца.

Цель и задачи: Изучить назначение лекарственных препаратов пациенткам, беременность которых завершилась самопроизвольными преждевременными или срочными родами.

Материалы и методы исследования. С разрешения главного врача УЗ «1 ГКБ г. Минска» проведен ретроспективный анализ 45 историй болезней и родов за 2016 год. Было сформировано 2 группы: 1 – основная группа (25 пациенток с одноплодной беременностью, которая завершилась самопроизвольными преждевременными родами), 2 – контрольная (20 пациенток с одноплодной беременностью, которая завершилась рождением здоровых доношенных детей *per vias naturales*). Данные обработаны с помощью программы SPSS и представлены в виде интерквартильного размаха и медианы.

Результаты и обсуждения. В результате сравнения пациенток основной и контрольной групп различий по частоте встречаемости признаков угрозы прерывания беременности обнаружено не было. Среди пациенток основной группы клинические признаки угрозы прерывания беременности выявлены в I триместре у 7 пациенток, во II триместре беременности – у 6 пациенток, в III триместре – у 3 пациенток; среди пациенток контрольной группы в I триместре – у 2 пациенток, во II триместре – у 1 пациентки, в III триместре – у 1 пациентки соответственно. Данные эхоскопии (до 25 недель гестации): длина шейки матки у беременных основной группы – $30,64 \pm 2,46$ мм; у беременных контрольной группы – $36,85 \pm 1,53$ мм.

Для профилактики прерывания беременности во всех случаях назначались магнийсодержащие препараты, спазмолитики, гестагены (для гормональной поддержки назначались с одинаковой частотой в обеих группах). 1 пациентке основной группы в I и II триместрах назначались β -адреномиметики.

Выводы. Согласно исследованию, у обследуемых беременных, принимавших поливитаминные препараты, не было выявлено статистически значимых различий в частоте невынашивания беременности или развития осложнений беременности.

Лекарственная терапия, проводимая для предупреждения преждевременных родов, назначалась с одинаковой частотой пациенткам, беременность которых завершилась преждевременными и срочными родами. Чаще всего для предупреждения развития преждевременных родов назначались магнийсодержащие препараты, гестагены, спазмолитики. Эффективность большинства ЛС, назначаемых в первом триместре беременности, не доказана, за исключением фолиевой кислоты и препаратов йода. В первом триместре беременности стоит воздержаться от приема препаратов без показаний, так как именно в этот период происходит закладка органов и тканей плода.

Список литературы.

1. Радзинский, В. Е. Полипрагмазия при лечении беременных женщин / В. Е. Радзинский, Г. Ф. Тотчиев // Фарматека. 2011 – 226 с.
2. Сычев, Д. А. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / Д. А. Сычев; науч. ред. В. А. Отделенов. – СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. – 224 с.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИХ О РАЗВИТИИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Корнев Д.О., Панина К.С.

Ульяновский Государственный Университет

Актуальность исследования: до настоящего времени исследование влагалищной жидкости методом клиновидной дегидратации, разработанным Шатохиной С.Н. и Шабалиным В.Н., не проводилось.

Цель исследования: комплексное изучение морфологии влагалищной жидкости при угрозе прерывания беременности; выявление патологических маркеров влагалищной жидкости, свидетельствующих о развитии фетоплацентарной недостаточности на фоне угрозы невынашивания беременности.

Материалы и методы: были обследованы 153 женщины с явлениями угрозы прерывания беременности. Проведено морфологическое исследование влагалищной жидкости методом клиновидной дегидратации Шатохиной С.Н. и Шабалина В.Н. с помощью диагностического набора «Литос-система». Элементы дегидратированной капли исследовались стереомикроскопом MZ – 12 «Leica».

Результаты: выявлены патологические маркеры влагалищной жидкости, свидетельствующие о развитии угрозы прерывания беременности: 1) «феномен широких трещин» - маркер степени выраженности угрозы прерывания беременности и эффективности терапии; 2) «двойная» фация - у женщин с самопроизвольным прерыванием беременности; 3) «растрескивание» фации - при начавшихся выкидышах. Выявлены патологические маркеры влагалищной жидкости, свидетельствующие о развитии фетоплацентарной недостаточности на фоне угрозы невынашивания беременности: 1) «гребешковые» структуры - признак нарушения микроциркуляции и ангиоспазма; 2) штриховые трещины - связаны с гипоксически-ишемическим поражением тканей; 3) структуры типа «листа» - маркер склеротических изменений; 4) трещины типа «жгута» - маркеры гипоксии клеток.

Выводы: таким образом, нами выявлены характерные особенности морфологической картины влагалищной жидкости женщин с угрозой невынашивания беременности. Исследование влагалищной жидкости с помощью нового диагностического набора – «Литос – система» является простым, доступным, легко выполнимым методом, позволяющим оценить состояние плода, проконтролировать эффективность проводимого лечения, прогнозировать течение и исход беременности для плода.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Литнарвич Л.М., Кучер А.С.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Резниченко Н.А.

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

Введение: Ежедневно более одного миллиона человек приобретают инфекцию, передаваемую половым путем (ИППП) [1]. Ежегодно 357 миллионов человек заболевают хламидиозом, гонореей, трихомониазом[1]. В 2016 г. в России зарегистрировано более 2,0 миллионов имеющих ИППП. Эти инфекции перестали считаться «неприличными», т.к. заражаются ими люди различных социальных слоев общества массово. Риск заражения

возрастает у сексуально активных лиц. Беда в том, что большинство инфекций передающихся половым путем протекают абсолютно бессимптомно. Люди инфицируются, не имея специфических симптомов заболевания. При хронизации процесса гораздо труднее помочь больному выявить заболевание и вылечить. Так же усугубляет эти проблемы бесконтрольный прием антибиотиков. Многие из этих заболеваний мутируют, становятся более устойчивыми, трудно диагностируются и лечатся. За помощью обратиться к врачу больных заставляют осложнения ИППП - это бесплодие, невынашивание, перинатальные потери, воспаления яичников и простатиты, нарушение менструального цикла.

Увеличение их частоты в последнее время обуславливает раннее начало половой жизни, сочетающаяся с недостаточной информированностью, семейной неустроенностью, трудовой миграцией, вынуждающей супругов к длительному раздельному проживанию, а также рекламируемые в СМИ, на ТВ половая распушенность в виде частой смены половых партнёров[2].

Целью исследования было оценить осведомленность населения о последствиях незащищённого полового акта.

Материал и методы: Нами было опрошено 124 человека из различных слоев общества. Это были 44 мужчины и 80 женщин в возрасте от 18 до 28 лет. Исследование проводилось по самостоятельно разработанной анкете на кафедре акушерства и гинекологии №1, которая состояла из 20 вопросов. Анализ полученных данных проводился с помощью следующих программ Microsoft Office Exel 2010 , Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения: На вопрос о контрацепции 19(15,3%) человек ответили, что не знают и не пользуются контрацепцией в принципе. 81(65,3%) человек знают, но им недостаточно этой информации и 24(19,4%) человек считают, что достаточно осведомлены. На вопрос, какие методы контрацепции вы знаете или имели хоть 1 контакт в жизни, 113(91,1%) человек живут половой жизнью, 11(8,9%) человек не имели половых контактов. У 60(48,4%) опрошенных было более 3 половых партнеров, у остальных 64(51,6%) человек менее 3 половых партнеров. 28(22,6%) человек отметили, что у них случаются незащищенные случайные половые акты, у 96(77,4%) человек один половой партнер. О последствиях ИППП знают 30(24,2%) человек, а 94(75,8%) человека отмечают, что такой информацией не владеют.

Среди наших респондентов 21(16,9%) человек переносили половую инфекцию хоть 1 раз в жизни, остальные 103(83,1%) человека утверждают, что никогда, и их ничего не беспокоит. 22(27,5%) опрошенных отмечают нарушения менструального цикла, 15(18,75%) опрошенных - болезненные менархе, 23(28,75%) женщин имеют бели с резким запахом, 20(25%) опрошенных отмечают неприятные ощущения при мочеиспускании после переохлаждений.

Закключение: Плохая осведомленность о последствиях незащищённого полового акта больше половины опрошенных увеличивает риск по инфицированию ИППП. Необходимо улучшить санитарно-просветительскую работу среди молодежи по вопросам половой культуры, защиты от половых инфекций, а как следствие и осложнений, к которым они приводят.

Список литературы.

1. ВОЗ: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/>
2. Гинекология, Национальное руководство Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. 2009- 332 с.

К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ ПЕРВЫХ РОДОВ В ДВУХ КРАЙНИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЖЕНЩИН

Ляшенко Е.Н., Кумельский Е.Д., Асанова Л.Д.

Научный руководитель: Ляшенко Е.Н.

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

Введение. Согласно последним данным Росстата за 2010-2016 годы в РФ отмечается тенденция к снижению молодых матерей (2010 – 113849 чел., в 2016 – 76348 чел.). А в группе возрастных матерей наблюдается тенденция к увеличению их количества (в 2010г – 67,3 тыс., в 2016г. – 79,8 тыс.) [2]. Это связано с тем, что современные женщины хотят получить образование, найти работу и достичь карьерного роста. Но вопросом «в каком возрасте впервые рожать?» задается каждая женщина. Целью нашего исследования стало определение наиболее приемлемого возраста первых родов в двух крайних возрастных группах женщин: до 18 и после 30 лет путём проведения ретроспективного анализа историй родов и статистической обработки полученных данных.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 3500 историй родов на базе Советской центральной районной больницы за период 2010–2016 гг. Среди них случайным образом было отобрано 200 историй родов первородящих женщин. 100 женщин в возрасте 30 лет и старше составили I группу исследования. II группу составили 100 девушек в возрасте 18 лет и моложе. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием стандартных программ Microsoft office Excel 2014, Statistica 8.0.

Результаты и обсуждение. Обработывая полученные данные, мы разделили их на особенности дородового, родового и послеродового периода. Экстрагенитальная патология присутствует у 60% женщин I группы. Ее структуру составили: ожирение – 33%; заболевания сердечно-сосудистой системы – 24%; заболевания мочевыделительных органов – 23%; заболевания органов дыхания – 20%. Во II исследуемой группе экстрагенитальная патология отмечалась у 30% девушек (хронический пиелонефрит – у 38%, 18% – заболевания щитовидной железы)[4]. Генитальная патология встречалась у 37% девушек группы II. В её структуре преобладали инфекционные заболевания (56%): трихомонады, гонорея; также эрозия шейки матки (16%) и поликистоз яичников (7%). В группе I гинекологическая патология отмечалась в 50% случаев (55% - новообразования внутренних половых органов, 45% - хронические воспалительные заболевания). Осложнения первой половины беременности в I группе присутствовали в 33% случаев. Первое место в их структуре (51% случаев) занимает угроза прерывания беременности (угроза), на втором месте – анемия (49%). Во II группе течение первой половины беременности было осложнено в 39% случаев (угроза (40%), обострение хронического пиелонефрита (27%), анемии – 18%). Течение второй половины беременности было осложнено у 50% женщин I группы. Из них: угроза составляет 54,7%; поздние гестозы – 30,3%; синдром задержки развития плода – 15% [1]. Во II группе осложнения второй половины беременности составили 47% (угроза (36%), поздние гестозы (27%), пиелонефрит – 24%, многоводие – 15%, анемия (12%), тромбофлебит – 5%). Осложнения в родах у женщин I группы присутствуют в 83% случаев. На первом месте (80%) – разрывы мягких тканей родовых путей (из них: 71% – разрывы промежности; 20% – разрывы шейки матки; 7% – разрывы влагалища); далее (30%) преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО); (20%) - дистресс плода и слабость родовой деятельности; в 10% случаев встречается обвитие пуповины вокруг шеи плода. Во II группе осложнения родов отмечались у 68% пациенток. В структуре родовых осложнений наибольший удельный вес имели разрывы мягких тканей родовых путей – 55% (из них 25% – разрывы влагалища, 22% – разрывы промежности, 7% – разрывы шейки матки). ПРПО отмечался у 11% пациенток. Аномалии родовой деятельности имели место в 7% случаев [3].

Кровопотеря в родах через естественные родовые пути в обеих исследуемых группах в 100% случаев находится в пределах физиологической нормы. В I группе в 20% случаев имело место родоразрешение путем кесарева сечения, а во II группе доля оперативного родоразрешения составила всего 3%.

Выводы. Таким образом, для каждой из исследуемых возрастных групп первородящих имеют место свои риски и осложнения. Мы постарались найти ответ на вопрос «в каком возрасте впервые рожать?», но по-прежнему он остается открытым. Ответ на него должна найти для себя каждая женщина репродуктивного возраста.

Список литературы.

1. Баев О.Р., Белоусова В.С. Аномалии родовой деятельности у первородящих старше 30 лет. Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. 2005;4(1):5–10.
2. Демографический ежегодник России. Доступно по: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312. Ссылка активна на 31.10.17.
3. Киселевич М.Ф., Киселевич В.М. Особенности течения беременности и родов у юных первородящих женщин. Научные ведомости Белгородского государственного университета. 2010;10(10;81):58–61.
4. Статьи журналов: Кумельский Е.Д. Клинические особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояния новорождённых в разных возрастных группах женщин / Иванов И.И., Ляшенко Е.Н., Румянцева З.С., Асанова Л.Д., Кумельский Е.Д. //Таврический медико-биологический вестник. — 2017. — № 2. — Т.20. — С. 41–45.

ГИПЕРДИАГНОСТИКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

Махмудова С.Э.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Черемискин В.П.
Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера

Введение. Гестационный сахарный диабет (ГСД) –заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям манифестного диабета (ГСД).

ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи и, следовательно, является важной междисциплинарной проблемой. Это обусловлено как увеличением числа беременных с данной патологией, связанного с резким ростом заболеваемости СД в популяции, так и улучшением качества его диагностики.

Несмотря на достижения акушерской диабетологии, общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не опускается ниже 80%. Течение беременности при данной патологии осложняется развитием гестоза в 25-65% случаев, а тяжелые его формы отмечаются в 2,9-3,7% наблюдений. Дистоция плечиков плода при ГСД достигает 6,3%, перелом ключицы у новорожденного - 19%, паралич Эрба - 7,8%, тяжелая асфиксия - 5,3%. Нарушение мозгового кровообращения травматического генеза имеет место у 20% новорожденных.

На сегодняшний день согласно протоколу по гестационному сахарному диабету от 2013 количество беременных с ГСД достигает до 20%. Повышается частота осложненных беременностей на фоне ГСД. Особенностью ГСД, в связи с физиологической

гипергликемией во время беременности, являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость.

В связи с тем, что у большинства беременных заболевание протекает без выраженной гипергликемии и явных клинических симптомов, одной из особенностей ГСД являются трудности его диагностики и поздняя выявляемость. В ряде случаев диагноз ГСД устанавливается ретроспективно после родов по фенотипическим признакам 3 диабетической фетопатии у новорожденного или вообще пропускается. По данным обращаемости в научно-консультативное отделение Московского областного НИИ акушерства и гинекологии, в 50-60% случаев диагноз ГСД ставится с опозданием на 4-20 недель. Именно поэтому во многих странах (особенно с высокой частотой СД 2 типа в популяции) проводится активный скрининг на выявление ГСД, который основывался на стратификации беременных по группам риска и различных модификациях перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ).

Эксперты Российской ассоциации эндокринологов и эксперты Российского общества акушеров-гинекологов в результате многократных обсуждений данного вопроса пришли к выводу о необходимости принятия новых критериев диагностики ГСД и других нарушений углеводного обмена во время беременности в Российской Федерации. На основании согласованного мнения был создан Российский Национальный консенсус "Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение".

Таким образом, внедрение в работу женских консультаций и родильных домов представленного алгоритма обследования и лечения пациенток с ГСД, а также выработка оптимальной тактики родоразрешения позволят улучшить перинатальные исходы, снизить процент детей с макросомией и тяжелыми формами диабетической фетопатии, и, как следствие, привести к снижению количества оперативных родов и родового травматизма у новорожденных. [1]

Целью работы является оценка качества диагностики гестационного сахарного диабета и исходы беременностей у женщин с ГСД.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй 100 родов беременных с ГСД Пермского краевого Перинатального центра (ПКПЦ). Согласно протоколу обязательными методами являются определение глюкозы плазмы крови натощак, тест толерантности к глюкозе (ПГТТ), гликированный гемоглобин, УЗИ плода и консультирование врачом эндокринологом. Проведен анализ качества диагностики пациенток.

Результаты и обсуждение. Средний возраст составил 28 лет. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: по абортам у 28%, крупный плод в анамнезе – 4%, рубец на матке – 30%, хронические воспалительные заболевания органов малого таза у 14%.

Экстрагенитальная патология: гипертоническая болезнь у 28%, анемия у 24%, хронический пиелонефрит у 25%.

В срок были родоразрешены 90%, преждевременные роды были у 10%. Крупный плод был у 19% родильниц.

Повышенный уровень глюкозы плазмы крови был выявлен у 36% женщин (у остальных диагнозов ГСД был выставлен по анализам до госпитализации или были нормальные показатели уровня глюкозы в ПКПЦ), гликемический профиль был проведен у 5 женщин, обследование на гликированный гемоглобин было проведено лишь у 4 пациенток, ПГТТ был проведен у 1 пациентки.

На УЗИ плода выявлены: диабетическая фетопатия у 1%, крупный плод у 14%, синдром задержки роста плода у 4%. Консультация эндокринолога была проведена у 21% беременных.

Выводы:

1. Исследуя исходы беременностей, в 15% новорожденных была диагностирована диабетическая фетопатия.

2. У 6 из 15 новорожденных диабетическая фетопатия была выявлена антенатально.
3. Согласно клиническому протоколу по ГСД от 2013 г. всего 4 женщины были полностью обследованы для подтверждения диагноза ГСД.
4. Исходы беременностей и родов в 15% составила диабетическая фетопатия у новорожденных, что требует полного выполнения необходимых обследований для подтверждения диагноза ГСД.
5. Только в 21% женщины были обследованы и консультированы эндокринологом, что ставит под сомнение диагноз ГСД у большинства пациенток.
6. Согласно нашим данным, во многих случаях ГСД не имеют полного обследования согласно федеральным клиническим рекомендациям и отсутствовала консультация эндокринолога.

Список литературы.

1. Гестационный сахарный диабет: диагностика, лечение, послеродовое наблюдение. Клинические рекомендации (протокол). – М., 2014.

ЭНДОМЕТРИОЗ ПОД МАСКОЙ ПРИКОРНЕВОГО РАКА ЛЕГКОГО

Махмудова С.Э.

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

Введение: Эндометриоз – процесс, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. По локализации различают генитальный (92—94%) и экстрагенитальный (6—8%) эндометриоз. Разновидность экстрагенитального эндометриоза определяется органом, в котором развивается патологический процесс. Клиническая картина болезни зависит от того, в какой именно области локализуется патологический процесс, но прослеживается связь с менструальным циклом

В литературе продолжает дискутироваться целый ряд теорий возникновения эндометриоза: нарушение эмбриогенеза, транслокация эндометрия из полости матки через маточные трубы на брюшину во время менструации или в ходе операций; диссеминация тканей эндометрия из полости матки по кровеносным и/или лимфатическим сосудам; развитие эндометриоза в результате нарушений гормональной регуляции в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-органы-мишени; снижение иммунитета. В последние годы достаточно изучены теории, касающиеся неблагоприятных влияний окружающей среды на развитие заболевания и возможной роли наследственных факторов в его этиологии, однако данных за наличие определенного гена, ответственного за развитие эндометриоза, до сих пор не получено.

Опубликовано большое количество работ, в которых представлена информативность различных методов исследования в диагностике эндометриозидных поражений и при прогнозе рецидивов эндометриоза, однако до последнего времени дискутируется диагностическая ценность каждого из них, особенно определение уровня онкомаркеров и иммунологических показателей. Известно, что в крови и перитонеальной жидкости больных эндометриозом повышается концентрация онкоантигенов, в том числе СА-125, являющегося специфичным для аденокарциномы яичника. Однако по последним данным, специфичность этого маркера при эндометриозе составляет 97%, а чувствительность – лишь 27%.

В настоящее время, по мнению большинства гинекологов, единственным радикальным методом лечения эндометриозных поражений является хирургический. В то же время некоторые исследователи до операции, а подавляющее большинство после оперативного вмешательства применяют гормональную терапию (даназол, гестринон, гестагены, комбинированные оральные контрацептивы и аналоги гонадотропин-рилизинг гормонов). Остается недостаточно изученным влияние тех или иных препаратов на общее состояние больных, психоэмоциональную сферу, иммунологический статус, соотношение уровней гонадотропных и половых гормонов, содержание онкоантигенов в крови. Не разработаны алгоритмы того или иного способа лечения в зависимости от индивидуальных особенностей больных, клинико-анатомической характеристики эндометриозных поражений, иммунологических и гормональных нарушений. Не описано влияние новых методов медикаментозного и комбинированного лечения эндометриоза при различных проявлениях заболевания (боль, нарушение менструального цикла, бесплодие, симптомы нарушения функции соседних органов). [1]

Целью исследования являлось изучение особенности течения экстрагенитального эндометриоза на примере клинического случая, выявление факторы риска развития данной патологии.

Цель данной работы осуществилась посредством ретроспективного анализа истории болезни пациентки с эндометриозом правого легкого, проведенного на базе НУЗ ОКБ на станции Пермь 2 ОАО «РЖД», проспективного наблюдения пациентки.

Результаты и обсуждения: Пациентка N, 35 лет, считает себя больной с ноября 2014 г. когда появились жалобы на периодические боли в области грудной клетки, кашель с кровохарканьем, одышка, по поводу чего обратилась к терапевту, который поставил предварительный диагноз – пневмония. В связи с периодическими ноющими болями внизу живота, дисменореей и полименореей обратилась к гинекологу.

Менархе с 15 лет; продолжительность менструаций 7 дней. Цикл – 22 дня. В анамнезе 3 беременности, 2 из которых завершились родами (оба кесарева сечения) и одна – искусственным абортom. Из гинекологических заболеваний - с 2009 аденомиоз с миомой матки, по поводу чего проводилось лечение даназолом.

По результатам объективного исследования, определяется тупой перкуторный звук в области патологического очага. При аускультации дыхательные шумы в области очага не выслушиваются.

В общем анализе крови наблюдается гипохромная анемия средней степени тяжести, лейкоцитоз $28 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоцитоз $7 \cdot 10^9/\text{л}$ (25%). При рентгенографии органов грудной клетки определяется небольшое затемнение в области патологического очага.

Заключительный диагноз терапевта - пневмонит, не исключается злокачественное образование.

Заключение МРТ - образование диаметром 1,2 см., незначительное скопление жидкости выше очага. Больной была проведена бронхоскопия, в результате выявлено воспаление стенки бронхов, очаг небольшого размера округлой формы (радиус 1,5 см) красного цвета с небольшим сгустком крови, образование удалено.

Патоморфологический диагноз биоптата - очаг из ткани эндометрия в фазу пролиферации.

Заключительный диагноз - эндометриоз правого легкого. Назначены: наблюдение гинеколога, пульмонолога раз в полгода; прием длительного курса дюфастона.

В ходе проспективного наблюдения, пациентка сообщила об экстирпации матки вместе с придатками после лечения эндометриоза легкого. Через 9 месяцев начались боли в ректальной полости, тенезмы, примеси крови в кале. Проспективное наблюдение продолжается, пациентка обследуется по поводу последних симптомов.

Выводы: Экстрагенитальный эндометриоз может встречаться под масками различных заболеваний. Очень важно подробно собирать анамнез у пациенток, в том числе акушерскогинекологический, специалистам негинекологического профиля, а при

выявлении экстрагенитальных форм эндометриоза вести таких пациенток совместно с врачами гинекологами.

Список литературы:

1. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА В КОМБИНАЦИИ С ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ МИКРОЭМБОЛАМИ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В МАЛОМ СРОКЕ

Махмудова С.Э.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Падруль М.М.

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера

Актуальность: Внематочная беременность (ВБ) – имплантация плодного яйца вне полости матки. ВБ классифицируется: трубная с частотой 98-99%, яичниковая – 0,1-0,7%, шейечная, брюшная – 0,3-0,4%, гетеротопическая и беременность в рубце после кесарева сечения, которые встречаются крайне редко и на данный момент частота не определена.

Шеечная беременность – форма ВБ при которой плодное яйцо имплантируется в истмико-цервикальной области шейки матки. При шейечной беременности ворсины хориона нередко глубоко внедряются в мускулатуру шейки матки, прорастая даже в миометрий. Частота встречаемости шейечной беременности составляет 0,1-0,4% (1 на 9000-12000 беременностей). [1]

Нарушенная шейечная беременность характеризуется массивным наружным кровотечением. [2] Ранняя диагностика и своевременное лечение внематочной беременности снижает показатель материнской смертности. Кроме того, ранняя диагностика позволяет использовать малоинвазивных и органосохраняющих методов лечения.

Клинический протокол NICE 2012 рекомендует метотрексат как лечение первой линии для женщин способных вернуться для последующего наблюдения. [1]

Для лечения шейечной беременности с применением эмболизации маточных артерий в качестве основного метода предложены следующие методики: эмболизация маточных артерий + тампонада шейки матки балонным катетером Фолея + инъекции метотрексата 1 мг/кг/сут, эмболизация маточных артерий желатиновой губкой + выскабливание, эмболизация маточных артерий платиновыми спиралями + инъекции метотрексата.

Применение селективной эмболизации маточных артерий в сочетании с удалением плодного яйца и выскабливанием стенок цервикального канала и полости матки является безопасным и эффективным методом лечения пациенток с шейечной беременностью. [3]

Целью исследования является рассмотрение эффективности метотрексата в комбинации с эмболизацией маточных артерий микроэмболами, в качестве консервативного органосберегающего метода лечения шейечной беременности.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ истории болезни пациентки ГБУЗ ПК «МСЧ №9 им. М.А. Тверье» с шейечной беременностью.

Результаты и обсуждение: Больная С. Самостоятельно поступила в гинекологическое отделение МСЧ №9 1.06.2017г. При поступлении: пациентка предъявляла жалобы на мажущие темные кровянистые выделения из половых путей с

29.05.17, тянущие боли внизу живота. Объективно – живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Per vaginam: матка увеличена, болезненна.

Из анамнеза: у больной 1 роды, 5 аборт, 2 замершие беременности. По поводу настоящей беременности принимала дюфастон 20 мг. На основании жалоб, анамнеза и объективных данных был выставлен предварительный диагноз: Угрожающий выкидыш при беременности в малом сроке. ОГА. Пациентка отправлена на дообследование, была назначена сохраняющая терапия – дюфастон 30 мг в сутки.

По УЗИ от 2.06.17 было выставлено заключение: подозрение на внематочную беременность справа. В связи с подозрением на эктопическую беременность пациентка была направлена на диагностическую лапароскопию. После лапароскопии был выставлен диагноз: НМЦ? Полный самопроизвольный аборт при беременности в малом сроке. Рост ХГЧ в динамике до 19 000 мМЕ/мл.

Жалобы на боли в животе и кровянистые выделения сохранялись. При осмотре гинекологом per vaginam от 5.06.17 шейка матки увеличена, расширена, уплотнена. Был выставлен предварительный диагноз: Шеечная беременность? Назначена терапия: Tabl. Methotrexati 25 mg, Sol. NaCl 0,9% 1000,0 в/в в течение 3 дней под контролем уровня ХГЧ в сыворотке крови и общего анализа крови.

При повторном УЗИ от 7.06.17 была выставлено заключение: Шеечная беременность в сроке 5-6 недель.

В связи с диагностированием шеечной беременности на раннем сроке 7.06.17. Пациентка С. Была переведена в гинекологическое отделение ГKB №4 для проведения эмболизации маточных сосудов с последующим переводом в гинекологическое отделение МСЧ №9.

В гинекологическом отделении ГKB №4 7.06.17 пациентка поступила с диагнозом: Шеечная беременность 5-6 недель, кровотечение. Больной была проведена артериография тазовых органов. Заключение: маточные артерии с обеих сторон расширены до 3 мм. Матка гиперваскулярна, размер 48х46 мм. Была проведена эндоваскулярная эмболизация маточных артерий микроэмболами. После эмболизации маточных артерий больная была снова переведена в гинекологическое отделение МСЧ №9.

Жалобы на тянущие боли внизу живота сохранялись, но пациентка отметила, что объем кровянистых выделений снизился. При осмотре гинекологом per vaginam шейка чистая, цилиндрическая, розовая, выделения кровянистые скудные, уплотнена сзади. Беременная 9.06.17 направлена на выскабливание шейки матки на фоне антибактериальной терапии в условиях развернутой операционной и замещения эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы.

Заключение УЗИ органов малого таза после выскабливания полости матки: по передней стенке узел без четкой капсулы 22 мм. Канал шейки матки сомкнут. Внутренний зев сомкнут.

На 11.06.17. жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Выделений из половых путей нет. 13.06.17 ХГЧ – 1712,6 мМЕ/мл. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписывается под наблюдение врача гинеколога по месту жительства.

Выводы: Благодаря ранней диагностике шеечной беременности, проведении химиотерапии метотрексатом и эмболизацией маточных артерий микроэмболами удалось избежать экстирпации матки, т.е. потери репродуктивной функции пациентки.

Список литературы.

1. Внематочная беременность. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения РФ по акушерству и гинекологии. 2017.
2. Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при эктопической беременности. Российское общество скорой медицинской помощи. Казань. 2014.

3. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Блюмина И.З., Зубковская Е.В., Севостьянова С.А., Мартынова Н.В. Сохранение репродуктивной функции при шеечной беременности путем применения эмболизации маточных артерий // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ КАК ПРИЧИНА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: ФАКТОРЫ РИСКА И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

Махмудова С.Э.

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

Введение: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – состояние, при котором плацента отслаивается во время беременности или в родах до рождения плода.

Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) колеблется от 0,4 до 1,8%. Материнская смертность при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП) связана с шоком и кровотечением. Перинатальная смертность при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты (ПОНРП) обусловлена внутриутробной гипоксией.

Отслойка плаценты является проявлением системной, иногда скрыто протекающей патологии у беременных. Среди причин патологии выделяют несколько факторов:

- сосудистый (васкулопатия, ангиопатия плацентарного ложа, поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий);
- гемостатический (тромбофилия).

Они относительно часто возникают при преэклампсии, артериальной гипертензии (АГ), гломерулонефрите.

Изменения гемостаза – причина и следствие ПОНРП. В развитии ПОНРП важное значение придают антифосфолипидному синдрому (АФС), генетическим дефектам гемостаза (мутация фактора Лейдена, дефицит ангиотензина – II, дефицит протеина Си пр.), предрасполагающим к тромбозам. Тромбофилия, развивающаяся вследствие этих нарушений, препятствует полноценной инвазии трофобласта, способствуя дефектам плацентации, ПОНРП.

Нарушения гемостаза могут возникать вследствие ПОНРП, например острая форма ДВС – синдрома, приводящая к массивному кровотечению и развитию полиорганной недостаточности (ПОН).

Предрасполагающие факторы ПОНРП:

1. Во время беременности:

- сосудистая и другая экстрагенитальная патология (АГ, гломерулонефрит, тяжелая анемия);
- эндокринопатия (сахарный диабет);
- аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка);
- аллергические реакции на декстраны, гемотрансфузию;
- преэклампсия;
- инфекционно-аллергические васкулиты;
- генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам.

2. Во время родов:

- излитие околоплодных вод при многоводии;
- гиперстимуляция матки окситоцином;

- рождение первого плода при многоплодии;
- короткая пуповина;
- запоздалый разрыв плодного пузыря.

3. Другие причины ПОНРП: при падении, травме, наружном акушерском повороте, амниоцентезе.

Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

Клинические признаки ПОНРП:

Абдоминальный болевой синдром;

Гипертонус матки вне и во время схватки, болезненность матки при пальпации; при выраженной отслойке плаценты, локализованной по передней стенке матки, характерно локальное выпячивание, асимметрия матки;

Кровотечение возникает чаще в третьем триместре беременности, в первом или во втором периоде родов; кровотечение чаще внутренне, реже наружное или смешанное;

Признаки страдания плода;

При выраженной отслойке клинические проявления сочетанного шока.

Отслойка плаценты начинается с геморагии в отпадающую оболочку матки. В децидуальной ткани образуется гематома, которая ведет к отслойке, сдавлению и деструкции плаценты, прилегающей к этому участку, что влечет за собой дальнейшее распространение гематомы. Кровь проникает в толщу миометрия, достигая серозной оболочки. Такое патологическое состояние называют маткой Кювелера. Самое частое осложнение – гипотония матки, проявляющаяся послеродовым кровотечением. [1]

Целью исследования являлось изучение течений беременностей, окончившихся преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП), выявить факторы риска и возможные меры профилактики.

Цель работы осуществлялась посредством исследования, проведенного на базе Пермского краевого перинатального центра (ПКПЦ) за период 2015-2017 гг. Было проанализировано 52 случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) (рассмотрены диспансерные книжки беременных, истории родов, результаты гистологического исследования последов).

Результаты и обсуждения: Средний возраст пациенток составил 32+6,3 года. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез наблюдался у 18 пациенток (34,6%).

Экстрагенитальная патология: хронический пиелонефрит – 6 пациенток (11,5%); гипертонические состояния во время беременности - 16 беременных (30,8%); гестационный сахарный диабет – 2 случая (3,8%); сочетанная экстрагенитальная патология встречалась у 7 пациенток (13,5%).

Вредные привычки: курение – 1 пациентка (1,9%). У 25 (48,1%), пациенток с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) произошла в антенатальном периоде, интранатально - у 27 (51,9%).

Срок родоразрешения: срочные роды были у 14 пациенток (26,9%), преждевременные роды - у 38 случаев (73,1%). Кровопотеря: 1 класс (>500 мл) – у 2 пациенток (3,8%); 2 класс (>900) – у 4 больных (7,7%).

Оценка новорожденных по шкале Апгар: удовлетворительное состояние (8-10б) – 15 детей (28,8%); в легкой асфиксии родилось 10 детей (19,2%); асфиксия средней степени тяжести - в 18 случаях (34,6%); в тяжелой асфиксии (4-5б) родилось 5 детей (9,6%).

Антенатальная гибель плода произошла в 4 случаях (9,6%) в сроках беременности 25-26 недель – 2 случая, а также в 31 и в 36 недель гестации. Причиной во всех случаях послужила тотальная преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) с массивным кровотечением.

При гистологическом исследовании последа: плацентарная недостаточность – у 41 беременной (78,8%); признаки инфицирования – у 12 больных (23,1%).

Выводы:

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – гетерогенное осложнение.
2. Для профилактики данной патологии важно выявлять и воздействовать на факторы риска:
 - компенсация экстрагенитальной патологии,
 - отказ от курения,
 - профилактика преэклампсии, плацентарной недостаточности.

Список литературы.

1. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (протокол лечения). Министерство здравоохранения РФ. 2014.

ОСТРАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ – СОВРЕМЕННАЯ ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Махмудова С.Э., Токарева Д.А., Сабанова С.В.

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

Введение: Среди разнообразной патологии, с которой сталкивается выездной персонал скорой медицинской помощи, достаточно часто встречаются острые гинекологические заболевания. Их диагностика на догоспитальном этапе нередко представляет значительные трудности.

В большинстве случаев основными поводами для вызова скорой помощи при острых гинекологических заболеваниях являются внезапное появление боли внизу живота и/или кровотечения из половых путей, которые могут быть обусловлены самыми различными заболеваниями.[1]

Некоторые из симптомов чаще всего не требуют госпитализации (например, альгодисменорея), хотя другие могут непосредственно угрожать жизни больной (разрыв плодовместилища при внематочной беременности или профузное кровотечение при неполном аборте, сопровождающееся геморрагическим шоком). В таких случаях необходимы быстрые, решительные и, главное, правильные действия, ибо *bis dat, qui cito dat* (лат. «вдвойне дает тот, кто дает быстро»).

Но, как известно, *ignoti nulla curatio morbi* (лат. «нельзя лечить неузнанную болезнь»). Диагностика острой гинекологической патологии в условиях работы скорой помощи значительно отличается от таковой, к примеру, в женской консультации. Тем не менее, всегда следует стремиться к установлению хотя бы ориентировочного предварительного диагноза, чтобы избежать ненужных транспортировок больной из одного лечебного учреждения в другое.[2]

Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов занимают первое место в структуре гинекологической патологии, на них приходится 65 % обращений к врачу. Тесная анатомическая связь внутренних половых органов с другими органами брюшной полости (кишечник, червеобразный отросток) и малого таза (мочевой пузырь, мочеточники) создают предпосылки распространения инфекционного процесса путем непосредственного контакта, по кровеносным или лимфатическим сосудам.[3]

Симптоматика и клиническое течение острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов, острого аппендицита, цистита и пиелонефрита имеют много общего, поэтому так важна их дифференциальная диагностика. Ведь при многих заболеваниях внутренних гениталий и мочевыводящих путей можно обойтись

консервативными методами лечения, а хирургическая патология требует срочного оперативного вмешательства.[4]

Клинические проявления всех этих заболеваний имеют много черт, схожих с симптомами хирургических болезней органов брюшной полости. Неудивительно, что хирурги в своей практической деятельности постоянно сталкиваются с подобными больными не только на догоспитальном этапе, но и в стационаре. Нередко правильный диагноз устанавливается только на операционном столе. Вот почему так важно знание хирургами основных гинекологических заболеваний, так же как и гинекологами - хирургических.[5]

Целью данного исследования является разбор деятельности акушерско-гинекологической помощи г. Перми на примере инфекционных заболеваний женского мочеполового тракта, включая работу городской станции скорой медицинской помощи (ГССП), гинекологического и урологического отделений.

Цель нашей работы была осуществлена посредством анализа 300 амбулаторных карт гинекологических больных многопрофильного стационара за период с 2013 по 2017 годы.

Результаты и обсуждения: Чаще всего встречались такие нозологии как вагинит и аднексит (20%). Самым часто встречающимися возбудителями были гонококки (23%) и сифилис (22%).

Были рассмотрены талоны ГССП. Среди больных: с пиелонефритом (2%), абсцессом маточной трубы (1%), аднекситом (6%) и сальпингитом (5%) бригада ГССП поставила диагноз – апоплексия яичника. У больных с уретритом (5%), циститом (2%), абсцессом матки (2%) и эндометритом (3%) был поставлен диагноз тазовый перитонит. Пациенткам с абсцессом маточной трубы (1%), сальпингитом (1%), эндометритом (1%) и абсцессом матки (1%) – был поставлен диагноз угрожающий выкидыш.

Чаще других встречалась такая патология как абсцесс мочевого пузыря (27%) и абсцесс уретры(22%). Наиболее выявляемые возбудители – гонококки (20%) и клебсиеллы (15%). При анализе талонов ГССП было обнаружено, что у пациенток с абсцессом уретры и мочевого пузыря (8%;6%) был поставлен диагноз пельвиоперитонит. Пациенткам с эндометритом (1%) и абсцессом матки (1%) бригадой скорой помощи поставили диагноз угрожающий выкидыш. Самые частые заболевания – цистит (20%) и абсцесс почки (16%).

Самые частые возбудители – кокки (60%) и хламидии (29%). В 41% случаях имело место расхождение диагнозов: пациенткам с циститом (5%), абсцессом мочевого пузыря (7%), эндометритом (1%), абсцессом матки (2%) бригадой ГССП был установлен диагноз тазовый перитонит.

Выводы:

1. Важный аспект диагностического поиска у пациенток, имеющих клинику острой хирургической или урологической патологии – исключение гинекологической патологии.
2. Проблемы диагностики и своевременного лечения могут послужить причиной нарушения репродуктивного здоровья этих пациенток.
3. Работникам скорой медицинской помощи следует, в первую очередь, диагностировать на догоспитальном этапе данную группу патологии для определения последующей маршрутизации пациентки.

Список литературы.

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997.
2. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. - М.: МЕД пресс-информ, 2001.
3. Оперативная гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. - М.: Медицина, 1990.
4. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. - Харьков: Факт, 2002. Руководство по онкогинекологии / Бохман Я.В. - СПб.: Медицина, 2002.

5. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. - М.: Медицина, 1996.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ФАКТОР В РАЗВИТИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ И СВЕРХРАННЫХ РОДОВ

Махмудова С.Э., Малышева Т.В.

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

Введение. Преждевременные роды - роды, наступивших при сроке от 22 до 37 полных недель и при массе плода более 500 г.

Важность проблемы в том, что рождение недоношенного ребенка, его болезнь и смерть являются достаточно серьезной и глубокой психологической травмой. Женщины, которые потеряли ребенка, испытывают сильный страх за исход следующей беременности, а это приводит к конфликтам внутри семьи, отказу от последующей беременности.

Частота преждевременных родов в развитых странах - 5-7%[1], неонатальная смертность встречается в 28%[2]. Ежегодно в мире рождается 15 миллионов недоношенных детей.[3]

Преждевременные роды (ПР) - комплексная медико-социальная проблема, связанная с решением задач по улучшению качества последующей жизни детей, родившихся недоношенными и сопряженными материально-экономическими состояниями затратами. Тяжесть осложнений, связанных с недоношенностью, пропорциональна гестационному сроку преждевременных родов.

Перед акушерами стоят две основные задачи: детекция угрожающих преждевременных родов во избежание ненадлежащих вмешательств и подготовка плода к преждевременному рождению с помощью адекватных и одновременно безопасных медикаментозных средств.

Преждевременные роды - актуальная медико-социальная проблема. Снижение заболеваемости недоношенных и инвалидности с детства зависит от успехов медико-биологических исследований, которые откроют новую эру в лечении каждого конкретного больного, эру в лечении каждого конкретного больного, эру персонализированной медицины.

Если Арчи Кохрейн писал, что «эффективная медицина должна быть доступной», то реалии сегодняшнего дня требуют очень важного дополнения: медицина должна быть не только доступной, но и безопасной, особенно когда это касается беременной женщины.

Хотя недиагностированная системная материнская инфекция представляет высокий относительный риск, данное состояние встречается нечасто в развитых странах, т.к. в арсенале врачей есть эффективные антибактериальные препараты.[4]

Задача акушеров - обеспечение предгестационной подготовки супружеских пар с потерями беременности в анамнезе, тщательное мониторирование беременности в плане профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, использование данных доказательной медицины при проведении вторичной профилактики угрожающих преждевременных родов и беременное родоразрешение с применением новых технологий по снижению неонатальной заболеваемости и смертности.[5]

Целью работы было исследование влияние инфекционного агента в патогенезе преждевременных и сверххранных родов.

В данном исследовании мы рассмотрели частоту встречаемости инфекционного фактора в развитии преждевременного и сверххранного родоразрешения среди родильниц.

Рассмотрение данной частоты было посредством ретроспективного анализа 60 историй родов на базе Пермского краевого перинатального центра с период с января 2016 по январь 2017 гг.

Истории распределены по 3 группам: 1 группа - срочные роды, 2 - преждевременные роды, 3 - сверххранные роды. Проведена статистическая обработка данных.

Результаты и обсуждение. Средний возраст родивших женщин составил: в 1 группе составил 24, во 2 - 32, в 3 - 31 год. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (два и более аборт, перинатальные потери в анамнезе): в 1 группе выявлен у 35%, во 2 - 50%, в 3 - в 100%! Безводный период (более 18 часов с излития околоплодных вод): в 1 группе в среднем составил 8 часов, во 2 - 9 ч. 30 мин., в 3 - 5 ч. 30 мин.

Угроза прерывания беременности в первом и втором триместрах была отмечена: в 1 с частотой в 65%, во 2 - в 50%, в 3 - в 55%. Многоводие (околоплодные воды в амниотической полости выше нормы): в 1 и 2 группе выявлено по 35%, в 3 группе - в 25%. Маловодие: в 1 и 2 группе обнаружено 40%, в 3 - 20%.

Признаки внутриутробного инфицирования плода зарегистрированы: в 1 группе в количестве 50%, во 2 и 3 - по 60%. По гистологии послеродовых признаков инфицирования плода были обнаружены: во всех группах по 55%.

TORCH-инфекции (токсеплазмоз, краснуха, цитомегаловирусная инфекция, герпесвирусная инфекция) были выделены: в 1 группе с распространенностью в 15%, во 2 - в 30%, в 3 - 35%.

Выводы

1. Средний возраст матерей с преждевременными и сверххранными родами выше, чем у женщин, родившихся в срок.

2. Более чем в половине случаев в 1 и 2 группах был отягощенный акушерско-гинекологический анализ, а в группе сверххранных родов он составил 100%!

3. Подтверждение важной роли инфекционного агента является гистология плаценты, которая была инфицирована в группах преждевременных и сверххранных родов в 60%

4. Значительную в патогенезе роль играет наличие TORCH-инфекций у плода, которые преобладали у новорожденных преимущественно после сверххранных родов.

5. В качестве профилактики преждевременных и сверххранных родов важна предгравидарная подготовка, которая должна обязательно включать в себя:

- выявление инфекционной патологии в организме матери еще до планирования беременности

- санация очагов в случае ее обнаружения

- вакцинирование как основной метод профилактики данной группы патологии.

Список литературы.

1. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол). ФГБУ «Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва. 2014

2. Сидорова И.С. Диагностика и лечение внутриутробной инфекции в различные периоды беременности периоды беременности/ И.С. Сидорова, И.О. Макаров, С.М. Воеводин// Акуш. и гин. – 2004. - №5. – С. 13-17

3. Flood K, Malone FD: Prevention of preterm birth. Seminars Fetal Neonat Med 2012; 17; 58

4. Menon R. Preterm birth: a global burden on maternal and child health.// Pathog Glob Health. 2012 Jul; 106(3):6 139-40

5. Nour N. Premature Delivery and the Millennium Development Goal // Rev Obstet Gynecol. 2012;5(2): 100-105

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Митрофанова М.Н., Климов Е.С.

Научные руководители: к.м.н. доцент Карпова И.А., д.м.н. доцент Шевлюкова Т.П.
Тюменский государственный медицинский университет

Введение. Неразвивающаяся беременность (НБ) - нарастающая по частоте и тяжести последствий причина репродуктивных потерь, одна из главных проблем мировой медицины. [2;4]. При прогрессировании заболевания возможно возникновение перфорации матки, массивных маточных и внутрибрюшных кровотечений, развитие отека головного мозга, вплоть до злокачественных трофобластических опухолей, которые чаще развиваются на фоне ПЗ. Необходимость сбора абортивного материала и направление его на гистологическое исследование при медикаментозном прерывании НБ с целью ранней диагностики и лечения трофобластических болезней.

Цель исследования. Продемонстрировать случай медикаментозного прерывания беременности в раннем сроке на фоне НБ.

Материал и методы. Пациентка П. 26 лет обратилась на прием к акушеру-гинекологу в Университетскую Многопрофильную Клинику (УМК) ГБОУ ВО Тюменский ГМУ МЗ РФ с целью прерывания НБ. Наблюдалась с 9 недель беременности в женской консультации (ЖК) города Тюмени. Предстояли I роды от I беременности. Настоящая беременность желанная. Во время наблюдения в связи с беременностью в ЖК женщине назначено: калия йодид 200 мг, фолиевая кислота 1 мг, дидрогестерон 30 мг по поводу угрожающего выкидыша в течение предыдущих 4 недель.

Результаты исследования. При прохождении первого скрининга диагностирована НБ, остановка в развитии эмбриона произошла в сроке 7-8 недель, длительность аменореи составила 92 дня. Дальнейшее наблюдение оказывалось по месту жительства. Пациентке было предложено выскабливание стенок полости матки на фоне болюсного введения антибиотиков широкого спектра действия за 1 час до оперативного лечения. Был оформлен письменный отказ от хирургического вмешательства. Женщина настояла на медикаментозном прерывании беременности, о возможных осложнениях была предупреждена гинекологом. Проведен консилиум, было принято решение о выполнении медикаментозного прерывания беременности в условиях дневного стационара: согласно инструкции препарат был принят по схеме 600 мг мифепристона внутрь однократно в присутствии врача. Учитывая длительное нахождение плодного яйца в полости матки, с целью профилактики гнойно-септических состояний проведена антибиотикопрофилактика – комплексным препаратом – Сафоцид (флуконазол, азитромицин, секнидазол). Через 48 часов трансбуккально введен мифепристон в дозировке 800 мкг. С 5-ого дня приема мифепристона, после уменьшения кровянистых выделений проведен курс внутриматочного введения хлоргексидина в сочетании с лидокаином в виде препарата катеджель по 5 мл через 48 часов №5. Абортный и постабортный период протекал без осложнений. Материал отправлен на гистологическое исследование. На 14 день после приема мифепристона было выполнено УЗИ органов малого таза в полости матки остатков плодного яйца и оболочек не выявлено. После получения гистологического заключения морфологическая картина частичного пузырного заноса с признаками очаговой умеренной пролиферации покровного эпителия ворсин (синцитио и цитотрофобласта). По результату цитогенетического исследования: триплоидия. Согласно существующим стандартам, пациентке было предложено выполнить контрольный кюретаж или гистерорезектоскопию, но женщина от хирургического вмешательства отказалась. После проведения консилиума был рекомендован еженедельный контроль уровня ХГЧ до его нормализации, консультация онкогинеколога, УЗИ через 2 и 4 недели после эвакуации плодного яйца, и далее ежемесячно до нормализации уровня ХГЧ, проведение обзорной рентгенографии легких.

Уровень ХГЧ через 2 месяца после эвакуации плодного яйца нормализовался (1,8 МЕ/л). Консультация онкогинеколога: простой пузырный занос, 1 б клиническая группа, рекомендовано наблюдение по месту жительства, показаний для химиотерапии нет.

С целью реабилитации пациентке был назначен дюфастон по 10 мг х 2 раза в день с 16 дня после приема мифепристона, в течении 10 дней. Далее, с первого дня менструального кровотечения, с целью дальнейшей контрацепции был рекомендован комбинированный оральный контрацептив – этинилэстрадиол 30 мкг+хлормадинона ацетат 2 мг на 1 год, комплекс витаминов и антиоксидантов селмевит интенсив по 1 таблетке 1 раз в день по схеме 30 дней прием 30 дней перерыв на время использования гормонального контрацептива [1,2]. После консультации онкогинеколога, пациентка самостоятельно приняла решение не использовать комбинированную оральную контрацепцию, и через 3 месяца после медикаментозного прерывания НБ наступила вторая желанная беременность, женщина родоразрешилась живым доношенным ребенком весом 3500 гр, ростом 52 см. Рецидивирования пузырного заноса по настоящее время не выявлено.

Выводы. Клиническая эффективность медикаментозного прерывания НБ высока составляет 94%, только 6% женщин подверглись хирургическому вмешательству методом вакуумной аспирации с целью опорожнения матки. Благодаря внедрению современных охранорепродуктивных технологий стало возможным лечение атравматичным медикаментозным методом без нарушения целостности эндометрия.

Список литературы.

1. Аксентьева, А.В. Изменения в системе гемостаза у женщин репродуктивного возраста после применения антипрогестинов с целью прерывания маточной беременности на ранних сроках / Аксентьева А.В., Буслаева Н.Н., Плотников Н.С., Иванова Е.А. // Вестник Российского государственного медицинского университета - 2015. - №2. -С. 76-77
2. Неразвивающаяся беременность. Методические рекомендации МАРС (Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины) / [авт.-сост. В.Е. Радзинский и др.]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens - 2015. -Стр.4.
3. Полякова, В.А. Применение препаратов мифепристона и мизопростала в акушерско-гинекологической практике / Полякова В.А, Карпова И.А., Хойрыш А.В, Сычева А.Л. // Медицинская наука и образование Урала. Тюмень - 2012. - № 3 (71). - Т.13. С.94-101
4. Национальное руководство - Акушерство, 2-е изд., перераб. и доп./ под. редакцией Г.М.Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского//М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 1200с.

РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Надеева Н.М., Балезина Е.В., Чертовикова Л.Н.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Горохов А.П.

Тюменский государственный медицинский университет

Введение. Дизурические расстройства являются одной из основных жалоб, с которыми женщины обращаются за помощью к гинекологу. Цели исследования: изучить связь расстройств мочеиспускания с пролапсом гениталий у женщин в до- и постоперационном периоде; выявить структуру и частоту встречаемости расстройств мочеиспускания, способы их устранения, связь с основным диагнозом.

Материал и методы. На основе ретроспективного анализа истории болезни гинекологического отделения ОКБ №1 г. Тюмени. Методы: анализ научной литературы по проблеме исследования; анализ статистических данных по заболеваемости АГ; метод математической обработки данных; обобщение.

Результаты и обсуждение. Исследовано 206 историй болезни за два года (2015-16) с данной патологией и проведённой по её поводу оперативным лечением, из них 183 (88%) женщины находятся в менопаузальном периоде и 23 (12%) вне менопаузы. Оперативному лечению подвергались женщины от 39 до 87 лет, средний возраст 64,3 года. За 2016 г. в структуре жалоб дизурические расстройства составляют 52,04%. Из них после оперативного лечения от данных жалоб избавились 48,98% женщин, и у 3,06% они вновь появились в после операции. У 4,08% женщин, нарушения мочеиспускания появились только после операции. Задержка либо учащение мочеиспускания после операции составляла у разных пациенток от 1 до 6 дней. Основную массу дизурических жалоб у пациенток с пролапсом гениталий составляли жалобы на задержку мочеиспускания (53,8%), 28,8% на частое мочеиспускание и 17,4% на недержание мочи. При этих жалобах 41,2% пациенток оперировались по поводу пролапса стенок влагалища, чаще всего передняя стенка в сочетании с цистоцеле; 37,2% оперировались по поводу неполного пролапса матки и 21,6% с полным выпадением. За 2015 г. в структуре жалоб дизурические расстройства составляют 43,23% от общего числа. Из них после операции от данных жалоб избавились 39,8%, у 2,8% они вновь появились в постоперационном периоде, у 4,63% возникли впервые. Так же, как и в 2016 г. наиболее частой жалобой была задержка мочеиспускания (46,94%), 36,73% жаловались на недержание мочи и у 16,33% оно было учащено. Интересно, что в 2015 диагноз году опущение стенок влагалища при дизурических явлениях встречалось реже пролапса матки (27,5%), неполное выпадение 33,3%, и полное 39,2%. В общей структуре диагноза без учёта нарушения мочеиспускания преобладает неполное выпадение (41,6%), далее полное выпадение матки (29,7%) и меньше всего было сделано операций по поводу опущения стенок влагалища (28,7%). Главной тактикой врача при задержке мочеиспускания в постоперационном периоде было введение катетера Фолея с одновременным введением уросептиков. Как правило, нарушение через 1-2 дня проходило самостоятельно. Если восстановление затягивалось, то прибегали к медикаментозной коррекции: удлиняли сроки введения прозерина, назначали спазмолитики. Если вышеперечисленного было недостаточно, добавляли альфа-адреноблокатор тамсулозин, физиотерапию. Давались рекомендации в виде приёма отваров мочегонных трав, канефрон, омник, фурагин. Основной патогенез нарушения мочеиспускания в том, что при выпадении матки или стенок влагалища, тянется вниз тазовая диафрагма, с которой связаны и матка, и мочевого пузырь. При этом происходит перерастяжение и увеличение в диаметре уретры и внутреннего сфинктера. Моча удерживается только на уровне наружного сфинктера, что и является причиной недержания мочи. Во время оперативного вмешательства устраняется выпадение, за счёт чего вытягивается и мочевого пузырь с уретрой. После этого уретра уже выглядит длиннее, более растянута вдоль. Женщине в постоперационном периоде, чтобы помочиться, приходится сильнее натуживаться, она чувствует боль из-за близкой послеоперационной раны. Помимо всего прочего замечено, что у 75,8% женщин в сопутствующем диагнозе значились ИБС, СН, АГ и/или варикозная болезнь вен нижних конечностей, которая так же встречается у 30,45% пациенток. Этот факт может косвенно указывать на связь с системной дисплазией соединительной ткани, более выражённую, чем акушерские травмы промежности и роды [3]. Об этом же свидетельствует множество медицинских источников [5, 6]. Другой этиологический фактор, который отчётливо прослеживается, - период менопаузы и гипоестрогенемия (88% оперированных женщин). Гипоестрогенемия в постменопаузе является основной причиной атрофии в эстрогензависимых органах: слизистой влагалища, уретры и мочевого пузыря, мышцах тазового дна и связочном аппарате матки, что усугубляет развитие и прогрессирование пролапса гениталий [4].

Выводы. Из вышеуказанных цифр можно сделать вывод, что нарушение мочеиспускания нельзя более плотно связать с каким-либо конкретным диагнозом, будь то полный и неполный пролапс матки или опущение стенок влагалища. Почти каждая вторая женщина, обратившаяся к врачу, с пролапсом гениталий страдает от дизурических нарушений. С данной патологией оперативное вмешательство является эффективным методом коррекции этих нарушений, несмотря на остаточные явления в раннем постоперационном периоде.

Список литературы.

1. П.Н. Веропотвелян, И.С. Цехмистренко, Н.П. Веропотвелян, С.В. Гацелюк. Стратегический взгляд на факторы риска пролапса гениталий и способы их коррекции. // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2016. - № 3. - С. 66-74.
2. Т.С. Перепанова, П.Л. Хазан. Современные подходы к терапии урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. // Акушерство, гинекология, репродукция. - 2011. - Т. 5, №1. - С. 9-13.
3. О.А. Царев, А.Ю. Анисимов, Н.Н. Захаров. Прогнозирование осложнённого клинического течения варикозной болезни вен нижних конечностей на основании фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани. // Saratov Journal of Medical Scientific Research. - 2015. - Т. 4, №4. - С. 587-591.
4. О.В. Форстер, Ю.Г. Шварц. Существует ли взаимосвязь между степенью дисплазии соединительной ткани, «инфекционным грузом» и фибрилляцией предсердий у больных ишемической болезнью сердца? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2004. - №3, ч.2."

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ p16ink4a И ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Никулина И.Е., Балтер Р.Б.

Самарский государственный медицинский университет

В литературе последних лет широко обсуждаются диагностические методы определения диспластических состояний шейки матки у женщин, инфицированных ВПЧ. Внедрение новых технологических приемов с использованием цитохимических и гистохимических маркеров, позволяют не только достоверно трактовать диагноз, но и прогнозировать течение патологического процесса.

Цель исследования: сравнительный анализ гистологического исследования биоптатов с данными жидкостной цитологии у женщин с патологией шейки матки, ассоциированной с ВПЧ.

Задачи исследования:

- провести медико-социальный анализ молодых женщин с воспалительной болезнью шейки матки (код МКБ N72) с наличием ВПЧ и без ВПЧ;
- соотнести показатели вирусно-бактериологического и цитологического исследования с кольпоскопической картиной патологии шейки матки, выделив при этом группы женщин с интраэпителиальной неоплазией шейки матки различной степени;
- определить ценность жидкостной цитологии в диагностике и прогнозе развития тяжелых интраэпителиальной неоплазии у молодых женщин, основываясь на комплексных цитологических показателях и содержании p16ink4a, как маркера малигнизации;

- сопоставить иммуногистохимическое исследование p16ink4a в полученных гистологических препаратах с данными иммуноцитохимического исследования.

Материалы и методы

Нами было обследовано 70 женщин с воспалительной болезнью шейки матки (шифр МКБ -10 N72), ассоциированной с ВПЧ (основная группа), и 48 пациенток с воспалительной болезнью шейки матки без ВПЧ (группа сравнения).

Критериями включения в группы являлись: наличие предварительного диагноза воспалительной болезни шейки матки, наличие ВПЧ высокого онкологического риска (или его отсутствие), отсутствие изменений шейки матки как следствия процесса родов или диагностических манипуляций, возраст обследуемых до 27 лет.

Критериями исключения из группы служили: возраст женщин, старше 27 лет, послеродовые изменения шейки матки, травматические повреждения шейки матки в процессе проведения диагностических или лечебных процедур, специфические инфекции и инфекции передающиеся половым путем.

В основной группе женщин было достоверно выше число CIN I степени – 14 (14,3%), имелись отсутствующие в группе сравнения женщины с койлоцитозом (как одним из проявлений ВПЧ) – 18 (25,7%), а так же достоверно меньше было число женщин с гистологическими признаками хронического воспаления 26 (37,1%). В группе сравнения 3 (6,3%), ноль и 44 (91,7%), соответственно. Отметим, что, несмотря на большую в абсолютных значениях частоту дисплазии средней степени в основной группе – статистически достоверных данных по этому значению получено не было. Так, в основной группе частота CIN II составила 10 (14,3%), в группе сравнения 1 (2,1%). Что касается CIN III, то в основной группе таких пациенток было 2 (2,9%). В группе сравнения таких женщин выявлено не было.

Нами было проведено сопоставление полученных результатов жидкостной цитологии и гистологических заключений женщин обследуемых групп, с основной определения p16ink4a. При сопоставлении гистологических и цитологических результатов в основной группе, наибольшие расхождения получены у тех женщин, у которых в цитологическом заключении фигурировали ASC-US и LSIL. Индивидуальное исследование цитологических и гистологических препаратов позволило установить, что у тех женщин, у которых гистологически была установлена CIN II и III, полученные результаты полностью совпадали с показателями жидкостной цитологии, как в плане оценки результатов окрашивания по Папаниколау, так и в плане содержания p16ink4a.

Вместе с тем, наибольшие расхождения в результатах были отмечены у женщин с CIN I. В этой группе гистологически CIN I регистрировался только у 14 (11,3%) пациенток, в то время, как цитологические изменения фиксировались в 42 (33,9%) случаях. В тоже время, присутствие белка p16ink4a в окрашенных цитологических препаратах практически совпадало с данными гистологического заключения.

Таким образом, результаты сопоставления гистологических (как наиболее информативных на данный момент времени) результатов и жидкостной цитологии позволяют сделать вывод, что на ранних этапах клеточного повреждения ВПЧ большую информацию о состоянии эпителия шейки матки дает определение p16ink4a, индекс информативности которого в плане диагностики дисплазий составляет $r=0,96$.

СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ-ОСЕТИЯ АЛАНИЯ В 1990-2014 ГГ.

Петриашвили И.Р.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Хутиев Ц.С.
Северо-осетинская государственная медицинская академия

Введение. Рак яичников (РЯ) по агрессивности и смертности занимает первое место среди всех гинекологических заболеваний. Число больных РЯ взятых на учет в России в 2014 году составило 12405. «Грубый» показатель заболеваемости составил 17,38 и стандартизованный – 10,96 на 100 тыс. населения. Смертность составила 9,88 на 100 тыс. населения. Среднегодовой темп прироста составил 0,20% и прирост-2,07%.

Материалы и методы. Анализ форм №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и №35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями». Среднегодовая численность населения по данным ГОССТАТ Республики.

Результаты. В республиканский онкологический диспансер (РОД) за 25 лет госпитализировано 1169 пациентов РЯ, что составляет 4,7% всех опухолей у женщин и 27,1% опухолей репродуктивных органов. Средний возраст больных – 57,5 лет. Повозрастной показатель заболеваемости составил: 0-4 лет – 0,2, 5-9 лет-0,2, 10-14 лет-0,1, 15-19 лет-1,3, 20-24 лет-1,7, 25-29 лет-2,8, 30-34 лет-2,9, 35-39 лет – 3,9, 40-44 лет – 10,5, 45-49 лет-17,5, 50-54 лет – 29,2, 55-59 лет-29,2, 60-64 лет-36,0, 65-69 лет – 39,5, 70-74 лет – 34,8, 75-79 лет – 33,4, 80-84 лет – 16,3 и 85 лет и старше – 11,5 на 100 тыс. женщин. Пик заболеваемости в 65-69 лет. «Грубый» показатель заболеваемости составил в среднем 13,2 на 100 тыс. женского населения, что в 1,31 раза ниже среднероссийского показателя. Усредненный 5-й летний показатель заболеваемости в 1990-1994гг.-12,5, 1995-1999гг.-13,5, 2000-2004гг.-12,5, 2005-2009гг.-14,2 и 2010-2014 гг.-13,5, т.е. вырос в 1,1 раза. Темп прироста составил 8%.кумулятивный риск заболеть РЯ – 1,05%.

Стандартизованный (мировой стандарт) показатель заболеваемости за весь период наблюдения составил в среднем 9,1 на 100 тыс. женского населения. В 1990-1994 гг.-9,0, 1995-1999гг.-9,8, 2000-2004гг.-8,4, 2005-2009гг.- 9,5 и 2010-2014гг. – 8,9, т.е. не изменился. РЯ активно выявлен только у 2,8%, что в 4,6 раза ниже показателя РФ (13,0%). Морфологическая верификация диагноза у 91,5%. В ранней I-II стадии заболевания выявлено у 25,4%, среднероссийский показатель 37,10 в 1,46 раза больше, III-29,2% и IV стадии – 20,5%. Летальность на 1-м году с момента установления диагноза -35,2%, в РФ – 23,0 % в 1,5 раза ниже. Соотношение летальности к IV стадии заболевания – 0,9. Состоит на учете за время наблюдения всего 31,1 на 100 тыс. населения, в РФ 70,5% в 2,26 раза больше. Из них 5 лет и более жили -49,5%, в РФ 8,5% в 1,18 раза больше. Индекс накопления – 4,6, в РФ – 8,3 в 1,8 раза больше. Специальное лечение закончили 44,4%, в РФ-51,9% в 1,16 раза больше. Только хирургическое – 13,1%, в РФ – 27,1 в 2,1 раза больше. Комбинированное или комплексное – 72,9%, только лекарственное – 0,6% и химиолучевое – 0,4%.

Заключение. Заболеваемость РЯ не снижается. Высок процент запущенности и летальности. Активная выявляемость больных и выживаемость 5 лет и более низкие. Состояние лечебно-диагностической помощи больным не удовлетворительное. УЗИ-скрининг женщин группы риска на РЯ крайне важен.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Саумянц А.А., Четверикова К.А., Великих М.В.

Научный руководитель: доцент Кислюк Г.И.

Курский государственный медицинский университет

Физическое развитие является одним из главных показателей здоровья ребенка, который характеризует его выносливость и сопротивляемость. Общеизвестна связь заболеваемости и смертности детей с показателями физического развития при рождении [1,2,3]. Чем меньше вес ребёнка, тем чаще у него регистрируются нарушения неврологического статуса с последующим развитием задержки психомоторного и нервно-психического развития [1,3]. Низкие показатели физического развития у ребенка могут быть ранним проявлением тяжелой врожденной патологии, которая зачастую имеет неблагоприятный прогноз [1,2,3].

Физическое развитие - это совокупность антропометрических показателей, к которым относится: масса и рост, окружности головы и груди.

В оценке физического развития у новорожденных нет единого подхода. При этом используются нормативные и центильные таблицы, а также графические кривые, которые позволяют унифицировать методику оценки физического развития ребенка. На основании дифференцированной оценки состояния физического развития новорожденных выделяют три формулировки[1,2]:

- дети, соответствующие сроку гестации (нормальное физическое развитие);
- дети большие к сроку гестации (с массой тела более 4000 г);
- дети малые к сроку гестации (задержка внутриутробного развития - ЗВУР)

Таким образом, оценка физического развития является важным критерием оценки здоровья новорожденного ребенка.

Цель работы: Провести исследование показателей физического развития новорожденных детей.

Задачи исследования:

1. Провести исследование параметров физического развития при рождении у 545 доношенных детей, рожденных в областном перинатальном центре г. Курск.
2. Рассчитать статистические показатели (среднее значение, ошибку среднего, среднеквадратичное отклонение, коэффициент вариации, асимметрии и эксцесса) веса, роста, окружности головы и груди, весо-ростового коэффициента у новорожденных детей.
3. Оценить физическое развитие детей с учетом проведенного статистического анализа.

Материалы исследования: для оценки физического развития новорожденных были изучены антропометрические показатели 545 здоровых доношенных детей, родившихся на сроке гестации 37-41 недель. Исследование антропометрических показателей проведено в 1 сутки жизни, путем взвешивания ребенка на электронных весах и измерения сантиметровой лентой размеров длины тела (роста), окружностей головы и груди. Для статистической обработки и анализа полученных материалов использован пакет программ Statistica 8.0.

Результаты исследования: Согласно литературным данным, доношенным считается новорожденный ребенок, родившийся при сроке беременности 37-41 неделя (252-292 дня) со средними показателями массы тела ($M \pm \sigma$), 3510 ± 416 г для мальчиков и 3380 ± 484 г для девочек, ростом $51,5 \pm 1,7$ см и $51 \pm 1,9$ см соответственно. Окружность головы у доношенных детей варьирует от 33 до 36 см и может превышать окружность грудной клетки на 1-2 см [1,3].

Полученные нами антропометрические показатели: масса тела $3442,3 \pm 384,4$, рост $53,2 \pm 1,73$, окружность головы $35,5 \pm 0,77$, окружность груди $34,8 \pm 1,11$, весо-ростовой

коэффициент $65,9 \pm 0,02$, согласуется с литературными данными и соответствует нормальному диапазону (P25-75 центильных коридора). Средние показатели у мальчиков несколько выше, чем у девочек, но эти различия статистически не достоверные.

Средние показатели массы тела при рождении у детей составили $3318,65 \pm 404,13$ г, то есть 68,9% новорожденных имели нормальный вес от 2914 г до 3722 г (P25-75 центили). У 18,3% детей вес превышал норму ($>P75, >P95$): на 1,5 сигмы (высокие показатели - 4,6%), на 2 сигмы (очень высокие показатели – у 13,7%).

Показатели роста у обследованных новорожденных детей в среднем составили $52,1 \pm 2,08$ см. У 66,2% малышей нормальные показатели (50,05-54,2 см). У 33,8% детей выявлены низкие показатели – у 15,3%, высокие - у 18,5%. Причем у 5% детей имели место очень низкие ($<P3$), а у 8,1% - очень высокие показатели ($>P95$).

Средние размеры головы у новорожденных составили $34,6 \pm 1,25$ см (33,3 см - 35,9 см). Нормальные показатели (P25-75) определены у 63,3% обследованных, у 21,6% детей обнаружены низкие и очень показатели, отстающие от нормы на 1,5-3 сигмы ($<P10-12\%$, $<P3-9,6\%$). В то же время у 18,5% младенцев выявлены высокие и очень высокие показатели окружности головы, превышающие нормативы на 1,5-3 сигмы ($>P75-95$).

Нормальные величины окружности груди новорожденных в среднем составили $33,8 \pm 1,5$ см (32,3 см - 35,3 см) определены у 58,1% детей. У 7% новорожденных выявлены очень низкие ($<P3$) и 9,1%.- очень высокие ($>P95-97$) показатели.

Согласно литературным данным, весо-ростовой коэффициент (индекс Тура 1) колеблется у доношенных новорожденных от 57,8 до 68,8 и отражает гармоничность развития ребенка. В группе исследованных детей мы не нашли достоверных различий с литературными данными.

Выводы:

1. Среди доношенных новорожденных 400 (73,3%) детей имеют нормальное физическое развитие.
2. У 93 (17%) детей выявлены низкие антропометрические показатели – дефицит питания (внутриутробная гипотрофия/ЗВУР).
3. Показатели, превышающие нормативы (крупный плод) обнаружены у 52 новорожденных.
4. У 22 новорожденных выявлены показатели, выходящие за рамки ($M \pm 3\sigma$), то есть имеющие крайне низкое 6 (1,1%) и очень высокое 16 (2,9%) физическое развитие – больные дети, нуждающиеся в обследовании с целью выявления фоновой и сопутствующей патологии с целью ранней коррекции патологического состояния.

Список литературы:

1. Воронцов А.В., Мазурин И.М. Пропедевтика детских болезней. – СПб.: Фолиант, 2001.-931 с
2. Дементьева Г.М., Короткая Е.В. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении. ВМД.- 1981.- №2. – С. 15-20
3. Климашевич Е.С. Кислюк Г.И. Динамика показателей физического развития новорожденных на современном этапе. Мат. конф. «Современные подходы молодых ученых и студентов к решению актуальных проблем медицины», Караганда, 2006. – С. 108-110

ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Сафина А.А.

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

Введение. Внутриутробная Инфекция (ВУИ) является одной из важнейших медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии. Частота внутриутробной инфекции новорожденных составляет от 2 до 12%. В структуре причин перинатальной смертности доля внутриутробной инфекции составляет более 30% [1]. На современном этапе важное значение имеет разработка достоверных методов диагностики ВУИ плода и новорожденного.

Материалы и методы. Ретроспективным путем был проведен анализ 90 историй родов на базе Перинатального центра г.Уфы за 2016 год у беременных высокого инфекционного риска в возрасте 20-35 лет, в сроки гестации 37-42 недели. Обследованные были разделены на 2 группы: I – с реализацией внутриутробной инфекции, что составило 53,3% (47), II – без реализации внутриутробной инфекции 46,6% (43). Была разработана карта, в которую вносились общие сведения о беременной, данные акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, особенности течения беременности, родов, результаты лечебно-диагностических мероприятий, особенности послеродового периода, данные гистологического исследования плаценты и состояния новорожденного.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток в I основной группе составил – $25,5 \pm 0,5$ лет, во II основной - $24,8 \pm 0,5$ лет. Средний возраст менархе у женщин I группы - $13,6 \pm 0,2$ лет, II - $13,7 \pm 0,1$. Экстрагенитальная патология встречалась в 72,3% (34) случаев в I группе, а именно: хронические заболевания ЖКТ – 14,9% (7), заболевания мочеполовой системы – 31,9% (15), заболевания дыхательной системы – 17% (8), заболевания сердечно-сосудистой системы – 27,6% (13). Во II группе патология наблюдалась в 53,5% (23) случаев: хронические заболевания ЖКТ – 11,6% (5), заболевания мочеполовой системы – 25,6% (11), заболевания дыхательной системы – 6,9% (3), заболевания сердечно-сосудистой системы – 30,2% (13). Сопутствующие гинекологические заболевания в I группе: хронический сальпингоофорит – 6,4% (3), хронический эндометрит – 6,4% (3), миома матки – 8,5% (4), эрозия шейки матки – 29,8% (14); во II группе: хронический сальпингоофорит – 6,9% (3), хронический эндометрит – 4,6% (2), миома матки – 13,9% (6), эрозия шейки матки – 44,2% (19).

Типичным проявлением внутриутробной инфекции является невынашивание беременности. В I триместре у пациенток I группы беременность на фоне угрозы протекала в 27,6% (13) случаев, во II - в 9,3% (4). Поздние преждевременные роды были выявлены только в одном случае.

Изменения состояния плода и функционирования фетоплацентарной системы, вызванных внутриутробным инфицированием плода, отражается на свойствах амниотической жидкости [2]. Многоводие выявлено в 12,8% (6) случаев в I группе и в 10% (6) во II. Маловодие встречалось в 8,5% (4) случаев I группы и 7% (3) случаев 2-й группы, причем во II триместре 2,3% (1) случаев во 2-й группе, в III – 8,5% (4) случаев 1-й группы и 4,6% (2) случаев 2-й группы.

Гистологическое исследование плаценты, пуповины и плодных оболочек является «золотым стандартом» в ретроспективной диагностике ВУИ [2,3]. Так, преждевременное созревание плаценты было выявлено в 14,9% (7) случаев в I группе и в 2,3% (1) случае во II. Плацентит был обнаружен только в I группе в 29,8% (14). Децидуит встречался у 70,2% (33) женщин I группы и 41,9% (18) – II; васкулит - у 51,1% (24) I группы и 18,6% (8) – II. Кальцинаты были выявлены в 78,9% (23) случаях в I группе и в 44,2% (19) – во II. Отложение фибриноида имело место в 68,1% (32) и 53,5% (23) соответственно в I и II группах. Сосудистые нарушения в виде инфарктов встречались в 31,9% (15) случаев в I

группе и в 11,6% (5) - во II, в виде очагового коллапса в 21,3% (10) и 23,2% (10) соответственно. Воспалительные и сосудистые изменения в плаценте позволяют обосновать восходящее инфицирование плодных оболочек у пациенток I группы. Развитие ВУИ плода возможно и гематогенным путем, что показало в исследовании картину интервиллусита у 38,3% (18) женщин I группы и у 20,9% (9) - II, флебита пупочной вены у 8,5% (4) и 2,3% (1) соответственно и эндартериита пупочной вены у 4,2% (2) пациенток I группы.

При оценке состояния новорожденных только в I группе были выявлены осложнения: пневмония в 72,3% (34), врожденный ринит 10,6% (5). Гипоксическое поражение ЦНС встречалось в 74,5% (35) случаев в I группе и в 25,6% (11) – во II; повышенная эхогенность перивентрикулярной ткани у 25,5% (12) новорожденных I группы и у 2,3% (1) – II.

Выводы. Комплексный подход к оценке данных анамнеза, течения беременности по триместрам, характера патологии околоплодных вод, гистоморфологии последа, состояния новорожденного позволяет определить путь инфицирования ребенка и требует расширения объема дополнительных диагностических и лечебных мероприятий. Пренатальная диагностика внутриутробной инфекции крайне сложна и, несмотря на значительное число проведенных исследований, посвященных проблеме внутриутробного инфицирования, вопросы профилактики ВУИ еще далеки до окончательного решения.

Список литературы.

1. О.Н. Новикова. Инфицированное плодное яйцо: исходы для матери и плода / О.Н. Новикова, Г.А. Ушицкая, И.С. Гребнева, С.В. Фанасков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – Т. 9, № 5. – С. 47–54.

2. Кравченко, Е.И. Патогенетические моменты очень ранних преждевременных родов при восходящем инфицировании последа/ Е.И. Кравченко, С.С. Синицина, А.Е. Любавина// Мать и дитя в Кузбассе. Научно-практический журнал.-2011.- Спецвыпуск №1.-с.50-54.

3. Хамадьянов У.Р. Диагностика внутриутробной инфекции на современном этапе./ Хамадьянов У.Р., Русакова Л.А., Галимов А.И., Хамадьянова А.У., Хамадьянова С.У., Утяшева Р.А. // VI Региональный научный форум «Мать и дитя». Ростов-на-Дону, 2012.- С.31-32.

ВЛИЯНИЕ ОПУЩЕНИЯ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

Сверчинская А.А., Кухарев Д.Ю., Говорунова Е.В.

Научный руководитель: Вербицкий В.С.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Опушение (пролапс) тазовых органов является одной из часто встречающихся патологий в гинекологии. Ввиду того, что пролапс тазовых органов встречается у 30% женщин при приеме у гинеколога [1], данная патология требует к себе особого внимания. Целью данной работой являлась оценка качества жизни женщин с пролапсом тазовых органов (ПТО). Посредством опросника ПД-КЖ (М.Ю. Коршунов, Е.И.Сазыкина, 2008 г.), были опрошены пациентки стационара, ожидающие операцию по коррекции положения тазовых органов.

Материал и методы. Путем анкетирования были опрошены 94 пациентки, находящиеся в стационарах г. Минска по поводу коррекции положения тазовых органов.

Опрос проводился с помощью опросника ПД-КЖ, включающего 40 вопросов (9 доменов), касающихся симптомов пролапса тазовых органов, степени их выраженности и их влияния на повседневную жизнь.

Результаты и обсуждение. Средний возраст опрошенных пациенток составил 61,9 лет. 70,8% пациенток посчитали, что проблемы, связанные с опущением, значительно влияют на их жизнь. Среди механических симптомов ПТО в значительной степени (71,2%) женщин беспокоит ощущение «выпячивания» во влагалище или за его пределами, беспокоит в умеренной степени – 28,8%. Учащенное мочеиспускание значительно беспокоит 61% женщин, умеренно 37%, мало- 1%, не беспокоит- 1%. Затрудненное мочеиспускание (слабая струя мочи, необходимость сильно тужиться, чувство неполного опорожнения и т.д.) большинство пациенток (40%) мало беспокоят, умеренно – 26%, значительно – 14%. Также для женщин с ПТО характерны симптомы затрудненной дефекации, в частности, чувство неполного опорожнения кишечника после посещения туалета: 61% опрошенных - значительно беспокоит, 22% - умеренно, 10% - мало, 7% - не беспокоит. Мало либо не беспокоят запоры 48,7% женщин. Значительно влияют симптомы опущения тазовых органов и на межличностные взаимоотношения, вызывают физические и социальные ограничения (69,4% и 72% соответственно). Данная патология у 91,3% опрошенных вызвала ощущение подавленности, тревоги, у 76,9% чувство неполноценности. Нарушение сна отмечали 76,9% женщин.

Выводы. Наиболее часто пролапс тазовых органов встречается у пациенток пожилого возраста. Симптомы пролапса тазовых органов значительно влияют на жизнь пациенток, вызывая физические и социальные ограничения, эмоциональные проблемы.

Список литературы.

1. Samuelsson, E. U. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors / Samuelsson E. U., Victor F. T. A., Tibblin G., Svardsudd K. F. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 180. — P. 299–305.

ВЛИЯНИЕ ДОРОДОВОЙ МЕДИКО-ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БЕРЕМЕННЫХ И ТЕХНИК ВАГИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ РОДОВ

Силаев К.А.

Научный руководитель: Манухин И.Б.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова

Одной из актуальных проблем здравоохранения является охрана здоровья матери и ребенка. При этом вопросы профилактики осложнений беременности и родов относятся к наиболее важным и перспективным. Физиологическое течение родового акта во многом определяется состоянием женщины перед родами. Многие осложнения родов обусловлены психологическими или эмоциональными факторами, напрямую зависящими от подготовленности беременной к родам. В настоящее время не достаточно научных данных исследований, соответствующих современным стандартам доказательной медицины, которые бы достоверно показали эффективность психопрофилактической подготовки к родам.

Материал и методы. В исследование приняли участие 300 первородящих женщин 27,8±0,2 лет на сроке беременности 33-37 недель, которые случайным образом распределялись в две группы: группа 1 - 150 пациенток проходили курс дородовой

медико-психопрофилактической подготовки, роды велись с использованием техник вагинального родоразрешения: горизонтальные, вертикальные и роды в воду; группа 2 – 150 пациенток наблюдались согласно стандартной акушерской практики, роды велись согласно рутинной акушерской практики. Беременные обеих групп сопоставимы по возрасту ($27,8 \pm 0,2$ лет), сроку гестации (34-35 недель), социальному и акушерско-гинекологическому статусу ($p > 0,05$). Во время исследования проводилась клиническая оценка течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного, а также уровня тревожности женщин в динамике.

Результаты и обсуждение. Использование программы дородовой медико-психопрофилактической подготовки беременных в сочетании с техниками вагинального родоразрешения вертикальные роды и роды в воду положительно влияет на течение родов: уменьшается общая их продолжительность за счет 1 периода родов, которая в группе 1 была значимо короче ($467,3 \pm 135$), чем в группе 2 (532 ± 105 мин), $p < 0,05$. Частота несвоевременного излития околоплодных вод, а также слабости родовой деятельности статистически ниже была в группе 1 (прошедших дородовую медико-психопрофилактическую подготовку, 19,3% и 9,3%) по сравнению с группой 2, 34,7% и 28,0% ($p < 0,05$). При этом наименьшая частота данных показателей была в подгруппах 1.2 (вертикальные роды, 14,9% и 6,4%) и 1.3 (роды в воду, 16,7% и 4,8%). Частота кесарева сечения в группе 1 (прошедшие дородовую медико-психопрофилактическую подготовку) составила 8,0%, а в группе 2 (непрошедшие дородовую медико-психопрофилактическую подготовку) – 14,7%, что в 1,8 раза больше и является статистически значимым различием ($p < 0,05$). Следует отметить, что в структуре показаний к экстренному абдоминальному родоразрешению во 2 группе преобладали такие состояния, которые с большой вероятностью были связаны с высоким психоэмоциональным напряжением женщины, а именно упорная слабость родовой деятельности, неподдающаяся фармакологической терапии (в 11 случаях из 22). Кроме того, в этой группе частым показанием к экстренному кесареву сечению являлась острая гипоксия плода (9 случаев из 22). Наибольший процент эпидуральной анестезии (27,3%) наблюдался в группе 2 (непрошедшие медико-психопрофилактическую подготовку), по сравнению с теми, кто прошел подобную дородовую подготовку – группа 1 (6,0%). В структуре пациенток, прошедших дородовую медико-психопрофилактическую подготовку, наименьшую частоту эпидуральной анестезии имели те, кто рожали с использованием техник вертикальных родов и родов в воду (подгруппы 1.2 и 1.3), что показало статистически значимые отличия ($p < 0,05$) от подгруппы 1.1 (рожавших с использованием техники горизонтального вагинального родоразрешения). Значимые статистические различия были выявлены при оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни. Средняя оценка по Апгар на 1 минуте была статистически значимо выше в группе 1, прошедших медико-психопрофилактическую подготовку ($7,9 \pm 0,8$ баллов), по сравнению с группой 2 ($7,4 \pm 1,1$ баллов), кто не проходил дородовую подготовку ($p < 0,05$). Аналогичные отличия были выявлены и при оценке новорожденных по шкале Апгар на 5 минуте жизни: $8,8 \pm 0,4$ баллов в группе 1 и $8,3 \pm 0,5$ баллов в группе 2 ($p < 0,05$).

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод об эффективном улучшении течения и исходов родов путем применения дородовой медико-психопрофилактической подготовки беременных и техник вагинального родоразрешения вертикальные роды и роды в воду.

Список литературы.

1. Манухин, И.Б. Роль психопрофилактической подготовки беременных к родам / И.Б. Манухин, К.А. Силаев // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2016. - №6. – С. 9-13.
2. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия / В.Е. Радзинский. - Москва: Медиабюро Статус презенс. - 2011. – 688 с.

3. Силаев, К.А. Психопрофилактическая подготовка к родам: новое о старом / К.А. Силаев, И.Б. Манухин, С.П. Синчихин // Астраханский медицинский журнал. – 2016. - №4. – С. 43-50.
4. Румянцева, З.С. Оценка эффективности дородовой подготовки женщин / З.С. Румянцева, А.Д. Баснаева // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2017. - №3 (55). – С. 14-18.
5. Прохоренко, Н.А. Психопрофилактическая подготовка беременных женщин к родам / Н.А. Прохоренко, Н.А. Кошечева, Н.В. Туркина // Медицинская сестра. – 2010. - №8. – С. 3-5.
6. Miquelutti, M.A. Cecatti J.G., Makuch M.Y. Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: an exercise and birth preparation program / M.A. Miquelutti // Clinics. – 2015. - №70 (4). – P. 231-236.
7. Bergstrom, M. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth / M. Bergstrom, H. Kieler, U. Waldenstrom // Acta Obstetrica et Gynecologica. - 2010. - № 89. - P. 794–800.
8. Gupta, J.K. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia / J.K. Gupta, G.J. Hofmeyr, M. Shehmar // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2012. – Issue 5. - №CD002006.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Скоробогатова В.В.

Научный руководитель: Бельницкая О.А.

Алтайский государственный медицинский университет

В настоящее время немного пациенток детородного возраста страдает хроническим гломерулонефритом[2]. Но, тем не менее, данное заболевание серьезноотягощает течение беременности. Наличие хронического гломерулонефрита при беременности весьма опасно в связи с наличием высокого риска осложнений вплоть до летального исхода, как со стороны матери, так и со стороны плода[1]. Тем самым данная патология способствует росту материнской и перинатальной смертности.

Цель исследования: изучение особенностей течения беременности и родов у пациенток с хроническим гломерулонефритом.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 14 обменно-уведомительных карт, историй беременности и родов у пациенток с хроническим гломерулонефритом.

Результаты: средний возраст пациенток составил $28 + 2,7$ лет. Доля пациенток раннего репродуктивного возраста составила 92,8 %, (13 женщин) и 7,2 % (одна пациентка) позднего репродуктивного возраста. Беременных в возрасте до 18 и старше 38 лет не было.

Доля первобеременных составила 42,8 % (6 женщин), повторнобеременных – 57,2 % (8 женщин). Репродуктивный анамнез осложнен бесплодием у двух пациенток (14,3 %), в 28,6 % случаев отмечалось самопроизвольное прерывание беременности в ранние сроки.

Все пациентки встали на диспансерный учет до 12 недель беременности.

Среди осложнений беременности в первом триместре наиболее часто диагностирована угроза прерывания (35,7 %), преимущественно сопровождающаяся

болевым синдромом. Ранний токсикоз средней степени диагностирован у одной беременной (7,2%).

Наиболее частым осложнением второго триместра беременности явилась преэклампсия средне-тяжелой степени – в 35,7% случаев (5 пациенток), угрожающие преждевременные роды диагностированы у двух (14,3 %) пациенток, гестационный сахарный диабет и гестационный пиелонефрит – по одной (7,2 %) пациентке. При проведении второго пренатального скрининга у двух (14,3 %) пациенток зарегистрировано нарушение кровотока 1А типа.

В третьем триместре беременности угрожающие преждевременные роды диагностированы у 3 (21,4 %) пациенток. При проведении оценки фето-плацентарного комплекса в скрининговые сроки выявлено: в 42 % случаев (6 пациенток) нарушение кровообращения (1А тип – у трёх пациенток, 2 Б тип – у трех пациентки), СЗП в сочетании с многоводием у одной (7,2 %) пациентки, маркеры плацентарной дисфункции в виде истончения и преждевременного созревания плаценты – у одной пациентки.

Досрочно родоразрешены в сроке 30 и 34 недели путем операции кесарева сечения три (21,4 %) пациентки в связи с прогрессирующим течением средне-тяжелой преэклампсии на фоне хронического гломерулонефрита, при чем у одной пациентки произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты по открытому типу.

Доносили беременность до срока родов 10 пациенток (71,4 %). Из них 5 родоразрешены путем операции кесарева сечения. Показанием к оперативному родоразрешению послужили: дородовое излитие околоплодных вод при недостаточно готовых родовых путях (7,2 %), вторичная слабость родовой деятельности (7,2 %), разгибательное головное предлежание (7,2 %), тазовое предлежание (7,2 %) и прогрессирующий антенатальный дистресс синдром (7,2%).

Родоразрешены через естественные родовые пути 5 пациенток (35,7 %). Первый период родов у трех (60 %) пациенток был осложнен дородовым излитием околоплодных вод. Стремительные роды наблюдались у одной роженицы.

Запоздалые роды при сроке беременности 41 неделя произошли у одной пациентки (7,2 %) с дородовым излитием околоплодных вод, длительным безводным периодом. В третьем периоде родов проводились мероприятия по остановке гипотонического кровотечения.

Родились доношенными 10 (92,9 %) детей. Среди доношенных детей в асфиксии средней степени тяжести рождены два ребенка (20 %), случаев асфиксии тяжелой степени не было. С гипотрофией рожден один ребенок (10 %). Переведены на второй этап в связи с респираторным дистресс – синдром и перинатальными поражениями ЦНС 4 (40 %) детей.

Вывод: у каждой третьей пациентки с хроническим гломерулонефритом беременность протекает на фоне угрозы прерывания, преимущественно в первом триместре беременности.

Среди осложнений второго триместра более чем в трети случаев регистрируется преэклампсия средне-тяжелой степени, при чем половина из них родоразрешены досрочно в связи с утяжелением данного осложнения.

При проведении оценки фето-плацентарного комплекса в третьем триместре, признаки плацентарной дисфункции диагностируются параклиническими методами у каждой второй пациентки, причем в 40% случаев регистрируется нарушение кровообращения.

Роды через естественные родовые пути более чем в половине случаев осложняются дородовым излитием околоплодных вод.

Высокая частота абдоминального родоразрешения у пациенток с хроническим гломерулонефритом объясняется большим процентом акушерских осложнений, как проявлений клинической манифестации плацентарной дисфункции в родах.

Список литературы.

1. Апресян, С.В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях /С. В. Апресян; под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 536 с
2. Сигитова, О.Н .Эпидемиология хронического гломерулонефрита у взрослого населения/О.Н. Сигитова, Е.В. Архипов//Вестник современной клинической медицины.- Казань,2012.-С. 19-22.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Страхова Н.В., Хачикян А.С., Котова Ю.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди всех причин смертности у женщин, что в структуре общей смертности составляет 46%, из которых 50% приходится на долю ИБС [1,4]. У женщин, перенесших овариэктомию, в 7 раз увеличивается риск развития инфаркта миокарда и в 2 раза повышается уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, что объясняется кардиопротективным действием женских половых гормонов (преимущественно эстрогенов) в перименопаузальном периоде [2,3].

Целью исследования явился анализ факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в климактерическом периоде в зависимости от степени тяжести климактерического синдрома с использованием стандартных опросников и шкал.

Материалы и методы

В исследовании были задействованы 50 женщин, обратившихся к участковому терапевту БУЗ ВО ВГКП №1 по поводу различной соматической патологии. Возраст пациенток варьировал от 50 до 83 лет, в среднем $61,96 \pm 7,14$ лет. Средний возраст наступления последней менструации составил $53,34 \pm 4,42$ года. Большинство женщин находились в периоде постменопаузы – 37 человек (74%), 9 человек (18%) в перименопаузальном периоде и 4 человека (8%) в периоде раннего климактерия. Анкеты включали в себя шкалу Куппермана-Уваровой для определения модифицированного менопаузального индекса (МИ) и, соответственно, степени тяжести климактерического синдрома. С учетом полученных результатов анкетирования, пациентки были разделены на три группы: с легким течением климактерия – 14 женщин (28%), среднетяжелым течением – 25 женщин (50%) и тяжелым течением – 11 женщин (22%). Также были изучены данные медицинских карт амбулаторного пациента с диагнозом заболевания терапевтического профиля. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием SPSS Statistics 20.0. Были рассчитаны средние значения и их стандартные отклонения, проведен частотный анализ, сравнение средних по t-критерию Стьюдента, корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования

Индекс массы тела пациенток (ИМТ) вне зависимости от степени тяжести климактерического синдрома в среднем составил $30,62 \pm 5,16$. В группе пациенток с легким течением климактерия среднее значение ИМТ составило $27,53 \pm 3,94$, с умеренной степенью тяжести климактерического синдрома $31,27 \pm 4,59$ и с тяжелой $33,08 \pm 6,23$. ИМТ в группе больных с тяжелым течением КС оказался на 5,8% выше, чем в группе пациенток со среднетяжелым течением КС ($p < 0,05$ по t-критерию Стьюдента) и на 20,1% выше по сравнению с легким КС ($p < 0,05$ по t-критерию Стьюдента). Таким образом, прослеживается прямая корреляционная зависимость между значением МИ и ИМТ ($r = 0,363$, $p < 0,05$).

Анализируя липидный спектр, было выявлено, что уровень общего холестерина в группе больных с тяжелым течением КС на 24,2% , а со среднетяжелым на 16,9% выше по сравнению с группой пациенток с легким КС ($p<0,05$ по t-критерию Стьюдента), что так же говорит о прямой корреляционной связи между степенью КС и показателем общего холестерина в крови ($r=0,357$, $p<0,05$). Была выявлена тенденция к более высоким значениям липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и более низкому значению липопротеидов высокой плотности у пациенток с более тяжелым течением КС, однако эта разница не достигла уровня статистической и значимости.

Средний уровень глюкозы сыворотки крови натощак с увеличением степени тяжести КС возрастал от $5,70\pm0,67$ при легком течении климактерия до $8,97\pm0,90$ при тяжелом ($p<0,05$). Доказанный диагноз сахарного диабета превалировал у лиц с высоким значением МИ ($r=0,398$, $p<0,01$). Совокупность собранных показателей позволила выделить группы пациенток с метаболическим синдромом (МС) - 10 пациенток (20%) и определить положительную связь между наличием МС и значением МИ ($r=0,489$, $p<0,001$).

Уровень САД в группе больных с тяжелым течением климактерического синдрома на 18,3% , а со среднетяжелым на 9,7% выше по сравнению с группой пациенток с легким течением ($p<0,05$). Уровень ДАД в группе пациенток с тяжелым течением климактерия на 13,9%, а со среднетяжелым на 11,2% выше по сравнению с группой пациенток с легким течением ($p<0,05$). Также была выявлена прямая корреляция слабой силы между значением МИ с уровнем САД ($r=0,286$, $p<0,05$) и и средней силы зависимость с уровнем ДАД ($r=0,438$, $p<0,001$). Суммируя полученные данные, выявляется положительная связь степени АГ и величины МИ: от 42,9 баллов при первой степени до 50,0 баллов при третьей ($r=0,466$, $p<0,001$). Также была определена положительная корреляционная взаимосвязь между величиной МИ и общим сердечно-сосудистым риском ($r=0,554$, $p<0,001$).

Выводы. С возрастанием тяжести течения КС повышается риск развития сердечно-сосудистой патологии, что подтверждается взаимосвязью МИ с сердечно-сосудистыми факторами риска. Полученные результаты говорят о высокой роли эстрогенных влияний на сердечно-сосудистую систему.

Список литературы.

1. Васильченко М.Г., Страхова Н.В. Сердечно-сосудистая заболеваемость в амбулаторно-поликлинической практике в сельской местности / М.Г. Васильченко, Н.В. Страхова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. – Т. 14. - № S2. – С. 20-21.
2. Красникова Н.В. Соматическая патология у женщин в различные декады климактерического периода / Н.В. Красникова, Г.Н. Шеметова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2013. – Т. 3 (3). – С. 537 – 539.
3. Кисиева С.А. Фармако-эпидемиологическое исследование больных, страдающих климактерическими расстройствами в комбинации с сердечно-сосудистыми заболеваниями / С.А. Кисиева // Инновационная наука. – 2015. - №11 (3). – С. 233 – 236.
4. Москалёва К.А., Страхова Н.В. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на территориальном терапевтическом участке города Воронеж / К.А. Москалёва, Н.В. Страхова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14. - № S2. – С. 79.

ПРОБЛЕМЫ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Терентьева Л.В., Плотникова В.Ю., Цырендоржиева О.Б.
Научный руководитель: Тарбаева Д.А.
Читинская государственная медицинская академия

В настоящее время остаётся актуальной проблема беременности и родов у подростков. Большинство исследователей отмечают высокий риск возникновения акушерских осложнений у женщин юного возраста, частота которых может достигать 30-90%. Помимо медицинских осложнений, несовершеннолетние матери испытывают эмоциональные переживания.

Цель исследования: анализ особенностей течения беременности, родов, их исходов и качества жизни у несовершеннолетних пациенток.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе Забайкальского краевого перинатального центра г. Читы. Для оценки основных показателей течения беременности и родов проведен анализ медицинской документации 17 юных первородящих женщин в возрасте от 13 до 18 лет. Параллельно проведено анонимное анкетирование, включавшее опросник качества жизни (ВОЗ).

Результаты исследования: Средний возраст пациенток составил $15,7 \pm 1,2$ лет, среди них преобладали 17-летние матери-подростки – 41,2%, 16-летние – 35,2%, 15-летние – 11,8%, 14-летние – 5,9%, 13-летние – 5,9%. Жительниц города и села среди юных беременных было примерно одинаковым: 47,1% и 52,9% соответственно. Средний возраст отцов составил – $21,3 \pm 3,8$, при этом минимальный возраст отцов составил 15 лет, максимальный возраст – 29 лет. Сексуальный дебют юных матерей состоялся в $13,7 \pm 0,9$ лет. У большинства матерей-подростков беременность оказалась незапланированной (70,6%), «планировавших» беременность – 29,4%. При этом ранняя постановка на учет отмечена у 23,5% подростков. Из полных семей оказались – 70,5% подростков, из неполных семей (только мамы) – 29,5%. 76,4% родителей у юных первородящих были трудоустроены, у остальных (23,5%) являлись безработными. Первая реакция у родителей подростков на факт беременности оказалась положительной у 35,2%, отрицательной – у 64,7%. Доверительные отношения в семье указывают всего 41,1% юных матерей. Неудовлетворительные социально-бытовые условия отмечены у 35,2% подростков. Число подростков находившихся в зарегистрированном браке составило 37,2%. Планы на продолжение обучения в школе, ВУЗах и СУЗах имеют 88,2% матерей-подростков, отсутствие планов указывают 11,8% девушек. Вредные привычки в виде курения имели 11,8% юных матерей, от которой все отказались во время беременности. Соматически здоровыми признаны 19,6% подростков. У 29,4% выявлены заболевания мочевыделительной системы, в 25,4% случаев отмечены заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, 21,5% имели вегетососудистую дистонию, 17,6% – миопию. Наиболее частыми осложнениями беременности у несовершеннолетних оказались следующие – анемия беременной (52%), плацентарные нарушения – 29,4%, инфекции мочевыделительной системы – 13,7%, маловодие – 6,3%, гестационная артериальная гипертензия – 2%. В большинстве случаев беременность завершилась срочными родами (94,2%). Средний срок родов составил при этом $38,9 \pm 1,3$ нед. Частота преждевременных родов составила 5,8%. Родоразрешены через естественные родовые пути 88,2% юных мам, 11,8% – путем кесарева сечения. Все прооперированы в срочном порядке. Показаниями явились клинический узкий таз – 5,9%, прогрессирующая гипоксия плода – 5,9%, аномалии родовой деятельности – 5,9%. Из осложнений в родах наиболее частым оказалось дородовое излитие околоплодных вод. Средний вес новорожденных составил – 2911 ± 360 граммов. В неонатальном периоде наиболее частыми осложнениями явились перинатальное поражение ЦНС (35,3%), транзиторная гипербилирубинемия (47,1%), кефалогематома (23,5%). 82,6% детей выписаны домой, 17,4% переведены на 2 этап. «Отказов» от новорожденных детей не отмечено. Анализ качества жизни среди

респондентов показал в среднем удовлетворительные показатели $89,3 \pm 8,8\%$. При этом сниженными оказались показатели в сфере физического здоровья и психологического качества жизни при удовлетворительных показателях социальных взаимоотношений и окружающей среды. Данный факт объясняется физиологической незрелостью юных матерей, отсутствием готовности к родам.

Выводы: анализ акушерских и перинатальных исходов у несовершеннолетних пациенток подтвердили данные литературы по частоте осложнений в данной возрастной категории женщин. Показатели качества жизни указывают на необходимость объединения усилий психологов, акушеров-гинекологов, социальных работников и юристов при работе с несовершеннолетними пациентками в родильных учреждениях.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ТЯЖЕЛЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКОЙ

Ткаченко О.В.

Научный руководитель: к.м.н. Курлович И.В.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск

Беременность на фоне тяжелого сахарного диабета (СД) 1 типа и трансплантированной почки относят к беременностям крайне высокого риска. В ряде стран такое сочетание диагнозов является абсолютным противопоказанием для беременности.

Материал и методы. Проведено углубленное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование пациентки с тяжелым СД 1 типа и трансплантированной почкой до и во время беременности, накануне родоразрешения и в послеродовом периоде, а также обследование ее ребенка.

Результаты и обсуждение. Пациентка Д., 1981 года рождения, первый ребенок молодых здоровых родителей. В возрасте 12 лет после сильного психо-эмоционального стресса произошла манифестация СД 1 типа. Несмотря на интенсифицированную инсулинотерапию, к 26 годам прогрессирование диабетического нефроангиосклероза привело к терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Невозможность проведения процедур детоксикации по причине развития осложнений диализа привела к необходимости трансплантации почки по экстренным показаниям. Кроме гетеротопической родственной трансплантации почки, по поводу осложнений СД пациентке были выполнены двусторонняя витрэктомия с имплантацией искусственных хрусталиков, лазерная фотокоагуляция сетчатки и ампутация третьего пальца левой ноги. После 8 лет вторичного бесплодия на фоне спаечного процесса органов малого таза, пациентка обратилась за медицинской помощью в реализации ее репродуктивной функции. В связи с настойчивым желанием женщины, удовлетворительной функцией почечного трансплантата, клинико-метаболической компенсацией СД, по решению междисциплинарного консилиума, пациентке был проведен лапароскопический сальпингоовариолизис, через год после которого наступила беременность (стаж СД 1 типа на тот момент составлял 23 года, почечного трансплантата – 8 лет, женщина находилась в позднем репродуктивном возрасте – 35 лет).

Среди осложнений беременности были отмечены анемия сочетанного генеза, симптоматическая артериальная гипертензия в течение всей беременности, многоводие в сроке 28-29 недель, отеки беременных в 3 триместре. В динамике наблюдения пациентка постоянно получала антианемическую терапию препаратами железа, фолиевой кислоты,

витаминами группы В. Целевой уровень АД был достигнут путем назначения комбинированной гипотензивной терапии, включавшей стимуляторы центральных альфа-2-адренорецепторов, селективные антагонисты кальция и бета-1-адреноблокаторы. Протеинурия, по данным ОАМ, отсутствовала на протяжении всего периода наблюдения, суточная экскреция белка с мочой накануне родоразрешения составляла 0,18 г/сут. По поводу многоводия (ИАЖ 290), сопровождавшегося ростом *St. Viridans* 105 микробных единиц по данным бактериологического исследования из зева, была назначена системная антибактериальная терапия полусинтетическими пенициллинами с ингибиторами β -лактамаз, местная санация раствором хлоргексидина биглюконата, нестероидные противовоспалительные препараты в виде ректальных суппозиторий с производным пропионовой кислоты – ибупрофеном. Среди других препаратов были назначены лекарственные средства растительного происхождения с желчегонным и диуретическим эффектом, уменьшающие азотемию, гепатопротекторы и липотропы (экстракт листьев артишока, препараты урсодезоксихолевой кислоты), вагинальные суппозитории с метронидазолом и миконазолом для санации влагалища. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика показателей и купирование осложнений. Схема инсулинотерапии включала гипогликемическое средство длительного действия – инсулин детемир и короткого действия – инсулин аспарт, коррекция доз осуществлялась по гликемии и гликированному гемоглобину. Изменения в дозировках двойной иммуносупрессивной поддерживающей терапии, включавшей циклоспорин и азатиоприн, соответствовали прибавкам массы тела во время беременности и изменению концентрации в сыворотке крови. Благоприятное течение беременности, отсутствие признаков нарушения функции почечного трансплантата и декомпенсации СД, позволило пролонгировать беременность до срока доношенной.

В сроке 37 недель 29 декабря 2016 года в плановом порядке в условиях комбинированной спинально-эпидуральной анестезии было выполнено абдоминальное родоразрешение пациентки. Ребенок мужского пола, массой 2500 г, длиной 46 см, родился в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. При рождении осмотрен неонатологом, по данным физикального, лабораторного и инструментального обследования патологических изменений не выявлено. Лактация у пациентки была подавлена назначением каберголина. Послеоперационный период протекал без осложнений, швы были сняты на 7 сутки. Признаков дисфункции почечного трансплантата, декомпенсации СД по данным лабораторных и инструментальных исследований не отмечено.

Спустя 10 месяцев динамического наблюдения не выявлено никаких патологических изменений в состоянии ребенка. Структурной и функциональной патологии по данным инструментальных исследований не выявлено. Лабораторные показатели соответствуют популяционным. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

Через 10 месяцев после родоразрешения состояние пациентки также удовлетворительное, признаков острого или хронического отторжения, ухудшения функции почечного трансплантата нет, СД – в состоянии клинικο-медикаментозной компенсации. Дозировки лекарственных средств и уровни лабораторных показателей соответствуют прегестационным.

Заключение. Необходимо отметить благоприятный исход беременности у нашей пациентки, несмотря на принадлежность ее к группе крайне высокого риска. Вопрос о возможности вынашивания беременности после трансплантации почки по поводу тяжелого СД 1 типа должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае. Обязательными критериями, позволяющими говорить о возможности такой беременности, являются: удовлетворительная функция почечного трансплантата, состояние клинικο-метаболической компенсации СД с референтными уровнями гликемии и гликированного гемоглобина, высокая комплаентность пациентки.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОМЕТРИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Токарева Д.А., Некрасова А.М., Махмудова С.Э.

Научные руководители: д.м.н. профессор Баландина И.А., к.м.н. доцент Некрасова Л.В.,
к.м.н. доцент Кобаидзе Е.Г.

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

Введение. В наше время вопрос о репродуктивности населения встаёт на первое место. Частота бесплодного брака в России колеблется от 8 до 19%.

Для благополучного зачатия необходимо нормальное функционирование маточных труб. По данным Всемирной организации здравоохранения, причиной бесплодия брака в 30-85% случаев является трубный фактор.

При бесплодии женщины нередко возникает необходимость в эндоскопическом хирургическом вмешательстве, с целью не только воздействия на яичники, но и одновременно, при наличии смешанного генеза бесплодия, проведения восстановления проходимости труб. [1]

Более того, при нарушениях функций придатков матки, при нарушении проходимости труб или воспалительном процессе в придатках, возможна внематочная беременность.

Целью исследования являлось представление сравнительных морфометрических характеристик маточных труб на послеоперационном материале и на влажных препаратах кафедры анатомии.

С целью определения значимости маточных труб в вопросах репродукции были получены данные статистического отдела ПМКБ за период 2011-2017 гг. Из них следует, что из 1806 пациенток гинекологического отделения 253 человека пролечены по поводу заболеваний маточных труб, что составило 14%, с последующим эндоскопическим вмешательством.

Морфометрию выполнили на влажных препаратах кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии в количестве 26 маточных труб (13 правых и 13 левых) и на 16 маточных трубах: 8 правых и 8 левых (послеоперационный материал).

Результаты и обсуждение. Среди объектов исследования наибольшая длина правой маточной трубы составила 165 мм. Минимальные размеры правой маточной трубы равны 63 мм. А в среднем параметры правой маточной трубы составили $116 \pm 0,6$ мм. Наибольшая длина левой маточной трубы составила 144 мм. Минимальная длина левой маточной трубы равна 85 мм.

При работе с послеоперационным материалом исследованы 16 маточных труб: их них 8 правых и 8 левых. Критерием исключения явились макроскопически неизмененные маточные трубы. При морфометрии определили, что длина правой маточной трубы составляет от 75 мм до 102 мм.

В составе правой маточной трубы длина перешейка составила 33% от общей длины, ампулы – 52%, воронки – 7%. Определить длину маточной части оказалось невозможно.

Длина левой маточной трубы определилась от 60 мм до 96 мм, при этом длина перешейка составила 38%, длина ампулы – 49%, воронки – 5%.

Строение стенки маточной трубы рассмотрели на гистологических срезах с окраской гематоксилином и эозином и с окраской по Ван Гизону. Определили, что стенка включает три оболочки: слизистую, представленную реснитчатыми и железистыми клетками; средний слой (в нем прослеживаются гладкие миоциты, расположенные поперечно и продольно); снаружи – соединительные волокна, среди которых определяются многочисленные полнокровные тонкостенные кровеносные сосуды.

Заключение.

1. Таким образом, учитывая морфометрические показатели маточных труб на влажных препаратах кафедры анатомии и морфометрические характеристики

послеоперационных маточных труб определяется, что длина правых маточных труб больше длины левых маточных труб.

2. Знание микроанатомии маточных труб необходимо при реконструктивных мини-инвазивных операциях.

Список литературы.

1. Сандакова Е.А. Ведение больных с дисрегуляторными нарушениями менструальной функции. Методические рекомендации. Пермь 2003. 32 с.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Тырановец С.В., Силаев К.А.

Научный руководитель: Манухин И.Б.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.

Евдокимова

Проблема невынашивания беременности занимает одно из ведущих мест в современном здравоохранении. По данным исследователей, преждевременные роды, приводящие к рождению недоношенного ребенка, являются одной из наиболее серьезных причин перинатальной заболеваемости. В настоящее время невынашивание беременности наблюдается в среднем у 8-20 % беременных. Установлено, что одними из наиболее часто встречающихся причин невынашивания беременности являются психические травмы, эмоциональные воздействия, беременность вне брака, социально-бытовые условия, вредное производство, частые аборт в анамнезе [1]. Таким образом, исследование эмоциональных факторов в генезе невынашивания беременности является актуальной проблемой в современной медицинской науке.

Цель исследования – изучение факторов психоэмоционального реагирования пациенток с привычным невынашиванием беременности.

Задачи работы: 1) исследование выраженности признаков стресса; 2) оценка выраженности симптоматических расстройств и психопатологической симптоматики; 3) изучение уровня выраженности тревоги и депрессии;

Материалы и методы: 1) клинико-anamnestический метод; 2) клинико-психологическое исследование (Опросник выраженности дифференцированных признаков стресса; опросник SCL-90-R; Интегративный тест тревожности); 3) статистическая обработка результатов в программе SPSS 22.0. В исследование были включены: 50 беременных женщин (средний возраст $27,17 \pm 3,64$ лет) на сроке беременности $12,1 \pm 0,5$ недели. Из них в первую группу исследования вошли 27 беременных с привычным невынашиванием беременности (имеющие в анамнезе 2 и более последовательных самопроизвольных выкидыша), во вторую группу – 23 беременных, не имеющих самопроизвольных прерываний беременности в анамнезе. Беременные двух групп сопоставимы по возрасту и сроку гестации.

Результаты работы: при исследовании выраженности стресса у беременных с привычным невынашиванием, по сравнению с беременными без репродуктивных потерь в анамнезе, в целом статистически достоверно более выражены шкалы по интеллектуальным признакам стресса ($p < 0,01$) – преобладание негативных мыслей, тревожная оценка перспективы, скачками и ненаправленностью мыслительных процессов; по эмоциональным признакам стресса ($p < 0,05$), проявляющихся беспокойством, повышенной тревожностью, частой сменой настроения, импульсивным поведением, а также по поведенческим признакам стресса ($p < 0,05$) с ощущением общего дискомфорта, чувства внутренней дрожи, скованности дыхания. В данной группе существенно выражены

($p < 0,05$) такие симптоматических расстройств как: соматизация, признаки обсессивно-компульсивных расстройств, проявления компонентов межличностной сензитивности, негативного аффективного состояния, симптомов тревожно-депрессивного расстройства. Наряду с эмоциональными признаками стресса у пациенток 1 группы статистически достоверно ($p < 0,05$) более выражены признаки как тревожного, так и депрессивного расстройства, что в большей степени приводит к развитию психосоматической симптоматики. У данных пациенток выявляется преимущественно ситуативный компонент тревожности ($p < 0,01$), связанный с угрозой потери плода. Тревога, характеризующаяся эмоциональной напряженностью, ощущением угрозы, общей озабоченностью женщины своим состоянием, а также выявленные признаки стресса, являются мощным фактором дистресса в генезе невынашивания беременности, требующей психокоррекционной работы в группе с привычным невынашиванием беременности.

Выводы: в ходе исследования были выявлены значимые различия в исследовании эмоционального дистресса в группе женщин с привычным невынашиванием беременности и в группе с беременными женщинами без репродуктивных потерь в анамнезе. Анализ выраженности признаков развития психологического стресса, симптомов тревожного и депрессивного расстройства, а также психопатологической симптоматики в исследуемых группах позволяет выявить беременных, входящих в группу риска, которым требуется психопрофилактическая программа сопровождения, направленная на коррекцию интенсивного переживания признаков тревожно-депрессивного расстройства, дистресса и соматизации.

ЭСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Холодова В.Е., Чугуевская И.М.

Кубанский государственный медицинский университет

Прогрессирующее ухудшение репродуктивного здоровья и сложная демографическая ситуация в стране позволяют считать проблему фертильности одним из приоритетных клинических и социальных направлений. В связи с этим со второй половины XX века в клинической практике широко используются методы вспомогательной репродуктивной технологии, в том числе экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). При ЭКО в матку переносят не-сколько эмбрионов, в связи с чем нередко у этих женщин наступает многоплодная беременность. Однако многие ученые считают, что такая беременность несет в себе риск для здоровья матери и ребенка в большей степени, чем одноплодная беременность.

Целью данного исследования является проведение сравнительного анализа особенностей течения одноплодных и многоплодных беременностей у женщин, забеременевших в результате ЭКО.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ историй родов 61 пациенток забеременевших после ЭКО, которые наблюдались по беременности и были родоразрешены в ГБУЗ Краснодарском краевом перинатальном центре Детской краевой клинической больницы в 2015 году. Статистическая обработка проводилась в программе Excel.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного нами исследования было выявлено, самый молодой возраст пациенток составил 25 лет, самый старший – 41 год. Процент женщин с одноплодной беременностью (первая группа) составил 75,4%, с многоплодной (вторая группа) - 24,6%. Двойня бихориональная биамниотическая составляла 93,3% по отношению к общему количеству многоплодных беременностей, а

соответственно двойня монохориальная биамниотическая – 6,7%. Как один из вспомогательных методов ЭКО интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида в яйцеклетку встречалась у женщин с многоплодной беременностью в 5 % случаев, а с одноплодной – 16 %. В большинстве случаев женщины не могут забеременеть в результате отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза (ОАГА). У женщин с многоплодной беременностью отягощенный акушерско-гинекологический анамнез составил 66,7%, у женщин с одноплодной беременностью – 63%. Известно, что возрастные первородящие относятся к высокой степени перинатального риска, и беременность у них протекает с большим количеством осложнений. Возрастные первородящие, ожидавшие одного ребенка, составили 65,2% и ожидавшие двух детей – 46,7%. Наследственная тромбофилия у первой группы составляла 37%, у второй – 66,7%. Нами были выявлены следующие осложнения во время беременности: анемия 1 степени, которая выявлялась преимущественно в первой половине беременности, у женщин с одноплодной беременностью составила 28,3%, с многоплодной беременностью 53,3%. Токсикоз первой половины беременности у женщин с одноплодной беременностью был выявлен у 21,7%, с многоплодной беременностью – 20 %. Гестоз легкой степени у группы №1 составил 17,4%, у группы №2 – 40%, гестоз средней степени был выявлен только у группы №2 и составил 6,7%, гестоз тяжелой степени был выявлен только у группы №1 и составил 2,2%. Гестоз был выявлен во второй половине беременности. Преэклампсия умеренная обнаружена в группе №2 и приходилась на 6,7% женщин. Только у первой группы обнаружено многоводие, которое приходилось на 2,2% женщин. Маловодие у первой группы выявлено у 19,6% женщин, у второй группы – 13,3%. Угроза прерывания беременности, которая встречалась как в первой, так и во второй половине беременности, в группе №1 выявлена у 37% женщин, в группе №2 у 64%. Хроническая фетоплацентарная недостаточность в группе №1 обнаружена у 2,2%, в группе №2 – у 26,7%. Замедленное внутриутробное развитие плода 1 степени в группе №1 составило 8,7%, а 2 степени – 2,2%. В группе №2 задержка внутриутробного развития плода 1 степени приходилось на 46,7%, а 2 степени – 6,7%. Врожденные пороки развития обнаружены только в группе №2 и составили 13,3%.

Выводы. Таким образом, проведен сравнительный анализ особенностей течения одно-плодных и двухплодных беременностей у женщин, забеременевших в результате ЭКО. Выявлено, что у женщин с многоплодной беременностью риск осложнений выше, чем у женщин с одноплодной беременностью. Самыми распространенными осложнениями являются: анемия 1 степени в первой половине беременности, гестоз легкой степени во второй половине беременности, задержка внутриутробного развития плода и хроническая фетоплацентарная недостаточность. Угроза прерывания беременности встречалась как в группе №1, так и в группе №2 у большого количества пациенток.

СЛУЧАЙ ПАНЦИТОПЕНИИ НА ФОНЕ ПРИЕМА МЕТОТРЕКСАТА ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Черепанова С.П.

Научные руководители: д.м.н. профессор Полякова В.А., д.м.н. доцент Шевлюкова Т.П.
Тюменский государственный медицинский университет

Метотрексат - препарат из группы цитостатиков, антагонист естественного метаболита - фолиевой кислоты, обладающий выраженными тератогенными свойствами. Данный препарат не показан для прерывания беременности на территории Российской Федерации [1].

Цель: изучение негативных последствий самостоятельного приема препарата метотрексат для прерывания нежелательной беременности.

Материалы и методы. Проведён проспективный анализ клинического случая преждевременных родов в 27 недель, сопровождающихся тяжелой панцитопенией после самостоятельного приема метотрексата.

Результаты. Беременная Н. переведена в Перинатальный центр из Областной клинической больницы №1 в связи с началом родовой деятельности. Диагноз: «Преждевременные роды IV в 27 недель. Чисто ягодичное предлежание. Состояние после грыжесечения (ущемленная пупочная грыжа). Панцитопения тяжелой степени, (анемия средней степени, миелотоксический агранулоцитоз, тромбоцитопения)». Предстояли 4-е роды от 4 беременности. На диспансерном учете не состояла. Из анамнеза: за неделю до госпитализации в ОКБ №1 2-е детей пациентки заболели ветряной оспой. Через 3 дня женщина отметила появление боли внизу живота, водянистый стул со слизью до 9-ти раз в день – лечилась самостоятельно. Через 2 дня обратилась в приемное отделение ОКБ№1 – инфекционная патология не выявлена. Была направлена в хирургическое отделение – диагноз: «Ущемленная пупочная грыжа. Некроз большого сальника». Назначено оперативное лечение: грыжесечение, резекция большого сальника. Результаты лабораторных исследований: анемия средней степени, лейкопения ($0,35 \cdot 10^9/\text{л}$) без возможности подсчета лейкоформулы, тромбоцитопения, гипергликемия, гипербилирубинемия, протеинурия ($0,03 \text{ г/л}$), увеличение СРБ до 151 г/л . Результат анализа крови на ВИЧ-инфекцию: отрицательный. Из-за развившейся родовой деятельности направлена в Перинатальный центр, где через 9 ч 15 мин родоразрешилась живым глубоко недоношенным плодом мужского пола с оценкой по шкале Апгар в конце 1 минуты 5 баллов, через 5 минут 6 баллов; масса тела 1150 г. Кровопотеря 320 мл. Переведена в ОАРИТ для дальнейшего наблюдения с диагнозом: «Преждевременные роды IV в 27 недель. Чисто ягодичное предлежание. Пролабирование плодного пузыря. Состояние после оперативного лечения ущемленной пупочной грыжи (грыжесечения, резекция пряди большого сальника). Панцитопения тяжелой степени. Кровопотеря 320 мл». Состояние в раннем послеродовом периоде: тяжелое (из-за панцитопении неизвестной этиологии). На консультации врач-гематолог выявил: женщина принимала метотрексат (2 таблетки в сутки) в течение 2 недель с целью прерывания беременности. Окончательный диагноз: «Медикаментозный агранулоцитоз. Токсический гепатит». Следующие 3 дня в ОАРИТ получала интенсивную терапию: гемотрансфузия, антибиотикотерапия, лейкоцитим 480 мг/сут. Для дальнейшего лечения была переведена в токсикологическое отделение ОКБ№1. После лечения выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Панцитопения тяжелой степени, развившаяся у пациентки, могла быть ассоциирована с ВИЧ-инфекцией, заболеваниями крови, сепсисом – данные патологии были исключены. Женщина скрывала от медицинского персонала факт приема метотрексата (для осуществления самопроизвольного аборта), в связи с чем долго не удавалось установить причину панцитопении. Источник, из которого пациентка получила информацию о данном способе прерывания беременности, установить не удалось. При изучении интернет-ресурсов, клинической литературы было выявлено, что за рубежом метотрексат используют для прерывания нежелательной беременности в комбинации с мизопростолом [3,4]. В России данные схемы не применяются и считаются криминальным вмешательством [2].

Список литературы.

1. Федеральный закон от 21.11.2011г. №323-ФЗ (ред. От 29.07.2017г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Айламазян Э.К. Аудит качества медицинской помощи при критических состояниях в акушерстве (Near miss) / Э.К. Айламазян, В.О. Атласов, К.В. Ярославский, В.К. Ярославский//Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - №4. - С.15-23.

3. L Hinton Experiences of the quality of care of women with near-miss maternal morbidities in the UK / L Hinton, L Locock, M Knightb//BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2014. - №1. - С.20-23.

4. Juliana P. Santos Cecatticorresponding Neonatal near miss: a systematic review / Juliana P. Santos, Cynthia Pileggi-Castro, Jose S. Camelo, Jr, Antonio A. Silva, Pablo Duran, Suzanne J. Serruya, Jose G//BMC Pregnancy Childbirth. - 2015. - №15. - С.320-324.

СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. ТЮМЕНИ

Шульц А.Р., Головчан Н.Н.

Научный руководитель: Матейкович Е.А.

Тюменский государственный медицинский университет

Охрана репродуктивного здоровья детей и подростков имеет приоритетное значение [4]. Именно в период становления репродуктивной системы возникает целый ряд гинекологических заболеваний, обуславливающих нарушения специфических функций организма взрослой женщины [5]. В последние годы происходит резкое снижение доли абсолютно здоровых девочек [6].

В структуре гинекологической заболеваемости детей и подростков выделяются преждевременное половое развитие и его отсутствие, врожденные пороки развития матки и влагалища, дисменорея, аномальные маточные кровотечения, олигоменорея, вульвит и вульвовагинит, синехии, опухоли и опухолевидные образования яичников [2]. Данные по гинекологической заболеваемости детей и подростков дифференцируются в зависимости от региона [5], условий проживания (город, село) [3], рельефно-климатических особенностей (высокогорье, равнинная местность) [1].

В Тюменской области у девушек-подростков выявлен превышающий на 22% популяционный порог уровень латентного дефицита железа, что обуславливает отнесение юных беременных к группе риска по анемии [4].

Цель работы - провести анализ структуры гинекологической заболеваемости детей и подростков г. Тюмени и предложить возможные варианты профилактики и ведения данных девочек с целью сохранения их репродуктивного здоровья.

Материалы и методы. На базе многопрофильной клиники ТюмГМУ проанализированы путем определения выборочной моды амбулаторные медицинские карты 600 девочек, обратившихся к детскому гинекологу. Анализировались возраст, анамнез жизни, данные, отражающие диагноз.

Результаты и обсуждение. Из 600 обратившихся к детскому гинекологу пациенток 45 находились в грудном возрасте (7,5%), 273 (45,5%) – в нейтральном периоде (от 1 года до 7 лет), в том числе 160 – в периоде раннего детства (от 1 года до 3 лет), 113 (18,8%) – в периоде первого детства, 40 (6,7%) – в препубертатном периоде (от 8 лет до менархе), 242 – в пубертатном периоде, в том числе в I фазе (от менархе до 14 лет) – 242 (40,3%), во II фазе (от 15 до 18 лет) – 162 (27%).

В структуре гинекологической патологии у детей грудного возраста чаще всего встречались синехии (82,2%). У 13,3% девочек выявлен вульвовагинит, в том числе у 11,1% - неспецифический. Только 2 девочки грудного возраста (4,5%) были признаны гинекологически здоровыми.

В периоде раннего детства на первое место в структуре гинекологической заболеваемости выходят вульвовагиниты: вторичный (33,7%), в т.ч. 21,8% - на фоне дисбактериоза кишечника, 11,9% - на фоне заболеваний мочевыводящих путей, неспецифический (23,1%), специфический (кандидозный) – 2,5%. Синехии наблюдаются у 34,4% девочек. Гинекологически здоровыми были признаны только 6,3% пациенток.

У девочек в период первого детства также преобладают вульвовагиниты: неспецифический (40%), специфический (кандидозный) – 5,3%, вторичный (27,4%), в т.ч. на фоне дисбактериоза кишечника и заболеваний мочевыводящих путей. Гинекологически здоровыми признаны 3% девочек.

В препубертатном периоде чаще всего выявлялись вульвовагиниты: 47,5% - неспецифический, 10% - специфический, 27,5% - на фоне экстрагенитальной патологии.

В пубертатном периоде преобладают различные нарушения менструальной функции (60,7%), в т.ч.: альгодисменорея (19,4%), олигоменорея (13,6%), нерегулярные менструации (10,3%), аменорея (8,7%), гиперполименорея (6,2%), ЮМК (2,5%). Воспалительные заболевания женских половых органов встречаются у 19,4% девушек, из которых 9,1% составляют вульвовагиниты: неспецифический (4,5%) и специфический (9,1%) – хламидиозный (5%), кандидозный (3,7%), гонорейный (0,4%). Киста яичника выявлена у 6,2 % пациенток, бактериальный вагиноз – у 4,9%, СПКЯ – у 3,7%. Гинекологически здоровыми признаны только 2,9% девушек.

Выявленные результаты в основном коррелируют со структурой гинекологической заболеваемости детей и подростков в целом по стране [2, 5]. Обращает на себя внимание единичное количество гинекологически здоровых пациенток во всех возрастных группах, что требует проведения более широкой профилактической работы, усиления пропаганды здорового образа жизни и культуры сексуального поведения, регулярной диспансеризации, прежде всего, в социально неблагополучных семьях.

Выводы: 1. Воспалительные заболевания половых органов (вульвиты, вульвовагиниты) в период нейтрального детства занимают первое место в структуре гинекологической патологии. 2. Нарушения менструальной функции послужили основными причинами обращения к детскому гинекологу у девушек. 3. У детей младшего возраста воспалительные заболевания обусловлены в основном нарушением гигиены половых органов, сопутствующей патологией, бесконтрольным приемом антибиотиков. 4. У девушек основной причиной воспалительных заболеваний являются инфекции, передаваемые половым путем.

Список литературы.

1. Атамбаева, Р.М. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девушек-подростков Кыргызстана / Р.М. Атамбаева, Ж.К. Исакова, Г.Д. Бейшенбиева и др. // *Universum: Медицина и фармакология* : электрон. научн. журн. – 2017. – № 1 (35). URL: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/4128> (дата обращения: 24.10.2017).
2. Гинекология: национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008 с.
3. Гурьева, В.А. Репродуктивное здоровье девочек-подростков в городе и сельской местности / В.А. Гурьева, И.М. Данилова, А.Н. Данилов // *Сибирский медицинский журнал*. – 2008. – № 2. – С. 71-74.
4. Ербактанова, Т.А. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Тюменской области на фоне латентного дефицита железа: автореф. дис. кандидата мед. наук / Ербактанова Т.А. - Тюмень, 2014. – 23 с.
5. Курбатова, А.В. Репродуктивное здоровье девочек-подростков / А. В. Курбатова, А. Т. Егорова // *Сибирское медицинское обозрение*. – 2009. - № 2. – С. 9-13.
6. Строзенко, Л.А. Репродуктивное поведение современных девушек-подростков и уровень их соматического здоровья / Л.А. Строзенко, Л.Н. Клименов, Ю.Ф. Лобанов // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2011. - № 4. – С. 43-46.

Раздел 2. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Абасова А.С., Атаева М.Г.

Научный руководитель: Эседов Э.М.

Дагестанский государственный медицинский университет

Аутовоспалительные заболевания проявляются разнообразными клиническими синдромами и являются гетерогенной группой. Они по патогенезу и клинической картине ближе к системным заболеваниям, хотя их классификация четко не определена. К ним относят в частности синдромы Висслера-Фанкони, Макла-Уэлса, гипер-Ig-D-синдром, болезнь Стилла и др. Патология желудочно-кишечного тракта является одной из основных при этих заболеваниях. Целью данного исследования является изучить поражения желудочно-кишечного тракта у больных с аутовоспалительными заболеваниями с помощью гистоморфологического метода и оценить эффективность терапии колхицином и глюкокортикостероидами.

Материалы и методы: Мы наблюдали 5 больных (3 женщины и 2 мужчины в возрасте от 16 до 40 лет): с синдромом Висслера-Фанкони (3), Макла-Уэлса (1) и Стилла (1). Для уточнения диагноза были проведены общеклинические, лабораторные, биохимические, инструментальные исследования и гистоморфология биоптатов слизистой оболочки полости рта, пищевода, желудка и толстой кишки. У всех больных признаки афтозного стоматита, эзофагита и гастрита с эрозиями, ксеростомия по типу сухого синдрома и синдрома раздраженной кишки впервые появились в начале развития аутовоспалительного заболевания и рецидивировали при обострениях основной болезни. Больным был проведен курс лечения колхицином и глюкокортикостероидами.

Результаты и обсуждение: Обнаружены характерные изменения в слизистой оболочке ЖКТ, наблюдавшиеся при всех исследуемых синдромах. На фоне лечения аутовоспалительных заболеваний колхицином, глюкокортикостероидами наступила клиническая ремиссия патологии слизистой оболочки рта, пищевода и желудка.

Выводы: Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что поражение ЖКТ при различных аутоиммунных заболеваниях имеет, по-видимому, единый патогенез, что следует иметь в виду при верификации диагноза. Кроме того, патоморфологические изменения в слизистой оболочке ЖКТ имеют сходство между собой при данных заболеваниях. И, наконец, патогенетическая терапия глюкокортикостероидами и колхицином достаточно эффективна при патологических изменениях в желудочно-кишечном тракте при аутовоспалительных заболеваниях, что необходимо учитывать при назначении лечения для достижения ремиссии и стойкого и длительного результата.

Список литературы.

1. Суздальцева Т.В. Субсепсис Висслера-Фанкони у взрослых: случай из практики / Суздальцева Т.В., Суздальцева Н.А. // «ЛДЦ Иммунологии и Аллергологии». – 2016. – №3. – С.96-98.
2. Ревматология: национальное руководство. /под редакцией Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 720 с.
3. Насонова В.А. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Насонова В.А., Насонова Е.Л. - М.: Литтерра, 2003.
4. Электронная информационная система "Российский терапевтический справочник" / под редакцией А.Г.Чучалина. - «Гэотар-Медиа», 2008 г.

5. Стандарты ведения больных. Клинические рекомендации. Выпуск 2 / Под ред. Баранова А.А. и др. - «Гэотар-Медиа», 2011 г

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ В СТАЦИОНАРАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Абдурахманова С.М., Магомедова К.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Гусейнов А.А.
Дагестанский государственный медицинский университет

Введение. Проблемы диагностики и лечения внебольничных пневмоний (ВП) являются одними из актуальных в практике врача - терапевта [1,2].

Целью исследования явилась оценка эффективности диагностики и лечения ВП и их соответствия клиническим рекомендациям в стационарах республики Дагестан (РД) [3].

Материалы и методы. Нами проведен анализ 107 историй болезней (ИБ) за 2016-2017 г.г. в 6-ти стационарах РД.

Результаты и обсуждение.

Выявлено, что из обязательных диагностических процедур:

- бактериологическое исследование проведено всего у 20,5%, высеяна *Streptococcus pneumoniae* – 9%, *Streptococcus spp.* – 9%;

- рентгенография легких в двух проекциях – у 51,4%

- функция внешнего дыхания исследована всего у 8,4%. Назначались следующие антибактериальные препараты (АБП): цефотаксим -21%, циплокс – 27%, ванкомицин-3,7%, амикацин -18%, цефазолин -23%), цефтриаксон – 25% , амписид – 5,6% , оксамп-5,6%. В связи с проблемой антибиотикорезистентности препаратами выбора считаются 16-членные макролиды (джозамицин), амоксициллин, респираторные фторхинолоны и цефалоспорины III поколения [4,5].

Выводы. Необходимо отметить позитивную тенденцию в 2017 году по сравнению с 2016 годом - чаще стали назначать АБП, рекомендуемые в современных клинических руководствах, снизилась частота назначения цефалоспоринов первого поколения, увеличился процент адекватного обследования пациентов.

Список литературы.

1. Заболеваемость населения России. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. URL: <http://www.mednet.ru>

2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации. URL: <http://www.rospotrebnadzor.ru>

3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. // Пособие для врачей. (МАКМАХ). Москва, 2010г

4. Яковлев С.В., Сидоренко С.В., Рафальский В.В. Антибиотикорезистентность как угроза национальной безопасности: фокус на мероприятия в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения // Вестник практического врача. 2014, №3. С 8-11

5. Яковлев С.В. Клинико-фармакологическое обоснование выбора антибиотика при внебольничных инфекциях дыхательных путей с учетом современного состояния антибиотикорезистентности. // Вестник практического врача. Спецвыпуск 2015, №1. С. 12-16

ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* К АНТИБИОТИКАМ

Абдурашидова Х.Б., Тургунова Х.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введение. Во всём мире заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) занимают одно из ведущих мест в структуре патологии детского возраста, и последние десятилетия отмечается повсеместный рост их распространенности на 5-7% в ежегодно [2]. В настоящее время установлено, что ведущая роль в формировании тяжести инфекционного процесса, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, и его клинический исход (язвенная болезнь, рак желудка) тесно связаны, с одной стороны, с генетической предрасположенностью макроорганизма, а с другой – с факторами патогенности самих бактерий [1,4].

Следует отметить, что *Helicobacter pylori* обладает способностью формировать биоплёнки [3], способствующие невосприимчивости бактерии к антибиотикотерапии и защищающие клетки бактерий от иммунного ответа хозяина. Предполагают, что это увеличивает её выживаемость в кислой и агрессивной среде желудка [5].

Цель работы: Изучение чувствительности *Helicobacter pylori* к различным группам современных антибиотиков, применяемых при лечении *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Были исследованы 68 биопаты взятых у детей и подростков, от 7 до 18 лет, больных хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта обусловленных *H.pylori* ассоциированными заболеваниями, путём эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС). Биопаты были взяты из антропилорического отдела и тела желудка, из мест с максимально выраженной гиперемией и отеком. Проводилось их чувствительность к антибиотикам по стандартной методике, в бактериологической лаборатории клиники ТашПМИ. Посев биопсийных образцов проводилось с использованием неселективной (агар «Columbia» с 5% эритроцитов барана) и селективной питательных сред (агар «Columbia» с 5% эритроцитов барана). Для изучения резистентности были взяты антибиотики кларитромицин, доксициклин и рифаксимин.

Результаты и обсуждение. Причиной недостаточной эффективности терапии многих гастродуоденальных заболеваний является возрастающая резистентность к антибиотикам *Helicobacter pylori*, что обусловлено мутациями различных генов. Наибольшее практическое значение имеют мутации 23 Sp РНК, лежащие в основе резистентности к некоторым группам антибиотиков.

Согласно международному консенсусу (Маастрихт III, 2007г.), схема с ингибитором протонной помпы (ИПП), кларитромицином и метронидазолом рекомендована в качестве терапии 1 линии, но в последние годы в научных исследованиях учёных из различных стран отмечается резистентность *Helicobacter pylori* к ряду антибиотиков. Нами были обследованы биопаты взятые у 68 пациентов с *H.pylori* — ассоциированными заболеваниями. В частности, пациенты с воспалительными заболеваниями ВОПТ составили n=46 детей и подростков, с язвенными поражениями ВОПТ - n=22 пациентов, из них язвой желудка - n= 8 и язвой двенадцатиперстной кишки - n= 14 пациентов.

В ходе исследования было отмечено, что в общем итоге устойчивость *Helicobacter pylori* к кларитромицину составила 83%, к доксициклину 47% и рифаксимицину 23%. При этом в 58% случаев отмечали одновременное наличие устойчивости *Helicobacter pylori* к двум антибиотикам, в частности *Helicobacter pylori* был чаще всего к кларитромицину и доксициклину.

При этом устойчивость *Helicobacter pylori* к антибиотикам зависела от клинической формы хронического заболевания, в частности, антибиотико-резистентных штаммов *H.pylori* было выше у пациентов с хроническими язвенными поражениями ВОПТ

(язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки): 73,8% - к кларитромицину, 56,4% к доксициклину и 16,7% к рифаксимину, чем у пациентов с воспалительными заболеваниями (гастритом и гастродуоденитом): 56,4% - к кларитромицину, 19,8% - к доксициклину и 5,6% - к рифаксимину.

Возможно, данное обстоятельство обусловлено более высоким уровнем потребления антибиотиков у больных хроническим гастритом в целом, но не исключено также и влияние особенностей токсигенности штаммов *H. pylori*. Так, при язвенной болезни почти все штаммы *CagA*-позитивны, в то время как при хроническом гастрите только две трети. Как известно, токсигенные штаммы характеризуются более плотной адгезией к желудочному эпителию, что, возможно, улучшает условия воздействия на них антибиотиков, повышает эффективность терапии и снижает необходимость назначения повторных курсов лечения.

Вывод: Наиболее эффективным методом лечения *Helicobacter pylori* - ассоциированных гастродуоденальных заболеваний у детей и подростков является включение в схемы лечения рифаксимины. При этом эффективность антибактериальной терапии в прямую зависит от клинической формы хронической патологии ВОПТ.

Список литературы.

1. Бельмер С.В. Перспективы детской гастроэнтерологии // Перспективы медицины. Практика педиатра. – 2013. Март-апрель. – С. 7–10.
2. Кашников В.С., Щербаков П.Л., Печуров Д.В. Комплексный подход к устранению воспалительных и моторно-эвакуаторных изменений верхних отделов пищеварительного тракта у детей при инфицировании *Helicobacter pylori*. // Практическая медицина. – 2012. – № 58. – С. 45-48.
3. Bezmin Abadi AT, Mobarez AM. High Prevalence of *Helicobacter pylori* *hopQ* II Genotype Isolated from Iranian Patients with Gastroduodenal Disorders // J Pathog., 2014: 842-869.
4. Yang YJ, Sheu BS, Yang HB, Lu CC, Chuang CC. Eradication of *Helicobacter pylori* increases childhood growth and serum acylated ghrelin levels. // World J Gastroenterol. 2012;18: 2674–2681.
5. Zaki M, Coudron PE, McCuen RW, Harrington L, Chu S, Schubert ML. *H. pylori* acutely inhibits gastric secretion by activating CGRP sensory neurons coupled to stimulation of somatostatin and inhibition of histamine secretion. // Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2013 Apr 15;304(8):G715-22.

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Алмухамбетова А.Р., Гасанов К.Г.

Научные руководители: д.м.н., профессор Жидовинов А.А., к.м.н. доцент Аракельян Р.С.
Астраханский государственный медицинский университет

Из 50 миллионов человек, умирающих в мире ежегодно, больше чем у 16 миллионов причиной смерти являются инфекции и паразитарные заболевания. В последние годы наблюдается стойкая тенденция к росту заболеваемости эхинококкозом в 3 раза и более. Согласно статистике, данное заболевание приводит к потере до 3 миллионов лет жизни, скорректированных на инвалидность (ДАЛИ) в год. Суммы, затраченные на лечение больных, а также урон, наносимый сельскому хозяйству, составляют порядка 3 миллиарда долларов США. Астраханская область - эндемичный по эхинококкозу регион, с жарким и сухим климатом, развитым животноводством. Цель исследования: проанализировать методы лабораторной и инструментальной диагностики эхинококковых кист различной

локализации в Астраханской области в 2001-2016 гг., выявить наиболее чувствительные методы.

Материалы и методы. Карты эпидемиологического обследования, отчетные формы ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в АО", протоколы операций, электронная база данных по заболеваемости паразитарными болезнями в АО. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты. Серологическая диагностика широко используется в целях выявления как первичного, так и резидуального эхинококкоза. Согласно литературным источникам, высокое содержание специфических антител и выявление до 95% характерно для больных с активным процессом при локализации живых кист паразита в печени, брюшной полости и забрюшинном пространстве, а также при множественном и сочетанном поражении внутренних органов человека. При иммуноферментном анализе у 118 человек из 122 исследуемых наблюдался положительный титр антител, который составил от 1:100(при локализации кист в печени) до 1:1600(при сочетанном поражении печени, поясничной мышцы и головного мозга). Таким образом, в нашем случае точность метода составила 96,7%. В случаях с использованием тест-системы ЗАО «Вектор-Бест» всем лицам с подозрением на эхинококкоз проводилось серологическое исследование методом ИФА с титрованием (65,3% случаев), титрование не проводилось в 34,7% случаев.

Среди инструментальных методов диагностики наиболее используемым оказался ультразвуковой. Метод позволяет диагностировать эхинококкоз в стадии, когда паразитарные кисты имеют размеры от 10 мм, что дает возможность чаще выполнять органосохраняющие вмешательства. Важным признаком является лимфатическая «щель» - гипоехогенный слой между хитиновой и кутикулярной оболочками, являющимися гиперэхогенными структурами. Сама киста является гипо- или анэхогенной структурой округлой формы с гладкими стенками и жидким содержимым. У 56% больных использовалось ультразвуковое исследование для выявления эхинококковых кист в брюшной полости, малом тазе, забрюшинном пространстве, плече. Чаще всего паразит находился в печени (в 76% случаев), легком и печени (9% случаев).

На компьютерных томограммах эхинококковые кисты представляют участки гомогенно пониженной плотности с четкими ровными контурами. Метод КТ позволяет визуализировать разрывы кист, уточнить взаимоотношение эхинококковой кисты с сосудами. Компьютерная томография использовалась в 32% случаев.

В меньшей степени использовались рентгенологическое исследование (при локализации эхинококковых кист в легком (в 14,2%), гистологический метод (24,1%), микроскопический (4,3%), урографический, цитологический методы и ФГДС (по 0,7%).

Выводы: в диагностике эхинококкоза важнейшую роль играют серологические методы, однако, ввиду наличия ложноположительных и ложноотрицательных результатов, а также для выявления очага поражения, объема и топографии важно проводить комплексное обследование больного, включая УЗИ, КТ, рентгенологические и гистологические методы.

Список литературы.

1. Аракельян, Р.С. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области/ Р.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов, М.В. Стулова, К.Ю. Кузьмичев, Р.Д. Мустафин, В.Ю. Кузьмичев, Ю.А. Лепилов, В.Ф. Постнова., Г.Л. Шендо, А.Р. Курбангалиева, А.С. Аракельян, А.Н. Золотенков, Е.С. Иванов, Е.В. Чуманов, Д.С. Адамова, А.Ю. Коровушкин //Научно-методический электронный журнал Концепт. - 2015. Т. 13. - С. 396-400.
2. Информационный бюллетень ВОЗ. 2016 г.
3. Зогот, С.Р. Комплексная лучевая диагностика эхинококкоза печени / С.Р. Зогот, Р.Ф.Акберов, А.Б.Ким// Практическая медицина – 2012 - №3- С. 75-77.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРОТЕКАНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Андала М.А., Бойко Е.Д.

Научный руководитель: Грищенко К.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ ежегодно в мире от ишемической болезни (ИБС) умирает 2,3 млн. человек. Острые коронарные синдромы (ОКС) представляют собой обострение стабильного течения ИБС и клинически проявляются формированием инфаркта миокарда (ИМ), развитием нестабильной стенокардии (НС) или внезапной смерти. По данным ВОЗ ежегодно в мире от ИБС умирает 2,3 млн.

Целью нашей работы было исследовать особенности течения ОКС у пациентов разного пола в условиях кардиологического отделения стационара.

Материалы и методы. Было выполнено проспективное исследование 101 пациента кардиологического отделения для больных инфарктом миокарда (50 женщин и 51 мужчины) различного возраста. Анализировались данные анамнеза, физикальных, а также лабораторно-инструментальных методов исследования пациентов

Результаты. Выявлены особенности в течении ОКС у пациентов различного пола. Определены факторы риска и наиболее часто встречающаяся сопутствующая патология у данной группы пациентов. Проанализирована терапия данной патологии у мужчин и женщин.

Выводы. Полученные данные позволяют утверждать, что существуют гендерные различия в развитии и течении ОКС: средний возраст дебюта сердечно-сосудистой патологии у пациентов мужского пола значительно ниже, чем у женского; одними из ведущих факторов риска среди пациентов женского пола является нарушение обмена веществ, когда среди мужчин – характер образа жизни, низкая приверженность медикаментозной терапии; у женщин чаще наблюдается безболевого течения острого коронарного синдрома, чем у мужчин; среди пациентов как мужского, так и женского пола ведущим среди сопутствующих заболеваний является сахарный диабет 2 типа; патология щитовидной железы преимущественно характерна для пациентов женского пола; как у мужчин, так и у женщин в структуре аритмий преобладают комбинированные нарушения ритма; были выявлены различия в выборе схемы медикаментозного лечения пациентов мужского и женского пола. У женщин лидерами медикаментозной терапии являются б-АБ, у мужчин – ИАПФ.

Список литературы.

1. О.С. Донирова, Б.А. Дониров. Гендерные различия в течении острого коронарного синдрома // Клиническая медицина. - 2015. – С. 9-10.
2. И.С. Андреева. Гендерные различия у больных ОКС // Вестник современной медицины. - 2010. – С. 13.
3. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/ru/>

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Андрейчикова М.А., Пузик А.С.

Белорусский государственный медицинский университет

Данная статья, основываясь на проведенном нами исследовании, предоставляет данные о методике и эффективности оказания респираторной поддержки в виде

неинвазивной вентиляции легких. Целью исследования было изучить поэтапные изменения КОС (кислотно-основное состояние) артериальной крови, а так же общее состояние, оцененное по шкале APACHE II, у пациентов старших возрастных групп с ХОБЛ в стадии обострения при применении НИВЛ.

Материал и методы. Исследования проводились на базе УЗ «6-я ГКБ» г. Минска. Нами было исследовано 24 пациентов, которые были разделены на 2 группы. Группа I - пациенты, получившие инвазивную респираторную поддержку (n=11).

Группа II – пациенты с неинвазивной поддержкой (n=13). Абсолютное большинство пациентов было мужчинами (n=23)

Критериями включения являлись:

Заболевания ХОБЛ, ИБС, АКС и АГ 2-3 у пациентов в возрасте 50 лет и более. Уровень сознания всех пациентов был оценен, как 12 баллов или выше по ШКГ.

К исследованию не были допущены пациенты, получавшие инотропную поддержку, имеющие желудочно-кишечные кровотечения, страдающие от острой хирургической патологии, а так же пациенты в психотических состояниях.

Показатели КОС артериальной крови оценивались на 4-х этапах (до начала респираторной поддержки, через 1-5ч, через 12ч, через 24ч). Кроме этого возраст, общее состояние по шкале APACHE II, длительность пребывания в стационаре и в частности ОИТР. Вышеперечисленные интервалы были выбраны нами в связи с тем, что основной эффект от респираторной поддержки проявляется в первые 24 часа. [4,5,6]

Респираторная поддержка в обеих группах оказывалась аппаратами фирмы Hamilton Raphael Silver. В группе I основным режимом И-ИВЛ являлся PSMI-V. Для группы II использовался режим CPAP с показателем РЕЕР от 14 до 20 мм. рт. ст. В зависимости от толерантности пациента к проводимому лечению сеансы продолжались от 24 до 1ч. с перерывами в 6ч.

Статистическая обработка данных проводилась в ППП «STATISTICA 10» с использованием непараметрических критериев Вилкоксона-Коновалова и Манни-Уитни.

Результаты и обсуждение. На первом этапе по показателям КОС статистически значимой разницы между группами выявлено не было. Даже если показатели значительно отличались между собой, как при pO_2 , 62,0 мм. рт. ст. в Группе I и 84,90 мм. рт. ст. в Группе II, то разницы не имела статистической значимости ($p=0,09$). Благодаря таким исходным результатам было возможно сравнение групп между собой на дальнейших этапах. Результатом второго этапа стала статистически значимая разница в 36% по показателям лактата в артериальной крови между 1-й и 2-й группами, что свидетельствует о разгрузке дыхательных мышц и уменьшении количества анаэробных процессов в организме. В первой группе I - (Me[SD]) 3,3 [2,15; 4,9], во II - 2,1 [1,5; 2,4]. Оценивая величину pCO_2 в группе с НИВЛ удалось установить статистически значимую разницу между 1 и 2 этапами, 63,50 [60,70; 67,80] и 54,2 [46,80; 56,50] соответственно. Как следствие уменьшения парциального давления углекислого газа клиническое состояние пациентов, в виде уменьшения одышки и субъективного чувства дискомфорта, уменьшилось. Анализ данных о состоянии по шкале APACHE II был идентичен. Исходное состояние по истечении суток улучшилось на 17%, 18,0 [16,00; 23,00] на 1 этапе и 15,00 [13,00 17,00] на втором.

Во II-й группе 2 пациента были переведены на и-ИВЛ (инвазивная искусственная вентиляция легких) в связи с неэффективностью НИВЛ. Летальность во II-й группе составила 15,38%. Среди пациентов I-й группы - 81,8%. Причинами летальности стали развившиеся осложнения: системная полиорганная недостаточность и вторичная пневмония.

Выводы. Основываясь на данном исследовании, можно сделать вывод о том, что использование НИВЛ значимо улучшает pH, CO_2 и общее состояние пациента. Схожие данные отмечает и проф. Lin MS в своих исследованиях [7]. Несмотря на это, стоит обратить внимание на то, что выживаемость может быть связана не только с

использованием НИВЛ, но также с фактом того, что исходные данные КОС отличались друг от друга, в частности по показателям рО₂, разница в котором составила 27%. Этот вопрос остается открытым для дальнейших исследований, так как целью нашего исследования являлось исключительно изучение изменения КОС у пациентов с обострением ХОБЛ.

Список литературы.

1. ВОЗ | Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/ru/> (дата обращения: 04.12.2016)
2. Чучалин А.Г. - Пульмонология. Национальное руководство.// М: ГЭОТАР-Медиа 2014 С.903-930
3. Царенко С.В. - Практический курс ИВЛ// М.: Медицина 2007. С.79-89.
4. Ambrosino N., Vaghegghini G. Non-invasive ventilation in exacerbations of COPD // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. 2007. Т. 2. № 4. С. 471–476.
5. Antonelli M. и др. A Comparison of Noninvasive Positive-Pressure Ventilation and Conventional Mechanical Ventilation in Patients with Acute Respiratory Failure // N. Engl. J. Med. 1998. Т. 339. № 7. С. 429–435.
6. Brochard L. и др. Noninvasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease // N. Engl. J. Med. 1995. Т. 333. № 13. С. 817–822.
7. Lin M.-S. и др. Predictors of successful noninvasive ventilation treatment for patients suffering acute respiratory failure // J. Chin. Med. Assoc. J. CMA. 2008. Т. 71. № 8. С. 392–398.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Арефина М.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Маль Г.С.
Курский государственный медицинский университет

ИБС, обусловленная атеросклеротическим поражением коронарных артерий, занимает лидирующие позиции среди причин летального исхода (до 51%) и инвалидизации в молодом возрасте у пациентов с ССЗ [3].

К настоящему времени сложилось представление об ИБС как о мультифакториальном заболевании, в основе которой иммунологических и молекулярно-генетических процессах [1, 2].

Материалы и методы. Лабораторно-инструментальное исследование включало определение липидного спектра крови (ХС, ХС ЛВП, ХС ЛНП, ТГ, холестерина, не связанного с липопротеидами высокой плотности (ХС не ЛВП), атерогенного индекса (АИ), фармакогенетическое тестирование – определение носительства аллельных вариантов генов LPL, ACE, CETP, NOS3.

Была проведена сравнительная оценка липидного обмена ингибиторами синтеза (розувастатин в дозе 10мг в сутки) и абсорбции (эзетимиб 10мг в сутки) холестерина в виде моно- или комбинированной терапии у больных ИБС.

С целью поиска индивидуальных критериев для применения гиполипидемических средств у больных ИБС с атерогенными ГЛП была изучена генотипическая гетерогенность субпопуляции, как известно, оказывающая влияние на эффективность лечения. Для этого проведено генотипирование полиморфизмов следующих генов: белка-переносчика ЭХ – CETPTaq1B (+279G>A) (rs708272) (генотипы +279GG, +279GA, +279AA), липопротеинлипазы –LPLHindIII (T+495G) (rs320) (генотипы +495TT, +495TG, +495GG), эндотелиальной NO-синтазы – NOS3-786T>C (rs2070744) (генотипы -786TT, -

786ТС, -786СС), ангиотензин-превращающего фермента – ACEI/D (rs4646994) (генотипы: II, ID, DD).

Результаты и обсуждения. Среди пациентов, получавших монотерапию розувастатином, частота генотипов +279GG, +279GA, +279AA по полиморфизму CETPTaq1B соответствовала 29%, 62,9% и 8,1%, для генотипов +495ТТ, +495ТG, +495GG по полиморфизму LPLHindIII – 50%, 41,9% и 3,2%; для генотипов -786ТТ, -786ТС, -786СС по полиморфизму NOS3-786Т>С – 37,1%, 58,1% и 3,2%; для генотипов II, ID, DD по полиморфизму ACEI/D 37,1%, 40,3% и 20,9% соответственно. В то время как частоты генотипов среди пациентов, получавших комбинированную терапию, распределились следующим образом: 44,8%, 34,5% и 20,7% для +279GG, +279GA, +279AA генотипов полиморфизма CETPTaq1B; 62,1%, 24,1% и 13,8% для +495ТТ, +495ТG, +495GG генотипов полиморфизма LPLHindIII; 51,2%, 17,2% и 31,1% для -786ТТ, -786ТС, -786СС генотипов полиморфизма NOS3-786Т>С; 51,7%, 31,1% и 17,2% для II, ID, DD генотипов по полиморфизму ACEI/D соответственно.

Была проведена оценка влияния частого полиморфизма гена белка-переносчика ЭХ (CETP) – одного из ключевых ферментов в регуляции метаболизма липидов и липопротеидов, на эффективность лечения больных розувастатином.

Среди протестированных генетических моделей фенотипических эффектов CETPTaq1B полиморфизма на уровень показателей ЛО рецессивная модель показала наиболее значимые гено-фенотипические взаимосвязи. гомозиготы +279AA имели изначально менее выраженные нарушения показателей липидного обмена, а именно общего ОХС, ХС ЛНП, ХС не связанного с ЛВП и АИ, а также больший базальный уровень ХС ЛВП, участвующего в обратном транспорте ХС, и обладающего атеропротективными свойствами.

Динамика изменений показателя ХС ЛВП терапии розувастатином также отличалась у пациентов с генотипом +279AA в сравнении с другими генотипами CETP. Так, на фоне гиполипидемической терапии розувастатином у гомозигот +279AA преобладание уровня ХС ЛВП обнаружено уже на 8 неделе и сохранилось в течение всего периода исследования, сравнительно с носителями других генотипов.

Затем была проведена оценка влияния полиморфизма гена липопротеинлипазы (LPL) на эффективность лечения больных розувастатином.

Полученные данные по оценке связи генотипов LPL с эффективностью гиполипидемической терапии розувастатином у больных ИБС демонстрируют большую предрасположенность гомозигот +495GG к нарушению липидного обмена, за счет высоких базальных уровней атерогенных фракций: ОХС, ХС ЛНП, ХС не ЛВП и АИ, способствующих развитию и прогрессированию атеросклероза.

Помимо этого, отличалась и динамика изменений показателей ЛО на фоне терапии розувастатином у пациентов с генотипом +495GG в сравнении с другими генотипами LPL. Так, у гомозигот +495GG на 8 неделе терапии снижение уровня ХС ЛНП от базального уровня было менее отчетливым у пациентов с генотипом +495GG (-30%, $P=0,068$), чем у пациентов с генотипами +495ТТ и TG (-56%, $P<0,001$).

Влияние розувастатина на снижение уровня несвязанного с ЛВП холестерина было более отчетливым у гомозигот +495GG (-64%, $P=0,080$), чем у пациентов с генотипами +495ТТ и TG (-53%, $P<0,001$). Однако, этот эффект у гомозигот был достигнут только на 48 неделе терапии розувастатином, в то время как существенное снижение ХС не ЛВП у пациентов с генотипами +495ТТ и TG было достигнуто уже на 8 неделе гиполипидемической терапии (-47% $P<0,001$) в отличие от носителей гомозиготного генотипа +495GG (-28% $P=0,711$), у которых уровень данного параметра изначально был выше, чем у носителей других генотипов.

Выводы. Носительство генотипа +279AA по полиморфизму CETPTaq1B ассоциируется с большой эффективностью розувастатина, в то время как носительство

генотипов +495GG и -786CC по полиморфизмам LPLHindIII и NOS3-786T>C соответственно могут определять резистентность к проводимой терапии.

Список литературы.

1. Biomechanical factors and macrophages in plaque stability / A. Seneviratne [et al.] // Cardiovasc. Res. – 2013. – Vol. 99. – P. 284-293.
2. Genetic Basis of Atherosclerosis: Insights From Mice and Humans / I.M. Stylianou [et al.] // Circ. Res. – 2012. – Vol. 110. – P. 337-355.
3. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control / WHO. – Geneva, Switzerland, 2011. – 164 p.

О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ахмедова З.М. кызы, Колесникова Т.Ю., Караева Е.В., Аль-Гальбан Л.Н.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Поселюгина О.Б.

Тверской государственный медицинский университет

Сахарный диабет (СД) является одним из ведущих заболеваний эндокринной системы в современной медицине. Гормональная система является чувствительной к любым эмоциональным воздействиям. Поэтому психологические аспекты СД напрямую связаны с негативными чувствами больных СД, особенностями их характера, общения и поведения [1,2,6]. Многочисленные данные современной научной литературы отмечают, что в ряде случаев СД развивается на фоне хронического раздражения, физической и психической утомляемости. В связи с этим представляет большой интерес изучение психосоматических отношений у больных сахарным диабетом 2 типа (СД2) [3,5,7].

Цель исследования - изучить психосоматические соотношения и отношение к болезни у больных СД2 методом тестирования больных (сокращенный монографический опросник для исследования личности - тест СМОЛ, личностный опросник Бехтеревского института – тест ЛОБИ), обследования пациентов и статистической обработкой результатов.

Материал и методы. Обследовано 152 больных СД2 (мужчин 40, женщин 112; средний возраст 53 года). У них изучались вариабельность сердечного ритма с определением тонуса вегетативной нервной системы, психологические особенности личности (тест СМОЛ) и проводилась диагностика типов отношения к болезни (тест ЛОБИ). Статистическая обработка полученных данных проводилась в среде Windows с использованием статистических функций пакета Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Оказалось, что у 76 (40%) больных доминировала эйтония, у 100 (52,8%) симпатикотония и у 14 (7,2%) имелась ваготония. Это, в частности, нашло свое отражение в статистически достоверных различиях ($p < 0,05-0,01$) таких показателей как мода, амплитуда моды, вариационный размах и индекс напряжения у больных эйтонией (соответственно $0,85 \pm 0,01$ с, $59,4 \pm 0,03\%$, $0,39 \pm 0,03$ с и $182,3 \pm 9,3$ усл. ед.) и больных с симпатикотонией ($0,7 \pm 0,01$ с, $82 \pm 0,02\%$, $0,14 \pm 0,02$ с и $505,7 \pm 11,8$ усл. ед.).

Оказалось, что у больных с симпатикотонией по сравнению с теми, у которых имелась эйтония, имелось более тяжелое течение болезни, более высокие показатели гликемии и артериальной гипертензии. У них наблюдалось достоверное повышение профиля СМОЛ по шкалам ипохондрии (1) и истерии (3), что в целом свидетельствовало об их большей мнительности, повышенной невротизации и неустойчивости к эмоциям.

Гармоничный и эргопатический типы отношения к болезни, свидетельствующие об отсутствии социальной дезадаптации, достоверно реже (29; 20%) встретились у больных с симпатикотонией, чем при наличии эйтонии (44; 58%). Напротив, дезадаптивные типы отношения к болезни (тревожный, неврастенический, паранояльный и др.) чаще наблюдались в первой группе больных (71; 71%), чем во второй (32; 42%; $p < 0,05$).

Закключение. Представленные данные дают основание полагать, что в реализации психосоматических соотношений у больных сахарным диабетом 2 типа принимает участие исходный вегетативный тонус, что требует учета при проведении реабилитационных мероприятий [4].

Список литературы.

1. Сахненко В.В, Кравченко А.Я., Будневский А.В, Подвигин С.Н. Психосоматические особенности больных сахарным диабетом 2 типа / Сахненко В.В.//Врач – аспирант. – 2013. – Т. 61. – № 6.3. – С. 488-492.
2. Сахненко В.В, Кравченко А.Я., Чернов А.В. Особенности отношения к болезни больных сахарным диабетом 2 типа/ Сахненко В.В.//Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17. – № 2. – С. 8-12.
3. Мотовилин Ю.Г, Луныкина О.В., Суркова Е.В., Шишкова Ю.А., Мельникова О.Г, Майоров А.Ю. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа / Мотовилин Ю.Г.//Сахарный диабет. – 2012.– № 4. – С. 51-58.
4. Черкасова Т.Н., Ковригина Е.В, Тюльганова В.Л., Филя А.В., Подольская О.М, Османова Ш.О. Психологические аспекты больных с сахарным диабетом / Черкасова Т.Н.//Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2013.– № 1. – С. 66-67.
5. Орлова М.М. Социально – психологические аспекты адаптации личности больных сахарным диабетом/ Орлова М.М. //Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: философия, психология, педагогика. – 2017. – Т. 17. – № 1. – С. 80-84.
6. Денисова Е.А., Чугунова И.М. Характерологические особенности больных сахарным диабетом/ Денисова Е.А.//Научно – методический электронный журнал Концепт. – 2017.– № 2. – С. 140-143.
7. Сальникова В.А. Анализ распространенности депрессии среди больных сахарным диабетом 2 типа/ Сальникова В.А.//Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2. – № 3. – С. 41-42.

СОСУДИСТЫЙ И ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ СТУДЕНТОВ СТГМУ: АСПЕКТЫ АНГИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

Байрамкулова Л. М., Фурсова Е.Н., Русиди А.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смерти в развитых странах и в Российской Федерации, в частности. По данным ВОЗ к 2030 г. прогнозируемая смертность от ССЗ составит 23,6 млн человек. Этим объясняется необходимость внедрения новых методов донозологической диагностики, основанных на определении «сосудистого возраста». Это позволит выявлять признаки ремоделирования сосудов на ранних этапах. На сегодняшний день концепция «сосудистого возраста» является актуальной темой, поскольку фактором риска патологии сердечно-сосудистой системы является не столько возраст пациента, а сколько «возраст» его сосудов. Кроме того, есть основания полагать, что «сосудистый возраст» может явиться полезным инструментом для повышения информированности врачей о патофизиологических

последствиях определения факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования. Провести офисную оценку параметров сосудистой ригидности у лиц молодого возраста с учётом пола в рамках проводимого скрининга как первого этапа диспансеризации студентов СтГМУ.

Материал и методы исследования. Объектом исследования стали студенты СтГМУ разных факультетов в возрасте от 19 до 24 лет. Средний возраст составил $21,2 \pm 0,09$. Был проведен анализ сосудистой жесткости на сфигмографе Vasera VS-1500 (FUKUDA DENSHI CO., LTD, Япония. Выполнялось исследование липидного профиля на биохимическом анализаторе CardioChek (Polymer Technology Systems, США). Также производился анализ основных факторов сердечно-сосудистого риска при помощи диагностической карты и пошаговый статанализ распределения обследованных по уровню CAVI. Для оценки достоверности результатов использовались методы параметрической и непараметрической статистики.

Результаты. Результаты проведенного исследования показали, что основная масса юношей - 75% - укладывается в интервал индекса CAVI от 5,0 до 6,4. Значение 6,5 и выше регистрируется у 16,5% обследованных. Максимальные значения индекса среди юношей достигают 7,5 ($p < 0,05$). Среднее значение CAVI у юношей составляет $5,7 \pm 0,1$, разница достоверна. Большая часть девушек - 72% - укладывается в интервал индекса CAVI от 5,0 до 6,4. Значение 6,5 и выше регистрируется у 8% обследованных. Максимальные значения индекса среди девушек достигают 7,5. А среднее значение CAVI у девушек составило $5,5 \pm 0,07$, разница достоверна ($p < 0,05$). При этом удалось также установить связь индекса CAVI с особенностями профиля выявленных факторов риска. У носителей CAVI выше 6,5 среднее число факторов риска составило $3,2 \pm 0,4$ в то время, как у остальных обследованных с более низким CAVI этот показатель составил $1,3 \pm 0,2$.

Выводы. Полученные инструментальные данные полезно учитывать при формировании индивидуальных программ углублённого профилактического вмешательства среди лиц молодого возраста.

- Пятая часть студентов отличается наличием индекса CAVI выше 6,5, что свидетельствует о развитии раннего сосудистого ремоделирования.

- Выявлены чёткие гендерные различия в показатели CAVI среди студенческой молодёжи.

- У носителей высокого индекса CAVI факторы риска встречаются достоверно чаще по сравнению с остальными обследуемыми юношами и девушками. Это подтверждает факт преждевременного атерогенеза среди молодёжи.

Список литературы.

1. Драпкина О. М., Фадеева М. В. Сосудистый возраст как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний / Артериальная гипертензия. – 2014. - №4. – С. 224-230.
2. Рекомендации Европейского Общества Кардиологов (пересмотр 2012 года). Профилактика ССЗ // Рос. кардиол. журн. – 2012. – Т. 4(96). – С. 29–32.
3. Филиппов Г.П., Бороненко К.В., Плотникова И.В., Ситкова Е. С. Неинвазивная оценка жесткости сосудистой стенки у здоровых подростков, имеющих факторы риска развития артериальной гипертензии / Бюллетень сибирской медицины. – 2015. Том 14. – № 4. – С. 82–86.
4. Kaess, Rong J., Larson M. G. Aortic Stiffness, Blood Pressure Progression, and Incident Hypertension // JAMA. – 2012, № 308(9). – P. 875-881.
5. Takahisa K., Shigeki O., Keiko S., et al. Cardiovascular events increased at normal and high-normal blood pressure in young and middle-aged Japanese male smokers but not in nonsmokers. Journal of Hypertension: POST AUTHOR CORRECTIONS, 15 November 2012 doi: 10.1097/HJH.0b013e32835b8d22.

6. Qiao A, Song X, Peng K, Du G, Li G, Chen Z. Validity of CAVI measurements for diagnosing hypertension in middle-aged and elderly patients and correlations of these measurements with relevant factors / Technol Health Care. 2017 Jul 20;25(S1):125-134.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Байрамова Э.Ф.

Научный руководитель: Абдулкадырова С.О.

Дагестанский государственный медицинский университет

Актуальность. Артериальная гипертензия является одним из важных факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые приводят к увеличению заболеваемости и смертности населения. Основными причинами развития артериальной гипертензии является наследственность, хроническая болезнь почек (ХБП), неправильное питание, нарушение жирового обмена, сахарный диабет и др. ХБП играет огромную роль в возникновении артериальной гипертензии. На сегодняшний день установлено, что риск сердечно-сосудистых осложнений резко возрастает по сравнению с общепопуляционным уровнем уже на стадии умеренного снижения функции почек. В результате большинство пациентов с ХБП не доживает до гемодиализа, погибая на более ранних стадиях. Особая опасность ХБП состоит в том, что она может длительное время не вызывать никаких жалоб, которые побудили бы больного обратиться к врачу и начать лечение.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь СКФ и приема ингибиторов АПФ у больных с ХБП, а также частоту наиболее часто встречающейся стадии ХБП отдельно среди женщин и мужчин в отделении артериальной гипертензии РКБ.

Материал и методы исследования. В исследование включены истории болезней 150 пациентов (75 женщин, 75 мужчин) с ХБП в возрасте от 29 до 80 лет на базе ГБУ РД «РКБ» отделения артериальной гипертензии в период с 12.08.17г. по 12.10.17г. Всем пациентам было проведено клиничко-лабораторное обследование, а также биохимический анализ крови на выявление уровня креатинина и определение СКФ по формуле СКД-ЕРІ 2011г.

Результаты исследования. При обследовании из 150 больных на базе ГБУ РД «РКБ» отделения артериальной гипертензии было выявлено повышение уровня креатинина у 24 больных (18 мужчин, 6 женщин), из них иАПФ получали 14 пациентов. По результатам расчета скорости клубочковой фильтрации на основании уровня креатинина сыворотки крови, с учетом пола и возраста, выявлена ХБП: среди мужчин (от 29 до 80 лет) - 1ст. ХБП – 0%, 2ст -16,5%, 3а ст.-67%, 3б ст.- 16,5%, 4 ст.-0%, 5 – 0%; среди женщин (от 29 до 80 лет) - 1 ст. – 0%, 2 ст. – 0%, 3а ст. -16,5%, 3б - 67%, 4ст. – 0%, 5 ст. – 16,5 %. Таким образом, среди мужчин наиболее часто встречающейся стадией ХБП является 3а стадия, а среди женщин - 3б стадия. У 12 из 14 пациентов, которые получали иАПФ, наблюдалось увеличение СКФ и нормализация уровня артериального давления.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что в отделении артериальной гипертензии на базе ГБУ РД «РКБ» из просмотренных нами 150 историй болезни, среди мужчин ХБП 3а стадии наблюдается у 67% и 3б стадия - у 16,5% пациентов, а среди женщин с ХБП 3б стадии у 67% и 3а стадия у 16,5% пациентов.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В КАТЕГОРИЯХ МКФ

Безрукавнова М.Ю.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Никулина Г.П.
Ставропольский государственный медицинский университет

Современная система оказания неврологической помощи достигла нового, высокого качества развития, что поставило перед медицинским сообществом задачи не только вылечивать пациентов, но и возвращать их к привычной жизни, восстановив прежнюю жизненную активность. Наиболее полно эту задачу решает реабилитационная медицина. Для управления процессом реабилитации и распределения задач по работе с пациентом используется Международная классификация функционирования (МКФ), служащая для описания всех компонентов здоровья в таких категориях, как активность, участие, факторы окружающей среды, персональные факторы, функции и структуры. МКФ относится к семейству классификации ВОЗ. МКФ применяется наравне с Международной классификаций болезней (МКБ), однако решает другие задачи.

Классификация функционирования описывает состояние пациента на текущий момент без акцентирования внимания на причинах. МКФ используется для формирования реабилитационного диагноза, показывающего весь спектр ограничений и возможностей пациента.

Цель. Оценка функциональной недостаточности неврологических больных по классификации МКБ и МКФ с учетом шкалы Рэнкен и индекса мобильности Ривермид.

Материалы и методы исследования.

Проведена оценка функциональной недостаточности 20ти больных находившиеся на лечении в отделения медицинской реабилитации ГКБ СК «ГКБ № 2» г. Ставрополя.

В исследование были включены 10 женщин и 10 мужчин; средний возраст мужчин составил $67,4 \pm 0,9$ лет, женщин - $62,4 \pm 0,3$ года. По МКБ больные распределились следующим образом: ишемический инсульт 15 больных(75%); Геморрагическим инсультом 3 больных(15%); рассеянный склероз -1(5%); первичная хорea (Болезнь Гентингтона)-1(5%).

У всех больных отмечались функциональные нарушения: мобильности, моторная афазия, периферической чувствительности.

При поступлении у больных ишемическим и геморрагическим инсультами показатель по шкале Рэнкен находился в диапазоне 2-4, средний $3,15 \pm 0,1$; индекс мобильности Ривермид в диапазоне 5-12 баллов, средний $9,1 \pm 0,4$.

Все больные получали медикаментозное лечение по назначению невролога. Реабилитационная программа составлялась с учетом диагностированных нарушений функций и включала участие следующих специалистов: врача ЛФК, врача-физиотерапевта, логопеда и психолога.

Результаты и обсуждение. Клинические диагнозы больных и данные шкалометрии соотнесены с доменами МКФ.

Реабилитационные диагнозы шифровались в категориях функциональной недостаточности и сгруппировались следующим образом: ишемическим инсульт b210-b290; b730-b799; s1100-s1105; d110-d190; d315-d329; d410-d470; d510-d570; геморрагический инсульт b210-b299; b730-b799; s1100-s1109; d110-d190; d315-d329; d410-d470; d510-d570; рассеянный склероз b250-b279; b750, b755, b730-b799, s1200-s1209; d110-d190; d315-d329; d410-d470; d510-d570; первичная хорea b730-b749; b765, b770; s1200-s1203; d410-d470; d510-d570.

При различиях морфологических изменений (отличия в домене S) у всех больных отмечались однотипные нарушения функции (b210, b730-799).

Выводы. Использование базового набора МКФ для пациентов на втором этапе реабилитации позволяет сформулировать реабилитационный диагноз и

объективизировать структуру реабилитационной программы. Диагноз по МКБ необходим для оценки реабилитационного прогноза, так как отражает причины и патогенетические варианты заболевания.

ВЫЯВЛЕНИЕ БЕССИМПТОМНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КБР

Биногеров З.Х.

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

Актуальность. Почти 60 % больных с атеросклерозом имеют препятствия току крови в артериях ног, а также сердца и мозга. Атеросклероз может протекать бессимптомно. В действительности, симптомы появляются только при стенозе артерии, превышающем 70% сосудистого просвета [4]. Но отсутствие симптомов не говорит о том, что происходящие процессы не имеют негативное влияние на системы организма. Напротив, пациенты не имеющие представления о том, что у них есть атеросклероз, не могут своевременно избавиться от факторов риска, которые в себе и несет атеросклероз. Согласно статистике, ВОЗ в странах со средним и высоким уровнем доходов ишемическая болезнь сердца, инсульт и другие цереброваскулярные заболевания уносят больше всего человеческих жизней – в 2015 г. в общей сложности 15 миллионов. Последние 15 лет эти заболевания остаются ведущими причинами смерти в мире, а атеросклероз ведущим фактором риска [8]. Данная проблема, остаётся актуальной для системы практического здравоохранения.

Цель исследования. Изучение распространенности факторов риска развития острых сосудистых происшествий среди медицинских работников.

Материал и методы. Исследование реализовано на базе Санатория «Радуга», и ЦРБ г. Майский. Обследовано 68 медицинских работников (62 женщины и 6 мужчин) в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст 43 ± 5 лет).

Всем медикам проводилось измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) с использованием аппарата MESI (Словения). Измерение ЛПИ обладает по данным многочисленных эпидемиологических и клинических исследований независимой диагностической и прогностической значимостью. Измерение ЛПИ используют в верификации заболеваний периферических артерий [1]. Он служит для достаточно точного не инвазивного метода скрининга и диагностики заболеваний периферических артерий. Определение ЛПИ позволяет определить сужение сосудов, при сужении сосудов происходит снижение значений ЛПИ. При этом различают несколько степеней сужения в зависимости от цифровых обозначений. Нормальные значения ЛПИ лежат в диапазоне [от 1,40 до 1,00]; легкая степень сужения соответствует значениям [от 0,99 до 0,91]; среднетяжелая степень [от 0,90 до 0,41]; и тяжелая степень [0,40] и менее, при этом давление крови в нижних конечностях равно или немного превышает давление крови в верхних конечностях.4 Большинство исследователей согласны с тем, что чувствительность и специфичность выявления заболеваний периферических артерий на основе ЛПИ составляют 95% при наличии ангиографически верифицированных значимых стенозов артерии нижних конечностей [4].

Одним из эффективных методов исследования риска сердечно –сосудистых заболеваний (ССЗ) является калькулятор QRISK®2 Этот калькулятор оценивает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в течение вашей жизни и сравнивает его с вашим риском с хорошим контролем факторов риска. Алгоритм QRISK®2 был разработан врачами и учеными, работающими в Национальной службе здравоохранения Великобритании, и основан на регулярных сборах данных от многих тысяч врачей общей практики по всей стране, которые свободно предоставили данные для медицинских

исследований [6]. Также использовалась шкала оценки сердечно-сосудистого риска Score. Статистическая обработка данных проведена с применением программы Microsoft Excel. Статистически значимыми считали различия при ($p < 0,05$)

Результаты исследования. В результате наших исследований обнаружено снижение значений ЛПИ у 14% обследованных, при этом, легкая степень сужения сосудов наблюдалась в 71%, тяжелая степень диагностирована у 29% из числа выше указанных лиц.

Шкала оценки риска SCORE, не дала значимых результатов. Самый высокий риск ССЗ в течение 10 лет по данной шкале составил 4%, который выявлен лишь у 12 % обследованных.

Напротив, калькулятор QRISK®2 оказался более информативным в плане выявления риска ССЗ. Риск возникновения ССЗ в течение жизни оказался повышен у 19% обследованных, у которых он был выше 30%. У 13% риск располагается в диапазоне от 20 до 30%, а у 15% от 15% до 20. Менее высокий риск выявлен у 15% и составляет он от 10 до 15%. У одной трети всех исследуемых (38%) риск менее 10%.

При анализе данных людей с низкими значениями ЛПИ и высоким риском по QRISK®2 выявлено, что у пациентов со средне –тяжелой формой сужения сосудов имелся 17% риск развития ССЗ в течении жизни, при корреляционном анализе получены положительные данные (коэффициент корреляции = 0,9). У 42% лиц с легкой степенью сужения риск развития ССЗ был более 30% (коэффициент корреляции = 0,9). Для легкой степени сужения у 28% выявлен риск в диапазоне от 10 до 20% (коэффициент корреляции = 0,9).

Выводы. Обращает на себя внимание наличие среди обследованных врачей значительной доли лиц с высоким и очень высоким риском развития ССЗ. У 14 % обследованных данные измерения ЛПИ оказались сниженными и указывали на сужение периферических артерий. Выявлена корреляционная связь между показателями риска развития ССЗ по данным QRISK®2 и параметрами ЛПИ.

Список литературы.

1. Stay in Circulation: Take Steps to Learn About PAD; National Heart, Lung and Blood Institute 2006.
2. TASC document: Investigation of patients with intermittent claudication. J Vasc Surg 2000; 31: 62-74.
3. Rooke et al.: PAD Guidelines Focused Update. JACC 2011; 58(19), 2020-2045.
4. Poredoš et al.: Pomen odkrivanja predkliničnih oblik ateroskleroze. Zdravstveni vestnik 2006; 75: 475-81
5. <https://qrisk.org/2017/>
6. http://липидология.пф/primary_prevention/
7. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/>
8. <http://med-info.ru/content/view/3819>

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ НИМАННА-ПИКА, ТИП С

Бочко А.Д., Данько А.В.

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

Введение: Болезнь Ниманна-Пика, тип С (БНП-С) – редкое прогрессирующее наследственное аутосомно-рецессивное нейровисцеральное заболевание из группы лизосомных болезней накопления, а именно сфинголипидозов, обусловленное

изменением внутриклеточного липидного транспорта. Трудность постановки клинического диагноза БНП-С состоит в том, что заболевание характеризуется обширным фенотипическим полиморфизмом, дебютом в любом возрасте и мультисистемностью клинических проявлений. Доминирующими признаками со стороны нервной системы являются: вертикальный надъядерный паралич взора, геластическая катаплексия, мышечная дистония, атаксия, дизартрия, нарушения психо-речевого развития и эпилептические приступы. По ориентировочной оценке данная патология в современном мире встречается с частотой 1:120000–1:150000, это можно сравнить с частотой многих форм прогрессирующих наследственных атаксий, что делает актуальным владение информацией об этой лизосомной патологии для каждого практикующего невролога.

Цель: Выяснить основные клинические особенности болезни Ниманна-Пика, тип С.

Материалы и методы: Нами была обследована (осмотр больной, изучение истории болезни) 1 пациентки, с диагнозом дегенеративное заболевание нервной системы, болезнь Ниманна-Пика, тип С, находящаяся на лечении в ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница», в возрасте 11 лет. Также были использованы данные литературы (статей, тезисов, справочников) по данной патологии.

Результаты: Болезнь Ниманна-Пика, тип С является мультисистемной патологией с наиболее частым поражением нервной системы. При ранней манифестации мультисистемность отслеживается четко, а при позднем проявлении болезни, доминирующими становятся прогрессирующие неврологические и психиатрические расстройства.

Заболевание обусловлено мутациями в гене NPC1 (95% случаев) и NPC2 (4% случаев), не исключены и другие, еще не идентифицированные, мутантные аллели (1%). Мутации в генах приводят к клеточному дефекту, включающему патологическую эстерификацию холестерина и интрацеллюлярный транспорт липидов, стимулируют развитие апоптоза. Это является пусковым механизмом внутриклеточного накопления липидов и вторичному нарушению метаболизма сфинголипидов с последующей гибелью клеток органов-мишеней, преимущественно ЦНС и ретикулоэндотелиальной системы, что объясняет развитие фенотипа заболевания.

В ходе клинико-неврологического обследования пациентки нами были выявлены следующие симптомы:

Вертикальный надъядерный паралич взора, характеризующийся задержкой саккадических движений глаз в вертикальной плоскости, говорит о поражении надъядерных мозговых структур.

Атаксия, является результатом ранней гибели клеток Пуркинье, считается умеренным предиктором БНП-С. Симптом становится более значимым в сочетании с дистоническими поражениями в руках и лице. Отличительной особенностью атаксии при БНП-С является медленное прогрессирование, походка сохраняется на ранней стадии заболевания.

Геластическая катаплексия, проявляется кратковременной приступообразной утратой мышечного тонуса, в редких случаях приводящей к резкому падению больного с сохранением сознания и как правило возникающей на фоне сильных эмоциональных потрясений.

Дистония – неврологическое нарушение, которое характеризуется спонтанными мышечными сокращениями, что говорит о поражении базальных ганглиев, в меньшей степени мозжечка.

Дизартрия, проявляется прерывистой и замедленной речью.

Дисфагия, характеризуется затруднением глотания и поперхиванием пациентки жидкой и твердой пищей, обусловлена дисфункцией структур ствола мозга и патологическими изменениями в коре лобных долей.

Нарушения психо-речевого развития, выступает дополнительным критерием в диагностике БНП-С.

Эпилептические приступы, у нашей пациентки носили симптоматический характер, на ЭЭГ регистрируются выраженные общемозговые изменения с признаками локальной патологии в левой задневисочно-затылочной области.

Выводы: Таким образом, клиническая диагностика БНП-С представляет значительные трудности. Они связаны с чрезвычайной редкостью форм, выраженным клиническим полиморфизмом, наличием атипичных форм болезней. Для постановки точного диагноза следует воспользоваться дополнительными методами диагностики, самым достоверным методом верификации диагноза является ДНК-диагностика. В настоящее время ДНК-анализ предоставляет возможность своевременно установить диагноз и провести пренатальную диагностику в семьях с отягощенным анамнезом по данному заболеванию.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПОЛИЭТИОЛОГИЧНОЙ ГЕМИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Булавинцева А.В. Третьяк Е.В.

Научные руководители: ассистент Кузнецов Э.С, доцент Калиберденко В.Б.

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

Введение. Нормальный ритм сердечных сокращений является одним из ключевых критериев правильной работы сердца и подвержен воздействию различных физиологических и патологических факторов. Одним из последних является анемия – независимый фактор риска развития сердечно - сосудистой патологии в общей популяции [1,3,5]. Она приводит к развитию и отягощению течения сердечно - сосудистых заболеваний: учащению приступов стенокардии, опасным для жизни аритмиям, повышению смертности. Наличие выраженной и длительной анемии, даже без патологических изменений в коронарных артериях, может приводить к формированию некробиотического синдрома [2], который в свою очередь к различным нарушениям проводящего аппарата сердца и соответственно нарушениям ритма. Это говорит о важность исследования особенностей сердечного ритма при анемическом синдроме различной этиологии [4].

Цель работы. Определить влияние анемического синдрома и вызванной им гемической гипоксии на сердечный ритм. Выявить и оценить связь между показателями сердечного ритма и характеристиками анемического синдрома.

Материал и методы. Проводилось наблюдение за 147 пациентами с анемическим синдромом различной этиологии и степенью тяжести. Средний возраст больных 41 ± 2 г. Мужчины составили 48%, женщины 52%. Обследование и лечение пациентов проводилось на базе отделения онкогематологии ГБУЗРК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер им.В.М. Ефетова» г. Симферополь, Крым. Главным критерием отбора пациентов являлось отсутствие первичных поражений сердца, таких как: врожденные и приобретенные пороки сердца, клинические проявления ишемической болезни сердца, первичные кардиомиопатии. Пациенты были разделены на четыре группы согласно степени тяжести анемического синдрома. У 47 была диагностирована анемия легкой степени тяжести гемоглобин (Гб) которых находился в пределах 110-90 г/л (группа 1), 45 пациентов наблюдались с анемией средней степени тяжести для которых цифры гемоглобина были в пределах 89-70 г/л (группа 2), 30 пациентов с анемией тяжелой степени гемоглобин у которых составил 69-50 г/л (группа 3) и 25 с крайне тяжелой степенью анемии с гемоглобином 49 г/л и ниже (группа 4).

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ) проводилось в 12 стандартных отведениях с помощью 6-канального электрокардиографа "SCHILLER" в покое. Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики с использованием пакета статистических программ "StatSoft, Inc. (2003). STATISTICA version 6".

Результаты и их обсуждение. В результате анализа полученных данных, нами было установлено, что анемия не имеет патогномоничных ЭКГ признаков, при этом вызывая ЭКГ нарушения разных типов: синусную тахикардию, экстрасистолию, снижение амплитуды зубца R, депрессию сегмента ST, мерцательную аритмию, AV-Блокады, блокады ножек пучка Гиса. Наиболее распространенным нарушением ритма у больных с анемией явилась синусная тахикардия - 106 случаев (77,3%) наблюдавшаяся у пациентов со всеми степенями тяжести анемии. У подавляющего большинства больных 85 (62%) наблюдалась депрессия сегмента ST, часто ассоциированная с изменениями зубца T. Также у всех групп больных отмечались нарушения фазы реполяризации. У пациентов с анемией тяжелой и крайне тяжелой степенью тяжести обнаружены: у 6 больных (18,7%) пароксизмальная мерцательная аритмия, у 5 (15,6%) - AV-блокада и блокада ножек пучка Гиса. Более чем у трети больных 50 (36,4%) отмечена экстрасистолия I-III классов по Лауну. При сравнении результатов обследования до и после проведения курса лечения, четко выявлена тенденция, уменьшения частоты встречаемости нарушений сердечного ритма у обследуемых пациентов с анемическим синдромом после проведения курса противоанемической терапии. Значительное снижение частоты возникновения таких электрокардиографических нарушений как синусная тахикардия, снижение амплитуды зубца R, депрессии сегмента ST. Частота встречаемости мерцательной аритмии, AV-блокады, и блокады ножек пучка Гиса практически не изменилась, что объясняется наличием органического компонента в патогенезе рассматриваемых нарушений ритма.

Выводы. Анализ результатов исследования показал, что анемический синдром, и вызванная им гемическая гипоксия оказывают значительное влияние на электрокардиографические особенности сердечного ритма зависимое от степени тяжести анемии. Наличие AV-блокады, блокады ножек пучка Гиса, мерцательной аритмии у пациентов с тяжелой и крайне тяжелой анемией свидетельствует о функционально-органических нарушениях проводящей системы сердца обусловленных воздействием анемии в целом и некробиотического синдрома в частности.

Список литературы.

1. Amin M.G., Tighiouart H., Weiner D.E. et al. Hematocrit and left ventricular mass: the Framingham Heart study // J. Am. Coll. Cardiol. - 2004. - Vol. 43. № 7. - P. 1276- 1282.
2. Кузнецов Э.С., Калиберденко В.Б., Захарова А.Н., Ильясов Р.К. Тропонинемия как маркер развития некробиотического синдрома при гемической гипоксии различной степени тяжести // Международный научно- исследовательский журнал. - 2015. - № 6-2 (37). - С. 119-121
3. Арутюнов Г.П. Анемия у больных с ХСН // Журн. сердечная недостаточность. - 2003. - Т. 4, № 5. - С. 224-228.
4. Weiss G., Goodnough L.T. Anemia of Chronic Disease // New. Eng. J. Med. — 2005. — Vol 352. — 10. — 1011—1023.
5. Окорочков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 4. М: Мед. лит., 2001. С. 12-204.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА И СИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Ворвуль А.О.**

Курский государственный медицинский университет

Бронхиальная астма (БА) сегодня представляет серьезную экономическую, социальную и медицинскую проблему. БА сокращает среднюю продолжительность жизни у мужчин на 6,6 лет, женщин – на 13,5 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения за 2015 год заболеваемость в России составила 2,2 человека на 100 000 населения (64 место в мире), но, занимает второе место в мире по смертности населения от БА – 15,9 человек на 100 000 населения.

Целью исследования являются оценка и сравнение методом анкетирования показателей качества жизни у студентов Курского государственного медицинского университета (КГМУ) и Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ), страдающих БА.

Материалы и методы. С целью оценки качества жизни у студентов, страдающих БА, был проведен опрос 30 студентов в возрасте от 19 до 26 лет, из которых 15 обучающихся КГМУ и 15 обучающихся СибГМУ. Для сравнительного анализа была сформирована контрольная группа из 15 здоровых студентов. Исследование проводилось с помощью SGRQ, включающего в себя четыре шкалы: «симптомы», «активность», «влияние», «итоговый результат». Полученные данные обрабатывались методом выборочного среднего.

Результаты и их обсуждение. По всем характеристикам отмечается тенденция к превалированию тяжести БА у студентов КГМУ, чем СибГМУ. Разница между показателями студентов КГМУ и СибГМУ составила по шкале «симптомы» 4,8, по шкале «активность» 13,2, по шкале «влияние» 9,5.

Более значимая разница отмечается при сравнении результатов в подгруппах студентов КГМУ, СибГМУ и здоровых респондентов (ЗР). Разница показателей по шкале «симптомы» между студентами КГМУ и ЗР составила 49,6, между студентами СибГМУ и ЗР 44,8. По шкале «активность» разница между студентами КГМУ и ЗР составила 32,0, а между студентами СибГМУ и ЗР 18,8. По шкале «влияние» разница цифр между студентами КГМУ и ЗР составила 24,9, а между студентами СибГМУ и ЗР составила 13,4.

При анализе итоговых цифр разница между показателями студентов КГМУ и СибГМУ составила 9,8; между студентами КГМУ и ЗР – 31,2, а между СибГМУ и ЗР – 21,4.

Выводы:

1. Отмечается тенденция к снижению показателей качества жизни (симптомы, активность и влияние) у студентов КГМУ и СибГМУ;
2. Зарегистрированы более низкие уровни итоговых цифр шкалы SGRQ у обучающихся КГМУ в сравнении, как со студентами СибГМУ, так и ЗР;
3. Опросник SGRQ подтвердил свою высокую валидность в оперативной оценке качества жизни у больных с респираторной патологией;
4. Возможными группами факторов, обуславливающих полученную разницу в показателях, являются: разница в учебной нагрузке; методы контроля знаний; организация отдыха и досуга; географическое положение (влияние Курской магнитной аномалии, разница в климатических условиях).

Список литературы

1. Руководство к «Вопроснику для больных с заболеваниями органов дыхания госпиталя Святого Георгия (русскаяязычная версия вопросника SGRQ)» / П.У. Джонс, С.

- Спенсер, С. Ади. – Лондон: Лондонский университет госпиталя Святого Георгия, 2012. – 16 с.
2. Оценка качества жизни у пациентов с обострением бронхиальной астмы / Ш. З. Загидуллин, Е. С. Галимова, О. А. Суховская и др. // Пульмонология. - №.1. – 2013. – С.49-53
3. Лопухова, В.А. Изучение связанного со здоровьем качества жизни в системе организации медицинской помощи больным хроническими респираторными заболеваниями / В.А. Лопухова, И.В. Тарасенко // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2016. – № 1. – Т.18. – С. 246-251
4. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.Н. Ионова. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2007. – 320 с.
5. Овакимян, К.В. Роль опросников для выявления респираторных симптомов в ранней диагностике хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы / К.В. Овакимян, О.Ю. Кузнецова, М.А. Похазникова // Российский семейный врач. – 2013. – Т. 1. – С.10-17
6. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Издательство «Атмосфе-ра», 2008.–256 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Гайворонская А.Д., Страхова Н.В., Котова Ю.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Важным компонентом реабилитации пациентов после острого инфаркта миокарда (ОИМ) является приверженность к рекомендациям врача [1]. Для данной составляющей у пациентов необходимо создать мотивацию к улучшению своего здоровья. Это и является основной задачей образовательной программы «Школа для больных, перенесших ОИМ, и их родственников» (далее – Школа) [3,4]. Однако, далеко не каждый пациент проходит занятия в рамках этой образовательной программы [2].

Цель исследования: оценить эффективность реализации образовательной программы «Школа для больных, перенесших ОИМ, и их родственников» в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. Материалом для исследования стало обследование 46 пациентов БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая поликлиника № 4», из которых 31 человек (67,4%) мужчины и 15 человек (32,6%) женщины в возрасте от 40 лет до 90 лет, средний возраст составил $65,5 \pm 12,4$ лет. Средняя длительность постинфарктного периода составила $3,5 \pm 0,6$ лет. Для оценки качества жизни пациентов была использован опросник SF-36.

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от посещения программы Школы. Среди всех обследуемых Школу посещали только 23 пациента (50%).

Всем пациентам было проведено определение глюкозы плазмы крови натощак, липидного профиля, тест шестиминутной ходьбы (6МТ), по показаниям проведен пероральный тест толерантности к глюкозе (ППТГ).

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 опросе пациентов было выявлено, что в качестве основного источника информации о своем заболевании 24 человека (52,2%) указывали образовательную программу, 18 (39,1%) обследованных получали все сведения от своего участкового терапевта или лечащего врача в стационаре. Четверо (8,7%) отметили, что источником информации об ОИМ были знакомые с таким же диагнозом.

В ходе объективного обследования установлено, что среднее значение ИМТ для всей выборки равно $27,7 \pm 3,3$, что указывает на избыточный вес и относится к факторам риска ОИМ. Однако, в группе посещавших Школу, данный показатель ниже на 5,2% ($p < 0,05$). Окружность талии оказалась на 3,7% меньше среди пациентов, посещавших Школу, по сравнению с лицами, не посещавшими образовательную программу ($87,5 \pm 11,7$ см и $90,9 \pm 10,7$ см соответственно, $p < 0,05$).

В группе пациентов, посещавших Школу, отмечена тенденция более низкого уровня глюкозы плазмы крови натощак, концентрации глюкозы крови через 2 часа после нагрузки в пероральном ПТТГ, общего холестерина сыворотки крови (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) и более высокий уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Однако, эти различия не достигли уровня статистической значимости.

ФК 1 по 6МТ определен у 4 пациентов, посещавших Школу, среди не посещавших не определяется. ФК 2 определен у 2 человек, посещавших образовательную программу, и у 2 пациентов, не посещавших ее. ФК 3 определяется у 11 человек, посещавших Школу, и у 15 человек, не посещавших ее. ФК 4 определяется у 3 человек, посещавших образовательную программу, и у 5 пациентов, не посещавших ее. 6МТ ($\chi^2(4) = 8,097$, $p = 0,088$, $\phi = 0,424$). Выявлена отрицательная корреляционная связь средней силы между ФК и посещением Школы ($r = -0,337$, $p = 0,024$).

У больных, посещавших Школу, дистанция в 6МТ оказалась на 72,5% больше по сравнению с больными, не посещавшими Школу ($p < 0,05$).

По данным анкетирования по опроснику SF-36 имелась тенденция к более высоким показателям физического* (PF), ролевого функционирования** (RP), интенсивности боли (BP), общего состояния* (GH), жизненной активности** (VT), социального функционирования (SF), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), и психического здоровья** (MH) в группе пациентов, посещавших Школу по сравнению с группой больных, не посещавших Школу (* - $p < 0,01$, ** - $p < 0,05$).

Повседневная деятельность у больных, не посещавших Школу, была в 1,5 раза ограниченной в сравнении с группой пациентов, посещавших Школу. Больные, посещавшие Школу, оценивают свое состояние здоровья на момент исследования и перспективы лечения в 1,6 раза выше, чем пациенты, не посещавшие образовательную программу.

Выводы. Больные, посещавшие Школу, имели более высокие показатели качества жизни, проходили большую дистанцию в тесте шестиминутной ходьбы, меньшую атерогенность липидного спектра сыворотки крови, меньший уровень глюкозы крови, окружности талии и индекса массы тела. Образовательная программа «Школа для больных, перенесших острый инфаркт миокарда, и их родственников» является эффективной методикой ведения больных после ОИМ на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Список литературы.

1. Аронов, Д.М. Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST / Д.М. Аронов, Т.П. Арутюнов, О.Л. Барбараш и др. – Москва, 2014. – 31 с.
2. Орлова, Е.В. Клиническая эффективность школ здоровья в первичной и вторичной профилактике артериальной гипертензии у работников железнодорожного транспорта /

Е.В. Орлова, Н.В. Тишкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8. - № 6 S1. – С. 264.

3. Орлова, Е.В. Оценка влияния школы здоровья на модифицируемые факторы риска артериальной гипертензии / Е.В. Орлова, Н.В. Тишкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17. - № 2. – С. 293-295.

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Гергова Д.А., Кубатиева Э.М.

Научный руководитель: д.м.н. Эльгарова Л. В.

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

Актуальность. Эпидемиология хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), которые становятся лидирующей причиной смертности и инвалидности в большинстве стран мира, определяет глобальные приоритеты в сфере охраны здоровья населения. Опыт многих государств, обобщенный ВОЗ, доказывает, что с угрозой ХНИЗ можно эффективно бороться только при наличии системы эффективных мер их профилактики [1].

Цель исследования: изучить распространенность основных факторов риска (ФР) ХНИЗ среди жителей сельского поселения Чегем-2 Кабардино-Балкарской республики (КБР) для оптимизации подходов к реализации профилактических программ, проводимых в регионе.

Материалы и методы: проведено обследование жителей одного терапевтического участка - 760 человек (433 женщины и 327 мужчин) в возрасте 18-90 лет, включавшее в себя опрос по анкете (118 вопросов), разработанной НИЦ ПМ [1], антропометрию (масса тела, рост, окружность живота) и тонометрию. Артериальная гипертензия (АГ) верифицировалась у больных с артериальным давлением (АД) 140/90 мм рт. ст. и выше, или с АД менее 140/90 мм рт. ст. на фоне лечения гипотензивными препаратами. Статус курения определялся следующим образом: никогда не курившие, курившие в прошлом, курящие в настоящее время. К последним относили лиц, выкуривающих хотя бы одну сигарету в сутки. Алкоголизация оценивалась по частоте его потребления: а) ежедневно, б) 5-6 дней в неделю, в) 1-4 дня в неделю, г) 1-3 дня в месяц, д) менее одного раза в месяц, е) не употребляет. Малоподвижный образ жизни выявлялся в том случае, если человек в течении дня проводил сидя 5 часов и более в день, ходил пешком ежедневно менее 30 минут.

Избыточная масса тела (ИМТ) выявлялась в соответствии с рекомендациями ВОЗ, при индексе Кетле равном 25 — 29, 9 кг/м² – ИМТ, 30 — 34, 9 кг/м² — ожирение первой степени, 35—39,9 кг/м² — ожирение второй степени, 40 кг/м² и более — ожирение третьей степени. Оценку питания проводили с помощью анкеты, включающей вопросы по частоте потребления овощей и фруктов, виду жиров, чаще используемых для приготовления пищи. Также выяснялось знание о наличии у обследуемых каких-либо хронических заболеваний.

Результаты и обсуждение.

Анализ социально-демографических показателей обследованной выборки показал превалирование женщин -57%, молодого и среднего возраста 39,8 и 40,4%,

соответственно, лиц со средним образованием - 60,5%. Среди респондентов 47% работали, пенсионеры составляли 13,5%, учащиеся 8,5%. Состояли в браке - 65,1%, были неженатыми 21,3%, разведенными 5%, вдовцы составили 6,7%. Распространенность АГ по данным обследования составила 31,5%. У 25,6 % опрошенных лиц установлено наличие отягощенной наследственности по АГ.

Ведущим ФР многих хронических болезней является курение, которое рассматривается сегодня как одна из крупнейших катастроф в сфере общественного здоровья [2]. Выявлено, что около 14,6% среди мужчин и 2,3% среди женщин курят в настоящее время, что значительно ниже данных обследования национальной выборки и, возможно, объясняется менталитетом республики. 31,3 % респондентов курили в прошлом. Установлено, что 44,4% начали курить в возрасте младше 18 лет. Также был выделен такой фактор, как пассивное курение (мужчины 35,3%, женщины 64,6%). Не вызывает сомнения тот факт, что злоупотребление алкоголем резко повышает риск развития ХНИЗ и общую смертность [3]. По результатам данного исследования 18,5 % мужчин злоупотребляют алкоголем, 8,5% из которых употребляют его ежедневно. Процент женщин, употребляющих алкоголь составил 6,5%. По данным J. Iestra и соавт. относительный риск малоподвижного образа жизни сопоставим с такими мощными ФР, как АГ, курение и гиперхолестеринемия [4]. 66% опрошенных проводят сидя 5-9 часов в день. Однако 36,4 % респондентов ежедневно уделяют время на ходьбу пешком не менее 30 минут. Из 760 респондентов спортом занимаются 29,6 % в возрасте от 18 до 64 лет, из них 12,8% уделяют физической активности 6 часов в неделю, 49,3 % уделяют 7 часов в неделю, 37,7% - 10 часов в неделю.

ИМТ является одним из хорошо изученных и актуальных ФР ХНИЗ. ИМТ установлена у 37% лиц (мужчины 11,7%, женщины 25,3%), 28,5% имеют ожирение первой степени (11,7 % мужчин, 16,8 % женщин), по 2,5% из каждой гендерной группы соответствуют ожирению второй степени. Анализ пищевых привычек показал, что 76 % опрошенных для приготовления пищи используют растительное масло, 10,3 % - сливочное масло, 1% - маргарин. Как мужчины, так и женщины характеризуются низким потреблением овощей и фруктов. Опрос также выявил, что 24,6 % респондентов страдают ишемической болезнью сердца (ИБС), у 16,5 % - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет (СД) у 8,4%.

Выводы. Анализ распространенности ХНИЗ среди обследуемой выборки показал превалирование ССЗ среди сельского населения – 24,6%, далее ХОБЛ - 16,5 %, наличие СД выявлено у 8,4 % опрошенных. Проведенное обследование продемонстрировало широкую распространенность ФР ХНИЗ, прежде всего АГ (31,5%), ИМТ (37%), ожирения (33,5), что требует принятия решений по разработке профилактических программ.

Список литературы.

1. Бойцов С. А. Методические рекомендации. Мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. 2012. – 56 с.
2. Бойцов С.А., Чучалин А.Г. Рекомендации. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. М. 2013. – 85 с. .
3. Глазунов И. С., Потемкина Р. А., Попович М. В. И др. Разработка системы мониторингирования поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в России (исследование в Москве). М: Макс-пресс 2011.
4. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., Шальнова С. А., Деев А. Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2008.

ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ ЗАВИСИМОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ АТАКСИИ С ХАРАКТЕРОМ ТЕЧЕНИЯ И СРОКАМИ МАНИФЕСТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гладышев Е.А., Худоярова А.Г., Алимов А.И.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблемы, возникающие при развитии сахарного диабета, затрагивают многие стороны жизни пациента и значительно снижают её качество. Как известно сахарный диабет широко распространяется на земном шаре и, как утверждают эксперты ВОЗ, эти проблемы в недалеком будущем могут затрагивать каждого третьего жителя земли. По ежегодным отчетам ВОЗ в мире заболеваемость сахарным диабетом превысила 100 миллионов человек, т.е. ежегодно число больных увеличивается более чем на 5-7%. Центральное – Азиатский район не является исключением, и показатели эпидемиологического исследования в этом направлении говорят о том, что более 2% населения этого региона поражены этим недугом [1,3,7]. Довольно высоки показатели смертности и инвалидности среди этой группы больных. Это заболевание не обходит стороной своими поражениями все органы, в том числе и орган слуха и равновесия, что важно учитывать при обследовании первичного больного [1,2,4,5,6].

Целью нашего исследования было изучить возможную корреляционную зависимость поражения вестибулярного органа у больных сахарным диабетом от характера течения заболевания и сроков манифестации процесса.

Для изучения поставленных целей нами были выдвинуты следующие задачи:

- изучить компоненты вестибулярной атаксии у больных сахарным диабетом первого типа (I);
- изучить компоненты вестибулярных расстройств у больных сахарным диабетом второго типа (II) в зависимости от сроков манифестации заболевания и возраста больного;
- разработать план регулярного мониторингирования проявлений компонентов вестибулярной атаксии у больных сахарным диабетом первого и второго типов на базе первичного звена.

Исследование проводилось на базе отделений эндокринологии и лор болезней клиники Андижанского медицинского института. В исследовании находилось 125 больных, из них женщины составили 66% (83), мужчины составили 34% (42). Пациентов с I-м типом сахарного диабета было 36 человек и в гендерном соотношении картина была следующей: женщин – 23 а мужчин было 13. Гендерные показатели среди пациентов II-го типа превалировали в женской половине пациентов и составили: женщин 60 а мужчины 29 человек. Всем пациентам проводились общие клинические исследования крови, мочи, биохимические анализы крови, инструментальные обследования легких, печени, почек и были проведены консультации узких специалистов (офтальмолога и лор- врача), по заключению которых были проведены дополнительные инструментальные обследования.

По результатам обследования все пациенты нами были разделены на две группы: в группе А – находились пациенты с наличием жалоб на выраженную дисфункцию вестибулярного аппарата; в группе В – были пациенты с отсутствием подобных жалоб на дисфункцию. При анализе полученных результатов видно то, что дисфункция вестибулярного анализатора почти у всех больных проявлялась в форме головокружения, тошноты, рвоты, нистагма глаз, атаксии и потливости. Однако дисфункция вестибулярного анализатора была ярче выражена всеми формами в группе больных с I типом сахарного диабета (36 человек). Среди пациентов I типа формы дисфункции больше проявляются у женщин, чем у мужчин. В группе В, не смотря на то, что пациенты не предъявляли жалоб, выраженность дисфункции вестибулярного аппарата при обследовании отмечалось больше среди больных с I типом сахарного диабета и особенно у женщин.

В заключении необходимо отметить, что при обследовании первичного больного с сахарным диабетом любого типа важно обратить внимание на состояние вестибулярного анализатора и при наличии каких либо из форм констатирующих дисфункцию аппарата необходимо начинать профилактическое лечение органа равновесия.

Следующим выводом, вытекающим из проведенного исследования является то, что необходимо обязательно включить в программу мониторинга обследования больных сахарным диабетом контроль функционального состояния вестибулярного анализатора (по всем формам проявления его дисфункции) при наличии жалоб – каждые сорок дней, а при отсутствии жалоб – каждые шесть месяцев.

Введение данной программы мониторинга функционального состояния вестибулярного анализатора позволит снизить риск развития осложнений со стороны вестибулярного анализатора у больных сахарным диабетом с различными сроками манифестации.

Список литературы.

1. В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк. – СПб, 2005. – 800 с.
2. В.Т.Пальчун. Оториноларингология: Национальное руководство / В.Т.Пальчун. – Москва, 2008. – 960 с.
3. И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, В.В.Фадеев. Эндокринология. Учебник / И.И.Дедов, Г.А.Мельниченко, В.В.Фадеев. – Москва, 2003. – 632 с.
4. Gavin J. Vestibular function following unilateral cochlear implantation for profound sensorineural hearing loss / Gavin J. le Nobel, Euna Hwang, Adrian Wu, Sharon Cushing and Vincent Y. Lin //Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery (2016) 45:38 DOI 10.1186/s40463-016-0150-6
5. Kim H.A. Otolith dysfunction in vestibular neuritis / Kim HA, Hong JH, Lee H, Yi H.A, Lee SR, Lee SY, Jang BC, Ahn BH, Baloh RW. // Neurology. 2008;70:449–53.8.
6. Ward B.K. Prevalence and impact of bilateral vestibular hypofunction - results from the 2008 US. Ward B.K, Agrawal Y, Hoffman HJ, Carey JP, Della Santina CC. // National Health Interview Survey. JAMA. 2013;139(8):803–10.
7. Ward B.K, Wenzel A, Kalyani RR, Agrawal Y, Feng AL, et al. Characterization of Vestibulopathy in Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus./ Ward B.K, Wenzel A, Kalyani RR, Agrawal Y, Feng AL, et al.// Otol Head Neck Surg. 2015;153(1):112-8

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСА ТЕРАПИИ ИЗ ХОНДРОИТИН СУЛЬФАТА И ЭЛЕМЕНТОВ МИОФАСЦИАЛЬНОГО РЕЛИЗА И СТРЕТЧИНГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ЦЕРВИКОБРАХИАЛГИИ

Горохова В.А., Мокроусова М.В., Шепеляева Л.С.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Широкова Л.Ю.

Ярославский государственный медицинский университет

Среди многочисленных форм заболеваний опорно-двигательного аппарата на первом месте по распространенности стоят дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника и суставов, которыми страдают от 8 до 12% населения различных стран [1]. Патология шейного отдела позвоночника – наиболее распространенный вид дорсалгий, который клинически проявляется болями в шее и часто в плече с хроническим течением и периодами обострения. Частота встречаемости цервикалгии среди лиц среднего возраста и более пожилых (в возрасте старше 60 лет) существенно не различается [3]. Цервикобрахиалгии представляют собой мультидисциплинарную проблему и являются

актуальной задачей современной медицины вследствие снижения эффективности труда, качества жизни, больших экономических потерь из-за высокой распространенности среди лиц трудоспособного возраста [2]. Механизм болевого синдрома в этом случае обусловлен деформацией тканей, возникающей под влиянием статодинамических нагрузок на шейный отдел позвоночника, и в результате этого постоянным раздражением болевых рецепторов. Микротравматизация, последствия повторных травм (подъем тяжести, избыточная статическая и динамическая нагрузка, падения), наследственная предрасположенность, приводят к дегенерации позвоночного двигательного сегмента. В ответ на изменения в суставах, связках, дисках возникает болезненный мышечный спазм, имеющий вначале защитный характер, однако в дальнейшем этот фактор сам может стать причиной возникновения боли. Цель исследования - оценить динамику болевых и функциональных характеристик, а также показателей, характеризующих качество жизни, у пациентов с цервикобрахиалгией на фоне комплексной терапии хондроитин сульфатом и элементами миофасциального релиза и стретчинга.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 57 пациентов, из которых 94,7% женщин и 5,3% мужчин, в возрасте от 41 до 70 лет, в среднем $55,4 \pm 9,4$ года. Длительность болевого синдрома в области шеи составляла $14,8 \pm 7,5$ лет. У большинства больных (89,5%) констатирован спондилоартроз шейного отдела позвоночника, у части (10,5%) – плечелопаточный периартрит. Комплексное шестинедельное лечение состояло из хондроитин сульфата (Хондрогард, ФармФирма СОТЕКС ЗАО) в виде внутримышечных инъекций по 400 мг в неделю (курсовая доза 2,4 г) и элементов миофасциального релиза 1 раз в 3-4 дня по 30 минут с пассивным мышечным растяжением в сочетании со стретчингом в виде активного мышечного растяжения самостоятельно в остальные дни недели. Мониторинг клинических параметров производился до, через 3 и 6 месяцев от начала терапии. Уровень боли оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в мм, болезненности при пальпации паравертебральных точек и остистых отростков позвонков в баллах. Функциональные изменения в области шеи анализировали по общей амплитуде ротации по центральной оси позвоночника в градусах, сгибанию в шейном отделе по пробе «подбородок-грудина» в сагиттальной плоскости в см. Показатели качества жизни и их динамику оценивали с помощью опросника SF-36 (психический и физический компоненты), теста «Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее» по Вернону. Статистическая обработка производилась с помощью пакетов прикладных программ Biostat и Statistica 10 (StatSoft Inc). Нормальное распределение оценивали по критерию Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса, а также критерию Шапиро-Уилка. Сравнение нескольких зависимых выборок производилось с помощью коэффициента конкордации Кендалла. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Дневная боль по ВАШ в области шеи через 3 месяца от начала терапии снизилась на 57,6%, через 6 – на 73,7% ($p < 0,0001$). Ночная боль через 3 месяца уменьшилась на 71,7%, через 6 – на 83,3% ($p < 0,0001$). Пальпаторная болезненность паравертебральных точек снизилась на 67,5% и 77,5% ($p < 0,0001$), остистых отростков позвонков – на 95,0% и 99,3% ($p = 0,0009$) через 3 и 6 месяцев соответственно. Амплитуда ротации головы по центральной оси увеличилась на 37,1% и 40,6% ($p < 0,0001$), а в сагиттальной плоскости улучшилась на 65,0% и 80,9% ($p = 0,000002$) в соответствующие контрольные точки. Позитивный прогресс психического компонента здоровья по опроснику SF-36 был отмечен к 3 и 6 месяцам мониторинга и составил 24,1% и 19,3% ($p < 0,05$). Физический компонент здоровья через 3 и 6 месяцев от начала терапии увеличился по сравнению с исходным уровнем на 25,6% и 24,9% соответственно ($p < 0,05$). Через 3 месяца от начала терапии индекс Вернона уменьшился на 56,9%, через 6 месяцев – на 69,1% ($p < 0,00001$).

Заключение. Курсовая шестинедельная терапия хондроитин сульфатом в сочетании с элементами миофасциального релиза и стретчинга у пациентов с хроническим болевым

синдромом вертеброгенного характера в области шеи и плеча положительно влияет на качество жизни, уменьшает болевой синдром и улучшает функциональные показатели шейного отдела позвоночника. Полученные в ходе проведенного лечения данные демонстрируют стабильную долговременную эффективность и безопасность комплекса из хондроитин сульфата и мышечно-энергетических техник в виде миофасциального релиза и стретчинга у пациентов с обострением неспецифической цервикобрахиалгии.

Список литературы.

1. Алексеева, Л.И. Симптоматические препараты замедленного действия при лечении остеоартроза/Л.И. Алексеева//Consilium medicum.— 2009.-Т.11, №9.-С.100-104.
2. Камчатнов, П.Р. Повышение эффективности противоболевой терапии при дегенеративных поражениях позвоночника/П.Р. Камчатнов//Фарматека.—2012.-№14.-С.45-49.
3. Fejer, R. Does back and neck pain become more common as you get older? Asystematic literature review/R. Fejer, C. Leboeuf-Yde//Chiropr. Man Therap.—2012.—Vol.20, №1.—Р.24–32.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ MELAS СИНДРОМА

Данько А.В., Бочко А.Д.

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

Введение. Митохондриальные болезни – очень редкие патологические состояния организма человека, вызванные энергетической недостаточностью клетки при нарушении биохимических процессов в митохондриях. Митохондрии – это органеллы, которые обеспечивают окисление жирных кислот и фосфолипидов, вносящие большой вклад в деятельность головного мозга, печени, поперечнополосатой и сердечной мускулатуры. Поэтому выделяют отдельную группу метаболических (митохондриальных) миопатий, количество которых возрастает ежегодно. На данный момент известно более 40 клинических форм митохондриальных патологий, характеризующихся молекулярно-генетическим и биохимическим повреждением в митохондриях. Для часто встречающихся типов данных болезней характерны точковые изменения ядерной ДНК с материнским типом наследования (MERRF, MELAS, NARP), для остальных - делеция или дупликация (перераспределение мтДНК), без передачи генетической информации - спорадический тип.

Цель. Изучить неврологические проявления MELAS синдрома, диагностику и лечение данной патологии.

Материалы и методы. Обзор научных и интернет публикаций.

Результаты исследований. Синдром MELAS — Mitochondrial Encephalopathy, Lactat-acidosis, Stroke like-spisodes (митохондриальная энцефалопатия, миопатия, лактат-ацидоз, инсультоподобные состояния) – тяжелое прогрессирующее заболевание, передающееся по материнской линии и определяющееся точковыми мутациями мтДНК.

Перестройка мтДНК, которая контролирует дыхательную цепь митохондрий, ведет к сбою окислительного фосфорилирования. Точковые изменения мтДНК, влияющие на деятельность транспортной РНК, повреждают целостность многих энзимов, кодируемых мтДНК, и это ведет к их совместному дефекту.

Первые признаки митохондриальной энцефалопатии приходятся на возраст 5 - 35 лет и характеризуются инсульт-подобными эпизодами (кортикальный или субкортикальный инфаркт) или злокачественной мигренью. На КТ или МРТ головного мозга хорошо видна локализация очага поражения - височная, теменная или затылочная область. Чаще всего для них свойственны гемипарезы и гемиянопии.

Ведущие признаки неврологических повреждений: эпилептические приступы (фокальные, вторично генерализованные, диалептические и др.), нарушения координации, миоклоническая эпилепсия, корковая агнозия, мигрень, подкорковые нарушения (мышечная дистония, гиперкинезы), сенсоневральная тугоухость. Реже наблюдаются аритмии, кардиомиопатия, тубулопатия и периферическая невропатия. Нейропатологические преобразования головного мозга характеризуются отмиранием нейронов, демиелинизацией и разрастанием астроглиоцитов. Инсульт-подобные эпизоды - исход митохондриальных ангиопатий, при которых во время проведения некропсии в стенках мелких менингеальных сосудов, в эндотелиальных и гладкомышечных клетках выявляют увеличение количество митохондрий. Нарушения эндокринной системы включают в себя недостаток соматотропина и сахарный диабет.

Увеличение содержания лактата и пирувата в крови и ликворе – типичный признак для людей, страдающих митохондриальной энцефалопатией. На электромиографии - первичные мышечные нарушения, на компьютерной томографии — атрофия коры головного мозга, в тяжелых случаях лейкоэнцефалопатия, кальцификаты базальных ганглиев.

Терапию начинают с выдерживания рационального пятиразового приема пищи. В меню уменьшают количество жиров и увеличивают употребление углеводов. Медикаментозная терапия митохондриальных патологий и их неврологических проявлений основывается на принципах патогенетического и симптоматического лечения. Обязательно назначают препараты, которые корректируют и восполняют энергетические нарушения: карниэль, коэнзим (кудисан, нобен); цитофламин, никотинамид и нейрпротектры - мильгамма.

Выводы. Митохондриальные патологии человека относятся к наследственным заболеваниям, при которых происходят изменения функций митохондрий – определенных органелл, содержащихся фактически во всех клетках нашего организма и отвечающих за энергетический обмен. Дифференциальная диагностика базируется на изучении родословной, потому что патология, которая связана с точковыми мутациями мтДНК, передается по материнской линии. На сегодняшний день митохондриальные болезни почти не подлежат лечению, но есть возможность либо приостановить развитие заболевания, либо предотвратить передачу мутировавшей мтДНК.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н.

Курский государственный медицинский университет

Проблемы психических расстройств у больных с соматической патологией, в том числе и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с каждым годом возрастает. Болезнь является стрессогенным фактором, она сопровождается целой гаммой эмоций: изменяет жизненные планы, перспективу на будущее, меняет мотивацию и имеет помимо медицинских, также психологические и социальные аспекты. Личностная реакция на заболевание зависит от длительности заболевания, его тяжести и интеллектуальных возможностей человека.

Цель исследования: изучить психологические проблемы больных с ишемической болезнью сердца и определить перспективы дальнейшей помощи больным с ИБС.

Основным методом исследования при выполнении работы был статистический метод и анкетирование пациентов. Нами было проведено изучение качества жизни 148 пациентов с диагнозами: 1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК; 2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия

напряжения II – III ФК, находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении НУЗ ОБ ст. Курск «ОАО РЖД».

Выводы: установлено, что качество жизни больных взаимосвязано с особенностями клинического течения заболевания. Показатель удовлетворенности жизнедеятельностью ниже у пациентов с ИБС: ПИКС (ИМ в анамнезе), стабильная стенокардия напряжения II – III ФК, по сравнению с теми, у кого инфаркта не было с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК. Выявлены низкие значения КЖ «Физическая сфера», «Психологическая сфера», «Уровень независимости» и «Социальные отношения» группе пациентов с DS – ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК без инфаркта миокарда в анамнезе, где факторы психологической дезадаптации проявлялись в высокой степени.

Было также определено, что субъективная оценка качества жизни пациентов с ИБС определяется не только тяжестью соматического состояния, но и комплексом психологических факторов - личностными особенностями, актуальным эмоциональным состоянием, характером межличностных взаимодействий. Ведущими психологическими характеристиками больных ИБС являются недостаток самоконтроля, низкое чувство долга, такие характеристики межличностных отношений как уступчивость, неуверенность, заботливость, социальное избегание; а также ситуативная и личностная тревожность, мягкость. Тенденция к снижению качества жизни у больных ИБС отмечается в случае преобладания таких личностных особенностей как доминантность, подозрительность, внутреннее напряжение, радикализм, чрезмерная чувствительность к болезни, доминирования в сфере межличностного взаимодействия конкурентности, холодности, критичности, повышенной озабоченности влиянием болезни на социальный статус, пессимизма.

Список литературы.

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пб.: НИИ им. Бехтерева, 2009. – С. 32 - 33.
2. Конопля Е.Н., Мансимова О.В., Дорофеева С.Г., Шелухина А.Н. Антиоксиданты в программе профилактики преждевременного старения // «Возраст-ассоциированные и гендерные особенности здоровья и болезни». Курск, 2016. – С. 165 – 171.
3. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания // Психология. Медицина, 2010. – С. 160 - 161.
4. Соловьева С. Л. Психологические особенности // Вестник клинической психологии. Т. 1, № 2. 2013. – С. 199 – 204.

ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Евдокимов Д. С., Макарова М. А.

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

Цель исследования: из морфологического исследования секционного материала определить частоту жировой дистрофии печени у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), умерших от острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН), в том числе при различной степени выраженности КА.

Материалы и методы: Был проведен тщательный анализ протоколов вскрытия 40 мужчин, умерших в больнице Петра Великого от ОССН. Средний возраст исследуемых - $57,4 \pm 5,6$ лет.

Критериями, необходимыми для включения в исследования были: возраст (от 45 до 65 лет), наличие основного диагноза – ХИБС.

Анализ макро- и микроскопических исследований сердца показывал: частоту кардиосклероза различного генеза, частоту КА и его выраженность по стадиям (I-IV ст.) и степени стеноза (СКА) коронарных артерий («50 % и более»)

По наличию в гистологической картине жировой дистрофии диагностировали стеатоз печени.

Результаты: Макроскопическое исследование сердца показало: у 100% умерших были выявлены признаки диффузного (атеросклеротического) кардиосклероза. В 18% случаев имел место постинфарктный кардиосклероз. Некроз миокарда наблюдался в 22% случаев.

Результаты гистологического исследования показали вероятность проявления КА в зависимости от стадии. Так, КА I-II ст. диагностирован в 39% случаях, КА III-IV ст. – в 61% случаев. Степень СКА «до 50%» была обнаружена в 26% случаев, «более 50%» – в 74%.

В 55% случаев были выявлены признаки ЖДП. При КА I-II стадии ЖДП имела место в 30% случаев, а в группе умерших с КА III-IV ст. – в 70% случаев ($p < 0,01$). В группе умерших со степенью СКА «до 50%» ЖДП была выявлена в 43%, тогда как при степени СКА «более 50%» – в 73% ($p < 0,01$).

Выводы: Исходя из данных, полученных от исследования материалов аутопсий умерших можно судить о связи появления признаков стеатогепатоза у мужчин среднего возраста, больных ХИБС, умерших от ОССН. Диагностировано, что частота выявления стеатоза в печени находится в прямой зависимости от выраженности КА. Таким образом, полученные данные еще раз свидетельствуют в пользу прогностической значимости выявления НАЖБП у пациентов с ХИБС.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОЙ ИБС

Евдокимов Д.С., Неклюдова Е.В.

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

Проблема депрессий и тревожных расстройств рассматриваются как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине. Особую актуальность эта проблема приобретает в кардиологической практике в связи с тем, что по своей медико-социальной значимости ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

Цель: определить уровень тревожности и депрессии, а так же качество жизни у пациентов с хронической стабильной ИБС.

Материалы и методы: В основу работы легли результаты наблюдений за 45 больными в возрасте 53-86 лет с хронической стабильной ИБС. Больным проводилась оценка с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Пункты шкалы отражают состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Результат оценивали по суммарному баллу и интерпретировался следующим образом: 0-7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8-10 – субклинически выраженная тревога / депрессия, 11 и более – клинически выраженная тревога / депрессия. По шкале комплаентности Мориски-Грин (MMAS-4) определяли приверженность пациента к рекомендованному лечению лекарственными препаратами: 4 балла – привержены к терапии, 3 балла – недостаточно привержены, 0-2 балла – неприверженны. Также применялся опросник HeartQoL для оценки качества жизни пациентов.

Результаты: По данным шкалы HADS, тревожные и депрессивные состояния выявлены у 40% пациентов из 45 обследованных. По шкале MMAS-4 20% пациентов неприверженные к лечению, а 20% недостаточно привержены к приему лекарственных средств. По данным опросника HeartQoL средний показатель составил 27 баллов (при max 42 балла).

Выводы: Среди пациентов с хронической стабильной ИБС высока распространенность тревожных и депрессивных состояний и низкий уровень приверженности к терапии.

НЕАЛКОГОЛЬНАЯ ЖИРОВАЯ БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Евдокимов Д.С., Фанта А.И.

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

Цель исследования: выявление распространенности такого заболевания, как НАЖБП, среди пациентов со стабильной ИБС, согласно данным кардиологического отделения.

Методы исследования: было изучено 83 истории болезни пациентов, страдающих ИБС, и находившихся на лечении в кардиологическом отделении больницы Петра Великого за период 6 месяцев (2016-2017 гг). Целью проведенной работы было выявление частоты встречаемости НАЖБП у больных, имеющих в анамнезе ИБС. Наиболее распространенная форма ИБС у лиц, включенных в исследование – стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, реже встречался аритмический вариант ишемической болезни сердца. Критериями постановки диагноза НАЖБП являлись: гепатомегалия, признаки портальной гипертензии (физикальные данные, УЗИ), повышение печеночных трансаминаз, признаки стеатогепатоза по данным УЗИ, которые не являлись следствием сердечно-сосудистой патологии. Также уделялось внимание стеатогепатиту, которому были присущи повышение АСТ, АЛТ и признаки цитолиза, и стеатогепатозу. Анализ полученных данных был представлен в процентном соотношении, при этом учитывался возраст, наличие коморбидной патологии, гендерные особенности пациентов.

Результаты: 10 человек среди общего числа пациентов, принявших участие в исследовании, имели признаки НАЖБП, что составило 12,05%. Преимущественно данной патологией страдали женщины (6 чел – 60%), процент пациентов мужского пола равен 40 - 4 человека. 90% пациентов (9 чел.) имели стеатогепатоз, у 1 % пациентов (1 чел.) были верифицированы признаки стеатогепатита. Люди старших возрастных групп (от 51 до 65 лет) более подвержены возникновению НАЖБП, их количество составляет 6 (60%). Остальная доля (30% и 3 человека) приходится на возраст старше 66 лет, и только 1% составляют лица моложе 50 лет. Пациенты с ожирением и НАЖБП (80% - 8 чел) преобладают над остальной массой пациентов, принявших участие в исследовании. Наличие сахарного диабета 2 типа наблюдалось практически у половины пациентов (50% - 5 чел), а у 2 человек из данной группы (20%) наряду с этим выявлен метаболический синдром. Гиперлипидемия встречается у 70 % исследуемых.

Выводы: На данный момент с помощью методов неинвазивной диагностики в 12,05 % случаев среди пациентов, имеющих ИБС, была выявлена НАЖБП. Согласно результатам настоящего исследования, женский пол более подвержен возникновению данной патологии. Лицам с выявленной НАЖБП, присущи: ожирение, нарушение липидного и углеводного обменов, а также возраст старше 50 лет.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ СНА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРАФИКА РАБОТЫ

Ененко В.А.

Научный руководитель: к.м.н. ассистент Мищенко Е.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Сон обеспечивает оптимальное взаимодействие организма с окружающей средой, подготавливая его к продуктивной деятельности в период цикла бодрствования [7,9]. Однако студенты-медики, особенно работающие в ночное время, не придают должного значения этому важнейшему физиологическому процессу, что отражается на продолжительности их сна и его качестве [1,2,3,4,6].

Цель работы. Анализ частоты встречаемости и особенностей нарушений сна у студентов-медиков 5 курса лечебного факультета СтГМУ и определение связи выявленных нарушений с работой студентов, а также степень зависимости наличия вредных привычек от работы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 39 студентов 5 курса лечебного факультета (27 девушек и 12 юношей) в возрасте 20 - 29 лет (средний возраст $23 \pm 1,5$). Все студенты обследованы по методике Сомнологического центра Министерства Здравоохранения России (г. Москва, на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова) с помощью анкеты оценки субъективных характеристик сна, скрининга синдрома сонного апноэ, шкалы дневной сонливости Epworth, Берлинского опросника. Использовалась анкета по сну, шкала для оценки уровня тревоги и депрессии HADS. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программы Excel. Для сравнения относительных величин использовался критерий хи-квадрат. Достоверность считалась значимой при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Все студенты были поделены на 2 группы-студенты, имеющие работу, связанную с посменным графиком (67%) и неработающие (33%). Количество курящих среди работающих юношей составило 50%, среди работающих девушек - 23%, количество курящих среди неработающих - 15%. Употребляют алкоголь 73% работающих и 23% неработающих студентов. 70% работающих студентов и 30% неработающих употребляли кофеинсодержащие напитки после 18ч. Опрошенные работающие студенты спали ночью в среднем $6,0 \pm 1,1$ часа, неработающие $7,1 \pm 1,2$. 8 часов и более спали только 15% (неработающие студенты). По анкете субъективных характеристик сна у 38% и у 15% неработающих студентов имеются нарушения сна. По шкале Эпворт количество студентов с резкой дневной сонливостью - 7% (неработающие), со значительной дневной сонливостью - 34% работающих и 23% неработающих, с умеренной дневной сонливостью - 23% неработающих и 65% работающих (причем девушек в 2 раза больше, чем юношей). По Берлинскому опроснику количество работающих студентов с высокой вероятностью нарушения дыхания во сне оставило 69%, неработающих 31%. Согласно анкете качества сна, наиболее часто среди работающих девушек встречались пробуждения среди ночи, беспокойный сон, раннее пробуждение, неосвежающий сон, разбитость по утрам, двигательное беспокойство во сне, «сны наяву» во время засыпания. Среди работающих юношей - храп, всхрапывания, приступы непреодолимой дневной сонливости в течение дня, раннее пробуждение, «сны наяву» во время засыпания. По результатам анкеты HADS аномальные значения уровня тревожности и депрессивности - у 31% работающих и у 15% неработающих.

Закключение. В группе работающих студентов достоверно чаще было выявлено пристрастие к кофеинсодержащим напиткам, курению, употреблению спиртных напитков. Для каждой из рассматриваемых групп были характерны различные расстройства сна, но в группе работающих студентов они встречались гораздо чаще, что по-видимому связано с грубыми нарушениями режима труда и отдыха, большей стрессовой и физической нагрузкой. Таким образом, наличие работы ассоциировано у студентов с постоянным

недосыпанием и возникновением стационарных и пароксизмальных расстройств сна, что негативно сказывается на их психическом состоянии и физическом здоровье, возникающих сложностях в обучении, тяжести усваивания ими программы медуниверситета и, в конечном итоге, на качестве подготовки и профессионализме будущих врачей.

Список литературы.

1. Газенкампф К.А. Влияние нарушений продолжительности и качества сна на состояние психофизиологического здоровья и успеваемости студентов / Газенкампф К.А., Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В., Кантимирова Е.А., Медведева Н.Н.//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015г. - № 12.
2. Дудник Е. Н. Качество жизни, уровень эмоционального выгорания и характеристики сна у студентов — медиков в различных образовательных средах / Дудник Е. Н., Глазачев О. С., Юматов Е. А., Ягубова Ф. Э., Исмаилова Ф. О.//Вестник международной академии наук (русская секция). – 2017г.- №1.
3. Дьякович О.А. Оценка связанного со здоровьем качества жизни и рисков основных общепатологических синдромов у студентов медицинского вуза / Дьякович О.А., Гречишников М.В., Копылова А.С., Уварова Е.А., Вахидова К.А., Рахмонова Ф.С.// Сб. трудов Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований» / Экология и здоровье населения . – 2015 - с.48—53.
4. Кантимирова Е.А. Эффективность сна как маркер здоровья студентов младших и старших курсов медицинского университета / Кантимирова Е.А., Маховская Т.С., Галась А.Ю.// Современные проблемы науки и образования. - 2015 - 4.
5. Ковров Г.В. Нарушения сна при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах / Ковров Г.В., Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Меркулова Т.Б., Посохов С.И.//РМЖ. - 2015. - №10. - С. 530.
6. Лышова О.В. Скрининговое исследование нарушений сна, дневной сонливости и синдрома апноэ во сне у студентов первого курса медицинского вуза / Лышова О.В., Лышов В.Ф., Пашков А.Н.//Медицинские новости. – 2012. - №3.
7. Полуэктов М.Г. Диагностика и лечение расстройств сна / М.Г. Полуэктов. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 256 с.
8. Gobin C.M. Poor sleep quality is associated with a negative cognitive bias and decreased sustained attention / C.M. Gobin, J.B. Banks, A.I. Fins, J.L. Tartar // J. Sleep Res. – 2015. – № 24. – P. 1-8.
9. Warner S., Murray G., Meyer D. // J. Adolesc. – 2008. – Vol. 31, N 5. – P. 595–608.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ БИНАУРАЛЬНОЙ СИНХРОННОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ И УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БИНАУРАЛЬНОГО СЛУХА

Зандакова Ф. Р., Магомедова З. М.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Антипов В. В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Аускультация один из основных клинических методов получения объективной физикальной информации о больном. Владение приемами аускультации - обязательный навык врача, без которого не возможно полноценное формирование клинического мышления. Одним из вариантов выполнения аускультации является бинауральная синхронная аускультация (БСА). К сожалению, БСА не востребовано не смотря на то,

что имеет диагностические преимущества перед традиционным аускультативным методом.

БСА позволяет уточнить локализацию патологических процессов по топике происхождения звуковых явлений (динамические аускультативные оси), определить положение границ внутренних органов и патологических очагов, упрощает выявление процессов, при которых имеется незначительное изменение звуков, позволяет ускорить процесс диагностики в целом и делает возможным проведение некоторых функциональных проб.

Цели и задачи исследования: изучить возможности слухового анализатора по дифференцированному восприятию звуков, подаваемые по автономным аускультативным трактам с разными временными интервалами; предложить методы тренировки слухового анализатора; предложить оборудование для тренировки слухового анализатора.

Материалы и методы: анкетирование студентов СтГМУ для исключения возможной патологии слухового анализатора. Аудиометрия 50-ти студентов с нормальным уровнем остроты слуха. Оборудование: «Устройство для изучения индивидуальных особенностей бинаурального слуха» (удостоверение на рацпредложение от 20.06.2017г., №1314). Прототипом устройства является латерометр Перекалина. Устройство позволяет автономно подавать звуковой сигнал в левое и правое ухо испытуемых с разницей в десятки доли секунды.

Тренировка слуха проводилась с помощью программы «Audacity». Аудиофайлы для стерео систем имели интервалы в возникновении звуковых сигналов для отдельных звуковых трактов от 0,7 секунд до 0,1 секунды. Всем участникам эксперимента предлагалось тренировать слух ежедневно по 10-15 минут в течение недели, используя аудио файлы с минимальной задержкой, которую они способны распознать. Через неделю было проведено повторное исследование бинаурального слуха.

Результаты. При первоначальном исследовании бинаурального слуха испытуемых было выяснено, что 74% способны различать временную задержку звуковых сигналов частотой 200-500 Гц в 0,3 секунды, 14% - при интервале задержки в 0,2 секунды, 10% - при интервале 0,4 секунды и у 2-х процентов - 0,5 секунд. После недельной тренировки результаты достоверно значительно улучшились. 78% испытуемых уже распознали временную задержку при интервале 0,2 секунды, 18% - при интервале 0,3 секунды и у 4% - 0,1 секунды.

Закключение: разработанное оборудование и методика тренировки остроты слуха по раздельному восприятию звука позволяет расширить диагностические возможности бинауральной синхронной аускультации и может быть рекомендована для обучения студентов методу аускультации на практических занятиях клинических дисциплин.

Список литературы.

1. Михайлин А.О. Бинауральная синхронная аускультация / УДК 616 – 071.6 // патент РФ № 2229842 от 10.06.2004г.

2. Удостоверение на рационализаторское предложение: «Устройство для изучения индивидуальных особенностей бинаурального слуха». СтГМУ, №1314, от 26.06.2017г. Авторы: Антипов В.В., Ивахненко О.И., Магомедова З.М., Зандакова Ф.Р.

ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Зиганьшина А.В., Изимов Э.Б., Смагул Т.Т.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата
Оспанова, Казахстан

Введение. Одно из самых распространенных сердечно - сосудистых заболеваний, частота которой значительно увеличивается с возрастом в странах является артериальная гипертензия. Артериальная гипертензия является одним из основных факторов смертности от основных сердечно-сосудистых заболеваний, доля которых в структуре общей смертности, по данным ВОЗ (1996), составляет 20 - 50%. Причинами летального исхода артериальной гипертензии чаще являются ишемическая болезнь сердца с развитием инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности, прогрессирующая почечная недостаточность. Целью исследования является: в отделении терапии «МЦ Актобе» г. Актобе оценка эффективности и безопасности лечения представителями основных классов гипотензивных препаратов (ингибитор АПФ – эналаприл (эднит), антагонист кальция – фелодипин (плендил), комбинированный препарат (антагонист кальция (фелодипин) + бета-блокатор (метопролол)) - логимакс) у больных мягкой и умеренной гипертонией, с наличием метаболических нарушений.

Материалы и методы: Обследовано 75 больных на базе «Медицинский центр Актобе» г. Актобе в отделении терапии с мягкой и умеренной гипертонией, с наличием метаболических нарушений. В течение 2-х месяцев им проводилась монотерапия эднитом, плендилом или логимаксом. Больные составили три группы получающие гипотензивную монотерапию. Всем пациентам дважды проведено суточное мониторирование артериального давления, ЭХО-КГ, биохимический анализ крови, коагулограмма, психологическое тестирование.

Результаты: В исходе терапии больных отделении эднитом, плендилом и логимаксом привела к снижению САД и ДАД, величины и скорости утреннего подъема АД в сопоставимой степени, способствовала нормализации суточного профиля АД. У пациентов с исходно повышенной вариабельностью АД терапия благоприятно влияла на стандартное отклонение, уменьшая его. Монотерапия эднитом, плендилом практически не изменяла ЧСС, у больных, принимавших логимакс, отмечено достоверное снижение ЧСС. Через два месяца непрерывного лечения полный эффект у больных был достигнут в 67,7%, 66,4%, 73,2% случаев соответственно, не достаточным оказался эффект в 9,7%, 8,4%, 6,7% случаев соответственно. Терапия не усугубляла имеющиеся метаболические нарушения. Нормализация показателей диастолического расслабления и наполнения ЛЖ, у пациентов у 53 %, 55%, 50% соответственно. По окончании 2-х месячной терапии улучшился суммарный показатель качества жизни.

Список литературы.

1. Алмазов В.А. Длительная медикаментозная терапия больных мягкой артериальной гипертонией (результаты 5-летнего наблюдения). - Тер. архив. – 1992. - № 9. – С. 94 - 97.
2. Арабидзе Г.Г. Фармакотерапия артериальной гипертензии. - Тер. архив.- 1997.- №8. - С.80 - 86.
3. Моисеев В.С. Метаболические аспекты гипертонической болезни. - Тер. архив. – 1997. - № 69. – С. 16.
4. Соколов Е.И. СД и атеросклероз. М., Медицина, 1996. – 404с
5. Reaven GV. Role of insulin resistance in human disease. // Diabetes. – 1988. – Vol. 37. – P.1595-607.

ОЧАГИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**Итальянцева Е.В., Сергеева О.В., Мищенко Е.А., Смирнова Т.А., Евсеева М.Е.,
Кошель В.И.**

Ставропольский государственный медицинский университет

Кроме традиционных факторов сердечно – сосудистого риска (ССР) таких как, отягощённая наследственность, ожирение, курение, гипертензия, эксперты всё чаще называют различные воспалительные заболевания. Имеются указания на роль псориатического артрита, ревматоидного артрита, инфекции *Helicobacter pylori*, пародонтита, кариеса, остеопороза и др. в прогрессировании атеросклеротического повреждения сосудистой стенки. Но на данный момент мало изучена возможность участия ЛОР патологии в становлении сердечно - сосудистого континуума. Предполагается, что большинство факторов ССР реализует свое влияние на развитие сердечно – сосудистых осложнений (ССО) через воздействие на сосудистую стенку. В связи с этим маркеры доклинического поражения сосудов — увеличение жесткости магистральных сосудов, аугментация центрального аортального давления (ЦАД) и др.— привлекают особое внимание.

Цель исследования – изучить параметры сосудистой жесткости у лиц молодого возраста в зависимости от наличия очагов хронической инфекции (ОХИ).

Материалы и методы. Проведен скрининг сосудистого здоровья студентов Ставропольского ГМУ, из них 48 юношей и 102 девушки (n=150), средний возраст которых составил $21,8 \pm 2,2$ лет. Обследование включало в себя: анкетирование, направленное на выявление основных факторов риска (ФР); фиксирование антропометрических показателей; а также регистрацию функциональных показателей сосудистой стенки при помощи системы ангиологического скрининга BPLab (ООО «Петр Телегин», Н- Новгород). При этом анализировали показатели офисного измерения васкулярной ригидности: пульсовое артериальное давление (ПАД, ПАДао), среднее артериальное давление (СрАД, СрАДао), индекс аугментации (A_{ix} , $A_{ixaо}$) и др. После оценки встречаемости ОХИ среди обследуемых их разделили на 4 группы по признаку наличия инфекционно – воспалительных заболеваний (ИВЗ), например, ЛОР-органов, желудочно–кишечного тракта (ЖКТ), почек, суставов. В первую группу вошли студенты, не отмечающие у себя в анамнезе ИВЗ (n=64). Студенты второй, третьей и четвертой групп указывали на наличие отягощенного инфекционно- воспалительного анамнеза (ИВА), при этом во 2 группе имелась только ЛОР патология, (n=28), в 3 группе - заболевания ЖКТ, почек, суставов (n=35), в 4 группе - как ЛОР, так и другие ИВЗ (n = 23). Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ Microsoft Excel, 2015. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Данные анализа офисного измерения функциональных показателей васкулярной ригидности студентов медицинского университета с учетом ИВА выявили, что ПАД на плечевой артерии во 2 и 3 группах статистически значимо ниже на 14,6% ($p < 0,001$), и 12,5% ($p < 0,05$), а ПАД в аорте во 2 группе - на 12,6% ($p < 0,05$) при сравнении с контролем. А также зарегистрировано повышение A_{ix} во 2ой, 3ей, 4ой группах на 10,5% ($p < 0,05$), 14,0% ($p < 0,05$) и 29,0% ($p < 0,05$), а $A_{ixaо}$ - в 5,3 раза ($p < 0,05$), в 8,0 раз ($p < 0,05$) и в 10,3 раза ($p < 0,001$) при сравнении с контрольной группой. Периферическое СрАД не достигло статистически значимых различий в исследуемых группах, а СрАД в аорте оказалось выше на 5% ($p < 0,05$) во 2 группе при сравнении с контролем. Указанные особенности вышеперечисленных показателей сосудистой жесткости отмечались на фоне одинакового уровня ЧСС, центрального и периферического САД, ДАД в группах наблюдения.

Таким образом полученные данные регистрации параметров сосудистой жесткости у студентов медицинского вуза в зависимости от наличия ОХИ показывают, что обучающиеся, отмечая как изолированную ЛОР патологию, так и различные сочетания ИВЗ при сравнении с контрольной группой имеют снижение ПАД на плечевой артерии и в аорте, уменьшение скорости нарастания артериального давления. При этом величина индекса аугментации на периферическом и центральном отрезке сердечно – сосудистой системы у указанной категории лиц отличается более высокими значениями по сравнению с контролем.

Выводы.

1. У молодых людей - носителей различных очагов хронической инфекции показатели сосудистой ригидности центральных и периферических артерий заметно выше по сравнению со сверстниками без указанной патологии.
2. В протокол ангиологического скрининга учащейся молодёжи в качестве одного из факторов сердечно-сосудистого риска следует вносить носительство тех или иных очагов хронической инфекции с последующим формированием соответствующих групп риска для лучшей коррекции указанной патологии в процессе диспансеризации.

Список литературы.

1. Evseyeva M., Italyantseva E., Eremin M., Koshel V. Infectious-inflammatory history and vascular stiffness in young adults / M.Evseyeva, E. Italyantseva, M. Eremin, V. Koshel // Journal of Hypertension. - 2016. - № S1.- P. 337-338.
2. Kol A., Santini M. Infectious agents and atherosclerosis: current perspectives and unsolved issues / A. Kol, M.Santini // Ital.Heart.J. -2004. -№ 5. – P.350—357.
3. Piepoli M., Hoes A., Agewall S., Albus C., Brotons C. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / Piepoli M., Hoes A., Agewall S., Albus C., Brotons C. et al. // European Heart Journal. – 2016. - №37. – P.2315–2381.
4. Евсеева М.Е., Ерёмин М.В., Кошель В.И., Итальянцева Е.В., Кошель И.В. Тонзиллэктомия и упруго-эластический статус сосудистой стенки / М.Е. Евсеева, М.В. Ерёмин, В.И. Кошель, Е.В. Итальянцева, И.В. Кошель // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2016. - № S3. - С. 51-52.
5. Маянская С.Д., Гребенкина И.А., Лукша Е.Б. Показатели жесткости сосудистой стенки у молодых лиц с наследственной предрасположенностью к артериальной гипертензии / С.Д. Маянская, И.А. Гребенкина, Е.Б. Лукша // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. - №14. – С.12–17.

**ПРОФИЛЬ УГРОЗ ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ СТГМУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
ЕЖЕГОДНОГО СКРИНИНГА В РАМКАХ АКЦИИ «НЕДЕЛЯ
ПЕРВОКУРСНИКА-2017»**

**Итальянцева Е.В., Сергеева О.В., Чудновский Е.В., Русиди А.В., Фурсова Е.Н.,
Евсеева М.Е.**

Ставропольский государственный медицинский университет

Эпидемия сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ), ознаменовавшая собой вступление человечества в XXI век и тесно связанная с современным стилем жизни, требует формирования и внедрения новых подходов к организации превентивных мер на популяционном и групповом уровне. Уже доказано, что чисто лечебные технологии, даже самые инновационные, не способны решить глобальную задачу борьбы с таким современным бременем всего человечества, как ССЗ. Необходимо срочное внедрение

современных диспансерных технологий с широким вовлечением молодёжи в полномасштабный скрининг факторов риска (ФР).

Цель - изучить профиль угроз СС здоровью студентов СтГМУ с учетом факультета и половой принадлежности.

Материалы и методы. Проведен скрининг сосудистого здоровья студентов Ставропольского ГМУ в рамках ежегодного мероприятия «Неделя первокурсника-2017», из них 188 юношей и 415 девушки (n=603), средний возраст которых составил $17,6 \pm 0,9$ лет. Обследование проводилось в рамках внутривузовского мероприятия «Неделя здоровья первокурсника-2017» и включало в себя: анкетирование, антропометрию, выявление некоторых стигм дигэмбриогенеза, регистрацию уровня периферического артериального давления (АД) и пульса. Для измерения гемодинамических показателей использовались автоматические тонометры фирмы OMRON. Скрининговое исследование было направлено на выявление основных ФР, таких как артериальная гипертензия/прегипертензия (АГ/ПГ), ожирение/избыток массы тела (МТ), абдоминальное ожирение, гиподинамия, нерациональное питание и др. Собранная информация внесена в единую базу данных, на основе которой произведен анализ распространенности и структуры ФР среди первокурсников 2017г.

Результаты. Результаты проведенного анализа данных показали, что встречаемость АГ/ПГ в целом среди юношей на трёх факультетах составила 60,7%, а среди девушек – 25,9%. Ожирение/избыточная МТ выявлена у 28,5% юношей будущих стоматологов, на фоне зарегистрированного уровня в среднем по трем факультетам – 20,4%. Этот же показатель СС здоровья в среднем у девушек трёх факультетов составил 12,4%. Встречаемость случаев повышенного АД в виде АГ/ПГ в 1,5-2 раз выше среди юношей по сравнению с девушками на лечебном и педиатрическом факультетах, а на стоматологическом – в 5 раз.

Случаи ожирения/избыточной МТ встречаются среди юношей стоматологического факультета с частотой 28,5%, лечебного и педиатрического – 19,5%, 13,3% соответственно. Этот показатель здоровья у девушек колеблется от 11,0 до 13,3%. При этом абдоминальное ожирение среди юношей отмечается с частотой от 3,4 до 10,7%, а среди девушек от 8,0 до 11,7%.

По результатам проведенного исследования дефицит массы тела среди юношей 3х факультетов встречается с частотой от 4,4 до 10,3%, а среди девушек - от 19,8 до 12,2%. Такие стигмы дизэмбриогенеза как симптом большого пальца и запястья встречается у студентов различных факультетов от 2,3 до 7,6%.

По данным проведенного анкетирования гиподинамию отмечают юноши лечебного факультета в 1,5 -2 раза чаще по сравнению с другими факультетами, при этом девушки стоматологического факультета отличаются низкой физической активностью в 1,5 раза чаще по сравнению со студентками других факультетов.

Случаи нерационального питания по переизбытку животных жиров и недостатка растительной клетчатки максимально представлены среди юношей-первокурсников педиатрического факультета. Относительно девушек обращает на себя внимание более высокая встречаемость повышенного потребления животных жиров и дефицита потребления клетчатки среди будущих стоматологов.

Выводы.

1. В 2017г. у поступивших в СтГМУ молодых людей достаточно чётко прослеживается ассоциированность между частотой встречаемости таких основных модифицируемых ФР, как повышенное АД и избыточная МТ с профилем факультета обучения в университете.

2. В условиях проведения массового скрининга различные формы повышенного АД встречаются более, чем у половины юношей и у четверти девушек. Избыточная масса тела и ожирение регистрируются у каждого пятого юноши и каждой девятой-десятой девушки.

3. Представленные данные, полученные Центром здоровья о факультет-ассоциированных 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. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Коллектив авторов.Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ) Обоснование и дизайн исследования / Коллектив авторов // Профилактическая медицина. – 2013. - №6. – С.25-34.
5. 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.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ФОТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ АКНЕ

Казьмина И.Б., Сотникова А.Ю., Полетаева М.В

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольский Краевой
клинический кожно-венерологический диспансер

Введение. Поздние акне – это полиморфное мультифакторное хроническое заболевание волосяных фолликулов и сальных желез, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов, встречаемое у лиц старше 25 лет.[1]

В настоящее время в дерматологии и косметологии с целью повышения эффективности лечения акне, в том числе и поздних акне, идет активное внедрение аппаратных методов.

Фототерапия (светолечение, светотерапия) — вид лечения, состоящий в том, что пациент подвергается воздействию солнечного света, или яркого света от искусственных источников с определёнными длинами волн, таких, как лазеры, светоизлучающие диоды, флуоресцентные лампы, дихроические лампы, или же очень яркого света, имеющего полный спектр дневного света, в течение определённого, предписанного врачом, времени, а иногда также и в строго определённое время суток.[3]

Наиболее популярным вариантом фототерапии является терапия импульсным светом (IPL сокращение от Intense Pulsed Light) – это технология, основанная на использовании широкополостного света в режиме вспышек, терапевтический эффект которого заключается в воздействии на хромофоры кожи. В аппаратах IPL используются ксеноновые лампы, дающие свет в диапазоне от 400-1200 нм.[2]

К побочным действиям метода относят: боль, жжение, эритему, отек и другие. Актуальна комплексная оценка целесообразности применения методики с целью

снижения вероятности развития побочных эффектов, а также повышения эффективности проводимой терапии.

Целью настоящего исследования явилась оценка побочных эффектов у пациентов с поздними акне на основании результатов лечения импульсным светом.

Материал и методы. Было проведено клиническое исследование 20 пациентов в возрасте от 28-40 лет, получавших лечение с диагнозом поздние акне с использованием установки импульсного света в качестве монотерапии. Фототип пациентов 1-4. Лечение проводилось на аппарате ELLIPS FLEX, в режиме «Фотолечение Акне», курс составил 6 процедур, с интервалом 4 недели. Все пациенты на фоне терапии получали фотопroteкцию с использованием солнцезащитного крема с физическим (минеральным фильтром) SPF 50. За один месяц до начала терапии в соответствии с рекомендациями врача была исключена дополнительная инсоляция (море, горы, солярии), исключен прием препаратов, обладающих фотосенсибилизирующим действием.

Результаты и обсуждение.

После первого сеанса терапии отмечались непродолжительные болевые ощущения во время сеанса: 7 человек (35%) незначительные, 8 человек (40%) умеренные, 5 (25%) выраженные. У 15 пациентов (75%) незначительная болезненность и жжение сохранялись в течение первых суток после проведенной терапии. Эритема довольно яркого розово-красного цвета возникала у 18 человек (90%) непосредственно после проведения сеанса и сохранялась в течение первых суток у 7 пациентов (35%) и у 11 человек (55%) в течение первых двух суток. Данным пациентам было рекомендовано применение 5 % крема декспантенола 2 раза в сутки в течение 5 дней. Отек также возникал непосредственно после сеанса у 10 пациентов (50%), легкий у 6 пациентов (30%), умеренный у 4 (20%), и сохранялся до двух суток. Сухость кожи, возникшую на фоне терапии отмечали 4 пациентов (20%). Тревога, нервозность, головные боли, слезотечение, эпилептиформные припадки на фоне курса терапии у пациентов отмечены не были.

Закключение. Таким образом, возникающие побочные эффекты носили кратковременный характер, характеризовались как незначительные, в короткие сроки купировались самостоятельно, либо с применением некортикостероидных противовоспалительных препаратов. В результате проведения последующих процедур фототерапии в рамках курса, указанные побочные эффекты встречались значительно реже, что может быть связано с изменением числа воспалительных элементов, а также адаптации кожи к фотоповреждению. Осложнений фототерапии после проведенного курса (формирование стойкой посттравматической пигментации, рубцевания) также выявлено не было.

Список литературы.

1. Акне: этиология, патогенез, лечение / В.В. Чеботарев, Е.Н.Шиханова, М.В. Кошель. – Монография. – Ставрополь: издательство «Седьмое небо» 2014. – 178 с.
2. Н.В. Чеботарева. Теоретические и практические аспекты успешной работы врача-косметолога: руководство для врачей/ под редакцией проф. В.В. Чеботарева. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2015. – 140 с.
3. Babilas P, Schreml S, Szeimies RM, Landthaler M. Intense pulsed light (IPL): a review. Lasers Surg Med2010;42:93 -104.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ДЕСНЕВОЙ УЛЫБКИ

Казьмина И.Б., Сотникова А.Ю., Скрипкина В.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Десневая улыбка (gummy smile) или гингивальная улыбка -косметический дефект челюстно-лицевого аппарата, заключающийся в обнажении значительной части верхней десны во время улыбки в результате различных аномалий или дефектов прикуса, непропорционального развития лицевого скелета, а также гиперактивности верхней губы.

Статистические исследования показывают, что 10-15% людей на земле обладают десневой улыбкой, то есть этот эстетический недостаток распространен достаточно широко. Десневая улыбка обычно проявляется еще в детском возрасте, вместе с особенностями прикуса.[3]

К методам коррекции десневой улыбки, в зависимости от причины возникновения, относятся хирургический, ортопедический и косметологический.

Хирургический метод коррекции десневой улыбки.

- Френулопластика или коррекция уздечки верхней губы.
- Пластика десны.
- Ушивание круговой мышцы рта.

Ортопедический метод коррекции десневой улыбки [1].

- Постановка виниров.
- Использование брекетов, кап.
- Челюстно-хирургические операции.

Наконец к самым щадящим методам коррекции gummy smile относятся косметологические[2].

1. Одна из самых распространенных процедур, применяемых при данной проблеме – инъекции ботулинического токсина типа А. Он блокирует восприимчивость мышц к нервным импульсам, за счет чего обездвиживает их. После инъекций верхняя губа во время улыбки становится менее подвижной, поднимается не столь активно, не обнажается и десна. Данный способ коррекции наиболее эффективен, если причиной появления десневой улыбки является мышечная гиперактивность.

2. Десневая улыбка не всегда является показанием для постановки филлеров на основе гиалуроновой кислоты, за исключением некоторых случаев, требующих коррекции губ или основания носа. Увеличение объема губы гелем само по себе прикрывает десну, также помимо этого гель увеличивает вес губы, что снижает ее подвижность. Даже незначительное количество геля меняет пропорции губ и может дать существенный визуальный эффект. Как правило, этот вид коррекции совмещают с другими методами коррекции, которые были перечислены выше.

Недостатком косметологического метода коррекции десневой улыбки является его недолговечность, через 6-18 месяцев (в зависимости от индивидуальных особенностей организма) необходим повторный курс.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности применения косметологических процедур в терапии десневой улыбки у женщин.

Материал и методы.

В исследование были включены 40 пациенток в возрасте от 23 до 50 лет. Пациенты разделены на 2 группы – 1 группа получала терапию ботулиническим токсином типа А, пациенты 2 группы – также получали инъекции имплантов на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения средней вязкости. В процессе коррекции препаратом ботулинического токсина типа А выполнялась инъекция в одну точку мышцы, поднимающую губу и крыло носа, расположенную латеральнее крыла носа с каждой стороны. Для этого использовался шприц 0,5 мл с фиксированной иглой длиной 8 мм. Рекомендуемая доза - от 2 до 4 ЕД (в перерасчете на препарат «Ботокс») на одну

точку в зависимости от активности, объема мышцы. Второй группе ботулинотерапия проводилась в той же дозировке, а также проводилась процедура введения монофазного импланта на основе гиалуроновой кислоты неживотного происхождения средней вязкости контурной пластики в объеме от 0,2 до 0,5 мл препарата, техники – болюсная и линейная ретроградная. До и после проведенного лечения выполнялось фоторегистрация достигнутого результата – при максимальной улыбке фиксировалось расстояние от нижнего края верхней губы до десневой борозды в области 11, 21 зубов.

Результаты и обсуждение.

По окончании реабилитационного периода проводился анализ динамики улучшений, а также оценка эстетического эффекта. Эффективность процедур ботулинотерапии и контурной пластики оценивали с помощью следующих критериев:

1. Полная коррекция - обнажение части верхней десны во время разговора, при улыбке практически отсутствует.
2. Частичная коррекция – отмечается обнажение части верхней десны во время разговора, при улыбке, но при этом составляет менее 50%.
3. Отсутствие эффекта - отмечается обнажение части верхней десны во время разговора, при улыбке, более 50% от исходного.

Также оценивались осложнения от проведенных процедур.

Итак, в первой группе пациентов полная коррекция отмечалась у 4 человек (20%), частичная коррекция у 11 человек (55%). Отсутствие эффекта отмечали 5 человек (25%). Удовлетворенными результатами лечения остались 10 пациенток (50%). Во второй группе пациентов у 10 человек (50%) отмечалась полная коррекция, у 7 (35%) - частичная коррекция и у 3 человек наблюдалось отсутствие эффекта, 16 пациентов (80%) остались удовлетворенными результатами лечения.

Закключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что при коррекции десневой улыбки сочетанные процедуры - ботулинотерапии и контурной пластики дают более высокие результаты, удовлетворенность пациентов выше, чем при монопроцедуре ботулинотерапии.

Список литературы.

1. Блум С.А., Маратханов Н.Б. «Десневая улыбка» в ортодонтическом лечении. Классификация, диагностика, лечебная тактика. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2005. – №1-2. – С. 68-
2. Редаэлли а. Комплексная коррекция возрастных изменений кожи лица. Философия профессора А.Редаэлли/Алессио Редаэлли; пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. –
3. Kaku M, Kojima S, Sumi H, Koseki H, Abedini S, Motokawa H, et al. Gummy smile and facial profile correction using miniscrew anchorage. Angle Orthod. 2012;82:170–177.

ОЦЕНКА ДАВЛЕНИЯ НА ПЛЕЧЕ И В АОРТЕ У БЕРЕМЕННЫХ В АСПЕКТЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ИХ КОМПЛЕКСНОГО ВЕДЕНИЯ

Калашникова А.С., Сергеева О.В., Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) принадлежит 1-е место в общей структуре смертности взрослого населения РФ. Такая ситуация в значительной степени обусловлена появлением в последние десятилетия целого комплекса факторов риска (ФР), ассоциированных с особенностями образа жизни современного человека. Среди всех известных факторов СС риска артериальная гипертензия (АГ) занимает особое

положение, так как вносит наибольший вклад в структуру смертности. В целом, каждый 3-й взрослый житель Земли имеет повышенное АД. Для успешной борьбы с ССЗ необходимо внедрение технологий массовой диагностики групп повышенного СС риска, к которым, несомненно, относятся женщины с признаками АГ, развившейся на фоне беременности. В аспекте сказанного, для скрининговой оценки особый интерес представляет определение артериальной жесткости, которая является одним из главных предикторов ССЗ. Оценка сосудистой жёсткости у обсуждаемого контингента представляется перспективной по причине неизменной ассоциации СС и метаболического стресса с беременностью, что представляет уникальную возможность оценить пожизненный СС риск у каждой конкретной женщины.

Цель: изучить встречаемость АГ у беременных с учётом её различных вариантов на основе анализа показателей давления в аорте и особенностей аортальной пульсовой волны.

Материалы и методы: под наблюдением находились 253 беременные, состоящие на учете в женской консультации ГБУЗ СК «ГКБ№1». Средний возраст $28,1 \pm 2,4$ л. Выполнялся сбор клинико-анамнестических данных, анкетная оценка профиля ФР и изучение СС деятельности с помощью диагностического комплекса BPLab (ООО «Петр Телегин», Н-Новгород) в рамках программного обеспечения Vasotens Office. Кроме параметров АД плечевой артерии анализировались такие показатели, как САД аортальное (САДао), ДАД аортальное (ДАДао), пульсовое АД аортальное (ПАДао), среднее АД аортальное (СрАДао), индекс аугментации в аорте (АІх_{ао}), амплификация пульсового давления (РРА). Трактовка полученных результатов строилась на принципах, изложенных в последней версии рекомендаций по АГ Европейского кардиологического общества (ESC, 2013). В соответствии с упомянутыми установками, проводили сопоставление показателей центрального и периферического АД, что позволяло дифференцировать разные виды АГ. Выявление только повышенного ЦАД свидетельствовало о наличии скрытой АГ, а в сочетании с подъёмом АД на плечевой артерии - о системной АГ. Повышенное же периферическое давление при нормальном ЦАД давало возможность регистрировать ложную АГ. Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде медиан и персентилей. Достоверными различия считались при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. На основании сопоставления данных измерения периферического и центрального АД нормотония была выявлена у 220 (87%) беременных, системная АГ - у 7 (2,75%), скрытая АГ - у 19 (7,5%) и ложная АГ - у 7 (2,75%) беременных.

В группах с повышенным клиническим АД (системная и ложная АГ) выявлено достоверно более высокое значение ПАДао по сравнению с нормотензивными беременными и беременными из группы скрытой АГ.

Беременные со скрытой АГ характеризовались наибольшим значением АІх_{ао} по сравнению с остальными группами. Кроме того, у беременных со скрытой АГ значение РРА было сопоставимо с группой системной АГ, тогда как нормотензивные пациентки и беременные с ложной АГ имели более высокие значения указанного показателя (табл.).

Частота развития преэклампсии в группах наблюдения составила: среди нормотензивных пациенток 0,9%, в группе системной АГ - 14,3%, скрытой АГ - 10,5%; в группе ложной АГ случаев преэклампсии выявлено не было.

Закключение. Полученные данные позволили установить более частую встречаемость скрытой АГ по сравнению с ложной и системной АГ вместе взятыми. При этом следует учитывать невозможность её определения с помощью традиционного способа измерения АД на плече. Отсутствуют к настоящему времени и предикторы, которые бы позволили заподозрить возможное наличие скрытой АГ. А между тем, представленные данные свидетельствуют о том, что она встречается у каждой 11-12-й беременной. Практическая важность поднимаемой проблемы подтверждается ассоциированностью такой формы АГ

у беременных с высокими значениями маркеров ригидности стенки аорты, с одной стороны, и с достаточно частым развитием преэклампсии, с другой. Это указывает на целесообразность более широкого внедрения метода оценки ЦАД и индекса его аугментации в повседневную работу врача-терапевта, участвующего в проведении диспансерного наблюдения беременных.

ДИСФУНКЦИЯ ЖКТ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Карпова М.С.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Киселёв Д.В.

Ярославский государственный медицинский университет

Известно, что у пациентов с рассеянным склерозом (РС) довольно часто выявляются отчетливые клинические симптомы дисфункции (СД) ЖКТ. Основное внимание, как правило, уделяется нарушениям глотания и дефекации, как наиболее инвалидизирующим. Менее изучены другие СД ЖКТ: запор, тошнота, метеоризм, абдоминальные боли и др. В общей популяции распространённость этих СД ЖКТ составляет 8%[3]. Среди немногочисленных публикаций, посвященных этой проблеме, одним из наиболее масштабных является исследование, проведенное неврологами и гастроэнтерологами университета г.Питтсбург, Levintal D.J. et al., 2012. По данным опросников (218 пациентов) СД ЖКТ выявлялись у 65,6% пациентов, что значительно превышает частоту в популяции. По мнению авторов, СД ЖКТ у пациентов с РС носят «функциональный» характер в рамках синдромов раздраженного кишечника, функциональной диспепсии и др.[2]. Примечательно, что работы с использованием инструментальных методов обследования, позволяющие оценить распространённость органической патологии ЖКТ у пациентов с РС, отсутствуют. В связи с этим целью нашего исследования стало изучение распространённости СД ЖКТ у пациентов с РС и уточнение частоты встречаемости у них органической патологии ЖКТ с использованием инструментальных методов обследования.

Материал и методы: обследовано 167 пациентов с РС: женщины - 110, мужчины - 57. Возраст $41,3 \pm 3,2$ год. Продолжительность заболевания $10,1 \pm 2,1$ лет. Балл по шкале EDSS $\leq 5,5$ (все пациенты амбулаторные). У 92% - ремиттирующее, у 8% - вторично-прогрессирующее течение РС; все пациенты получали ПИТРС. Возрастно-половая характеристика пациентов, показатели средней продолжительности и тяжести заболевания (по шкале EDSS) были сопоставимы с таковыми в работе Levintal D.J. et al., 2012.

На базе гастроэнтерологического отделения были обследованы 25 пациентов с РС, у которых по результатам заполнения опросников отмечались наиболее выраженные СД ЖКТ.

Проводились: осмотр неврологом и гастроэнтерологом, УЗИ, ФГДС и колоноскопия с биопсией (по показаниям), исследование на микробный пейзаж (всем пациентам).

Для статистической обработки данных использовалось программное обеспечение «Microsoft Excel 2010», «STATISTICA 10,0»

Результаты и обсуждение:

По результатам анкетирования СД ЖКТ выявлялись у 72,5% пациентов: запоры - в 55,1%, тяжесть в животе - в 18%, метеоризм - в 32,9%, абдоминальные боли - в 24,6%, изжога - в 7,2%, отрыжка - в 11,4%, тошнота - в 13,8% случаев. СД ЖКТ чаще выявлялись у пациентов РС с большей тяжестью и большей длительностью РС ($p < 0,01$). Полученные данные о распространённости СД ЖКТ у пациентов с РС в целом были близки к данным, полученными Levintal et al., 2012. В исследовании Levintal et al. также преобладали запоры(36,6%), тяжесть в животе(30,2%), метеоризм(21,5%), но реже

выявлялись абдоминальные боли(13,4%), изжога(12,0%), отрыжка(12,0%), тошнота(10,8%).

В результате проведения инструментального обследования группы пациентов с наиболее выраженными и стойкими СД ЖКТ были диагностированы следующие патологические состояния:

- хронический гастрит с Нр - у 76% пациентов
- хронический атрофический гастрит - у 48%
- признаки хронического неинфекционного колита (с биопсией) - у 48%
- дискинезия желчного пузыря - у 28%
- желчно-каменная болезнь - у 12%
- дисбиоз кишечника - у 88% пациентов

Таким образом, у всех пациентов данной группы выявлялась органическая патология ЖКТ, в 68% случаев диагноза установлены впервые.

Какое значение может иметь высокая частота выявления дисбиоза кишечника у пациентов с РС?! По данным литературы эндогенная условно-патогенная флора кишечника (УПФ) может являться фактором эндогенного инфицирования организма и мощной антигенной стимуляции иммунной системы с развитием, так называемого, «цитокинового хаоса». Во множестве исследований показана этиопатогенетическая роль УПФ кишечника в развитии различных аутоиммунных процессов. Примечательно, что среди всех наиболее распространённых микроорганизмов именно бактерии УПФ кишечника обладают антигенными детерминантами, наиболее близкими по своим свойствам к антигенам миелина[4]. Существуют экспериментальные данные, полученные на модели ЭАЭ, позволяющие предположить, что именно УПФ кишечника играет роль триггера, инициирующего развитие аутоиммунного демиелинизирующего процесса в ЦНС у генетически предрасположенных лиц [1]. В этой связи, коррекция качественного и количественного состава кишечной микрофлоры с помощью диеты и пробиотикотерапии рассматривается, как перспективное направление профилактики и терапии РС[1].

Выводы:

1. СД ЖКТ у пациентов с РС встречаются значительно чаще, чем в популяции.
2. Вопреки традиционным представлениям о «функциональном» характере жалоб, как минимум, у части больных РС с СД ЖКТ выявляется органическая патология. Её формированию, вероятно, способствуют нарушения иннервации ЖКТ, характерные для пациентов с РС. При выявлении отчетливых и стойких СД ЖКТ к обследованию и ведению пациентов следует привлекать гастроэнтеролога.
3. С учётом возможной роли УПФ кишечника в инициации и поддержании аутоиммунного процесса в ЦНС, выявление у большинства пациентов РС дисбиоза кишечника требует проведения коррекции качественного и количественного состава кишечной микрофлоры.

Список литературы.

1. Berer K. Commensal microbiota and myelin autoantigen cooperate to trigger autoimmune demyelination / Berer K., Mues M et [al.] // Nature - 2011 Oct 26 – Vol.479(7374) – P.538-41.
2. Levinthal D.J. Adding to the Burden: Gastrointestinal Symptoms and Syndromes in Multiple Sclerosis / D.J. Levinthal., Ambreen Rahman et [al.] // Multiple Sclerosis International – 2013 – Vol. 2013 - Article ID 319201 - 9 pages.
3. Mak A. D. Dyspepsia is strongly associated with major depression and generalised anxiety disorder: a community study / A. D. Mak, J. C. Wu et [al.] // Alimentary Pharmacology & Therapeutics – 2012 - Vol. 36 – P.800–810.
4. Westall F. C. Molecular Mimicry Revisited: Gut Bacteria and Multiple Sclerosis // J. Clin. Microbiol. - 2006 Jun - 44(6) – P.2099–2104.

РЕВМАТИЗМ ВЧЕРА И СЕГОДНЯ-ПРОТИВОРЕЧИВОСТЬ АРХИВНЫХ ДАННЫХ И СУЖДЕНИЯ ВОГРАЛИКА

Килясханова П.М., Казакбиева Д.М.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Антипов В.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Первичное выявление ОРЛ в настоящее время составляет 0,06 случаев на 1000 человек населения в год в индустриально развитых странах (Япония, Великобритания) и до 19,2 - в развивающихся (Южная Африка).

Обобщенные данные НИИ ревматологии имени В.А.Насоновой свидетельствуют об искоренении больных с ревматическими пороками сердца и увеличение числа пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. «Когда я, будучи молодым врачом, пришел в клинику факультетской терапии Московского мединститута, 50% наших пациентов составляли больные с ревматическими пороками сердца, связанными со стрептококковой инфекцией. Сегодня мы не можем показать ординаторам пациентов с ревматическими пороками сердца – они были искоренены». Высказывание президента Общероссийской организации «Ассоциации ревматологов России» профессора Евгений Львович Насонов является лейтмотивом выполнения настоящего исследования.

Целью работы: выяснение причин, объясняющих резкое сокращение в ревматологическом отделении 2-й городской больницы г. Ставрополя больных с ревматической лихорадкой и, соответственно, с пороками клапанного аппарата сердца. Почему в 90-е годы доминировали случаи ревматизма над другими ревматологическими заболеваниями, тогда как в 2016 году больных с ревматизмом невозможно было предложить для демонстрации студентам и приобретения необходимого клинического опыта в понимании пороков сердца.

Материал и методы исследования: Истории болезни больных за 1992 и 2016 годы ревматологического (n- 200) и терапевтического отделений ГБУЗ СК ГКБ №2 (n-150); научно-методическая Список литературы научной библиотеки СтГМУ; «Клинические лекции» проф. Вогралика В.Г., 1964.

Структурный анализ заболеваний за 1992 и 2016 гг. изучался в процентом соотношении. Чтобы исключить факт направления больных с ревматической лихорадкой с поражением клапанного аппарата в терапевтическое отделение для этого изучалась структура заболеваний и в терапии.

Результаты и обсуждение. При анализе историй болезней за 1992 год выявлено: ревматизм 23% (24 чел), инфекционно-аллергический миокардит 8% (8 чел), возвратный ревмокардит 7% (7 чел), деформирующий полиостеоартроз НФС I-II 32% (34 чел), ревматоидный артрит 15% (17 чел), реактивный артрит 8% (8 чел), болезнь Бехтерева 7% (7 чел)

В 2016 году: реактивная артропатия 26% (38 чел), анкилозирующий спондилит 24% (35 чел), серопозитивный ревматоидный артрит 19% (28 чел), серонегативный ревматоидный артрит 9% (13 чел), подагра 12% (17 чел), системная склеродермия 10% (15 чел)

Сопутствующие заболевания и осложнения хронической ревматической лихорадки (1992 год): кардиосклероз атеросклеротический -20%; ИБС-25%; ГБ-21%; хронический пиелонефрит-15%; диффузный остеохондроз-5%; возвратный ревмокардит-19%; церебральный ревмоваскулит-14%; митральный порок-25%; митрально-аортальный порок-29%; недостаточность трехстворчатого клапана-11%; синусная тахикардия-11%; аортальный порок-5%.

Сопутствующих заболеваний и осложнений (в 2016 году): ГБ-29%; полисегментарный остеохондроз-33%; ИБС-13%; синдром дисплазии соединительной ткани- 9%; вегето-сосудистая дистония-9%; дисциркуляторная энцефалопатия-7%; сеновиты мелких суставов- 28%; синовиты г/с суставов-17%;

выраженный болевой синдром-28%; синовиты л/з суставов-9%; НФС II стадии- 10%; ХСН-8%.

Обсуждение. В 2016 потологиисеречно-сосудистой системы, обусловленной хронической и острой ревматической лихорадкой, не было. Преобладали больные с поражением опорно-двигательного аппарата, не связанные с ревматическим процессом. Тогда как в 1992 год часто имели место случаи наличия пороков сердца, обусловленные ревматической лихорадкой (митральный порок, митрально-аортальный и сочетанные пороки).

Какие причины кардинально изменили структуру заболеваний ревматологического отделения – отсутствие случаев ревматической лихорадки в 2016 году?

Вадим Габриэлович Вогралик внес большой вклад в развитие ревматизма. В 1958г. им высказано предположение о том, что в этиологии ревматизма главное ударение нужно сделать на макроорганизм. Факторами для развития заболевания на первом месте должны стоять своеобразные уклоны реактивной способности макроорганизма.

Кроме иммунологической резистентности организма можно предположить изменение генетического материала стрептококка (или его уничтожение), что связано с частым назначением эффективных антибиотиков широкого спектра по поводу различных заболеваний. Таким образом, можно предположить, что антибиотики с антистрептококковой активностью являются также, как и изменившаяся «реактивность макроорганизма» причиной сокращения случаев ревматизма в лечебных учреждениях.

Закключение. Необходимость изучения иммунологической резистентности макроорганизма и генетических изменений стрептококка, обусловленных частым назначением антибиотиков с антистрептококковой активностью является на настоящем этапе исследования рабочей гипотезой, требующей дополнительных исследования для объяснения конкретных причин резкого сокращения случаев заболеваемости ревматизмом.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации. Ревматология. /Главный редактор чл.-кор. РАМН Е.Л. Насонов. – Москва. Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008. С -17-25.

ФОТОКАНЦЕРОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИХ ВОЗДЕЙСТВИЮ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Кирилук Т.И., Чопикян А.А.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Прохоров Д.В.

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

Введение. Ультрафиолетовое (УФ) излучение является одним из самых агрессивных и значимых факторов, играющих значительную роль этиопатогенезе злокачественных новообразований кожи (ЗНК) [1]. В Российской Федерации и Республике Крым кожа занимает ведущее место по локализации неоплазий (13,9% и 19,1% соответственно). По данным международных источников, средний темп увеличения заболеваемости ЗНК в мире составляет 3,2%, в России – 4,8% [2]. Важнейшее значение в борьбе с ЗНК имеет профилактика развития при помощи комплексного изучения и устранения всех факторов риска, а в особенности – фотоканцерогенеза. Учитывая географическое расположение полуострова Крым, которое обуславливает его климатические особенности, проблема чрезмерной инсоляции жителей полуострова является очень актуальной. В связи с этим, цель данного исследование – изучение распространенности фотоканцерогенных факторов

и предрасположенности к их воздействию среди жителей Республики Крым социологическим методом.

Материал и методы. Исследования проводилось путем анкетирования 356 жителей Республики Крым (53,4% женщин и 46,6% мужчин, средний возраст $33,4 \pm 13,2$ года) по специально разработанному авторскому опроснику, состоящему из 20 вопросов (в том числе, онлайн-анкетирование). Статистический анализ полученных данных осуществлен в Microsoft Office Excel и Statistika 6.0.

Результаты и обсуждение. 73,7% респондентов осматривают свою кожу не менее 1 раза в неделю (среди женщин этот показатель составил 79,3%, среди мужчин – 65,8%). Кожа 9,6% опрошенных относилась к I и II фототипам по Фитцпатрику. Данные фототипы кожи наиболее подвержены патогенному воздействию УФ. Среди участников анкетирования 39,4% отметили, что на их коже имеется более 20 невусов, среди таких, несколько больше женщин – 52,4%. При этом, 23,5% отметили, что диаметр их невусов превышает 5 мм, а у 17,4% - невусов нередко травмируются одеждой и/или при движениях. 4,3% опрошенных заметили, что имеют невусы, которые изменили свой вид (размер, форму, цвет) за последний год, а 5,6% респондентов имели на своей коже изъязвления, бородавчатые и узелковые образования. Абсолютное большинство жителей Крыма, 97,3%, указали на то, что принимают солнечные ванны более 30 минут в день, а 87,4% загорают в пик солнечной активности с 11:00 до 16:00. Указали на склонность своей кожи к солнечным ожогам – 41,6% участников анкетирования, а солнцезащитными средствами пользовались лишь 63,2% опрошенных.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о значительном воздействии фотоканцерогенных факторов на жителей Республики Крым при высокой предрасположенности к их воздействию. Сложившаяся обстановка указывает на необходимость разработки и внедрения профилактических мер, проведения акций, направленных на информирование населения о существующих фотоканцерогенных факторах риска и методах защиты, а также проведение скрининговых мероприятий с проведением дерматоскопии для ранней диагностики ЗНК.

Список литературы.

1. Акимов В.Г. Биологические эффекты ультрафиолетового облучения кожи // вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — №3. — С. 81-84.
2. Вавринчук А.С., Марочко А.Ю., Рак кожи: факторы риска, эпидемиология в России и в мире // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — №6. — С. 89.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛАЕНТНОСТИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Кокина А.Г.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Богачев Р.С.

Балтийский Федеральный университет имени Иммануила Канта, Медицинский институт

Актуальность. Острый коронарный синдром (далее-ОКС) можно поистине назвать одной из самых серьезных проблем 21 века. Данной теме посвящено большое количество клинических рандомизированных исследований, освещающих различную тематику (например, исследования PIONEER, ROCKET). Летальность от инфаркта миокарда в Калининградской области в 2015 году составила 9,80 %. Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что современная кардиология должна стремиться к более ранней диагностики и лечению патологических состояний, которые могут привести к развитию ОКС. Однако успешность лечения во многом зависит от комплаентности больного, сам

«отец медицины» говорил «...Медицина не протягивает руки тому, кто уже побежден болезнью и не хочет с ней бороться».

Цель: сравнительное изучение гендерных аспектов комплаентности больных, перенесших ОКС, и её влияние на клинико-функциональные особенности ОКС у мужчин и женщин

Материалы и методы: Для выполнения поставленных задач были проанализированы клинико-функциональные особенности острого коронарного синдрома в зависимости от комплаентности у 100 пациентов в возрасте от 40 до 65 лет (50 мужчин и 50 женщин соответственно) отделения неотложной кардиологии КОКБ. Для унификации результатов исследования была разработана анкета, включающая в себя вопросы для оценки комплаентности и вопросы для оценки факторов риска и результаты обследований.

Результаты и обсуждение: Средний возраст обследованных женщин составил $57,5 \pm 6$ лет, мужчин - 55 ± 6 лет. У 29 из 50 женщин (58% от общего числа женщин) общая комплаентность находится на высоком уровне, что говорит об их ориентировки в сторону выздоровления, когда у 21 женщины (42% от общего числа женщин) уровень комплаентности на среднем уровне.

Социально-поведенческая комплаентность отражает степень доверия пациента к врачу и стремление выполнять его рекомендации. Этот показатель в женской группе разделился 50 на 50. Эмоциональная комплаентность говорит о впечатлительности больного, об уровне его ответственности, у 84% женщин отмечен высокий уровень эмоциональной комплаентности.

Количество мужчин с высоким уровнем общей комплаентности почти такое же, как у женщин (32 мужчины из 50), однако в мужской группе во всех трех шкалах комплаентности присутствуют пациенты с низким уровнем комплаентности.

Средний уровень общей комплаентности имеют 21 женщина из 50, ими были названы следующие причины пропуска или отказа от приема препаратов:

- 6 женщин из 21- боязнь зависимости от приема препаратов, страх «подсаживания на таблетки»

- 11 женщин из 21-отсутствие симптоматики в межприступный период, «зачем пить лекарства, если не болит?»

- 4 женщины из 21- занятость на работе, отсутствие времени и сил для соблюдения режима

Средний и низкий уровень комплаентности отмечен у 18 мужчин. Ими были названы следующие причины:

- 9 из 18 мужчин - занятость на работе, отсутствие времени и сил для соблюдения режима

- 9 из 18 мужчин - отсутствие симптоматики в межприступный период, «зачем пить лекарства, если не болит?»

При анализе характера болевого синдрома видно, что для групп с высоким уровнем комплаентности в большей степени характерно типичное проявление ангинозных болей. Но при этом атипичный болевой синдром чаще встречается в женской группе, в особенности со средним уровнем общей комплаентности. При сравнении частоты ангинозных приступов оказалось, что у женщин с высоким уровнем общей комплаентности ангинозные приступы возникают реже, чем у мужчин с высоким уровнем общей комплаентности.

Сахарный диабет 2 типа встречался с одинаковой частотой в мужской и женской группах. Нарушение липидного обмена более выражено в мужской и женской группах со средним уровнем комплаентности, при сравнении мужской и женской групп в целом, уровень общего холестерина свыше 6 ммоль/л в 3 раза чаще диагностировался у женщин.

Все пациенты, принявшие участие в исследование, отрицали регулярное принятие алкоголя. Процент курящих мужчин больше, чем женщин, как и стаж курения и количеством выкуриваемых сигарет в день. При оценке ИМТ оказалось, что избыточная

масса тела чаще встречались среди женщин, когда как ожирение 1 степени среди мужчин независимо от уровня комплаентности.

Результаты ЭКГ показали, что в группах со средним уровнем комплаентности чаще диагностировался ОКС с подъемом сегмента ST и блокады ножек пучка Гиса.

При сравнении результатов ЭхоКГ у мужчин и женщин со средним уровнем комплаентности более тяжелое ремоделирование миокарда и поражение клапанного аппарата отмечены у женщин.

По результатам коронарографии у всех пациентов выявлен стеноз более 50%. У женщин со средним уровнем комплаентности чаще, чем у женщин с высоким уровнем, диагностировались многососудистое поражение и поражение ствола коронарной артерии. В мужских группах существенных отличий не замечено.

В женских группах чаще поражаются ПМЖА и ЗБВ, в мужских-ПКА и ОА.

Выводы:

1) Все три вида комплаентности женщин находятся на более высоком уровне, чем у мужчин

2) Основными причинами низкой приверженности пациентов к лечению явились хорошее самочувствие в межприступный период и отсутствие времени и сил для соблюдения режима приема препаратов

3) Для групп с высокой комплаентностью в большей степени характерны типичные формы ангинозных болей, однако в женской группе чаще, чем в мужской, встречались атипичные проявления болевого синдрома

4) Частота курения и стаж показывают, что социально-поведенческая комплаентность мужчин ниже, чем у женщин

5) Результаты ЭКГ показали, что в группах со средним уровнем комплаентности чаще диагностировался ОКС с подъемом сегмента ST и блокады ножек пучка Гиса.

6) Ремоделирование миокарда и поражение клапанного аппарата чаще отмечались у женщин, особенно со средним уровнем комплаентности

7) У женщин чаще встречалось многососудистое поражение коронарных артерий независимо от уровня комплаентности, что говорит о более агрессивном влиянии факторов риска и низкой приверженности к терапии на сосудистое поражение.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Колесникова Е.Н., Петрова Т.Н., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается более 1,9 млрд. людей, имеющих избыточный вес, а более 600 млн. человек уже имеют ожирение. В большинстве Европейских стран ожирением страдает от 15 до 25 % взрослого населения. Наблюдается рост частоты ожирения у молодых лиц, детей и подростков. Россия находится на третьем месте в мире по распространенности ожирения и избыточной массы тела: более 30 % трудоспособного населения страдает ожирением и избыточной массой тела.

Социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний, поэтому целью данного исследования является изучение особенностей развития и течения ожирения у пациентов путём определения их статуса вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК).

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты обследования 130 пациентов, в возрасте от 19 до 59 лет имеющих индекс массы тела (ИМТ) более 25 кг/м².

За основу был взят метод определения чувствительности к фенилтиокарбамиду, разработанный в 1949 году Н. Harris и Н. Kalmus. В 100 мл дистиллированной воды растворяли навеску ФТК массой 260 мг. Получается исходный раствор (разведение 0), каждое последующее разведение уменьшалось вдвое. Таким образом, использовалась серия из 14 разведений ФТК в прогрессии 2,6 г на 1 л дистиллированной воды с предъявлением испытуемому в порядке от наименьшей величины (0,08 мг/л) до момента четкого ощущения горечи. Испытуемому предлагалось поместить на область корня языка полоску фильтровальной бумаги, предварительно смоченную в растворе ФТК известной концентрации. Таким образом определяли индивидуальную способность или неспособность ощущать горький вкус ФТК для каждого пациента.

Испытание начиналось с использования раствора с наименьшей концентрацией ФТК (разведение 14). В случае, когда обследуемые подтверждали, ощущение горького вкуса, для проверки своих ощущений им предлагалось сделать еще одну пробу (следующую по увеличению концентрации). При подтверждении положительного результата чувствительности, фиксировался предыдущий номер разведения. По результатам исследования все испытуемые были разделены на 2 группы: «тестеры», т.е. ощущающие горький вкус ФТК в разведениях с 5 по 14 и «нон-тестеры» – абсолютно не ощущающие вкус ФТК или ощущающие его в разведениях с 0 по 4.

Рассчитывалась распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Изучались пол и возраст, абдоминальный тип отложения жира, гиперхолестеринемия, атеросклероз различных сосудистых бассейнов, нефропатия, наличие сахарного диабета. Все исследуемые больные имели различную степень повышения артериального давления, что обязательно учитывалось в обеих группах.

Оценка результатов проводилась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного обследования 130 пациентов, имеющих ИМТ более 25 кг/м² показали, что среди обследованных больных «нон-тестерами» являлись 78 человек (60,8%), в том числе 51 мужчина (62,3% всех обследованных мужчин) и 27 женщин (58,1% всех обследованных женщин). «Тестерами», т.е. лицами, ощущающими вкус ФТК в разведениях с 5 по 14, оказались 52 человека (39,2%), среди них 32 мужчины (37,7%) и 20 женщин (41,9%). Таким образом, обнаружены гендерные различия в исследуемых группах ($\chi^2(1) = 0,307$, $p = 0,580$), так как мужчины встречались почти в 2 раза чаще, чем в группе «тестеры», при этом средний уровень чувствительности к ФТК в первой группе был достоверно ниже.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что исследование вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду при избыточной массе тела может помочь в формировании групп риска и использовано как скрининговый метод в первичной профилактике развития метаболических нарушений.

Список литературы.

1. Котова, Ю.А. Гендерные особенности лиц с хронической сердечной недостаточностью / Ю.А. Котова // Теория и практика приоритетных научных исследований сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции: в 4-х частях. – 2016. – С. 62-63.
2. Есауленко, И.Э. Подходы к созданию автоматизированной информационно-аналитической системы диагностики и прогнозирования ожирения на доклиническом этапе //

Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2016. – Т. 15. № 4. – С. 658-662.

3. Липовецкий, Б.М. Атеросклероз, гипертония и другие факторы риска как причина сосудистых поражений мозга / Б.М. Липовецкий // СпецЛит. – Санкт-Петербург. – 2016. – С. 48.

4. Adler E. A novel family of mammalian taste receptors/E. Adler, M. A. Hoon, K. L. Mueller//Cell. -2000. -Vol. 100. -P. 693 -702.

5. Drayna D. Genetic analysis of a complex trait in the Utah Genetic Reference Project: a major locus for PTC taste ability on chromosome 7q and a secondary locus on chromosome 16p.//Hum. Genet. -2003. -Vol. 112. -P.567-572.

ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ КАК ОСНОВНОЙ МЕТОД УСТАНОВЛЕНИЯ СТАДИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА ВИРУСА ГЕПАТИТА С

Колесникова И.О.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Хайтович А.Б.

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

Актуальность. Вирус гепатита С вызывает преимущественно заболевание печени. Заболеваемость вирусом гепатита С за период 2005-2015 гг. снизилась в 3,2 раза (2005г. – 4,5 на 100 000 человек, 2015г. – 1,4 на 100 000 человек). Заболевание сложно диагностируется, в связи с бессимптомным многолетним течением инфекционного процесса [1]. Согласно данным ВОЗ, в мире инфицировано около 500 миллионов людей вирусом гепатита С. Известно, что вирус передается в 90% случаев парентеральным путем.

Гепатит С может протекать в острой и хронической форме. Первая длится до 6 месяцев, хронический процесс возникает спустя полгода от момента заражения. Наиболее серьезными осложнениями заболевания являются: гепатоцеллюлярная карцинома, декомпенсированный цирроз печени, которые приводят к летальному исходу [2].

Цель. Оценить метод иммуноферментного анализа (в дальнейшем ИФА) для установления формы инфекционного процесса вируса гепатита С; проанализировать данные анкетирования больных пациентов.

Материалы и методы. В качестве диагностики вируса гепатита С используют специфические лабораторные методы исследования, к которым относятся ПЦР, генотипирование, ИФА. Дополнительные исследования, такие как биохимический анализ крови, ОАК, коагулограмма, ОАМ, УЗИ печени, фиброскан печени, позволяют оценить общее состояние пациента, и скорректировать схему лечения.

Генетические методы исследования позволяют выявить вирусную РНК в сыворотке пациента и установить генотип вируса гепатита С. С помощью метода ПЦР определяют степень вирусной нагрузки, отображающая активность вируса в организме больного [3].

Серологические методы исследования основаны на твердофазном иммунном анализе. ИФА является скринингом диагностики вируса гепатита С. Метод выявляет специфические антитела к вирусу гепатита С в организме пациента [4]. Однако имеется окно серонегативности в 1-ый месяц заболевания, вследствие недостаточности выработки антител к вирусу[5].

Статистическая обработка данных произведена в программе SPSS Statistics.

Результаты. Для исследования проанализированы данные 65 пациентов. Все больные прошли анкетирование, которое дополнило клиническую картину, и выявило важные социальные аспекты заболевания.

Пациенты разделены по половому признаку: мужчины – 62% (40/65), женщины – 38% (25/65). При этом средний возраст больных составил 33 года ($\sigma = 8,41$, $Me = 33$, $Mo = 38$).

Метод качественной ПЦР подтвердило у всех пациентов инфицированность вирусом гепатита С, при помощи количественного ПЦР разделили больных на группу с высокой вирусной нагрузкой – 42% (27/65), и группу с низкой вирусной нагрузкой – 58% (38/65).

При проведении генотипирования установлен наиболее часто встречающийся вариант генотипа вируса гепатита С - 1b (47%, 29/65).

В ходе проведения серологического метода исследования выявлены антитела классов М и G. У 20 пациентов (31%) обнаружен анти-core IgG, что указывает на любую стадию инфекционного процесса, и показатель является малоинформативным. Анти IgG и анти IgM определились в 35% случаев (23/65), что указывает на возможность: развития острого гепатита С (3%, 2/65) или проявляется фаза реактивации в латентной фазе хронического гепатита С (32%, 21/65). Варианты дифференцируются между собой при помощи исследования титра АЛТ и АСТ, а также установления давности заражения с применением анкетирования. У 22 пациентов из 65 (34% случаев) определились Анти core-IgG и Анти NS-IgG. Данная комбинация антител может соответствовать стадии выздоровления в случае приема противовирусных препаратов, а также фазе реактивации в латентной фазе хронического гепатита С.

При исследовании ферментной функции печени, в 3% случаев (2/65) АЛТ и АСТ увеличены в 10 раз и более, что соответствует острому гепатиту С, с установлением времени заражения менее 6 месяцев назад. Незначительное повышение ферментов АЛТ и АСТ в крови больных (21/65) в 32% соответствует обострению хронического гепатита С, в 65% (42/65) – латентному хроническому течению.

Анкетирование позволило выяснить: основной путь заражения – парентеральный (62%, 40/65), реже половой путь передачи в 3% случаев (2/65), остальные пациенты (35%) не ответили на заданный вопрос.

В 35% случаев (23/65) заражение произошло на улице, в 14% (9/65) - лечебные учреждения, в 9% - домашние условия, остальные пациенты (42%) не указали предположительного места инфицирования.

Исходя из клинических проявлений, только у 15% (10/65) выявлены явные признаки инфицирования с желтушным, болевым синдромами.

Закключение. Следует отметить, что специфические методы лабораторной диагностики вируса гепатита С, в частности ИФА играют важную роль в установлении стадии инфекционного процесса: позволяют дифференцировать острый и хронический процессы, для дальнейшей коррекции в лечении. Анкетирование позволило выявить важные социальные аспекты заболевания гепатита С.

Список литературы.

1. Трифонова Г.Ф., Левакова И.А., Болсун Д.Д., Мукомолов С.Л. Острый и хронический гепатит С в Российской Федерации 1994-2013 гг. Инфекция и иммунитет.– 2014.– 4(3): 267-274с.
2. Хаертынова И.М., Цибулькин А.П., Романенко О.М., Софронова Н.Н., Хаертынов К.С. Выраженность гуморального иммунного ответа при HCV моно- и HCV/HIV-коинфекции. Практическая медицина.–2012. –1(56): 45-48с.
3. Дуда А.К., Бойко В.А., Агафонкина И.Н., Яковлева А.В. Вирусный гепатит С: современные возможности диагностики (клиническая лекция). Актуальная инфектология. – 2015. – 4 (9): 9-16с.
4. Тиванова Е.В., Колясникова Н.М. Алгоритм диагностики вирусного гепатита С в условиях многопрофильной лаборатории. Поликлиника.–2016.– 4(1): 6-8с.
5. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatitis C virus infection. Hepatology. 2011; Vol. 55: 245–264.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Колесникова И.О., Репинская И.Н., Доля Е.М.

Научный руководитель: ассистент Репинская И.Н.

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

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является примером классической коморбидной патологии. При выявлении СД 2 типа пациенты уже имеют соматические заболевания, первое место среди которых занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, а на втором месте находится патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [1, 2]. С учетом коморбидности врачи всех специальностей сталкиваются с нетипичным течением болезни, что может влиять на своевременность постановки диагноза, назначения лечения и приверженности пациентов к терапии [3].

Обоснование цели. Изучить особенности поражения органов ЖКТ у больных СД 2 типа, оценить влияние коморбидной патологии СД 2 типа и заболеваний ЖКТ на состояние пациента.

Основная часть. Обработано 119 карт пациентов из архива кафедры с СД 2 типа. Из них 41 мужчины и 78 женщин. Изучались пол, возраст, данные анамнеза, сопутствующая патология, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования, степень компенсации СД. Все пациенты разделены на 2 клинические группы. В первую группу вошли пациенты с патологией ЖКТ, а в группу контроля пациенты СД 2 типа без патологии ЖКТ. Средний возраст пациентов 1 группы составил - $55,1 \pm 11,8$ лет, а группы контроля - $57,55 \pm 13,3$ лет. Всем больным проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica 8.0.

Патология ЖКТ диагностируется у больных, страдающих СД 2 типа на фоне избыточного веса или ожирения ($p < 0,0001$), с неудовлетворительными показателями гликозилированного гемоглобина (HbA1c) - $10,63 \pm 2,38\%$. По данным ФГДС у больных СД 2 типа превалирует эритематозная гастропатия (74,2%), при этом уреазный тест отрицательный в 93,5 % случаев. Выявленные изменения по данным ФГДС диагностировались у пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. У 44 пациентов (70,9%) в анамнезе артериальная гипертензия, у 19 пациентов (30,6 %) ишемическая болезнь сердца (ИБС), по поводу чего больные получали гипотензивную терапию, антиагреганты и статины.

По данным клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования у 14,5% выявлялась патология печени в виде неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), Биохимические показатели в 1 группе составили: АЛТ $35,67 \pm 3,6$ ммоль/л ($p = 0,0002$), АСТ $29,47 \pm 2,7$ ммоль/л ($p < 0,004$), общий билирубин $14,15 \pm 5,25$ мкмоль/л ($p = 0,001$). По имеющимся данным была обнаружена корреляционная связь в 1 группе между АЛТ и уровнем общего билирубина ($r = 0,36$; $p < 0,05$).

Заключение.

1. Коморбидная патология и медикаментозная терапия сопутствующих заболеваний оказывают негативное влияние на течение сахарного диабета

2. Патологические изменения ЖКТ диагностируется у больных, страдающих СД 2 типа на фоне избыточного веса или ожирения, сердечно-сосудистой патологии и сопутствующей медикаментозной терапии.

3. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости персонифицированного подхода к динамическому контролю и подбора терапии больных СД на фоне патологии ЖКТ.

Список литературы.

1. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко / 2-е изд., перераб. И доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 1112с.
2. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 1 / Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ. – 2013. – 464 стр.
3. Эндокринология: руководство для врачей : в 2 т. / под ред. С. Б. Шустова. – СПб. : СпецЛит. – 2011. – Т. 2 : заболевания поджелудочной железы, паращитовидных и половых желез. – 432 с.

ВОПРОСЫ РАЗРАБОТКИ ЭФФЕКТИВНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Корнев Д.О., Панина К.С.

Ульяновский Государственный Университет

Актуальность исследования: актуальной проблемой современной ангионеврологии является разработка эффективных профилактических программ, направленных на снижение распространённости цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ).

Цель исследования: оценить распространённость факторов риска (ФР) развития ЦВЗ среди взрослого населения г. Ульяновска.

Материалы и методы: на базе поликлиники г. Ульяновска, обследовано 318 человек (126 мужчин и 192 женщин) в возрасте 20-70 лет. 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 и обсуждение: 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, $p < 0,05$.

Выводы: в популяции преобладают модифицируемые ФР, относящиеся к поведенческим. С возрастом увеличивается частота всех ФР. Широко распространена КВН в популяции, что подтверждает значимость данной патологии и необходимость ранней её диагностики и профилактики. Очевидна необходимость активизации санитарно-просветительской работы среди населения для улучшения первичной профилактики ЦВЗ.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ГИПЕРТЕНЗИИ У МОЛОДЕЖИ С УЧЕТОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО СКРИНИНГА

Кудрявцева В.Д, Итальянцева Е.В. Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время растет интерес к исследованию параметров центрального аортального давления (ЦАД) с целью изучения их вклада в патогенетические механизмы сердечно-сосудистого континуума, а характеристики центральной гемодинамики рассматриваются с позиций физиологической целостности сердечно-сосудистой системы [3]. Давление в аорте, которое сейчас доступно для оценки не инвазивным способом, полезно использовать при проведении массовых профилактических мероприятий среди молодёжи, учитывая значимую роль центрального давления (ЦД) в повреждении органов-мишеней [1-4]. Особенно актуален такой подход для девушек, учитывая близкую перспективу возможной реализации их репродуктивного потенциала [5].

Цель исследования. Оценить встречаемость различных форм артериальной гипертензии (АГ) и прегипертензии (ПГ) с учётом ЦД среди студенток медицинского университета.

Материал и методы исследования. У 53 девушек проведено определение ЦД с помощью программно-диагностического комплекса BPLab Vasotens Office (ООО «Пётр Телегин», Н-Новгород) [4]. Данные обработаны с использованием программы Microsoft Office Excel 2016.

Результаты. Для студенток без факторов риска (ФР) 50 (25–75) перцентили по ЦД составили 95 (90 - 101) против 106 (102 -112) мм рт.ст. у носительниц ФР. Ложная, скрытая и системная АГ/ПГ отмечена в 3,8%, 23,7% и 11,4%. Ещё у 7,6% студенток выявлено сочетание АГ в аорте и ПГ на плече. Соответственно системная нормотензия имела место у 53,5% обследованных.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что среди девушек преобладает скрытая форма АД. Этот факт обосновывает необходимость оценки ЦД в программе студенческой диспансеризации с последующим её учётом при формировании женских групп сердечно-сосудистого риска для эффективной коррекции выявленных гемодинамических сдвигов [6,7].

Список литературы.

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия в XXI веке: достижения, проблемы и перспективы // М, Бионика Медика, 2013. – 272с.
2. Григорян З.Э., Евсеева М.Е. Кардиоренальные взаимоотношения на начальных этапах развития ХБП // Нефрология и диализ. 2007. Т. 9. № 2. С. 173-177
3. Дзяк Г.В., Колесник Т. В., Колесник Э.Л. Центральное аортальное давление на фоне длительной комбинированной антигипертензивной терапии //Украинский медицинский журнал. - VII/VIII 2012 г - № 4 (90)
4. Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Ерёмин М.В. и др. Особенности центрального давления у лиц молодого возраста с учётом факторов риска // Арт гиперт. 2015. Т. 21. № 1. С. 59-68.
5. Evseyeva M.E., Sergeeva O.V., Prokhorenko - Kolomoitseva I., Pavlov K. Cardiology aspects of preventive management during pregnancy // The EPMA Journal. 2017. Т. 8. № S1. С. 38.
6. Evseyeva M.E., Shchetinin E.V., Rusidi A.V. Preventive assessment of risk factors among students during their university education // The EPMA Journal. 2017. Т. 8. № S1. С. 26-27.
7. Евсеева М.Е., Кошель В.И., Батурин В.А. и др. Студенческая диспансеризация в аспекте развития диагностических технологий // Рос кард жур. 2016. № S4-1 (132). С. 28.

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНОЙ БОЛЬЮ

Кумельский Е.Д., Княгницкая П.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Шадчнева Н.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГУАО ВО «КФУ имени В.И. Вернадского»

Введение. Патология билиарной системы занимает одно из ведущих мест в гастроэнтерологии, что обуславливается широкой распространённостью функциональной и органической патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей[1]. В амбулаторной практике на первое место выходят функциональные расстройства[2], такие как функциональное билиарное пузырное расстройство и функциональное расстройство билиарного сфинктера Одди. Одним из наиболее частых проявлений патологии билиарного тракта является болевой синдром. В амбулаторной практике участкового врача-терапевта и гастроэнтеролога пациенты с синдромом билиарной боли встречаются довольно часто, что диктует необходимость максимальной оптимизации лечения для таких больных[3].

Цель. Изучить качество жизни пациента с билиарной болью и влияние применения современного спазмолитического препарата для купирования билиарной боли.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 30 пациентов с билиарной болью, которые находятся под наблюдением врачей поликлиники ГБУЗ РК «Симферопольская клиническая больница». Для исследования использовали данные общеклинического, биохимического и сонографического исследования. Полученные данные статистически обработали при помощи стандартных программ Microsoft Office Excell и Statistica for Windows.

Результаты исследования. В настоящее время функциональные гастроинтестинальные расстройства отечественные и зарубежные врачи-гастроэнтерологи рассматривают как наиболее частую патологию желудочно-кишечного тракта, в особенности, в амбулаторной практике. В основе данных расстройств лежат комбинированные морфологические и физиологические отклонения, связанные с висцеральной гиперчувствительностью, нарушением моторики желудочно-кишечного тракта, нарушениями в защитном слизистом барьере, расстройствами иммунной функции, состава кишечной микрофлоры, а также расстройствами со стороны центральной нервной системы. Таким образом, по данным экспертов, актуальной сегодня является оптимизация уже имеющейся лекарственной терапии. Приоритетным выбрано направление, которое подразумевает приём препаратов, обладающих многоцелевым эффектом. Одним из наиболее применяемых препаратов считается Тримебутин, который представляет собой селективный спазмолитик (наиболее активный в отношении желудочно-кишечного тракта) с выраженной анестезирующей и прокинетической активностью.

Исследование применения Тримебутина при ведении пациентов с билиарной болью в амбулаторных условиях показало, что данный препарат эффективно купирует симптомы функциональных расстройств. После применения данного препарата по схеме 200 мг три раза в сутки на протяжении четырёх недель у 25 (83,3%) исследуемых отмечалось снижение интенсивности болевого синдрома, нормализация сократительной функции желчного пузыря и сфинктера Одди. При детализации жалоб, выявили качественные и количественные их изменения по сравнению с периодом до лечения: нарушение сна, раздражительность (до лечения отмечалось у 76% больных, после лечения данная жалоба осталась лишь у 32% исследуемых); вздутие живота было отмечено у 33,3% до лечения и 0% после); эпизоды болей длительностью 30 минут и более отмечались у 46,7% исследуемых против 12,3% после терапии; рецидивирующие симптомы болей длительностью 30 минут с различными интервалами до лечения Тримебутином встречались в 36,7% случаев, после – у 0%); боли умеренные или сильные, достаточные для

нарушения активности пациента были выявлены у 26,3% до терапии и у 0% после; боли не уменьшающиеся после стула отмечались у 33,3% больных, после лечения у 0%; боли не уменьшающиеся при смене положения у 23,6% против 0% после лечения; запоры встречались в 36,7% случаев до лечения и у 0% после.

Заключение. Согласно вышеизложенному, приём Тримебутина по стандартизированной схеме оказывает высокий терапевтический эффект пациентам с функциональными расстройствами билиарной системы. Он эффективен в купировании болевого синдрома, а так же отмечается существенное улучшение качества жизни пациентов и снижение риска развития у них органической патологии на фоне функциональной.

Список литературы.

1. Drossman D.A., Hasler W.L., Rome IV – Functional GI disorders of Gut-Brain interactions Gastroenterology 2016;150 (6); 1262-79.
2. Трухан Д.И., Викторова И.А., Внутренние болезни; Гастроэнтерология. СПб, СпецЛит, 2013, 367с.
3. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Яковенко А.В. и др. Эффективность агониста опиатных рецепторов тримебутина в терапии нарушений моторной функции желчевыводящих путей. Consilium Medicum, 2008; 08; 52-7.

СРЕДСТВО ОПТИМИЗАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СПОРТСМЕНОВ - ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНАЯ МИОРЕЛАКСАЦИЯ

Литнарович Л.М., Кучер А.С.

Научные руководители: ст. преподаватель Маметова О. Б., к.ф.н. доцент Лукавенко А. В. Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Введение. Многие виды спорта предъявляют высокие требования к опорно-двигательному аппарату спортсменов, которые зачастую превышают их резервные возможности [1]. Развивающиеся гипертонусы паравертебральных и корпусных мышц, формируются в зонах дестабилизации и нарушений моторных паттернов опорно-двигательного аппарата, приводят к снижению аэробного потенциала мышц и периартикулярных тканей, следовательно, это значительно снижает специфическую, и общую работоспособность спортсменов.

Целью исследования было обоснование эффективности использования паравертебральной миорелаксации в водной среде в оптимизации функционального состояния кардиореспираторной системы спортсменов.

Для этого необходимо изучить воздействие паравертебральной миорелаксации на электрические процессы в сердце у спортсменов.

И провести сравнительный анализ влияния паравертебральной миорелаксации на механизмы регуляции ритма сердца у спортсменов занимающихся различными видами спорта

Материал и методы. В исследовании принимали участие 60 спортсменов юношей в возрасте от 18 до 25 лет, имеющих квалификацию 1 разряда до Мастера спорта. В первую группу входили 30 спортсменов-тяжелоатлетов, как представители оптимальной адаптации к нагрузкам алактатного режима энергообеспечения (группа1), 30 футболистов, для этого вида деятельности характерна адаптация к нагрузкам аэробно-анаэробного режима энергообеспечения (группа2). При помощи 12-канального компьютерного ЭКГ-комплекса Cardiolife до и после паравертебральной миорелаксации также регистрировали показатели электрокардиографии.

Полученные данные подвергались статистической обработке. Применялся метод статистической характеристики вариационного ряда с определением средней арифметической ($\bar{x}$) и ошибки средней арифметической ($S_{\bar{x}}$). Статистически достоверные различия характеризовались значением p не более 0,05. Для анализа данных использовался статистический пакет Statistica 6.1.

Результаты и обсуждение. В ходе изучения влияния паравертебральной миорелаксации была получена информация, свидетельствующая о том, что показатели электрокардиографии у спортсменов различных групп под влиянием паравертебральной миорелаксации изменялись по-разному.

У испытуемых 1-ой группы (тяжелоатлеты) данный показатель почти не менялся. А вот у респондентов 2-ой группы (футболисты) наблюдалась противоположная реакция - длительность сердечного цикла после паравертебральной миорелаксации увеличилась от 0,935 до 1,059 с.

Следовательно, паравертебральная миорелаксация приводит к уменьшению времени проведения возбуждения от предсердий к желудочкам (PQ) в не зависимости от изменений частоты сердечных сокращений (ЧСС). Отсутствие зависимости между ЧСС (R-R) и PQ после

паравертебральной миорелаксации, вероятнее всего взаимосвязано с двумя факторами. Занятия на растяжение паравертебральных мышц опосредовано, за счёт миовисцеральных связей [2], действует как фактор, увеличивающий скорость прохождения электрического импульса, тем самым сокращает время предсердно-желудочковой проводимости, а увеличение R-R у спортсменов 1-й группы связано с увеличением времени электрической систолы, охвата возбуждением миокарда желудочков и увеличением диастолы.

Заключение.

Исходя, из этого можно сделать вывод о существовании различных механизмов адаптации проводящей системы сердца в условиях влияния паравертебральной миорелаксации. Полученная разница предопределена двумя основными факторами: функциональным состоянием кардиореспираторной системы в целом и функциональным состоянием синусового узла и проводящей системы сердца в частности.

Следовательно, изменение ЭКГ в условиях паравертебральной миорелаксации у физически подготовленных лиц следует использовать в качестве критерия оценки тракционных влияний в водной среде, для оптимизации функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Список литературы.

1. Hines E. W. Fitness swimming. / E. W. Hines – Human Kinetics, 2014. – 185 p.
2. Сышко Д.В. Влияние паравертебральной миорелаксации на электрические процессы в сердце у спортсменов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. - 2013. - № 2. - С. 79-83.

АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СНА

Мазурина К.В., Ененко В.А.

Научные руководители: к.м.н. ассистент Мищенко Е.А., к.м.н. Фаянс А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В последние годы все больше внимания уделяется проблеме нарушений сна в молодом возрасте [2, 3]. Здоровый образ жизни и соблюдение гигиены сна – основные компоненты хорошего сна. Плохое качество сна и дневная сонливость ассоциируются с

кардиоваскулярными заболеваниями, низкой академической успеваемостью и психологическим стрессом. В целом распространенность клинически значимых нарушений дыхания во сне достигает 15% у пациентов терапевтического профиля [1,6]. В последние годы в мире широкое распространение получила компьютерная пульсоксиметрия (МКП), позволяющая мониторировать сатурацию во время ночного сна. МКП является простым и эффективным методом скрининговой диагностики расстройств дыхания во сне, который показал высокую эффективность при минимальных затратах материальных и человеческих ресурсов [1].

Цель исследования: изучение особенностей пульсоксиметрии у молодых людей с нарушениями сна.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 37 студентов 4 курса лечебного факультета СТГМУ в возрасте $22 \pm 1,1$ лет. Из них девушек – 26, юношей – 11. Все студенты проанкетированы по Берлинскому опроснику, который применяется для выявления синдрома апноэ во время сна. Также всем участникам исследования проводилась амбулаторная мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия. Для мониторинга применялся компьютерный пульсоксиметр (PulseOX 7500, Израиль). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы статистического анализа в Excell. Для оценки статистической значимости различий в двух групп 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 результатам анкетирования с помощью Берлинского опросника высокая вероятность наличия нарушений дыхания во время сна была выявлена у 62% (23 чел) респондентов. Всего у 38% (14 чел) по данным этого опросника была низкая вероятность наличия патологии дыхания во сне. Обследуемые были разделены на две группы в зависимости от результатов анкетирования. На основе полученных данных, можно отметить, что средний уровень сатурации в группах не отличался и составил 99%. В тоже время уровень минимальной сатурации был группе с высокой вероятностью апноэ во сне (88%). Общее кол-во десатурации в первой группе составило 8,5, во второй – 10,1. Индекс десатурации в группе с низкой вероятностью апноэ – 1,7 и с высокой 1,1. Базовая сатурация равнялась 97,5% у людей с низкой вероятностью апноэ, с высокой вероятностью апноэ – 92,6%. Максимальная длительность десатурации у людей с низкой вероятностью апноэ составила 0,9 мин, у людей с высокой вероятностью апноэ – 2 мин. Длительность десатурации < 89 у лиц с низкой вероятностью апноэ составило 0,15 мин, с высокой вероятностью 0,9 мин. Длительность $SpO_2 < 89$ у лиц с низкой вероятностью апноэ – 3,2 мин, с высокой вероятностью апноэ 5,4 мин. Время, когда сатурация равнялась 100-94% составляло 97,6% у людей из группы с низкой вероятностью апноэ, а из группы с высокой вероятностью апноэ - 98%. В свою очередь, SpO_2 93-88% наблюдалось в течении 1,35% от всего времени мониторинга у лиц из группы с низкой вероятностью апноэ и 1,6% с высокой вероятностью апноэ. Достоверных различий не выявлено.

Закключение. Подсчет индекса десатурации позволяет, фактически, судить об индексе апноэ / гипопноэ [1, 4]. Таким образом, мониторинговая компьютерная пульсоксиметрия с достаточной точностью позволяет предположить наличие и тяжесть синдрома апноэ во сне [5]. В нашей работе у лиц молодого возраста даже с жалобами на храп, клинически значимых десатураций выявлено не было. Однако уже отмечена прогностически неблагоприятная тенденция в виде более продолжительного времени десатураций у лиц с высоким риском вероятности апноэ во сне, выявленным с помощью Берлинского опросника.

1. Бузунов Р.В. Компьютерная пульсоксиметрия в диагностике нарушений дыхания во сне: учебное пособие / Р.В. Бузунов, И.Л.Иванова, Ю.Н.Кононов, С.Л.Лопухин, Л.Т.Пименов – Ижевск: ИГМА, 2013.– 40 с.
2. Каков С.В. «Пульсоксиметрия» / С.В. Каков, В.П. Мулер, Вестник новых медицинских технологий – 2006 – Т.ХІІІ, №1 – с.171;
3. «Руководство по пульсоксиметрии» / Учебное руководство ВОЗ 2009 г. – 23 с.
4. Gravenstein J.S. / Gas monitoring and pulse oximetry / J.S. Gravenstein – 2016 –Р. 93-101, 139
5. Jubran, A / Pulse oximetry / Jubran, A., Critical care, London, England – 2015
6. Marcucci Catrin / Avoiding common anesthesia errors / Catrin Marcucci, Norman A. Cohen, David G. Metro, Jeffrey K. Kirsch – 2011, P – 430-435, 1072

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ

Мальцева А.Н., Старикова А.С., Старикова О.С.

Научные руководители: Ищенко О.П., Собко Е.А., Демко И.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

С проблемами лекарственной аллергии сталкиваются врачи различных специальностей. Успехи фармакологии и создание новых лечебных и диагностических средств, требуют большого внимания к их применению [3]. Это показывает, что предварительное аллергологическое обследование пациентов, имеющих в анамнезе реакции на введение РКС, является актуальной проблемой на сегодняшний момент.

Цель. Провести ретроспективный анализ частоты возникновения нежелательных реакций у больных при проведении коронароангиографии (КАГ) на базе КГБУЗ ККБ.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 2753 историй болезней пациентов, находящихся на лечении в кардиологических отделениях КГБУЗ ККБ, которым была проведена КАГ в 2015 г.

Результаты. Аллергическая реакция при проведении КАГ была выявлена у 27 больных, что составляет 0,98%. Проявилась в виде токсикодермии (35,7%), крапивницы (21,4%), макулопапулезной сыпи (17,9%), респираторного синдрома в 17,9% случаев, так же присутствовали явления шока (7,1%). Поскольку в условиях КГБУЗ ККБ чаще всего при проведении КАГ применялся Визипак, в большинстве случаев (62%) он вызывал аллергические реакции, в то время как Ультравист – в 38% случаев. Многие исследования посвящены изучению аллергических реакций на рентгенконтрастные препараты. Одни авторы анализируют химическую структуру и физические свойства веществ [2], другие – сенсibilизацию организма и виды возникающих реакций.

Зависимости тяжести аллергической реакции от дозы используемого препарата не было обнаружено: наиболее тяжёлые реакции возникли на дозе в 50 мл, что может свидетельствовать о развитии истинной аллергической реакции у данных пациентов. Лекарственная аллергия в анамнезе в данной группе пациентов присутствовала в 33% случаев, преимущественно на рентгеноконтрастные препараты (РКП). Премедикация была проведена 154 пациентам, но эффект от премедикации достигнут был у 150 пациентов (97%). У 4 пациентов развилась аллергическая реакция на РКП, у 3 из них – на повторное введение РКП. Стоит отметить положительное влияние плановой премедикации перед проведением рентгенконтрастных исследований. Так, Н.В. Лебедева, Т.Н. Мясникова, Т.В. Латышева представляют случай пациентки с выявленными в анамнезе аллергическими реакциями на контрастные препараты. За 72, 48, 24, 12 и 1ч до

КАГ проведена премедикация и в дальнейшем исследование прошло без развития нежелательных реакций. [1]

Выводы. Лекарственная аллергия на введение РКП составила 0,98%. Наиболее частые проявления реакций – токсикодермия 35,7%, генерализованная крапивница 21,4%, макулопапулезная сыпь 17,9%. По итогам работы определены основные показания для консультации аллерголога и пересмотрены схемы премедикации.

Список литературы

1. Лебедева Н.В., Мясникова Т.Н., Латышева Т.В. ФГБУ Диагностика замедленных реакций гиперчувствительности на введение йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ. Клинические случаи. «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, г. Москва. Российский аллергологический журнал №3 – 2013г.
2. Фоминых В.П., Финешин И.Н., Шариков П.В. Рентгеноконтрастные препараты. Взгляд реаниматолога. Российский Электронный Журнал Лучевой Диагностики, Том 2 №1. 2012г.
3. Trcka J., Schmidt C., Seitz C.S., 2008

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Мальцева А.Н., Старикова А.С., Старикова О.С.

Научные руководители: Ищенко О.П., Собко Е.А., Демко И.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Бронхиальная астма (БА) – одно из самых распространённых заболеваний. Несмотря на наличие необходимых рекомендаций по лечению и ведению пациентов, число больных с неконтролируемым течением БА не уменьшается. Многочисленные исследования посвящены изучению этой проблемы [3]. Подчёркивается влияние респираторных инфекций и профессиональных факторов с одной стороны [2], с другой – сопутствующей патологии [6]. Поиск предикторов неконтролируемого течения БА является актуальной проблемой, и остаются дискуссионными вопросы коморбидной патологии при БА.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ клинико-функциональных параметров у больных БА различной степени тяжести за период 2009-2016гг. с целью выявления предикторов прогрессирования заболевания.

Материалы и методы исследования. С 2009г. по 2011г. было набрано 280 пациентов: 30 человек с БА лёгкого течения, 111 больных со среднетяжёлой БА, 76 пациентов с тяжёлой нестероидозависимой БА (ТНБА), 63 человека с тяжёлой стероидозависимой БА (ТСБА). У каждого пациента проведена оценка клинико-функциональных показателей в 2009 – 2011гг. и в 2016г. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы Statistica 10.0. Количественные значения представлены в виде медианы и интерквартильного интервала. В сравнительном анализе использовался U-критерий Манна—Уитни. Повторные измерения анализировались посредством T-критерия Вилкоксона. Частоту встречаемости признака оценивали с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса. Для оценки относительного риска рассчитывалось отношение шансов (ОШ) и его 95%-й доверительный интервал.

Результаты и их обсуждение. Изучение уровня контроля астмы с помощью теста АСТТМ в 2009г. выявило полный контроль у больных с лёгкой и среднетяжелой БА в 44,4%(±5) и в 20,2%(±4) случаев соответственно. У больных тяжёлой БА контроль отсутствовал почти у всех пациентов. Согласно результатам теста АСТ через 5 лет,

полный контроль регистрировался у 85,7% ($\pm 13,2$) больных с лёгкой БА, у 69,5% ($\pm 4,8$) пациентов со среднетяжёлой БА. Контроль отсутствовал у трети пациентов со среднетяжёлой астмой ($28,3 \pm 4,7\%$), у большинства больных с ТНБА ($71,6 \pm 4,6\%$) и у всех пациентов с ТСБА. По данным исследования НИКА, опубликованного в 2011г., в России контроль над БА был в 23% случаев [1]. Мы провели анализ возможных причин неконтролируемого течения БА. У пациентов с БА среднетяжелого течения наиболее значимыми оказались следующие факторы: неадекватная базисная терапия (ОШ=2,573 [2,753;19,214]), курение (ОШ=3,746 [1,194;77,754]), женский пол (ОШ=2,952 [1,051-8,290]), наличие гипертонической болезни (ГБ) (ОШ=3,125 [1,205;8,104]) и ЛОР-патология (ОШ=4,851 [1,042-22,578]). При ТНБА статистически значимыми являются следующие факторы: возраст старше 60 лет (ОШ=7,738 [1,691-35,419]), ИБС (ОШ=6,818 [1,486;31,292]) и ГБ (ОШ=7,537 [2,756;20,579]), неадекватная базисная терапия (ОШ=4,116 [1,377-12,306]). Многие авторы изучали причины неконтролируемого течения БА. Позднякова О.Ю. определила тип больного с неконтролируемой БА: женщина с генерализованной обструкцией, коморбидной патологией, и низкой приверженностью к терапии [4]. В других работах установлены основные факторы, влияющие на уровень контроля БА: степень тяжести и давность заболевания, возраст, стаж курения и ОФВ1 ниже 60% [5].

В нашем проспективном наблюдательном исследовании с 2009 по 2016гг. отмечено ухудшение течения астмы у 21 больного ($8,4 \pm 2,8\%$). Выявлены причины, утяжелившие БА: респираторные инфекции более 4 раз в год ($38,1 \pm 2,8\%$), тяжёлая пневмония ($14,3 \pm 7,6\%$), курение ($42,8 \pm 10,8\%$). Одна из наиболее значимых причин ухудшения - нерегулярная базисная терапия (ОШ 3,636 [1,456; 9,082]). Результаты проспективного наблюдения показали увеличение числа больных с ГБ на 11,2% ($45,4 \pm 3,1\%$ в 2009-2011гг. и $56,6 \pm 3,1\%$ в 2016г.) и развитие сердечно-сосудистой патологии у 21,1% ($\pm 2,6\%$), которая изначально была критерием исключения из исследования, что затрудняет достижение контроля над БА.

Заключение. Наиболее значимыми факторами, влияющими на достижение контролируемого течения при среднетяжёлой БА, являются: неадекватная базисная терапия (ОШ=2,573 [2,753-19,214]), курение (ОШ=3,746 [1,194-11,754]), женский пол (ОШ=2,952 [1,051-8,290]), наличие ГБ (ОШ=3,125 [1,205-8,104]) и ЛОР-патология (ОШ=4,851[1,042-22,578]). При тяжёлом течении БА статистически значимы следующие причины: возраст старше 60 лет (ОШ=7,738 [1,691-35,419]), ИБС (ОШ=6,818 [1,486-31,292]) и ГБ (ОШ=7,537 [2,756-20,549]), неадекватная базисная терапия (ОШ=4,116 [1,377-12,306]). При пятилетнем наблюдении отмечено ухудшение течения БА у 8,4% ($\pm 2,8$). Основная причина - неадекватная базисная терапия. Также отмечается возникновение ИБС в 21,1% случаев и рост заболеваемости ГБ на 11,2%. Неадекватная терапия и сопутствующая патология занимают ведущие позиции в структуре причин неконтролируемого течения БА.

Список литературы.

1. Архипов В.В., Григорьева Е.В., Гавришина Е.В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового наблюдательного исследования НИКА, 2011г.
2. Демко И.В., Гордеева Н.В., Петрова М.М., Артюхов И.П. Клиника и лечение бронхиальной астмы, сочетающейся с патологией сердечно-сосудистой системы. Бюллетень сибирской медицины. 2007; 2: С.90 - 97
3. Титова О., Козырев А., Суховская О. Влияние различных факторов риска на течение и прогноз бронхиальной астмы. Врач. - 2013. - № 6. - С. 85-87
4. Позднякова О.Ю. Клинико-фенотипическая характеристика неконтролируемой бронхиальной астмы и персонализированный подход к диагностике и лечению в амбулаторно-поликлинических условиях, автореферат, Ставрополь; 2015г.

5. Собко Е.А., Демко И.В., Ищенко О.П. и др. Факторы риска формирования неконтролируемого течения астмы у жителей Красноярского края . Сборник трудов конгресса XXIV Национальный конгресс по болезням органов дыхания. - Москва, ООО ДизайнПресс.- 2014.- С.46
6. Soriano J.B., Visick G.T., Muellerova H. etc. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. Chest128. 2005/ P. 2099—2107

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Малярчук С.А., Елфимов А.И., Старокожева В.С., Попандопуло А.С.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Малыхин Ф.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из глобальных проблем мирового здравоохранения [1]. ХОБЛ является единственным заболеванием, смертность от которого по сей день продолжает увеличиваться [4]. Помимо этого, низкий комплаенс в последние годы расценивается как самостоятельный фактор, негативно сказывающийся на течении и исходе заболевания, а так же на качество медикаментозного и немедикаментозного лечения, качество жизни [2, 3, 5]. В связи с этим особое внимание уделяется качеству терапевтического результата лечения больных с ХОБЛ. Исходя из вышесказанного, представилось интересным изучить, насколько пациенты с ХОБЛ привержены к лечению.

Материалы и методы. Сравнительная оценка комплаентности больных проводилась с использованием специальной анкеты [6]. Полученные результаты статистически обрабатывали с помощью пакета стандартных программ «Statistik»: оценка значимости различий средних величин по t-критерию Стьюдента, статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В опросе приняли участие 136 пациентов (55,1% мужчин, и 44,9% женщин) пульмонологического и терапевтического отделений ГКБ СМП, ГКБ № 2 г. Ставрополя, имеющих в анамнезе ХОБЛ. Возраст от 40 до 92 лет. Средний возраст респондентов равен $65,5 \pm 15,5$ лет. В возрасте 40-59 лет было 74 человек (54,4%, средний возраст респондентов – $50 \pm 9,5$ лет), 60 лет и старше - 62 человек (45,6 %, средний возраст респондентов – $76,5 \pm 16,5$ лет). Средняя ЖЕЛ составила $1,78 \pm 0,52$ л. Образование среднее (58,9%), среднее техническое (22%), высшее (19,1%).

Среди всех протестированных 52,9 % респондентов имели высокий коэффициент приверженности к лечению, а 47,1% - умеренный коэффициент комплаентности. Замечено, что среди респондентов высокий коэффициент приверженности у женщин (68,8 %) преобладает над умеренным коэффициентом комплаенса (31,2 %, $p < 0,05$). В то время как у мужчин высокий коэффициент комплаенса (52%) превалирует над умеренным коэффициентом приверженности к лечению (48 %). Среднее значение комплаенса в группе: высокий уровень - 59,5 %, умеренный - 40,5 %.

Среди пациентов в возрасте 40-59 лет имеют высокую приверженность к лечению 64,2 % респондентов, в отличие от возрастной группы лиц 60 лет и старше, где высокая комплаентность отмечается у 47,8 %. Умеренный коэффициент приверженности к лечению преобладает среди пациентов 60 лет и старше (52,2 %), среди тестируемых в возрасте 40-59 лет умеренная комплаентность отмечается у 35,8 % респондентов ($p < 0,05$). Среднее значение комплаенса в группе: высокий уровень - 51,4 %, умеренный - 48,6 %.

У пациентов, не имеющих в анамнезе такой вредной привычки как курение, высокий коэффициент комплаентности зафиксирован у 53,7 % опрошенных, а умеренный коэффициент - у 46,3 %. Среди курящих в настоящее время или куривших в прошлом

наблюдается тенденция к умеренному коэффициенту приверженности (57,7 %), высокий коэффициент комплаентности отмечается только у 42,3 %. Среднее значение комплайенса в группе: высокий уровень - 50,7 %, умеренный - 49,3 %.

Высокий коэффициент приверженности к лечению наблюдается у 60 % всех респондентов проживающих в городе Ставрополе и у 40 % иногородних респондентов. Умеренный коэффициент комплаентности отмечался у 40% жителей города Ставрополя и 60 % от общего количества иногородних респондентов ($p<0,02$). Среднее значение комплайенса в группе: высокий уровень - 55,8 %, умеренный – 44,2 %.

По результатам опроса выявлено, что чем ниже уровень образования опрошенных, тем меньшей комплаентностью они обладают, высокая степень приверженности наблюдалась всего у 58,3 % опрошенных без образования по сравнению с респондентами со средним (45 %) и высшим образованием (69,2 %). Умеренный уровень комплайенса соответственно составлял 41,7% в группе респондентов без образования, 55% со средним техническим образованием и 30,8% у опрошенных с высшим образованием ($p<0,05$). Среднее значение комплайенса в группе: высокий уровень - 56,6 %, умеренный - 43,4 %.

Выводы:

1. При сравнительной оценке приверженности пациентов к лечению установлено, что женщины несколько более комплаентны по сравнению с мужчинами.
2. Среди пациентов в возрасте 40-59 лет имеет высокую приверженность к лечению большая доля респондентов, чем в возрастной группе лиц 60 лет и старше.
3. Выявлено, что жители города Ставрополя более привержены к лечению по сравнению с иногородними респондентами.

Список литературы.

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2014 г.). Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. - М.: Рос. респ. общ., 2015. — 92 с.
2. Малыхин Ф.Т. Проблемы качества жизни у пациентов старших возрастных групп / Ф.Т. Малыхин // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2012. - Т. 26. - № 2. - С. 96-101.
3. Малыхин Ф.Т. Оценка уровня информированности пациентов старшей возрастной группы с хронической обструктивной болезнью легких об этом заболевании и методах его лечения / Ф.Т. Малыхин, В.А. Батурин // Клиническая геронтология. - 2017. - Т. 23. - № 9-10. - С. 40-41.
4. Малыхин Ф.Т. Потенциально нерекомендуемые лекарственные препараты в листах назначений пожилых пациентов / Ф.Т. Малыхин, В.А. Батурин // Актуальные вопросы гериатрии: материалы VIII межрегиональной научно-практической конференции. - 2016. - С. 41-44.
5. Малыхин Ф.Т. Сопоставление показателей клинического анализа крови при хронических обструктивных заболеваниях легких. / Ф.Т. Малыхин, Н.В. Журбина // Актуальные вопросы современной медицины: материалы IX межрегиональной научно-практической конференции для врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа. - 2017. - С. 101-104.
6. Николаев Н.А. Количественная оценка приверженности к лечению в клинической медицине: протокол, процедура, интерпретация / Н.А. Николаев, Ю.П. Скирденко, В.В. Жеребилов // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 1. – С. 50-59.

**РЕГУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ПО ДАННЫМ
КАПНОГРАФИИ
Махмудова С.Э.**

Научный руководитель: д.м.н. профессор Барламов П.Н.
Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера

По концентрации углекислого газа в выдыхаемом воздухе можно судить о нарушении деятельности дыхательного центра [1, 2].

Целью исследования являлось изучение особенности нарушений регуляции дыхания у больных ХОБЛ на основании капнографии выдыхаемого воздуха.

Материал и методы. Обследовано 60 больных ХОБЛ (возраст 35 - 60 лет). Все больные имели ремиссию заболевания. Легкое течение было у 12, среднетяжелое – у 22, тяжелое – у 26 человек. Контрольную группу составили 17 здоровых человек. ХОБЛ диагностировалась согласно рекомендациям рабочей группы GOLD [3].

Конечное значение CO_2 в объемных процентах (об.%) в конце выдоха определяли с помощью капнографа TIDAL WAVE SpTM Модель 615 (диапазон 0-19.7%).

При концентрации CO_2 в конечной части выдыхаемого воздуха ниже 4.8 об.% диагностировали гипервентиляционный синдром стабильного течения [1].

Гипервентиляционный синдром лабильного течения [1] выделяли в случае, если уровень CO_2 к пятой минуте восстановительного периода пробы с произвольной гипервентиляцией (ППГВ) не достигал 66% исходного (менее 4.8 об%).

Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием программного пакета «Statistica 9.0».

Изучаемые количественные признаки представлены в виде среднего со средним квадратичным отклонением $M \pm \sigma$, где M – среднее, σ – одно стандартное отклонение.

Для проверки гипотезы о равенстве средних для двух групп использовался критерий Стьюдента; для трех групп и более – критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони. Различия между выборками считались статистически достоверными при значении альфа-ошибки менее 0,05.

Результаты и обсуждение. Чаще всего (77,3%) ГВС выявлялась у больных со среднетяжелым ХОБЛ. При легком течении заболевания ГВС встречалась в 75% случаев, при тяжелом течении – 42,3% случаев.

При легком течении заболевания лабильное течение обнаруживалось в 8,3% случаев, стабильное – в 66,6%. При течении средней тяжести лабильный ГВС обнаружен у 9,0%, стабильный – у 68,2% больных. При тяжелом течении гипервентиляция наблюдалась реже (42,3%) (лабильный ГВС - 34,6%; стабильный - 7,7%).

Капнография обнаружила, что у больных ХОБЛ с легким и среднетяжелым течением наблюдалась исходная гипокапния ($4,67 \pm 0,19$ и $4,45 \pm 0,24$ об.% соответственно). Различия с контролем ($5,27 \pm 0,04$ об.%) достоверны ($p < 0,001$). У больных с тяжелым течением ХОБЛ наблюдалась нормакапния ($5,03 \pm 0,22$ об.%).

При проведении ППГВ уровень гипокапнии у больных с легким и среднетяжелым течением ($4,49 \pm 0,24$ и $4,4 \pm 0,23$ об.% соответственно) был достоверно выше, чем в контрольной группе ($5,26 \pm 0,04$ об.%). В группе с тяжелым ХОБЛ ($4,81 \pm 0,26$ об. %) значимых различий в уровне гипокапнии с контрольной группой в ППГВ не выявлено.

В течение восстановительного периода отсутствие достижения исходных значений $PACO_2$ зафиксировано у больных с легким течением ХОБЛ ($p < 0,05$), а также отмечена тенденция к гипокапнии в группе с тяжелым ХОБЛ.

Полученные данные свидетельствуют о гипервентиляционных нарушениях регуляции дыхания у большинства больных ХОБЛ. Однако при легком и среднетяжелом течении эти расстройства выражены сильнее.

При тяжелом течении мы обнаружили более высокое содержание $PACO_2$, что подтверждалось увеличением количества больных без ГВС в данной группе и большей частотой проявлений лабильного течения ГВС.

Выводы.

1. Для большинства больных ХОБЛ характерны гипервентиляционные нарушения регуляции дыхания.
2. Гипервентиляционные расстройства наиболее выражены в группе больных ХОБЛ легкого и среднетяжелого течения
3. При прогрессировании заболевания частота и выраженность гипервентиляционных синдромов уменьшаются.

Список литературы.

1. Абросимов В.Н. Гипервентиляционный синдром в клинике практического врача / В. Н. Абросимов // – Рязань, 2001. – 136 с.
2. Абросимов В.Н. Объемная капнография: возможности применения в пульмонологической практике / В.Н. Абросимов, Ю.Ю. Бяловский, С.В. Субботин и др. // Пульмонология. - 2017. - Т. 27.- № 1. С. 65-70.
3. Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких // Доклад рабочей группы Национального Института Сердца, Легких и Крови и Всемирной организации Здравоохранения. (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. под общ. ред. А.С. Белевского. - М.: Российское респираторное общество, 2014. - 80 с.

НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Мисиров И.М., Шогенова Л.С.

Кабардино-Балкарский Государственный университет им. Х.М. Бербекова

Введение. Согласно данным статистики ВОЗ, от остеопороза (ОП) в мире страдает каждая третья женщина и каждый пятый мужчина в возрасте после 45–50 лет.

Остеопороз – наиболее частая причина низкоэнергетических переломов, возникающих при небольшой травме, т.е. при падении с высоты собственного роста и ниже, или спонтанно.

Эпидемиологические исследования, проведенные в ряде городов России, выявили существенные различия распространенности низкоэнергетических переломов. В этой связи особую значимость имеет проведение региональных ретроспективных эпидемиологических исследований частоты остеопорозных переломов.

Необходимо определение инцидентности низкоэнергетических переломов среди жителей Кабардино-Балкарской республики для разработки системы профилактических и лечебных мероприятий, направленных на снижение частоты переломов на фоне остеопороза с учетом региональных особенностей.

Материалы и методы. Проведен анализ травматических повреждений среди населения по обращаемости в травматологический пункт в 2016 г. Исследовались все журналы обращений в травматологический пункт. Все травмы имели рентгенологическое подтверждение. Из общего числа выделялись переломы, полученные при минимальной травме, т.е. при падении с высоты собственного роста и ниже, а также спонтанные. Учитывали, как общее число переломов и переломов при минимальной травме у мужчин и женщин отдельно, так и их количество по каждой возрастной группе. Сведения о численности населения, половом и возрастном его распределении за изучаемый период взяты в территориальном органе Федеральной службы государственной статистики по КБР. Для анализа частоты переломов применялся эпидемиологический показатель инцидентности – «число случаев, возникших в течение определенного времени в определенной популяции», рассчитываемый на 100 тыс. населения.

Результаты и обсуждение. Всего в травматологический пункт в 2016г. по поводу переломов различных локализаций обратилось 2455 человек (инцидентность в общей популяции-1023 на 100 тыс. населения). Из общего количества были отобраны амбулаторные карты больных старше 30 лет. Инцидентность переломов различных локализаций среди лиц в возрасте 30 лет и старше составила 758 случаев (363 мужчин, 395 женщин) 315,8 на 100 тыс. населения (среди мужчин -151, и среди женщин-164,5%).

Анализ абсолютного количества переломов по возрастным группам показал следующее: в возрасте 30-35 лет-20,5%, 36-45 лет-18,07%, 46-55-19,7%, 56-60 лет-13,7%, 66-70 лет-12,4%, 66-70 лет-5,27%, 70 лет и старше 10,3%.

В структуре переломов различных локализаций перелом плечевой кости составил 6,72%, лучевой кости-12,0%, проксимального отдела бедренной кости-3,03%, другие локализации (кости кисти и стоп) 78,2%. Низкий удельный вес переломов проксимального отдела бедренной кости объясняется госпитализацией больных сразу в травматологическое отделение, минуя травматологический пункт.

Последствия остеопороза представляют реальную угрозу для жизни человека. После первого перелома риск последующих переломов любой локализации составляет 86%, запускается «каскад переломов». В нашем исследовании обнаружено, что в 93,5% случаев переломы отмечались впервые, повторные переломы в 6,5% случаев.

Остеопороз, развивающийся в периоде постменопаузы, относится к классу первичных остеопорозов. Известно, что снижение секреции половых гормонов сопровождается уменьшением минеральной плотности костной ткани. Кроме того, имеет место подавление активности остеобластов, что приводит к преобладанию резорбции над процессами формирования костной ткани. В нашем исследовании 70,1% (277) женщин с различными переломами были в постменопаузе.

Результаты наших исследований показали, что больным не проводилось комплексное обследование, в том числе, определение плотности костной ткани, а также не назначалась медикаментозная терапия противоостеопорозными препаратами для профилактики повторных переломов.

Заключение.

1. Проведенное исследование выявило высокий уровень инцидентности среди жителей Кабардино-Балкарской республики.

2. Наибольшую долю лиц с низкоэнергетическими переломами составили женщины в возрасте 46-55 лет.

3. Для своевременной профилактики переломов на фоне остеопороза необходимо проводить рентген - денситометрический контроль.

4. Полученные данные могут стать основой для расчета инцидентности остеопорозных переломов на региональном уровне и разработки профилактических программ, направленных на раннее выявление и лечение остеопороза.

5. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости внедрения профилактических программ, направленных на раннее выявление и лечение остеопороза, т. ч. Школ больных остеопорозом. Пациенты должны быть проинформированы о природе их заболевания, факторах риска возникновения переломов.

Список литературы.

1. Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В. Опыт создания службы вторичной профилактики остеопоротических переломов костей в РНИИТО им. Р.Р. Вредена. Фарматека. 2015;(S4):27-33.

2. Клинические рекомендации по профилактике и ведению больных с остеопорозом. Изд. 2-е, доп. Под ред. О.М. Лесняк; Российская ассоциация по остеопорозу. Ярославль: Литера; 2012. 24 с.

3. Кочиш А.Ю., Иванов С.Н., Хрулев В.Н. Приверженность пациентов с малоэнергетическими переломами костей к диагностике системного остеопороза. Матер. науч.-практ. конф.: Актуальные проблемы медицины и биологии. СПб., 2010. С. 239–40.

4. Кочиш А.Ю., Лесняк О.М. Профилактика повторных переломов костей у пациентов с остеопорозом. В кн.: Остеопороз. Под ред. О.М. Лесняк. М. : ГЭОТАР-Медиа; 2016. Гл. 22. с. 446-462.

5. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Эпидемиология остеопороза и переломов. В кн.: Руководство по остеопорозу. Под ред. Л.И. Беневоленской. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний; 2003. Гл. 1. с. 10-55.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕНТАЛЬНОЙ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ «МАТЕМАТИЧЕСКИЙ СЧЕТ» В ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДГИПЕРТЕНЗИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Мищенко Е.А., Смирнова Т.А., Русиди А.В., Фурсова А.В., Итальянцева Е.В.,
Сергеева О.В., Евсеева М.Е.**

Научный руководитель: д.м.н. профессор Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет

Гипертензивные расстройства у молодых пациентов в ряде случаев связаны с психоэмоциональными нагрузками [1, 5]. С целью диагностики стресс – индуцированных состояний могут использоваться методы моделирования стрессовых ситуаций [3]. Обоснованием к применению проб с психоэмоциональным напряжением служит усиление под их влиянием деятельности сердечно – сосудистой системы пациента, находящегося в состоянии физического покоя [4].

Целью работы стало изучение реактивности сердечно-сосудистой системы на ментальную нагрузку в виде теста «математический счет» у юношей с предгипертензией и гипертензией.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 147 юношей возрастной категории 18-25 лет (средний возраст $20,69 \pm 0,25$ лет) с различным уровнем артериального давления. В первую группу наблюдения вошли юноши с оптимальным и нормальным уровнем АД (81 чел.), во вторую – с высоким нормальным АД (ВНАД) (30 чел.) и в третьей группе были представители с артериальной гипертензией (АГ) (36 чел.). В качестве теста, имитирующего острый ментальный стресс, использовали нагрузочную пробу «математический счет», который представляет собой устное вычитание однозначного числа (7) из трехзначного (624) с переключением внимания в условиях дефицита времени, помех и критики работы исследуемого. Оценку гемодинамики производили в исходном состоянии, на высоте нагрузки и на 5 минуте периода восстановления. Измерение гемодинамических показателей проводили с помощью автоматического аппарата для измерения АД OMRON M6 Comfort (HEM – 7221 – RU, производитель OMRON), успешно прошедшим тестирование по протоколам для измерения точности электронных приборов для измерения АД (ANSI/AAMI, BHS 93, EHS 2001). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы статистического анализа BioStat, AnalystSoft и в Excell. Все исследуемые параметры описаны медианой и 25, 75 перцентилями. Для выяснения различий между тремя группами использовался критерий ANOVA по Крускалу-Уоллису. При сравнении относительных величин пользовались критерий χ^2 . Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05.

Результаты. Средний исходный уровень АД в 1-ой группе наблюдения составлял 118/76 мм рт.ст., во 2-ой – 135/86 мм рт.ст., в 3-ей – 137/86 мм рт.ст. Частота сердечных

сокращений равнялась 71, 89 и 81,6 ударов минуту соответственно в трех вышеуказанных группах. В процессе нагрузочного тестирования у всех участников исследования в ответ на ментальный стресс наблюдалось повышение артериального давления, как систолического, так и диастолического, а также отмечалось учащение сердечных сокращений. Однако величина прироста гемодинамических показателей в группах различалась. Максимальный прирост систолического артериального давления (САД) на третьей минуте нагрузки был выявлен в группе АГ и составлял 11,5% (в 2 раза больше, чем в остальных группах). В группе с нормальным артериальным давлением и с ВНАД систолическое АД увеличилось на 5,1 и 5,9% соответственно. В то же время, наибольший прирост диастолического АД в ответ на эмоциональную нагрузку был отмечен во 2-ой группе (14,9%). В группах нормотензивных лиц и юношей с признаками АГ увеличение диастолического давления составляло 9,1% и 10% соответственно. Оказалось, что увеличение ДАД в ответ на ментальную нагрузку в группе ВНАД было в 1,5 раза больше, чем в остальных группах.

Обращает на себя внимание низкий прирост частоты сердечных сокращений в ходе психоэмоциональной нагрузочной пробы в группе ВНАД, который был в 3 раза меньше прироста в 1-ой и 3-ей группах. Это может быть связано с исходной высокой ЧСС во 2-ой группе.

Таким образом, разделение молодых людей на категории АД, согласно современным Национальным рекомендациям по диагностике и лечению АГ с выделением лиц с ВНАД позволяет выявить у них наличие изменений в стресс – реактивности гемодинамики в ответ на психоэмоциональную нагрузку даже более выраженную, чем при АГ. Особенно часто встречаются случаи с парадоксальной реакцией гемодинамики на стрессорное воздействие. Данный факт должен учитываться при работе с категорией молодых людей с так называемой предгипертензией [2, 5], которые по результатам нашего исследования показали максимальную стресс-реактивность в ответ на ментальную нагрузку[1].

Список литературы.

1. Психическая адаптация лиц молодого возраста с признаками впервые выявленной артериальной гипертонии /М.Е. Евсеева, Е.А. Мищенко [и др.] // Российский психиатрический журнал. 2013. № 2. С.43-49.
2. Предгипертензия (повышенное нормальное артериальное давление): лечить или наблюдать? / В.В. Фомин, М.М. Северова, А.В. Салдакеева, В.В. Панасюк // Фарматека. – 2010. – №11. – с.24–30.
3. Хасянова Э.Н. Стресс на рабочем месте / Э.Н. Хасянова, Н.А. Евстигнеева Н.А. // Успехи современного естествознания. – 2011. – №7. – С.230.
4. Щербатых, Ю.В. Влияние показателей высшей нервной деятельности студентов на характер протекания экзаменационного стресса / Ю.В. Щербатых // Журнал ВПД им. И.П. Павлова. 2008. – № 6. – С. 959-965.
5. Hypertension is not the link between job strain and coronary heart disease in the Whitehall II study. / Kivimäki, M. et al. // American Journal of Hypertension 2007. – №20. – P.1146-1153.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Накова А. Э.

Кабардино – Балкарское Научное Медицинское общество терапевтов

Цель исследования – оценка психологического статуса у впервые выявленных больных туберкулезом и членов их семей, направленная на выявление имеющихся проблем и совершенствование ведения пациентов.

Материалы и методы.

В исследование были включены 70 впервые выявленных больных туберкулезом и их супругов, сравнение составили супруги 70 здоровых семей, подбиравшихся по возрасту. Обязательным критерием участия в исследовании было информированное согласие обоих родителей. Оценка психологического статуса членов семьи проведена по следующим опросникам: «Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге», «Методика экспресс-диагностики невроза», «Тест родительского отношения». Полученные данные обработаны с помощью программного средства STATISTICA 6. Различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты.

Проведенная экспресс-диагностика невроза у супругов показала, что в социально-сохранных семьях, больных туберкулезом у матерей был высокий уровень невроза, который достоверно превышал его уровень в контрольной группе. При этом у отцов из семей, больных туберкулезом, часть из которых также являлись больными, уровень невроза был ниже, чем у матерей, и в 2,3 раза превышал аналогичный показатель в группе сравнения. Также в исследовательских группах зарегистрирована пороговая или низкая сопротивляемость стрессу. Самая низкая степень сопротивляемости к стрессу нами зарегистрирована у женщин из социально-дезадаптированных семей, составляющих очаги туберкулезной инфекции.

Вывод.

Таким образом, в семьях, больных туберкулезом, у обоих супругов отмечен более высокий уровень невроза и низкий уровень стрессоустойчивости, чем в здоровых семьях. По нашему мнению, отсутствие нормального психологического климата в семьях, больных туберкулезом отражается на детях из этих семей и может послужить одним из факторов развития у них туберкулеза.

ИЗУЧЕНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Нигметзянова К.М., Гайнанов А.Н., Гарифуллина Г.И.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Низамутдинова Р.С.

Башкирский государственный медицинский университет, ГБУЗ РБ Поликлиника № 46

Введение: По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире в среднем каждые восемь секунд умирает один человек от заболеваний, связанных с курением табака, а ежегодно по этой причине умирают пять миллионов человек. По прогнозам, к 2020 году ежегодно будут преждевременно умирать 10 миллионов человек от болезней, вызванных табакокурением, а к 2030 году курение табака станет одним из самых сильных факторов, приводящих к преждевременной смерти. Государство делает всё возможное для рекреации населения страны, так в конце 2009 года в России появились Центры здоровья. В подобных учреждениях любой гражданин страны может оценить свою физическую форму, получить помощь в избавлении от вредных привычек, проанализировать свое питание, а также узнать о рисках сердечно-сосудистых заболеваний. В комплекс обследований также входят такие исследования как спирография и смокелайзер. При помощи них врач может оценить риск развития хронических заболеваний легких курильщиков. Ведь курение является одним из ведущих факторов развития многих заболеваний. С целью изучения распространенности табакокурения среди городского

населения, причины начала курения, виды зависимости к табаку и отношение к антитабачной терапии курящих пациентов проводилось анкетирование курящих пациентов.

Материал и методы исследования. Для оценки влияния курения на состояние здоровья использован анонимный опросник с вопросами о социальном, экономическом и физиологическом состоянии пациента. Методом анкетирования опрошены с различным стажем курения 100 человек. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ EXCEL, STATISTICA FOR WINDOWS.

Результаты и обсуждение. Среди 100 курящих пациентов было 62% мужчин и 38% женщин, из них по возрастным группам преобладали: 19-29 лет- 58%, 30-39 лет -20%. Среди курящих с незаконченным высшим образованием было 50%, высшим- 28% и средним образованием - 22%. Детей не имеют 58% опрошенных. Ежедневное курение отмечают 42%, курят не каждый день 40%, не курят в течение 1-2 месяцев - 18%. Имеют курящих родственников, друзей 70% опрошенных. Относительно средств для приобретения качественного табака их хватает у 60%, дорогие сигареты приобретают 20%, не хватает денег на покупку табака у 14%, у знакомых берут сигареты 6%. Оказалось, что 30% начали курить под влиянием окружающих, у 22% респондентов причиной курения послужил стресс, 19% вовсе не помнят причину начала курению, 15% начали курить из-за интереса и 14% объяснили приобщение к курению собственной глупостью. К сожалению, только 78% знают, что курение является фактором риска развития соматических заболеваний. По количеству выкуриваемых сигарет респонденты указали, что меньше 10 сигарет выкуривают 62% опрошенных, 11-30 сигарет выкуривают 24%, больше 30 сигарет в день - 14%. Пробовали отказаться от курения 42%, не пытались изменить количество сигарет -40%, остальные пытались уменьшить количество выкуриваемых сигарет -18%. Причиной продолжения курения 32% респондентов считают стресс, 26% курят автоматически, 18%- за компанию с друзьями, 12% - чтобы получить удовольствие, 6% испытывают потребность в сигаретах, 6% курят лишь на застольях. 50% опрошенных готовы отказаться от курения при ужесточении законодательства в отношении табакокурения. Мотивом для отказа от курения может послужить у 36% ухудшение самочувствия, у 16% сезонные заболевания, у 15% - опыт друзей, родственников или знакомых, у 14% - просьба родственников, у 12% - рекомендация врача и у 5%- самоуважение и у 2% информационная брошюра по ЗОЖ и отказу от курения. По мнению 28% опрошенных, помочь при отказе от курения может консультация врача, 24% - ЛП и другие антитабачные средства, 16% - занятия физической культурой и спорта, 12% - запрет на курение дома/в присутствии родственников, 10% - консультация специалиста антитабачного кабинета и только у 10% - законодательные меры по запрету курения в общественных местах. Антитабачные средства готовы приобретать 48%, а могут потратить на их покупку любую сумму 18%. 36% опрошенных не знают препараты антитабачной терапии. У 32% цена стоит на первом месте при выборе антитабачного препарата, для 18% опрошенных популярность торговой марки играет немаловажную роль, у 12% совет врача повлияет на выбор антитабачного средства, для 12% важен внешний вид упаковки, для 10% удобство приема, для 6% длительность лечения в приоритете, для 4% при выборе ориентируются на советы друзей и родственников и только 2% опрошенных опираются на совет провизора. 66% респондентов считают, что отказ от курения улучшит состояние здоровья и повлияет на продолжительность жизни. И 22% опрошенных находят информацию по отказу от курения в интернете.

Закключение.

1) В возрастных группах 20-29 и 30-39 лет распространенность курения выше, чем в остальных возрастах.

2) Среди причин начала курения преобладают влияние окружающих и стресс.

3) Каждый третий готов отказаться от курения по рекомендации врача антитабачного кабинета.

4) Мы рекомендуем добавить в Центры Здоровья также консультацию врача для отказа от курения пациентам, имеющим пагубную привычку и неспособных самостоятельно с ней справиться.

Список литературы.

1. Закон «Об ограничении курения табака» От 10 июля 2001 г. № 87-ФЗ. Принят Государственной думой 21 июня 2001 г. Одобрен Советом Федерации 29 июня 2001 г. [//www.rg.ru/oficial/doc/federalzak/87FZ.shtm](http://www.rg.ru/oficial/doc/federalzak/87FZ.shtm)

2. Иваницкая, Е. Алкоголь, курение, наркотики: как выстроить систему эффективной профилактики / Е.Иваницкая, Т. Щербакова. – Москва: Чистые пруды, 2008. – С. 11-17.

3. Федеральный закон от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «О защите здоровья населения от последствий потребления табака». М., 2013.-12 с.

4. Чучалин, А. Г. Болезни органов дыхания и табакокурения / А. Г. Чучалин // Терапевтический архив. 2009. - Т. 81, № 3. - С. 5-9.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ КОМОРБИДНОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. РЕГИСТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ГОРОДА РЯЗАНИ

Низов А.А., Сучкова Е.И., Дашкевич О.В.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Введение. Сердечно-сосудистая коморбидность представляет собой сосуществование двух и/или более болезней системы кровообращения, патогенетически взаимосвязанных и совпадающих по времени у одного пациента. В основе сосудистой коморбидности – эндотелиальная дисфункция и локальное воспаление, провоцируемые атеросклерозом и артериальной гипертензией [2, 3]. В настоящей работе проведена оценка сердечно-сосудистой коморбидности больных, страдающих гипертонической болезнью (ГБ), с помощью одномоментного ретроспективного анализа амбулаторных карт (форма №025/у-04), а также проанализированы качество и эффективность проводимой медикаментозной терапии.

Материалы и методы. В исследование включали пациентов нескольких врачебных участков территориальной поликлиники города Рязани в возрасте от 18 лет, состоящих на диспансерном учете с диагнозом ГБ. Обязательным условием было наличие в амбулаторной карте явки к врачу терапевту в 2016 году с подробным описанием статуса и лечения, исследованием уровня общего холестерина (ОХ) сыворотки крови и глюкозы плазмы крови. Статистическую обработку проводили с помощью программ Microsoft Excel 2010, Statsoft Statistica10.0. Основополагающими считали методы описательной статистики, данные представлены в виде частот (%). Рассчитывали среднюю арифметическую величину (М) и ошибку средней (m), достоверность различий средних величин оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, сравнение двух несвязанных групп по качественному признаку проводилось с помощью построения таблиц сопряженности с использованием критерия хи-квадрат по Пирсону. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Проанализировано 1000 амбулаторных карт больных: 616 женщин и 384 мужчины, средний возраст составил $64,3 \pm 12,3$ лет. Наиболее частый вариант сердечно-сосудистой коморбидности – сочетание ишемической болезни сердца (ИБС) и ГБ – 37,5% (n=375) случаев, при этом у 97,6% (n=366) таких больных течение

заболеваний осложняется хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Сочетание ГБ, ИБС и постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) зарегистрировано в 9,4% (n=94) случаев, почти все больные страдают ХСН (n=93). Более чем у половины обследованных - 53,1% (n=625) зарегистрирована ГБ без сопутствующей ИБС, у 60,8% (n=625) пациентов данной когорты встречается сопряженная ХСН. Диагноз фибрилляция предсердий выставлен 8,6% (n=86) больных, в 100% случаев сопровождается ИБС; в 20% (n=17) – ПИКС; в 95,4% (n=82) – ХСН. Сахарный диабет 2 типа сопутствует ГБ у 20,9% (n=209) больных, нарушенная толерантность к глюкозе и нарушенная гликемия натощак – у 12,7% (n=127). Нарушение углеводного обмена 1,9 раз чаще встречаются у женщин. Частота ожирения в общей когорте больных составляет 18,6% (n=186), достоверно чаще встречается у женщин и у лиц с нарушением углеводного обмена.

Важной задачей ведения больных ГБ является достижение целевых уровней артериального давления (АД). Доля больных ГБ с достигнутыми нормальными цифрами АД (менее 139/89 мм рт.ст.) составляет 62,4% (n=624). Количество пациентов не достигающих нормальных значений АД распределилось следующим образом: 29,6% (n=296) — достигнутая первая степень ГБ; 7% (n=70) — вторая степень ГБ; 1% (n=10) — третья степень ГБ. У пациентов с ИБС и ГБ достигнуты целевые показатели АД в 59,1% случаев; для больных с ПИКС – в 63,2 %; при изолированной ГБ – в 60,2%. У молодых пациентов (до 44 лет) лечение привело к достижению цифр АД менее 139/89 мм рт.ст. в 71,7% случаев, у лиц среднего возраста (44-59 лет) – в 66,4%, пожилого (60-74 лет) – в 53,5%, старческого (75-90 лет) – в 56,2%. У больных, не достигших рекомендованных цифр АД, в амбулаторной карте не отражен факт назначения антигипертензивных препаратов в 10,3% случаев, в 12,5% - рекомендована монотерапия, в 33,3% – двойная терапия, в 43,9% – три и более лекарственных средства. Доля пациентов, получающих фиксированные комбинации, составила – 11,4%.

Уровень ОХ более 5,0 ммоль/л зарегистрирован в 57,6% (n=576) амбулаторных карт и достоверно чаще встречается у женщин. Пациенты высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска получают статины в 31,1% случаев, но рекомендованный уровень ОХ ниже 4,0 ммоль/л достигнут только у 7,2% таких больных. Пациентам с ПИКС в анамнезе гиполипидемическая терапия назначена в 67% случаев, оптимальный липидный профиль достигнут у 17% больных.

Антитромботическая терапия больным с ИБС проводилась в 57,5% случаев, при этом доказательно чаще назначалась лицам с ПИКС – в 75,5%. 46,5% больных с сочетанием ГБ и ХСН без сопутствующей ИБС получали антиагреганты.

Выводы. В амбулаторной практике участкового врача терапевта наиболее частным вариантом сердечно-сосудистой коморбидности является сочетание гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности. Ожирение, нарушение липидного и углеводного обмена среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями встречается чаще у женщин. В амбулаторной практике города Рязани гиполипидемическая, антигипертензивная и антитромботическая терапия согласно клиническим рекомендациям проводится не в полной мере [1]. Выявленные дефекты сопоставимы с результатами других регистровых исследований в Российской Федерации [4].

Список литературы.

1. Бойцов, С. А. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития / С. А. Бойцов, С. А. Чучалин. – Москва, 2014. – 112 с.
2. Верткин, А. Л. Коморбидность / А. Л. Верткин, М. А. Румянцев, А. С. Скотников//Клиническая медицина. – 2012. – № 10. – С. 4 – 11.

3. Нургазизова, А. К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность» / А. К. Нургазизова//Казанский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. – 292-296.

4. Шальнова, С. А. Уроки исследования ОСКАР – «Эпидемиология и особенности терапии пациентов высокого риска в реальной клинической практике 2005-2006 гг.» / С. А. Шальнова, А. Д. Деев//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – № 1. – С. 47-53.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У МУЖЧИН В ДАГЕСТАНЕ

Омарова М.А., Манышева К.Б.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Абусуева Б.А.
Дагестанский государственный медицинский университет

Инсульт – серьезная медико-социальная проблема. По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) он на протяжении последних 15 лет находится на 2 месте в мировой структуре причин смертности. По данным ВОЗ, за период 2005-2015 гг. потеря внутреннего валового продукта (ВВП) в России из-за преждевременных смертей от сосудистых причин составила свыше 8 трлн. руб. Только прямые расходы государства на лечение больных с инсультом в год составляют 57,2 млрд. руб. [2]. В 4 из 5 случаев возникший инсульт является ишемическим. В последние десятилетия подтверждается наличие различий в эпидемиологии, клинических проявлениях, течении, и даже ответной реакции на терапевтические и реабилитационные мероприятия у мужчин и женщин. Важным для диагноза представляется наличие вазотопических симптомокомплексов, отражающих приуроченность очагов поражения мозга к известным областям его ангиоархитектоники [1]. Таким образом, клиническая картина заболевания и в век повсеместного применения нейровизуализации не теряет своей актуальности.

Цель исследования – изучить клинические характеристики ишемического инсульта у мужчин в возрасте от 18 до 85 лет в Республике Дагестан и структурировать их методом сводки и группировки материалов статистического наблюдения.

Материал и методы. На базе Регионального сосудистого центра РД нами было проанализировано 30 случаев ишемического инсульта (ИИ) в острейшем и остром периодах, произошедших у мужчин. Диагноз был подтвержден нейровизуализационно, после чего каждому пациенту было проведено клиническое неврологическое обследование, результаты которого были занесены в специально разработанную форму – карту пациента, перенесшего ИИ в острейшем/остром периоде. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2016.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 61 год. Соотношение городского к сельскому населению – 1:1,7.

В бассейне кровоснабжения вертебрально-базилярных артерий (ВБА) произошло 7 острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), в каротидном – 23, из них: 1 – в бассейне левой внутренней сонной артерии (ВСА), 11 – в бассейне правой средней мозговой артерии (СМА), 11 – в левой СМА. Впервые произошедшее ОНМК имело место у 83% пациентов, у остальных инсульт был повторным.

Уровень сознания у 28 пациентов составил 15 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ) (16 баллов по шкале комы Мейо (ШКМ)), у 2 больных – 13 баллов по ШКГ (15 баллов по ШКМ).

У 9 больных с ОНМК в бассейне левой СМА, у 10 с ИИ в бассейне правой СМА, у 1 пациента с ИИ в бассейне левой ВСА отмечался контралатеральный центральный

гемипарез, причем у 5 больных сила мышц в паретичных конечностях составила 0 баллов. Среди пациентов с ОНМК в бассейне ВБА гемипарез отмечался в 2 случаях и был выражен умеренно.

Чувствительные нарушения отмечались в 16 случаях: у 9 больных – левосторонняя гемигипестезия, у 5 – правосторонняя гемигипестезия, у 1 – левосторонняя гемигиперестезия, у 1 – гипестезия по полиневритическому типу в виде носков и перчаток, вероятно, как проявление сопутствующего сахарного диабета 2 типа.

У 22 больных наблюдался центральный прозопарез: в 8 случаях левосторонний, в 14 – правосторонний. У 18 пациентов он имел место при ОНМК в бассейне СМА, в 1 случае ИИ в бассейне ВСА и в 3 случаях ОНМК в бассейне ВБА.

Распределение центрального глоссопареза было относительно равномерным – у 9 пациентов правосторонний, у 8 – левосторонний. Из них среди мужчин с инсультом в бассейне ВБА он был правосторонним в 2 случаях, левосторонним – в 1 случае.

Дизартрия наблюдалась у 4 больных, сочетание дизартрии и дисфонии, а также дисфонии и дисфагии встречалось по 1 разу у пациентов с ИИ в бассейне ВБА.

Моторная афазия наблюдалась в 8 случаях инсультов в бассейне левой СМА, в 1 случае при очаге в бассейне правой СМА, а также у 1 пациента с ОНМК в бассейне ВБА (при повторном инсульте). Сенсомоторная афазия была выявлена у 1 пациента с инсультом в бассейне ВСА слева, сенсорная афазия – у 1 больного при инсульте в бассейне СМА левого полушария.

У 2 пациентов с ИИ в бассейне кровоснабжения ВБА отмечалась правосторонняя гомонимная гемианопсия. У 1 больного при ОНМК в бассейне правой СМА был выявлен парез взора влево.

У 11 больных обнаружен синдром нарушения координации движений, из них инсульт в бассейне ВБА верифицирован в 5 случаях.

Сочетанное нарушение когнитивных и мнестических функций было обнаружено в 9 случаях, из которых 2 ОНМК были повторными.

Нарушение ФТО отмечалось у 6 пациентов.

Заключение. ИИ встречается у мужчин на протяжении всей жизни, но не-сколько чаще на 6-7 десятилетиях. У каждого 6 пациента инсульт является повторным. Инсульт в каротидном бассейне развивается достоверно чаще, чем в бассейне ВБА. Как правило, серьезных нарушений сознания, как качественных, так и количественных, у пациентов с ИИ не возникает. Наиболее популярным клиническим проявлением у мужчин является поражение кортикоспинального и кортиконуклеарного трактов. В 67% случаев обнаруживаются когнитивные и/или мнестические нарушения. Чувствительные расстройства отмечаются лишь в половине случаев. Из нарушений речи в 33% случаев выявляется моторная афазия.

Выявление подобных характеристик инсульта представляет интерес для его эффективного лечения, стратегического планирования и проведения реабилитационных мероприятий, уменьшения степени инвалидизации пациентов, проведения вторичной профилактики, и, как следствие, уменьшения числа повторных инсультов и снижения уровня смертности.

Список литературы

1. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. 2-е изд. – М., 2009. – 288 с.
2. Магомаев М.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика мозгового инсульта в Республике Дагестан (по данным популяционного регистра): док. мед. наук. – Москва, 2015. – 49 с.

ПРИЗНАКИ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Петрова Т.Н., Колесникова Е.Н., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Введение. Субклинический атеросклероз является начальной скрытой формой хронического, прогрессирующего, воспалительного заболевания артерий [1]. Дестабилизация асимптомных, гемодинамически незначимых атеросклеротических бляшек может стать причиной инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения или даже внезапной смерти. Повышенный риск субклинического атеросклероза определяет прежде всего наличие метаболических нарушений – дислипидемии, нарушенной толерантности к глюкозе, СД, метаболического синдрома. В наибольшей мере атеросклероз ассоциируется с дислипидемией, особенно с повышенным уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и сниженным содержанием холестерина липопротеидов высокой плотности [2]. На фоне дислипидемии даже самые небольшие повреждения эндотелия могут стать «слабым звеном» и началом отсчета для прогрессирующего атеросклеротического процесса. А небольшие повреждения эндотелия происходят постоянно даже у молодого здорового человека [4]. Особенно высок их риск при артериальной гипертензии, поэтому целью данного исследования было изучение особенностей развития субклинического атеросклероза у пациентов с артериальной гипертензией и определение взаимосвязи этих особенностей с их статусом вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК) [3,5].

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты обследования 120 пациентов, в возрасте от 19 до 59 лет имеющих артериальную гипертензию 1,2 и 3 степени.

Использовался метод определения чувствительности к фенилтиокарбамиду, разработанный в 1949 году Н. Harris и Н. Kalmus. В 100 мл дистиллированной воды растворяли навеску ФТК массой 260 мг. Получается исходный раствор (разведение 0), каждое последующее разведение уменьшалось вдвое. Таким образом, использовалась серия из 14 разведений ФТК в прогрессии 2,6 г на 1 л дистиллированной воды с предъявлением испытуемому в порядке от наименьшей величины (0,08 мг/л) до момента четкого ощущения горечи. Испытуемому предлагалось поместить на область корня языка полоску фильтровальной бумаги, предварительно смоченную в растворе ФТК известной концентрации. Так определяли индивидуальную способность или неспособность ощущать горький вкус ФТК для каждого пациента [3,5].

Исследовались распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, пол и возраст, абдоминальный тип отложения жира, гиперхолестеринемия, атеросклероз различных сосудистых бассейнов. Так же был проведен анализ показателей бессимптомного поражения органов-мишеней (лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Все исследуемые больные имели различную степень повышения артериального давления, что обязательно учитывалось в обеих группах.

Оценка результатов проводилась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного обследования 120 пациентов показали, что среднее значение ЛПИ оказалось равным $0,868 \pm 0,020$ в группе больных АГ «нон-тестеры», а во второй группе АГ «тестеры» средний показатель ЛПИ составил $0,831 \pm 0,041$. ЛПИ менее 0,9 был выявлен у 36 пациентов (30%), из них в группу «нон-тестеры» входили 28 больных (77,8%). Среднее значение СРПВ в выборке было равным $10,24 \pm 0,2$ м/с. В группе больных АГ «нон-тестеры» этот показатель был равным $11,09 \pm 0,12$ м/с, а в группе АГ «тестеры» - $9,38 \pm 0,28$ м/с. СРПВ более 10 м/с была выявлена у 102 пациентов (85%), из них в группу «нон-тестеры» входили 66 человек (64,7%).

Среднее значение ИММЛЖ оказалось равным $109,44 \pm 1,23$ г/м2. В группе больных АГ «нон-тестеры» этот показатель был равным $110,74 \pm 1,21$ г/м2, а в группе АГ «тестеры» $108,13 \pm 1,24$ г/м2.

Среди показателей липидного обмена у обследованных больных определялись ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ и рассчитывался коэффициент атерогенности. Наиболее атерогенный липидный профиль наблюдается в группе абсолютных нон-тестеров, несколько менее - в группе нечувствительных и сверхчувствительных, и наименьший - у больных среднечувствительных к ФТК. При сравнении средних значений показателей липидного обмена в группах «нон-тестеров» и «тестеров» было выявлено, в группе «нон-тестеров» достоверно более высокий уровень ОХС, ЛПНП и ТГ.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что исследование вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду при артериальной гипертензии может быть использован для ранней диагностики субклинического атеросклероза, а значит, может помочь в профилактике развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений.

Список литературы.

1. Страхова Н.В. Регрессионный анализ прогностического значения скорости пульсовой волны у больных с артериальной гипертензией с инфарктом миокарда в анамнезе / Н.В. Страхова // Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы материалы V Всероссийской конференции. – 2016. – С. 32-33.
2. Липовецкий, Б.М. Атеросклероз, гипертензия и другие факторы риска как причина сосудистых поражений мозга / Б.М. Липовецкий // СпецЛит. – Санкт-Петербург. – 2016. – С. 48.
3. Зуйкова А.А. Клиническое значение вкусовой исследования вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у пациентов с сахарным диабетом / А.А. Зуйкова // Аспирант. – 2014. №4. – С. 24-28.
4. Бойцов С.А. Субклинический атеросклероз как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений / С.А. Бойцов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. №11(3). – С. 82-86.
5. Колесникова Е.Н. Изменение пороговых значений вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у больных с артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями и без них / Е.Н. Колесникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. Т. 14 № S2. – С. 52-53.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Полянский Д.В.

Научный руководитель: Мальцева Г.И.

Курский государственный медицинский университет

Приверженность к лечению – это степень соответствия поведения больного относительно рекомендаций, полученных от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни, это означает, что пациент: вовремя принимает лекарство; принимает его в необходимой, предписанной врачом дозе; соблюдает рекомендации по диете. Абсолютная приверженность к лечению, то есть когда больной в точности соблюдает все предписания, является идеальным практически недостижимым явлением. Многочисленные исследования среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) выявили, что приверженность к терапии низкая, что, естественно, приводит к неблагоприятным исходам. Назначение сложных схем лечения больным, страдающим хроническими бессимптомными заболеваниями или лицам,

имеющим несколько факторов риска, у которых отсутствует мотивация, возлагает большую ответственность на врача, который должен не только дать четкие и подробные рекомендации по лечению, но и убедить в необходимости такой терапии.

Цель исследования: оценить приверженность пациентов с ИБС к медикаментозному лечению после стентирования коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследуемую группу входило 63 больных с ИБС: стабильной стенокардией, ФК III, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении БМУ КОКБ в октябре – декабре 2016 года, из них 33 пациента после стентирования (выполнялась баллонная ангиопластика со стентированием коронарных артерий) и 30 – которым стентирование не выполнялось. Обе группы получали медикаментозную терапию, в которую, согласно рекомендациям ВНОК по диагностике и лечению ИБС, входили β -адреноблокаторы, дезагреганты, статины. В исследовании использовался социологический метод с помощью специально разработанных анкет и опросника Мориски-Грина.

Тест включает в себя 4 вопроса, определяющие, пропускает ли больной прием лекарственных препаратов, если чувствует себя хорошо или плохо, забывает ли он принимать лекарства и внимательно ли относится к рекомендованному времени приема препаратов. На каждый вопрос предлагается выбрать положительный или отрицательный ответ (да/нет). Каждый отрицательный ответ оценивается в 1 балл. Пациенты, набравшие 4 балла, считаются приверженными к терапии, 1-2 балла – не приверженными, 3 балла – недостаточно приверженными, с риском перехода в группу неприверженных к лечению.

Результаты. В исследуемой группе количество пациентов с ИБС с низкой приверженностью к лечению после стентирования было выявлено в 42% случаев (3 балла по шкале Мориски-Грина). Остальные 58% набрали 1-2 балла по шкале Мориски Грина, что позволило их отнести к неприверженным. В группе, где стентирование не проводилось, низкая приверженность к лечению определена у 68% больных, оставшиеся 32% являлись неприверженными. Следовательно, стентирование коронарных артерий в лечении больных ИБС способствует повышению приверженности пациентов к лечению. Были выявлены статистически значимые различия по приверженности к лечению между мужчинами и женщинами в обеих группах: приверженных к лечению среди женщин было статистически значимо больше, чем среди мужчин (в первой группе 22,6% против 11,4%, во второй группе – 26,2% против 12,5% соответственно). При анализе приверженности в зависимости от возраста различий не выявлено (24,1% «до 60 лет» против 28,6% «60 лет и старше»).

Выводы. Таким образом, стентирование повышает приверженность пациентов с коронарным атеросклерозом к лечению. Повышение приверженности к лечению у пациентов с ИБС является первостепенной задачей, поскольку позволяет достичь целевого уровня жизненно важных показателей (уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений, показателей липидного спектра крови) и определяет выживаемость, качество жизни и прогноз у этих пациентов.

Список литературы.

1. Карпова, Э.С. Приверженность к мероприятиям вторичной профилактики у больных ИБС после интервенционных методов лечения / Э.С. Карпова, Е.В. Котельникова, Н.П. Лямина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2009. - Т. 8, № 6S1. - С. 165.
2. Приверженность к лечению пациентов с ишемической болезнью сердца по данным регистра кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА) / К.Г. Переверзева [и др.] // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2017. - Т. 5, № 1. - С. 14-21.
3. Приверженность к терапии у больных ИБС и артериальной гипертензией Э.Ф. Альмухамбетова [и др.] // International Scientific and Practical Conference World Science. - 2015. – Vol. 2, № 2. - P. 54-57.

4. Эффективность коррекции основных модифицируемых факторов риска ИБС, приверженность к терапии больных, перенесших обострение ИБС / А. Ю. Ефанов [и др.] // Мед. наука и образование Урала. - 2010. - Т. 11, № 3. - С. 15-17.

РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ, БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Пумпур А.С.

Белорусский государственный медицинский университет

Колоректальный рак является одной из самых распространенных форм злокачественных новообразований. По данным канцер-регистра за последнее десятилетие заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 1,5 раза. Целью работы стало оценить динамику показателей общего анализа крови, биохимического анализа крови и гемостазнограммы у пациентов с колоректальным раком с учетом стадии и локализации новообразования, возраста, пола пациентов и наличия или отсутствия осложнений до и после проведенного лечения.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты общего анализа крови, биохимического анализа крови и гемостазнограммы у 135 человек, больных колоректальным раком в городском клиническом онкологическом диспансере в период за 2015 год. Исследование проводилось методом вторичной статистической обработки данных.

Результаты и их обсуждение. Из анализируемых 135 человек количество мужчин составило 66 человек, а женщин 69. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от возраста: первая группа – до 60 лет (n=28), вторая – пациенты старше 60 лет (n=107) соответственно. Также, одним из оцениваемых критериев являлась стадия опухолевого процесса: I стадия – 30 человек, II стадия – 51 человек, III стадия – 30 человек, IV стадия – 24 человека. По локализации новообразования выделены 5 групп пациентов: с опухолью в слепой кишке (n=7), ободочной (n=33) и сигмовидной (n=37), а также в ректо-сигмоидном соединении (n=24) и прямой кишке (n=34). Последним критерием сравниваемых результатов явилось наличие (n=35) или отсутствие (n=100) осложнений опухолевого процесса, такие как непроходимость кишечника, распад опухоли, воспаление и перфорация стенки кишечника. На основании анализа данных критериев, можно сделать выводы о том что:

1. Чем старше пациент, тем проксимальнее опухоль толстой кишки;
2. Локализация новообразования в прямой кишке диагностируется на более ранних стадиях;
3. У женщин опухоль чаще локализуется в сигмовидной кишке, у мужчин - в прямой;
4. Чем более поздняя стадия опухолевого процесса, тем выше риск развития осложнений.

Результаты исследования показали изменения в общем анализе крови: более чем у 80% пациентов – снижение показателей гемоглобина ниже нормы; уменьшение количества эритроцитов ниже нормы у 35% пациентов; количество пациентов с повышенным содержанием тромбоцитов составило 20%; количество лейкоцитов повышено у 23% пациентов; количество лимфоцитов ниже нормы у 23% [1]; число пациентов с увеличением количества нейтрофилов, в том числе палочкоядерных и сегментоядерных, составляет 13%, 18% и 22% соответственно; увеличение количества моноцитов наблюдается у 37% пациентов; увеличение эозинофилов выше нормы у 13% пациентов; показатель скорости оседания эритроцитов выше нормы наблюдался более чем у 90%

пациентов. Результаты исследования показателей биохимического анализа крови: снижение общего белка крови у 35,5% пациентов; снижение содержания ионов калия ниже нормы наблюдается у 7%; количество пациентов с увеличением содержания ионов натрия составило 13,5%; ионы кальция снижены у 23% пациентов. Результаты изменений показателей гемостазограммы: увеличение АЧТВ и количества фибриногена наблюдается у 14% и 51% пациентов соответственно. Данные полученных исследований доказывают, что у онкологических пациентов высокий риск таких осложнений, как анемия [2] и тромбообразование [3]. Вероятность развития вышеперечисленных осложнений увеличивается с возрастом пациентов и на более поздних стадиях развития злокачественного процесса. Также, на данный процесс влияют наличие осложнений, таких как кишечная непроходимость, перфорация кишечника на фоне распада опухоли, прорастание опухоли в соседние органы и ткани, развитие воспалительного процесса. После проведенного лечения были замечены улучшения показателей крови.

Выводы. В результате проделанной работы можно сделать следующие выводы:

Изменения, наблюдаемые в анализах, подтверждают основные осложнения опухолевого процесса: анемия и тромбообразование.

Нарушение показателей биохимического анализа крови является доказательством расстройства биоэнергетических и синтетических процессов в организме пациентов с злокачественными новообразованиями.

Для всех анализируемых показателей свойственна зависимость от стадии опухолевого процесса: чем более поздняя стадия, тем вероятнее отклонение показателей от референтных значений, а следовательно, риск развития осложнений.

Зависимость изменения показателей от таких критериев, как пол, возраст, локализация и наличие осложнений опухолевого процесса не достоверна при данном количестве исследуемых пациентов.

После проведенного хирургического лечения наблюдалась положительная динамика анализируемых показателей.

Список литературы.

1. Ватутин, Н. Т. Лимфопения: основные причины развития / Н. Т. Ватутин, Е. В. Ещенко // Архив внутренней медицины. – 2016. - № 2. – С. 22-27.
2. Птушкин, В. В. Анемии и дефицит железа у онкологических больных / В. В. Птушкин // клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2013. - № 1. – С. 91-96.
3. Сомонова, О. В. Тромбозы и тромбоэмболии в онкологии. Современный взгляд на проблему / О. В. Сомонова, А. В. Маджуга, А. Л. Елизарова // Злокачественные опухоли. – 2014. - № 3. – С. 172-176.

ТРОПОНИН I – КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР КАРДИАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ АНЕМИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Расулов Н.А., Якубов Ю.К.

Научные руководители: ассистент Кузнецов Э.С., к.м.н. доцент Калиберденко В.Б.
Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Введение. Тропонины – белковые молекулы, существующие в виде тропонина С, Т и I. Как компоненты тропонин-тропомиозинового комплекса, вместе – обеспечивают сокращения мышечных волокон [2]. Исследования последних лет на молекулярном уровне позволили выявить и изучить кардиальную форму, локализованную в сердечной мышце – тропонин I, что сделало метод специфичным и востребованным в клинической

практике. Так, минимальные повреждения миокарда, способствуют выходу из кардиомиоцитов тропонина I, и появление его молекул в крови уже через 2-4 часа, с сохранностью до 2-3-х недель [4]. Данные изменения в сердечной ткани, которые не удастся определить традиционными методами диагностики, можно выявить по степени повышения тропонина. Таким образом, определение уровня тропонина I позволяет выявлять некротические, дистрофические изменения миокарда и предполагать объем повреждения сердечной ткани.

За последние годы удалось детально изучить ряд нозологий, с позиции кардиального повреждения, по определению уровня тропонина I. ТЭЛА, миокардиты, перикардиты, сердечная недостаточность, сепсис – далеко не полный список заболеваний, при которых определение данного белка в крови позволило пересмотреть патофизиологические изменения, подходы к диагностике, лечению, оценке прогноза заболевания. Однако не донца изученным является влияние анемий различного генеза на степень и интенсивность кардиодеструктивных процессов [3]. Общеизвестным является стимуляция адаптивных процессов в организме в ответ на «анемизацию» и гемическую гипоксию. Увеличение частоты, силы сердечных сокращений и потребности миокарда в кислороде, вазоконстрикция, стимуляция эритропоэза – неполный перечень изменений при любой анемии. Обнаружение же тропонина I при данных состояниях, позволит оценить наличие и предположить степень органического поражения миокарда.

Цель работы. Провести маркерную диагностику повреждения сердечной ткани по уровню тропонина I в крови больных с анемическим синдромом и оценить изменения при анемиях различного генеза.

Материал и методы. В ходе исследования были проанализированы данные 137 (65 мужчин и 72 женщин) больных с анемическим синдромом в условиях отделения гематологии и химиотерапии ГБУЗ РК «Крымский республиканский онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова» г. Симферополя. За период с марта 2015 по сентябрь 2017 гг. Пациенты с метапластической и метастатической анемией – критерии исключения. Средний возраст больных составил $52,7 \pm 1,9$ г. В исследуемую группу вошли пациенты без сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (гипертоническая болезнь, ИБС и тд.). Выделены 4 группы больных в зависимости от степени тяжести анемического синдрома: I группа – 32 пациента с анемией легкой степени тяжести; II группа – 38 средней степени тяжести; 36 больных с тяжелой степенью – вошли в III группу и 31 с крайне тяжелой степенью анемии – группа IV. В зависимости от типа анемии больные распределились следующим образом: железодефицитная анемия (ЖДА) – 66 пациентов, B12-дефицитная анемия (B12-) – 30 больных, апластическая анемия (АА) – 17, гемолитическая анемия (ГА) – 18 пациентов и с миелодиспластическим синдромом (МДС) – 6 больных.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Microsoft Office Excel 2007, Statistica-10.

Результаты. Повышение уровня тропонина I методом иммуноферментного исследования было выявлено у 19 пациентов. Повышение регистрировали при концентрации тропонина в крови 0,1 нг/мл и выше. Уровень маркера в 0,5 нг/мл считается достаточной для постановки диагноза инфаркт миокарда, с учетом серии реактивов. Тропонинемия у больных с анемическим синдромом различного генеза свидетельствует о некротических или дистрофических изменениях миокарда, при отсутствии клинических признаков ишемического повреждения. Следует предположить диффузное поражение сердечной ткани на фоне анемического синдрома и как следствие гемической гипоксии. Пациентов с тропонинемией следует отнести к группе высокого риска возникновения вторичных кардиомиопатий.

При оценке деструктивных изменений сердечной ткани по отношению к отдельным видам анемий установлено: 9 пациентов с железодефицитной анемией, 5 с B12-

дефицитной, по двое с гемолитической и апластической анемией и один с миелодиспластическим синдромом.

Выводы. Каскад патологических изменений при анемическом синдроме может приводить к дистрофическим или некротическим изменениям сердечной ткани, согласно повышению уровня тропонина I в крови исследуемых больных. В группе больных с анемическим синдромом, повышение уровня тропонина I зарегистрировано у 9 пациентов с железодефицитной анемией. Склонность отдельных типов анемий к поражению сердечной ткани в большей или меньшей степени ставит новые задачи для дальнейшего исследования на большем количестве пациентов.

Список литературы.

1. Руководство для врачей. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. // М.: Ньюдиамед. - 2001. - С.168.
2. Статьи журналов: Вельков В.В.. Революция в кардиологии; высокочувствительное измерение кардиальных тропонинов: «тропонин-отрицательных больше нет»./ Клинико-лабораторный консилиум./ Научно-практический журнал. - 2011, - № 4 (40). - С.24-43.
3. Статьи журналов: Szymankiewicz M, Matuszczak-Wleklak M, Vidyasagar D, Gadzinowski J. Retrospective diagnosis of hypoxic myocardial injury in premature newborns. J Perinat Med. – 2006. - №34. - P.220.

ЛИПИДНЫЙ СТАТУС И ВАСКУЛЯРНАЯ РИГИДНОСТЬ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Русиди А.В., Фурсова Е.Н., Сергеева О.В., Смирнова Т.А., Евсеева М.Е.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), вызванные атеросклерозом и тромбозом, являются основной причиной преждевременной смерти. Жизнь современного человека способствует ускорению процессов атерогенеза. Факторы риска (ФР) в силу своей распространённости и влиянию на сосудистую стенку определяют необходимость скорейшего развития системы раннего диагностического скрининга случаев раннего сосудистого старения по типу синдрома EVA (early vascular age) среди молодёжи.

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 141 студентов СтГМУ (55 юношей, 86 девушек) в возрасте от 19 до 25 лет (средний возраст = $21,4 \pm 0,13$). Оценивали профиль ФР с помощью антропометрии и диагностических опросников. Исследовали сосудистый возраст с помощью аппаратно-диагностического комплекса VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO.,LTD, Япония), оценивали следующие показатели: сердечно-лодыжечный сосудистый индекс - CAVI слева (L) и справа (R). Группы формировали по половой принадлежности, и по наличию/отсутствию синдрома раннего сосудистого старения (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), триглицеридов (ТГ). Полученные данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 10,0».

Результаты и обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о том, что у молодых людей выявление синдрома ЕВА при проведении ангиологического скрининга ассоциируется с определёнными изменениями их липидного статуса в виде несколько повышенных показателей ЛПНП. Указанный параметр в группах с наличием и отсутствием синдрома ЕВА составил среди юношей $2,31 \pm 0,3$ и $2,06 \pm 0,1$ ($p=0,4$), а среди девушек - $2,76 \pm 0,24$ и $2,36 \pm 0,07$ ($p=0,1$). Для последних также характерно некоторое снижение ЛПВП - $1,30 \pm 1,2$ у девушек с указанным синдромом против $1,35 \pm 0,03$ у сверстниц с неизменёнными сосудами ($p=0,96$). Со стороны показателей ОХС среди девушек определялась тенденция к повышению его уровня при наличии синдрома ЕВА ($4,4 \pm 0,34$ и $4,1 \pm 0,08$ соответственно). Неожиданные данные у юношей и девушек получены со стороны индекса массы тела (ИМТ) и триглицеридов (ТГ), которые, напротив, оказались ниже у лиц с наличием синдрома ЕВА. У юношей эти различия достигали достоверного уровня - по ИМТ $21,1 \pm 0,9$ против $24,7 \pm 0,5$ ($p=0,006$) и по ТГ $0,98 \pm 0,25$ против $1,23 \pm 0,12$ в контроле ($p=0,009$). У девушек из групп с наличием и отсутствием синдрома ЕВА ТГ равнялись соответственно $0,72 \pm 0,1$ и $0,96 \pm 0,08$, но эти различия не достигали достоверного уровня ($p=0,06$).

Закключение. Представленные результаты указывают на наличие ассоциации преждевременного старения сосудов у студентов с определёнными дисметаболическими проявлениями в виде повышенных показателей ОХС и ЛПНП. Эти изменения касаются как юношей, так и девушек, несмотря на молодой возраст. Для девушек также характерно снижение ЛПВП. Характер выявленных дислипидемических нарушений диктует необходимость не ограничиваться при проведении метаболического скрининга молодёжи определением только ОХС, а включать в него оценку других липопротеидов. Такому подходу соответствуют возможности такой технологии как «Липидная панель», вполне доступная для работы в рамках диспансерных мероприятий среди молодёжи.

Список литературы.

1. Бойцов С.А., Чучалин А.Г., Арутюнов П.Г. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации. – Москва., 2013. -136 с.
2. Евсеева М.Е., Кошель В.И., Ерёмин М.В., Галькова И.Ю., Русиди А.В., Чудновский Е.В., Коробова Е.Ю., Францева В.О. Скрининг ресурсов здоровья студентов и формирование фнотригузовской профилактической среды: клинические, образовательные и воспитательно-педагогические аспекты проблемы // Мед вестник СК. – 2015. – № 1 (10). – С. 64–69.
3. Евсеева М.Е., Русиди А.В., Фурсова Е.Н., Борлакова Д.М., Подушинский А.Ю. Индекс массы тела и скрининг показателей метаболического профиля лиц молодого возраста // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 4 S1 (132). – С. 28-29.
4. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (V пересмотр). Москва, РКО, 2012.
5. Evseveva M.E., Koshel V.I., Fursova E.N., Eremin M.V., Rusidi A.V. Improvement in preventive examinations among young people in the context of vascular age assessment // The EPMA Journal.- 2017.- Т. 8.- № S1. -С. 27-28.
6. Mistry H., Morris S., Dyer M et al. Cost-effectiveness of European preventive cardiology programme in primary care: a Markov modeling approach. BMJ Open 2012; 2: e001029. 10. WHO. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost. Geneva: WHO, 2011.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО КЛИНИКО-
ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ВЕДЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С СЕЛЕКТИВНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ
ИММУНОГЛОБУЛИНА А**

Савин Т.В.

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Р.Н

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад.
И.П.Павлова

Введение. Селективный иммунодефицит иммуноглобулина А до сих пор является актуальной проблемой в современной медицине. Распространенность данного расстройства в мире, по данным Pereira L.F., Sapina A.M. (1997) составляет 1:163 человека. В Российской Федерации частота данного первичного иммунодефицита, по данным Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (2014), составляет 1:300 – 1:700 человек. Также, было установлено, что имеют место различные клинические фенотипы данного иммунодефицита (Yazdani R., 2015). Несмотря на то, что данная форма иммунодефицита является самой распространенной формой первичного иммунодефицита, стандартного лечения, позволяющего контролировать данное заболевание, в настоящий момент нет. Целью работы являлась разработка клинико-иммунологических критериев течения различных форм селективного иммунодефицита иммуноглобулина А и оценка возможности дифференцированного подхода в лечении больных.

Материалы и методы. Всего было обследовано 24 пациента в возрасте от 18 до 42 лет (женщины – 13, мужчины – 11), которые наблюдаются в Центре первичных иммунодефицитов в ФБУН НИИ ЭМ им. Пастера. Контрольную группу составили 25 условно-здоровых лиц.

Оценка иммунного статуса включала определение у больных концентрации иммуноглобулинов, подклассов иммуноглобулина G в сыворотке крови и носоглоточных смывах, определение субпопуляций лимфоцитов.

Результаты. Выявлены различные клинические формы течения селективного иммунодефицита иммуноглобулина А (1 группа - больные с аутоиммунной патологией, 2 группа - пациенты с рецидивирующими заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей).

Анализ показателей гуморального иммунитета показал, что концентрация иммуноглобулина А в сыворотке крови больных была достоверно ниже уровня данного иммуноглобулина у пациентов группы практически здоровых лиц ($p < 0,001$), что подтверждало наличие у больных селективного иммунодефицита иммуноглобулина А.

Проведенный сравнительный анализ гуморального профиля позволил выявить, что в группе больных с преимущественно аутоиммунной патологией уровень иммуноглобулина А в сыворотке крови был достоверно выше, чем в группе больных с рецидивирующими заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей ($p < 0,01$).

При проведении нашего исследования мы обнаружили, что концентрация иммуноглобулина А в носоглоточных смывах больных была снижена всего в 1,5 раза в сравнении с показателями практически здоровых лиц, а уровень иммуноглобулина М резко повышен. Но выявленная особенность требует дальнейшего изучения и проведения статистической обработки.

Заключение. Таким образом, анализ клинического течения селективного иммунодефицита иммуноглобулина А и показателей гуморального иммунитета позволяет предположить наличие связи между особенностями течения заболевания и гуморальным профилем больных.

Список литературы.

1. Luis F. Pereira. Prevalence of Selective IgA Deficiency in Spain: More Than We Thought / Luis F. Pereira, Ana M. Sapiña, Javier Arroyo, Jesus Viñuelas, Rocio M. Bardaji and Luis Prieto / Blood – 1997 Jul 15;90(2):893.
2. Reza Yazdani. Clinical phenotype classification for selective immunoglobulin A deficiency / Reza Yazdani, AmirHossein Latif, Firouzeh Tabassomi, Hassan Abolhassani, Gholamreza Azizi, Nima Rezaei & Asghar Aghamohammadi / Expert Review of Clinical Immunology - 2015;11(11):1245-54.
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению больных первичными иммунодефицитами с нарушением гуморального звена. / Москва, 2014. – 35с.

МАГНИТНО РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Саиднабиев С.С.

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

Введение. Рассеянный склероз это хроническое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, все чаще встречающееся в возрасте 20-30 лет. Специфических клинических симптомов у рассеянного склероза нет и в основном диагностика проводится, инструментальным путем. Метод магнитно-резонансной томографии (МРТ) признан золотым стандартом для диагностики и мониторинга течения рассеянного склероза (РС), при этом выявляются очаги демиелинизации, обнаружение которых явно свидетельствуют об этом грозном дегенеративном заболевании нервной системы. Количество больных с РС растет год от года не только в странах Европы, но и в Крыму.

Цель. Изучить МР-признаки РС, оценить роль и уточнить при этом преимущество исследования после введения контрастных препаратов.

Методика исследований. Проведен анализ данных МРТ у 19 больных с подтвержденным диагнозом рассеянного склероза. Среди пациентов с рассеянным склерозом было, 11 мужского пола и 8 женского пола. По возрасту они распределялись следующим образом: 20-25 лет – 4 больных; 26-30 лет – 6 больных; 31-40 лет -7 больных; и 2 - старше 40 лет.. У всех пациентов эта патология, с типичной симптоматикой. Клинические проявления заболевания начинались исподволь, но иногда отмечалась внезапная потеря зрения на один глаз и пациент с жалобами на ухудшения зрения обращался к окулисту а затем попадали на консультацию к неврологу. Часто наблюдалась слабость в нижних конечностях, потеря поверхностной чувствительности конечностей, общая слабость и шаткость при ходьбе. Ухудшался общий психоэмоциональный статус в виде нарушений памяти, внимание, изменялось поведение человека. Все эти симптомы проявлялись вместе или по отдельности, в зависимости от локализации патологии в нервной системе. Исследования были проведены на высокопольном магнитно-резонансном томографе «SIEMENS MAGNETOM ESSENZA» мощностью магнита 1,5 Т. После проведения основной части исследования в виде изучения изображений, у всех пациентов исследовали головной мозг после введения контрастного вещества. Контрастный препарат (гадовист), обладающий парамагнитными свойствами, вводился внутривенно 0,1-0,2 мг/кг, непосредственно перед проведением диагностического исследования. МР-исследование обязательно включала в себя изучение головного мозга в режиме FLAIR (fluid attenuation inversion recovery). Этот режим представляет собой поэтапное инверсию-восстановления с длинным T1, используемая для устранения влияния жидкости в получаемом МР изображении. Патологические процессы, при которых увеличивается содержание воды в тканях, как правило, гиперинтенсивные на

FLAIR изображениях., особенно при корковой локализации то есть появляется возможность визуализировать очаговые изменения которые или не видны или плохо определяется при других режимах метода МРТ.

Специалисты утверждают что режим FLAIR полезен не только при исследовании больных с РС но и пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями, ишемическими нарушениями, черепно-мозговыми травмами, а постконтрастные FLAIR изображения включены в протоколы для таких заболеваний как менингит. Полученные МР – изображения анализировались обязательно в трех проекциях. Все исследования соответствовали стандартизированному протоколу при РС.

Результаты исследования. При магнитно-резонансной томографии было выявлено наиболее типичное расположение очагов, а именно: на рогах боковых желудочков, во внутренней капсуле, мозолистом теле, мосту, на ножке среднего мозга и в мозжечке. Белое вещество ствола, вокруг водопровода и дно IV-го желудочка, наиболее часто подвержено патологическим изменениям. При исследовании характерные изменения демиелинизации, в белом веществе головного мозга, определялись во всех случаях на T2 взвешенных изображениях, в виде очагов повышенной интенсивности. Для оценки активности рассеянного склероза использовались препараты Гадолиния. У 60% пациентов при контрастном усилении была определена активная фаза заболевания, которая проявляется лучше всего на 10-15 минуте после введения гадолиния. При фазе активности происходит активная выработка антител против собственных белков. А именно против миелиновых оболочек нервных волокон. Разрушения проявляется в различных локализациях головного мозга и вследствие этого наблюдается типовые клинические признаки свойственного рассеянному склерозу и при мрт исследовании наблюдается гиперинтенсивные очаги контуры которых становятся не четкими. В последствии, в результате адекватного лечения интенсивность очагов уменьшается иногда они даже исчезают, при этом контуры приобретают определенную четкость. К этому времени интенсивность изображений этих очагов становится более значительными. Было выявлено МР-исследовании типичная локализация очагов демиелинизации в головном мозге – перивентрикулярные зоны, чаще в углу между хвостатым и мозолистым телом, в зонах, прилегающих к верхнелатеральному углу боковых желудочков, в белом веществе семиовального центра, височных долях, а также в стволе головного мозга и мозжечке. На границе серого и белого вещества или в сером веществе находится небольшая доля очагов (5-10%). Размер их от 0,2 см до 3,0 см, чаще овальной или округлой формы

Выводы. Стандартная МРТ с контрастированием, обладая высокой информативностью, выявляет в подавляющем большинстве случаев специфические признаки РС. Введение препарата позволило определить активность патологического процесса, что так же позволяет диагностировать РС на ранних стадиях развития заболевания. Flair режим позволяет лучше выявлять очаговые изменения в головном мозге при РС.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ В КЛИНИКЕ ДИФFUЗНЫХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Санданова Б.Б., Позднякова А.В., Красильников А.А.

Научный руководитель: Лукьяков С.А.

Читинская государственная медицинская академия

Диффузные паренхиматозные заболевания легких (ДПЗЛ) представляют собой обширную группу заболеваний (всего описано более 200) как известной, так и неизвестной этиологии. Как правило, проявляющаяся двусторонним поражением альвеол, респираторных бронхиол. В структуре ДПЗЛ наиболее тяжелой формой с

неблагоприятным прогнозом является идиопатический легочной фиброз (ИЛФ), представляющий собой особую форму хронической прогрессирующей фиброзирующей интерстициальной пневмонии неизвестной этиологии, с преимущественным поражением легких.

Цель исследования – Проанализировать частоту встречаемости ДПЗЛ в клинике внутренних болезней на базе многопрофильного стационара согласно современным классификационным критериям, а также сравнить исходные клинические показатели у больных ИЛФ с другими формами ДПЗЛ.

Материал и методы. Проведен анализ 300 карт стационарных больных с направительным диагнозом «Пневмония» за период с 2011 по 2015 гг.; в итоговую выборку были включены 18 случаев. Критерии включения: возраст от 18 до 80 лет, наличие клинического диагноза ДПЗЛ. Критерии исключения: иммунодефициты, в т.ч. ВИЧ-инфекция, онкологические/гематологические заболевания, системные заболевания соединительной ткани. Статистическая обработка была проведена с применением непараметрического метода (F-критерий Фишера).

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе историй болезней было выяснено, что в общей структуре ДПЗЛ преобладал саркоидоз - 38,9% (7 человек). НСИП 22,2% (4 человека), ЭАА – в 22,2% (4 человека), на долю ИЛФ приходилось 16,6% (3 человека). Средний возраст больных составил 46,7 [39,6; 61,5] лет, из них доля мужчин – 61,2% (11 чел.), женщин – 38,8% (7 чел.). Диагнозы ДПЗЛ были подтверждены компьютерной томографией органов грудной клетки (КТ ОГК) и/или хирургической биопсией легкого. Рентгенологическими паттернами явились: «матовое стекло» - в 12 случаях (66,6%), лимфаденопатия внутригрудных лимфоузлов – в 9 случаях (50%), «сотовое легкое» - в 4 случаях (22,2%), тракционные бронхоэктазы – в 3 случаях. Хирургическая биопсия легкого была выполнена в 13 случаях (72,2%). Далее все пациенты были разделены на две группы: больные с ИЛФ (n=3, I группа; иная форма ДПЗЛ (n=15, II группа). Средний возраст больных составил: в I группе - 61 [60; 63] лет, в то время как во II группе - 44,2 [37,7; 59,7] ($p<0,05$). Было установлено, что больные с ИЛФ исходно имели более выраженную одышку по шкале mMRC (2 балла и выше): 3 из 3 (100%) vs 5 из 15 (33%) ($p<0,05$); более низкий показатель ФЖЕЛ от должных значений: 57 [52,3; 64] % vs 83,4 [72,9; 88,6] % ($p<0,05$); чаще обнаруживалась крепитация по типу «velcro»: 3 из 3 (100%) vs 3 из 15 (20%) ($p<0,05$); симптом «сотового легкого»: 3 из 3 (100%) vs 1 из 15 (6,6%) ($p<0,01$).

Закключение. В структуре диффузных паренхиматозных заболеваний легких наиболее распространенной патологией явился саркоидоз. При определении у пациента, как правило, старшего и пожилого возраста, характерной рентгенологической картины («матовое стекло»), прогрессирующей инспираторной одышки, крепитации по типу «velcro», более низких показателей ФЖЕЛ от должных значений, следует предполагать диагноз ИЛФ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СТАВРОПОЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Санина А.А., Сечина Ю.А.

Научный руководитель: Смирнова Т.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Проблема сохранения здоровья студенческой молодежи относится к одной из наиболее приоритетных задач на всех этапах развития общества. Здоровье студентов во многом определяют социально-психологические факторы: адаптационные способности, психо-эмоциональное напряжение, образ и условия жизни, медицинская

активность, учебная нагрузка, уровень доходов и др. В свою очередь, одним из высокоинформативных и чувствительных методов, позволяющих оценить здоровье молодежи, является исследование качества жизни. На современном этапе качество жизни заняло важное место в ряду показателей здоровья наряду со смертностью, заболеваемостью и инвалидизацией. Доказана значимая прогностическая роль низкого уровня качества жизни в повышении риска смерти от основных сердечно-сосудистых заболеваний, которые занимают первое место в общей структуре смертности населения РФ. Поэтому актуально изучение показателей качества жизни на раннем этапе развития сердечно-сосудистых заболеваний, который соответствует присутствию факторов риска у лиц молодого возраста.

На сегодняшний день ВОЗ определяет Качество жизни как интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии.

Цель исследования: оценить качество жизни студентов-медиков лечебного факультета во время обучения в вузе путем оценки показателей физического и психического компонентов здоровья.

Материалы и методы: Выборку в исследовании составили 122 студента четвертых и пятых курсов. Средний возраст студентов составил $21,8 \pm 1,2$. Изучение качества жизни студентов проводили с помощью стандартизованного психометрического метода с помощью общепринятого в международной практике опросника SF-36 (Short Form Health Survey) в соответствии с требованиями Международного проекта IQOLA, разработанного для проведения популяционных исследований качества жизни. Используемый опросник является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. Сбор данных осуществляли методом анкетирования на основе использования прямого опроса респондентов. Статистическую обработку полученных данных проводили по программе «Statistica 6.0» с использованием параметрических (критерий Стьюдента) и непараметрических критериев (U-критерий Манна-Уитни).

Результаты и обсуждение: В ходе исследования было установлено, что наиболее низкими оказались значения показателей психического здоровья ($53,28 \pm 4,54$) и ролевого эмоционального функционирования ($56,88 \pm 1,02$). Это свидетельствует о значительном ограничении физическим состоянием их повседневной деятельности. Наиболее высокими оказались показатели физического функционирования ($90,3 \pm 1,05$), характеризующего диапазон сильной физической активности, и интенсивной боли. Показатель социального функционирования, отражающий степень ограничений в социальной жизни, в данном случае довольно высокий ($74,3 \pm 4,22$), что свидетельствует о достаточном общении с другими людьми. По шкале жизненной активности, характеризующей жизненную энергию респондентов в противовес усталости, студенты имеют весьма низкие значения ($58,8 \pm 3,44$).

Закключение: Представленные данные свидетельствуют о том, что качество жизни студентов медицинского университета снижено, особенно его психологический компонент, по сравнению с физическим функционированием. У студентов снижен эмоциональный контроль, преобладает чувство усталости. Постоянное умственное и психо-эмоциональное напряжение, частые нарушения режима труда и отдыха приводят к срыву процессов адаптации, снижению качества жизни.

Проблему охраны и укрепления здоровья студенческой молодежи следует рассматривать как приоритетную медико-социальную проблему, а метод исследования качества жизни – как один из критериев оценки эффективности проводимых в отношении студентов оздоровительных мероприятий.

Список литературы.

1. Саидюсупова И.С. Применение корреляционного анализа при изучении состояния здоровья студентов медиков / И.С. Саидюсупова // Вестник В ГТУ. – Воронеж, 2007. – Т.3., № 7. – С. 43-47.
2. Проскурякова Л.А. Гигиеническая оценка питания и здоровья студентов // Гигиена и санитария. – 2008. – №3. –С.49-52
3. Горбач, Н.А. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов вузов /Н.А.Горбач, А.В.Жарова, М.А. Лисняк//Здравоохранение РФ. –2007. – №2. – С. 43–46.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ И БЕЗ ГЕМОДИАЛИЗА

Сатаров У., Омурзакова А., Мамадиев Ш.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Д. М. Мирбакиева

Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина

Актуальность Состояние сердечно-сосудистой системы является важным фактором, существенно влияющим на прогноз, а иногда и определяющим исход заболевания у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН). Уровень кардиальной летальности у пациентов с ХБП в несколько раз выше, чем в общей популяции. Особое значение при этом приобретает состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов, получающих почечную заместительную терапию, так как поражение сердца является одной из основных причин смерти больных с терминальной почечной недостаточностью.

Целью исследования является сравнительный анализ характера структурно-функциональных изменений сердца у пациентов с ХБП, находящихся на программном гемодиализе и без него.

Материалы и методы: Нами было проведено ретроспективное исследование историй болезни пациентов находящихся на программном гемодиализе (n=37), и без гемодиализа (n=55) с ХБП, которые находились в отделении нефрологии и искусственной почки Национального центра кардиологии и терапии (НЦКТ). Предметом исследования явились особенности нарушения функции сердечно сосудистой системы (ССС) у пациентов с ХБП, подтвержденных ЭКГ и ЭХОКГ данными. Все пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили пациенты, находившиеся на программном гемодиализе, а вторую - без гемодиализа. Средний возраст пациентов в I группе составил $43,5 \pm 1,5$ лет. Длительность программного гемодиализа в среднем составила -7,2года. Во II группе средний возраст пациентов был $45 \pm 1,7$ лет из них . Стаж болезни в среднем составил 12лет. Причины возникновения ХБП в обеих группах были одинаковыми: хронический гломерулонефрит (ХГН): гипертоническая форма - 40%, смешанная форма - 10%; хронический пиелонефрит - 20%; амилоидоз почек -20 %; поликистоз почек -10%. Всем пациентам были проведены ЭКГ и ЭХОКГ исследования.

Результаты: В результате проведенного анализа было выявлено. Гипертрофия различных отделов миокарда выявлена в I группе у 73,5% пациентов , из них гипертрофия левого предсердия – была у 10% пациентов , правого предсердия – у 20%, левого желудочка - 10%, правого желудочка - 20%, сочетанные гипертрофии наблюдались в 10% случаев. В то время как во II группе гипертрофия встречается всего у 11% пациентов из них: ГЛЖ выявлена у 7,2% пациентов и ГПЖ только у 1,8% и у 2% наблюдаются сочетанные гипертрофии. Нарушения проводимости в атриовентрикулярном узле обнаружены в I группе у 10% пациентов, нарушения

процессов реполяризации у 50%; а во II группе нарушений реполяризации не было, проводимость в АВ-узле нарушалась только у 3,6% больных. При ЭХОКГ исследовании уплотнение аорты выявлено в I группе – у 100% пациентов, в то время как во II группе выявлено только у 65,5% пациентов ($d = 3,55\text{см}$), уплотнение створок аортального клапана в I группе было у 40% пациентов, во II группе не выявлено. Митральный клапан у большинства пациентов был не изменен, очаги уплотнения обнаружены в I группе 20%. Снижение диастолической функции желудочков выявлено у 32,4% пациентов в I группе, 45,3% во II группе. Снижение систолической фракции выброса наблюдалось в I группе у 56,8% пациентов, в то время как во II группе всего лишь у 9% пациентов.

Заключение: таким образом, у пациентов находящихся на системном гемодиализе с ХБП на фоне различных заболеваний почек характеризуется высоким полиморфизмом, у всех пациентов изменены те или иные показатели со стороны ССС; а у пациентов без системного гемодиализа значительных изменений гемодинамики и патологии ССС не выявлено.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК

Септа В.Д.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. Здоровье молодого поколения является одной из важнейших задач современного мира. Предупреждение должно встать во главе лечения. Многие молодые девушки могут даже и не подозревать у себя те или иные патологии, а между тем им ещё предстоит становиться матерями, что несёт в себе мощные нейрогуморальные перестройки. Большое число людей очень часто сталкивается с ощутимыми проблемами в, скажем так, функциях своего мозга – провалами в памяти, сложностями с концентрацией внимания на одном деле и т.д.

Малое количество людей в молодом возрасте имеет патологии сердца. Впрочем, статистически количество перенёсших острые коронарные патологии в возрасте от 30 до 40 лет стремительно растёт. В наших силах, как специалистам здравоохранения, суметь предупредить и понять причины возникновения таких грозных патологий в раннем возрасте.

Цель исследования – провести корреляционный анализ между данными артериального давления и результатами тестов определения когнитивных функций у девушек молодого (студенческого) возраста.

Задачи исследования.

- 1) Провести измерение АД у девушек 18-24 лет;
- 2) Проанализировать результаты теста когнитивных функций, предложенного этим девушкам;
- 3) Составить корреляционную зависимость показателей между АД и результатами теста.

Материалы и методы исследования.

Опрашиваемые респондентки - 60 девушек от 18 до 24 лет (средний возраст – 21 ± 1 год) - в большинстве своём (в 90% случаев) в анамнезе не имели никаких патологий сердечно-сосудистой системы. Большая часть опрашиваемых была студентками различных специальностей и направлений, однако в группе от 22-х до 24-х лет превалировало число девушек, впервые пошедших на работу или подработку совместно с учёбой.

Были использованы самостоятельно смоделированные тесты, сохранявшие в себе черты тестов MMSE и «часы», которые позволяют определить когнитивные функции. Каждая часть теста рассчитывалась отдельно. Максимальное количество баллов, которое можно получить в тесте «часы», составляло 10 баллов; в тесте MMSE – 16 баллов.

Исследование проводилось преимущественно во второй половине дня в весенне-летний период (май-июль).

Статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью пакета Статистика приложения Microsoft Office Excel 2007. Применялись стандартные методы вариационной статистики с определением достоверности различий по критерию Стьюдента, значение $p < 0,05$ считалось достоверным.

Результаты. Используя шкалу «женского» критерия уровня АД, было выяснено:

- 15 человек имели повышенное АД,
- 22 человека имели прегипертензию,
- 13 человек имели нормальное АД,
- 4 человека имели оптимальное АД,
- 6 человек были гипотониками.

Наивысшее АД было у девушки в группе 22 лет (162/87 мм.рт.ст), однако среднее АД было повышено в группах 19 (122/76 мм.рт.ст.) и 24 лет (122/72 мм.рт.ст) по САД и в группах 19 и 23 (116/76 мм.рт.ст.) лет по ДАД. Средние цифры по шкале «женского» критерия уровня АД в норме во всех группах, кроме группы 19 и 24 лет, где полученные цифры соответствуют значениям прегипертензии.

Результаты теста «часы» и MMSE были заметно снижены в группе 22 лет (8,08 баллов и 15,047 баллов в среднем), затем снижение проходило в группе 19 лет (9,025 и 15,05) и 24 лет (9 баллов и 15,06 баллов).

Изучение данных анамнеза (первая летняя сессия у группы 19 лет, первый опыт работы и сдача дипломов и государственных экзаменов у группы 22 лет, государственные экзамены у группы 24 лет) приводят к выводу о том, что опрашиваемые девушки так или иначе испытывали сильный стресс, что и могло сильно повлиять на результаты тестов.

На основании этих данных проводилась корреляция между данными АД и результатами тестов когнитивных функций, чтобы подтвердить точность теории взаимосвязи АД и когнитивных функций у данной категории обследуемых. Сравнивались корреляционные отношения между САД и результатами теста «часы», САД и результатами теста MMSE, ДАД и результатами теста «часы», ДАД и результатами теста MMSE. В данных большинства групп (за исключением единичного случая в группе нормальных значений АД), корреляционная зависимость прошла успешно при $r = 0,9$, что означает, что степень вероятности безошибочного прогноза составляет 90%.

Вывод.

1. Средние цифры по шкале «женского» критерия уровня АД в норме во всех группах, кроме группы 19 и 24 лет, где полученные цифры соответствуют значениям прегипертензии.

2. По данным анамнеза, опрашиваемые девушки, так или иначе, испытывали сильный стресс, что и могло сильно повлиять на данные теста когнитивных функций.

3. По данным исследования средние числа АД ни в одной из перечисленных возрастных групп не превышали среднестатистические цифры. Данные подтверждены корреляционно ($r = 0,9$).

Список литературы.

1. Жуковский Г.С., Константинов В.В., Варламова Т.А., Капустина А.В. Артериальная гипертензия: эпидемиологическая ситуация в России и других странах // Русский медицинский журнал. 1997. - Т. 5. - № 9. — С. 551—558.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Руководство для врачей и научных работников. – М., 2004. – 432 с.

3. Захаров В.В. Когнитивные нарушения в неврологической практике // Трудный пациент. – 2005. – № 5. – С. 15-18.
4. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства и кардионеврология / I Национальный Конгресс «Кардионеврология»; – М., 2008. – С. 17-23.
5. Elkins J.S., Yaffe K., Cauley J.A. et al. Pre-existing hypertension and the impact of stroke on cognitive function // Ann. Neurol. – 2005. – Vol. 58. – P. 68-74.
6. Singh-Manoux A., Marmot M. High blood pressure was associated with cognitive function in middle-age in the Whitehall II study // J. Clin. Epidemiology. – 2005. – Vol. 58. – P. 1308-1315.
7. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 1462-1536.
8. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Церебральное кровообращение и артериальное давление. – М., 2004. – 302 с.

ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Септа В.Д.

Научные руководители: Евсеева М.Е., Сергеева О.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы. В настоящий момент многие исследования говорят об одном: инсульт молодеет. С этим связано множество аспектов нашей, казалось бы, идеальной современной жизни – гиподинамия, неправильное питание, злоупотребление вредными привычками и стресс являются ключевыми факторами раннего возникновения этого патологического процесса. Многие пациенты также не обращают достаточного внимания на своё здоровье. Большое количество людей даже не знают про имеющиеся у них врождённые патологии сердца и сосудов, что является одним из факторов предрасположенности к инсульту. Более регулируемая и тщательная диспансеризация, а также соблюдение врачебных предписаний могло бы предотвратить развитие этой патологии.

Цель исследования. На основании инструментального обследования изучить структуру сопутствующих СС заболеваний у молодых лиц с впервые развившимся ишемическим инсультом.

Материал исследования. Обследовано 75 пациентов, разделённых на 2 группы с учётом возраста. Диагноз мозгового инсульта подтверждался на основании КТ или МРТ головного мозга.

Первую группу - группу молодого и среднего возраста - составили 33 пациента. Женщин было - 16, мужчин - 17; средний возраст составил $52,7 \pm 5,4$ года.

Во вторую группу - старшую возрастную группу - включено 42 больных. Из них 20 женщин и 22 мужчины, средний возраст составил $79,0 \pm 7,7$ лет.

Методы исследования. Пациентам всех групп было проведено комплексное обследование, включавшее в себя проведение эхокардиографии, электрокардиограммы и липидограммы. Перед этим испытуемых просили заполнить карты регистрации различных сердечнососудистых факторов риска и клинических симптомов.

Результаты исследования. По результатам исследования выявлено, что диагнозы стенокардия и постинфарктный кардиосклероз наблюдались преимущественно у второй группы (у 39 человек (92,8%) и у 29 человек (69%) соответственно), тогда как безболевая

ишемия отмечалась в большей степени у первой группы (21 человек (56,2%)). ХСН III-IV ФК отмечался у старшевозрастной группы (35 человек (83,3%)).

По данным ЭКГ, у 42 пациентов (100%) второй группы отмечались аритмии (в первой группе всего у 11 человек (33,3%)), из которых чаще всего встречались желудочковые экстрасистолы – у 21 человека (50%). В первой группе наблюдались преимущественно суправентрикулярные экстрасистолы (у пяти человек (15,1%)). Сочетанные нарушения ритма сердца отмечались в первой группе у 10 человек (24%) и у двух человек (6,2%) во второй группе. В 100% случаев во второй группе отмечалась гипертрофия левого желудочка (в первой группе таких случаев было 69,7% (у 23 человек)).

По данным ЭхоКГ, во второй группе расширение левого желудочка отмечалось у 100% человек, расширение правого – у 95,2% (40 человек). Эти же данные в первой группе были незначительны – у 9 (27,2%) и 10 (30,1%) человек соответственно. Регургитация на митральном клапане во второй группе была у 100% человек, в первой же только у 11 (33,3%). Средние показатели фракции выброса у первой группы были в пределах нормы ($68,2 \pm 5,4\%$), когда у второй значительно снижены ($41,1 \pm 4,2$). Малые аномалии сердца были зафиксированы преимущественно у молодой группы – у 20 человек (60,6%), тогда как во второй группе эти изменения были только у 6 человек (14,3%).

Вывод:

1. У лиц с ишемическим инсультом структура сопутствующих СС заболеваний тесно связана с возрастом, в котором развился инсульт.

2. У молодых пациентов с ишемическим инсультом малые аномалии развития сердца по типу пролапсов клапанов, аномально расположенных хорд, аневризмы межпредсердной перегородки диагностированы в 60,6% наблюдений.

3. У лиц старшей возрастной группы ведущей сопутствующей кардиальной патологией были выраженные формы хронической сердечной недостаточности, относящиеся к III и IV функциональным классам, ИБС.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Сергеева О.В., Айрапетян Л.А., Зосимова К.К.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Евсеева М.Е.

Ставропольский Государственный Медицинский Университет

Актуальность: В современном обществе заболевания сердечно-сосудистой системы по-прежнему являются основной причиной смертности. Никакие другие заболевания не приводят к такому количеству летальных исходов.

Исследования здоровья женщин на протяжении всей жизни становятся приоритетным направлением научной деятельности во всем мире, в том числе и в России. Повышенный интерес к женскому здоровью объясняется рядом причин: во-первых, демографическая ситуация в нашей стране преимущественно определяется состоянием здоровья, а именно репродуктивным потенциалом женского населения. Во-вторых, заболеваемость женщин ведет к снижению их трудоспособности, что наносит огромный социально-экономический ущерб стране.

Организм женщины во время беременности претерпевает значительные изменения в связи с увеличением нагрузки на все органы и системы. Беременность, являясь своего рода тестом на определение нынешнего состояния здоровья, позволяет прогнозировать риск возникновения соматических заболеваний, а особенно патологий со стороны сердечно-сосудистой системы в дальнейшей их жизни.

Цель исследования: оценить влияние нормально протекающей беременности на показатели сосудистой ригидности

Материалы и методы: обследовано 85 здоровых женщин с физиологически протекающей одноплодной беременностью (средний возраст $23,2 \pm 1,7$). Сформированы три группы: 1 группа – I триместр (20 человек), 2 группа – II триместр (40 человек), 3 группа – III триместр (25 человек). Группу сравнения составили 45 небеременных здоровых женщины, сопоставимых по возрасту.

Исследование выполнялось с помощью аппарата суточного мониторинга АД BPLab с дополнительными опциями определения ригидности сосудов (ООО «Петр Телегин», Н-Новгород). Проводилось комплексное измерение эластичности сосудистой стенки в офисном формате, которое включало в себя определение таких показателей, как время распространения отраженной волны (RWTT, мс); скорость распространения пульсовой волны в аорте (PWVao, м/с); индекс ригидности артерий (ASI); индекс аугментации (AIx,%), максимальная скорость нарастания артериального давления (dp/dt , мм. рт. ст./сек); индекс ригидности артерий, приведенный к ЧСС = 75 в минуту (AIx ЧСС,%); сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), индекс эластичности (IE). Статистическая обработка производилась при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Результаты представлены в виде медиан и 5-95 пс. Различия считали достоверными при наличии $p \leq 0,05$.

Результаты: оказалось, что показатель RWTT у беременных достоверно отличался от контрольной группы - 142 мс среди всех беременных против 151,2 мс в контроле. По триместрам динамика оказалась следующая: I триместр – 141 мс, II триместр – 145 мс; III триместр – 138 мс. Параметр PWVao отличался более высокими значениями у беременных по сравнению с контролем, при этом его значения возрастали к III триместру: I – 9,46 м/с, II – 9,34 м/с; III – 10,9 м/с. В III триместре значение PWVao более 12 м/с зафиксировано у 30 % беременных. Индекс ригидности (ASI) продемонстрировал достоверно большие значения у беременных во II и III триместрах (137, 138 соответственно, в группе контроля – 123). Индекс аугментации, или прироста, (AIx) имел тенденцию к уменьшению с увеличением срока беременности: I триместр -52,9%; во II триместре -57,34%; в III триместре -62%. Максимальная скорость нарастания давления достоверно увеличивалась к III триместру. Сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI) имел тенденцию к возрастанию с увеличением срока гестации. Индекс эластичности (IE) соответственно неделям беременности уменьшался.

Представленные предварительные результаты исследования демонстрируют определённую разнонаправленность некоторых показателей, которые в комплексе отражают динамические изменения упруго-эластического статуса сосудистой стенки у обсуждаемого контингента. Тем не менее, по некоторым параметрам прослеживается достаточно чёткая зависимость сосудистой жёсткости от сроков гестации, что обусловлено целым комплексом сложных физиологических изменений, протекающих в организме беременной женщины. Однако, необходимы дальнейшие углублённые исследования по изучению возможного влияния не только сроков гестации, но и других факторов, способных оказывать воздействие на сосудистое ремоделирование в процессе беременности.

Выводы:

1. Беременные женщины имеют несколько более высокие показатели сосудистой жесткости, что может быть вторичным по отношению к известному физиологическому увеличению сердечного выброса и объема циркулирующей крови во время беременности
2. У беременных показатели, характеризующие статус сосудистой стенки, имеют свои динамические особенности в течение срока гестации, что диктует необходимость накопления репрезентативной базы данных для эффективной разработки многомерных нормативов по этой категории обследуемых.

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Силина Ю.Д., Махмудова С.Э., Малышева Т.В.

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

Введение: Болезнь Стилла была описана британским врачом Д. Стиллом в 1897 г.[1]. Долгое время она считалась тяжелой разновидностью ювенильной формы ревматоидного артрита. Лишь в 1971 г. Э. Байуотерс опубликовал многочисленные наблюдения этого заболевания у взрослых пациентов [2].

Частота болезни Стилла у взрослых (БСВ) в мире составляет 0,16 на 100 тыс. в год. Ведущими симптомами БСВ являются поражение суставов, лихорадка, кожная сыпь и нейтрофильный лейкоцитоз при отсутствии ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду.

У всех больных отмечается вовлечение мышечно-скелетной системы - артралгии, артриты и миалгии. У большинства пациентов поражение суставов прогрессирует и развивается деструктивный полиартрит. Поражение кожи - макулопапулезная или розеолезная сыпь на груди, спине, плечах, иногда на ногах.

Боль в горле с признаками фарингита – характерный ранний симптом болезни. Могут наблюдаться поражение печени, сердечно-сосудистой системы, легких, лимфаденопатия, спленомегалия. Чаще отмечается хроническое течение болезни[3].

В данной статье исследована клинической картины Болезни Стилла взрослых

Рассмотрен клинический случай болезни Стилла взрослых в современной практике врача многопрофильного стационара.

Клинический случай был рассмотрен посредством ретроспективного анализа амбулаторной карты пациента, заключений предыдущих госпитализаций; курация больного во время госпитализации в отделении кардиологии-ревматологии Пермской краевой клинической больницы (ПККБ) в качестве «помощника врача»; проспективное наблюдение.

Результаты и обсуждение. Пациент N 25 лет считает себя больным с 15 апреля 2016 г., когда в середине рабочего дня на работе резко ухудшилось общее самочувствие и повысилась температура тела до 38,30С. Лихорадку пытался купировать самостоятельно приемом парацетамола, температура ниже 390С не снижалась. Больной вызвал бригаду скорой помощи, которая направила его в инфекционную больницу.

В инфекционной больнице был выписан через 7 дней с диагнозом – аденовирусная инфекция, гепатит неясной этиологии.

Состояние сохранялось относительно удовлетворительным, после выписки из инфекционного отделения пациент нигде не наблюдался. Через месяц произошло второе подобное обострение, бригада скорой помощи госпитализировала его в терапевтическое отделение МСЧ №6 г. Перми, где врачом-ревматологом был диагностирован субсепсис Висслера-Фанкони. Лечение проводилось преднизолоном в дозе 30 мг/день. На этом фоне через две недели появились резкие боли в крупных суставах.

Третье обострение было 28.06.2016 г., с экстренной госпитализацией пациента в отделение кардиологии-ревматологии ПККБ. Основные жалобы пациента на момент поступления в стационар: лихорадка до 38,5-390С, не купируется; резкие интенсивные приступообразные боли в крупных суставах; увеличение живота справа.

При объективном обследовании обращала внимание обильная сыпь по всему телу, более интенсивная на руках, спине, а также гепатомегалия.

В биохимическом анализе крови - АЛТ — 610,6 ед/л, г-ГТП — 522,5 Ед/л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлена гепатомегалия, признаки хронического гепатита, полипы в желчном пузыре на фоне уплотнения его стенок, спленомегалия, диффузные изменения паренхимы почек.

Учитывая такой массивный цитоллиз и увеличение печени, пациент консультирован гастроэнтерологом, диагностирован хронический гепатит высокой степени активности в рамках аутоиммунного заболевания. На основании особенностей анамнеза жизни и заболевания, физикального исследования и объективных данных, положительной динамики при приеме курса преднизолона пациент был выписан 15.07.16 с диагнозом:

Основной: Болезнь Стилла взрослых(?).

Сопутствующий: Хр. гепатит высокой степени активности (аутоиммунный?).

Рекомендовано динамическое наблюдение гастроэнтеролога, ревматолога.

Болезнь Стилла следует дифференцировать с другой системной формой ювенильного ревматоидного артрита – субсепсисом Висслера-Фанкони. Патогномоничным синдромом является фарингалгии, которые проявляются одновременно с лихорадкой, болями в суставах, сыпью и гепатомегалией. В подтверждение неинфекционной этиологии данного симптома фарингалгии купируются только после курса глюкокортикостероидов.

В ходе проспективного анализа: пациент после выписки из отделения кардиологии-ревматологии в течение полугода динамически наблюдался у гастроэнтеролога и ревматолога.

Однако 06.01.2017 произошел рецидив болезни Стилла. Больной во время рецидива отмечал повышение температуры преимущественно вечером до 38-39°C, фарингалгии в течение 10 дней.

В биохимическом анализе крови отмечается: повышение уровня СРБ до 59 мг/л, количества сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов до 63% и до 10% соответственно. Выявлено также увеличение трансаминаз в пределах 2 норм.

В левой подмышечной области выявлен увеличенный лимфатический узел до 10-12 мм.

С 1.02.17 принимал 20 мг метипреда, с последующим увеличением дозы до 48 мг в сутки. На фоне данной терапии отмечает улучшение состояния, исчезли фарингалгии, артралгии, периодически повышается температура до 37,0°C. СРБ – 0,3 мг/л, СОЭ – 7 мм/ч.

На фоне жалоб, анамнеза, лабораторных и объективных данных, положительной динамики клиники обострения при приеме преднизолона диагноз Болезнь Стилла взрослых был подтвержден.

Выводы: Болезнь Стилла взрослых следует дифференцировать с множеством ревматических заболеваний, в частности, с субсепсисом Висслера-Фанкони.

Следует своевременно и тщательно проводить диагностику и лечение данных заболеваний.

Список литературы.

1. Bannatyne GA, As W. Rheumatoid arthritis: its clinical history, etiology and pathology. Lancet. 1896;1:1120–5. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)61263-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)61263-7).
2. Bywaters EG. Still's disease in the adult. Ann Rheum Dis. 1971;30:121–33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.30.2.121>.
3. Имамединова ГР, Чичасова НВ. Болезнь Стилла взрослых: клинические случаи. Современная ревматология. 2014;(4):39–42.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПРИЗНАКАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С УЧЕТОМ ВАРИАНТОВ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА

**Смирнова Т.А., Русиди А.В., Мищенко Е.А., Фурсова Е.А., Сергеева О.В.,
Итальянцева Е.В., Евсеева М.Е.**

Научный руководитель: д.м.н. профессор Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из важнейших медицинских и социально-экономических проблем в кардиологии, выступая основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Данные современной литературы свидетельствуют о частой встречаемости сочетанного присутствия АГ вместе с избыточной массой тела и даже с наличием ожирения [2,5]. Вместе с тем, на текущий момент хорошо известно существование различных вариантов избыточной массы тела в зависимости от преобладания различных компонентов структуры тела человека. Установлено, что не только ожирение, но уже и избыточная масса могут служить предиктором развития, как целого ряда патологических процессов, так и влиять на качество жизни. В настоящее время все больше внимания уделяется изучению качества жизни (КЖ) у лиц молодого возраста. Оценка КЖ - новое и перспективное направление медицины, которое позволяет точно оценить нарушение состояния здоровья исследуемого, ясно представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить ожидаемый результат по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения исследуемого, анализируя при этом все составляющие здоровья [4].

Целью исследования является определение качества жизни (КЖ) у лиц молодого возраста с признаками артериальной гипертензии в зависимости от избыточной массы тела у лиц молодого возраста (18-25 лет).

Материалы и методы. Обследовали 66 человек с признаками артериальной гипертензии. Исследуемые были разделены на три группы, на основании показателей объема талии и доли висцерального жира по данным весового аппарата «Tanita». 1 группа: АГ + нормальная МТ (53 чел.) 2 группа: АГ + ожирение здоровое (9 чел.) 3 группа: АГ + ожирение тучное (4 чел.) Статистическую обработку данных проводили с помощью Statistica 6.0.

Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов с АГ использовался опросник Medical Outcomes Study Short Form 36 questionnaire (SF-36, русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Межнациональным центром исследования качества жизни). Данный опросник позволяет оценить субъективную удовлетворенность исследуемого своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием.

Результаты и обсуждение. Оказалось, что показатели физического благополучия у представителей второй группы были несколько ниже по сравнению с лицами из первой группы. Но эти различия были не только недостоверны, они были также весьма незначительными. Разница по показателям психо-эмоционального благополучия у представителей обсуждаемых двух групп была более выражена, но также различия были недостоверны. Третья же группа демонстрировала более весомые различия по сравнению с первой группой, как по показателям физического здоровья, так и по показателям ментального благополучия. Из четырех диагностических шкал первого модуля наиболее явные изменения выявлены со стороны такого показателя, как ролевое физическое функционирование по которому различия составили 13 баллов, что соответствовало снижению на 10,9% по сравнению с первой группой ($p < 0,05$). Уменьшение таких параметров качества жизни, как жизненная активность, ролевое социальное функционирование и ролевое эмоциональное функционирование составило 8,16 и 7 баллов соответственно. Это соответствовало снижению на 6%, 11,6% и 5,9% по

сравнению с первой группой наблюдений. Показатель ментального благополучия уменьшила вообще на 21 балл, что составило 17,01 % снижения по сравнению с первой группой. Последние различия достигло достоверного уровня, так как *P* составил 0,02.

Заключение: Превышение массы тела у молодых носителей АГ ассоциируется с ухудшением параметров качества их жизни, как в физическом, так и психоэмоциональном аспекте. Однако при наличии так называемого здорового варианта избыточной массы тела и ожирения нарушения со стороны показателей этих двух диагностических модулей анкеты весьма умеренные, хотя более выраженные со стороны ментального статуса. Присутствие же тучного варианта избыточной массы тела и ожирения, характеризующегося присутствием повышенного содержания висцерального жира в организме его носителей, сочетается с более выраженным снижением разнообразных показателей качества жизни. При этом нарушения со стороны параметров психоэмоционального благополучия оказались более существенными по сравнению с показателями физического здоровья. Наиболее значимые различия выявлены со стороны таких параметров психоэмоционального статуса, как ролевое социальное функционирование и ментальное здоровье у молодых носителей АГ, ассоциированной с висцеральным вариантом избыточной массы тела и ожирения.

Список литературы.

1. Артериальная гипертензия в молодом возрасте / И.И. Шапошник, С.П. Сеницын, В.С. Бубнова, В.С. Чулков – М.: ИД «Медпрактика-М», 2011. – 140с.
2. Тепаева, А. И. Медико-социальные параметры исследования качества жизни пациентов, страдающих избыточным весом / А.И. Тепаева, Т.И. Родионова // // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2.;
3. Егиев, В.Н. Определение качества жизни пациентов с морбидным ожирением с одномоментным анализом трех опросников - sf36, gq1i и анкеты индекса качества жизни / В.Н. Егиев, Ю.Б. Майорова, А.В. Мелешко, Е.А. Зорин // Вестник РУДН. – 2016. – № 2. – С. 189-195; .
4. Evseyeva M.E., Mental indicators at young people with attributes hypertension and prehypertension / Mishenko E. A, Kumukova Z. V, Chudnovsky E.V, Smirnova T.A // EPMA Journal 2016, 7(Suppl 1):A21(3-5 September 2015)
5. Юшманова, Л.С. Качество жизни в зависимости от величины артериального давления и индекса массы тела у лиц юношеского возраста / Л.С.Юшманова, Н.А.Соловьёва, С.Л. Совершаева // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 9-2. – С. 328-331"

ОЦЕНКА СОСУДИСТОЙ ЖЁСТКОСТИ У МОЛОДЁЖИ В АСПЕКТЕ ВОЗРАСТНЫХ НОРМАТИВОВ СЕРДЕЧНО-ЛЮДЫЖЕЧНОГО ИНДЕКСА **Соловьёва Е.Л.**

Научные руководители: д.м.н. профессор Евсеева М.Е., ассистент Фурсова Е.Н.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: По данным Всемирной организации здравоохранения прогноз к 2030 г. неутешительный - прогнозируемая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составит 23,6 млн. человек. Состояние здоровья молодежи – важный фактор обеспечения социального и экономического развития общества, а студенчество является «стратегическим запасом» государства. В процессе учебы могут дебютировать различные заболевания, в том числе и АГ. Измерение эластичности крупных сосудов имеет преимущества перед оценкой традиционных факторов риска.

Цель настоящего исследования: проведение оценки параметров сосудистой ригидности у лиц молодого возраста, определение наличия или отсутствия стеноза или окклюзии в бассейне нижних конечностей, по индексу CAVI определение риск атеросклероза, истинной жесткости сосудистой стенки.

Материал и методы: в исследовании приняли участие студенты СтГМУ разных факультетов в возрасте от 19 до 24 лет. Средний возраст студентов $21,2 \pm 0,09$: - количество юношей 55, - количество девушек 94. Анализ сосудистой жесткости проводился на сфигмографе VaseraVS-1500 (FUKUDADENSHICO., LTD, Япония). Проводился пошаговый статанализ распределения обследованных по уровню CAVI и перцентильный статанализ распределения обследованных по уровню CAVI. Параметры, измеряемые с помощью VaSeraVS-1500N: артериальное давление на плечах и голенях на обеих верхних и нижних конечностях; лодыжечно-плечевой индекс (ABI) – отношение систолического АД на голени к систолическому АД на плече; сердечно-лодыжечный индекс (CAVI) – показатель жесткости сосудистой стенки на всем протяжении исследуемого бассейна; время изгнания (ET) – время между началом открытия аортального клапана и его закрытием; время напряжения (PER) – время между началом зубца Q на ЭКГ и началом открытия аортального клапана.

Результаты: Выявлено отсутствие стеноза или окклюзии в бассейне нижних конечностей у всех обследуемых (юношей и девушек). По анализу индекса CAVI у обследуемых степень риска атеросклероза минимальная, истинная жесткость сосудистой стенки в пределах нормы.

Выводы: Объемная сфигмография при помощи прибора VaSera VS 1500 N может быть рекомендована для скрининга субклинической патологии сердечно-сосудистой системы. Внедрение объемной сфигмографии в практику ПМО позволит существенно повысить выявляемость лиц с субклиническими проявлениями БСК, т.к. параметры объемной сфигмографии, главным образом индекс CAVI, обладают высокой степенью чувствительности и достоверности, как показатели риска развития патологии сердечно-сосудистой системы.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КОРИ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИИ

Сотирова А.А., Алферина Е.Н.

Научный руководитель: Маркосян Н.С.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Корь остается одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста во всем мире, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины [3]. Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) была поставлена задача элиминации кори в отдельно взятых странах и регионах [2]. В последние годы ситуация в мире ухудшилась, наблюдающийся подъем заболеваемости корью в нашей стране связан с завозом инфекции из Европы. В связи с эти 69-я сессия ВОЗ перенесла достижение региональных целей элиминации кори с 2015 на 2020 год [2, 4].

Цель работы: изучение эпидемического процесса коревой инфекции в Республике Мордовия за 2004 – 2016 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ основных характеристик эпидемического процесса кори в республике за период с 2004 г. по 2016 г. по данным Управления Роспотребнадзора.

Результаты и обсуждение. В Республике Мордовия в 2004 – 2005 гг. случаев кори не было зарегистрировано. В 2006, 2008, 2012, начале 2013 года были установлены завозы

заболевания из г. Москвы, г. Пензы, Греции (по одному случаю). Распространение инфекции благодаря своевременно проведенным противоэпидемическим мероприятиям не было допущено.

В октябре – декабре 2013 года зафиксировано ухудшение эпидемической ситуации, когда выявлено 17 случаев заболевания: 2 случая – завозы из Москвы и Московской области, 15 – с местным заражением, из них 4 – с внутрибольничным инфицированием. Среди заболевших – 16 пациентов в возрасте от 26 до 52 лет и один ребенок в возрасте до года, из них 13 – жители города Саранска. Ни один из пациентов корью ранее не болел. Показатель заболеваемости составил 2,18 на 100 тыс. населения.

Первым заболел мужчина 34-х лет, который был в начале октября в Москве. Он послужил причиной заражения 4-х человек в лечебном учреждении Саранска. В ноябре 2013 года выявлено трое заболевших, которые находились в контакте по работе. Один из этих пациентов, будучи в продромальном периоде, не был изолирован и послужил причиной заражения троих человек. Он обследовался в одном из медучреждений, где позже заболели двое сотрудников. У этого же пациента заболел ребенок 7-ми месяцев. У трех пациентов источник инфекции выявить не удалось.

При выяснении прививочного анамнеза установлено, что среди заболевших корью семеро оказались привитыми (пять пациентов имели две прививки, двое – вакцинированы однократно). Ребенок 7-ми месяцев не достиг прививочного возраста. У всех пациентов определялись IgM к вирусу кори. В полимеразной цепной реакции обнаружена ДНК Morbillivirus, генотип D8.

В 2014 году в Мордовии зарегистрировано два случая кори, подтвержденных с помощью иммуноферментного анализа (выявлены IgM), показатель заболеваемости составил 0,2 на 100 тыс. населения. Заболели – один взрослый (35 лет), вакцинирован против кори по возрасту, до начала заболевания выезжал в Пензу, и ребенок трех лет, не привит против кори по медицинским показаниям, до начала заболевания находился на стационарном лечении в больнице г. Москвы. Дальнейшее распространение инфекции в 2014 году не произошло.

В 2015 году выявлено 6 случаев коревой инфекции (показатель заболеваемости составил 0,7 на 100 тыс. населения), 2 из которых завозные из г. Москвы, 3 случая с местным заражением. Один пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. В дальнейшем зафиксировано два случая внутрибольничного инфицирования корью, один из пациентов находился на лечении с диагнозом ВИЧ-инфекция. По результатам генотипирования установлено, что 83,3% штаммов принадлежат к генотипу D8.

В 2016 году в Республике Мордовия не зафиксировано ни одного случаев кори, показатель заболеваемости составил 0,0 на 100 тыс. населения.

В 2016 году вакцинировано против кори 9272 человек или 108,1 % от плана, из них детей – 7209, взрослых – 2063 человек, ревакцинировано 10577 или 113,3% от плана, в том числе детей – 7908, взрослых – 2669. К концу 2016 года вакцинировано детей против кори в 1 год – 96,8%, в возрасте 2-х лет – 97,3%, ревакцинировано в 6 лет – 96,3%; охват ревакцинацией взрослых с 18 до 35 лет составило 97,9%.

Проведена подчищающая иммунизация против кори детей, подростков и взрослых в рамках Европейской недели иммунизации-2016. Привили 312 человек из числа не вакцинированных ранее. На 31.12.2016 г. среди детей в возрасте до 17 лет не привито против кори по медицинским противопоказаниям 151 ребенок, по причине отказов – 1214 человек, всего 1365 человек.

Для оценки постпрививочного иммунитета в 2016 году обследовано 600 человек, серонегативные результаты – у 45 (7,5 % при допустимом показателе 7,0 %), из них среди детей 3–4 лет серонегативных – 0,0 %, 9–10 лет – 2,0 %, 16–17 лет – 12,0 %, взрослых 20–29 лет – 20,0 %, 25–29 лет – 20,0%, 30–39 лет – 7,0%, 30–35 лет – 8,9%, 40–49 лет – 4,0% [1].

Выводы:

1. В Республике Мордовия завозы кори из других регионов России в 2013 и 2015 годах приводили к распространению инфекции среди местного населения.
2. Во время вспышки в 2013 году корь чаще развивалась у людей молодого трудоспособного возраста до 40 лет, не болевших корью, не привитых или привитых частично.
3. В настоящее время в Республике Мордовия среди отдельных возрастных категорий (16 – 17 лет, 20 – 29 лет и 30 – 35 лет) доля серонегативных лиц (до 20%) превышает критерий эпидемиологического благополучия, что может способствовать поддержанию эпидемического процесса коревой инфекции.

Список литературы.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Республики Мордовия в 2016 году». – Саранск, 2017.
2. Информационный бюллетень ВОЗ. – № 286, ноябрь 2015 г.
3. Павелкина, В. Ф. Корь в Республике Мордовии: клинико-эпидемиологические аспекты / В. Ф. Павелкина, Н. С. Маркосян, Н. П. Амплеева и др. // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2016. – №3. – С. 59–63.
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.04.2013 № 17 «Об утверждении Программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013–2015 гг.)» и плана ее реализации».

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Страхова Н.В., Молчанова А.Н., Красноруцкая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности [2,3]. Эмоциональное выгорание у медицинских специалистов практического здравоохранения сопровождается редукцией личностных достижений, снижением интереса к профессии и, как следствие, развитием тревожно-депрессивных расстройств [2]. Высокий уровень психологического дистресса среди медицинских специалистов первичного звена здравоохранения объясняет значительную распространенность СЭВ, тревоги и депрессии среди врачей и медицинских сестер поликлиник [1]. Обучение в медицинском вузе также связано с высокими умственными и часто эмоциональными нагрузками (новая форма клинической работы, чувство ответственности и понимание сложности будущей профессии). Поэтому, целью исследования стало оценить распространенности и взаимосвязи СЭВ и расстройств тревожно-депрессивного спектра у медицинских специалистов практического здравоохранения и студентов-медиков.

Материалы и методы

Материалом для исследования стало обследование 40 человек, в том числе 10 врачей (25%) различных специальностей БУЗ ВО ВГКП №4 и 10 медицинских сестер (25%) и 20 студентов медицинского вуза (50%), обучающихся на 6 курсе лечебного факультета, в т.ч. 25% мужчин и 75% женщин. В возрасте от 18 до 44 лет было 36 человек (90%). Среди врачей и медицинских сестер менее 5 лет работали в практическом здравоохранении 7 человек (35 %), столько же имело стаж работы более 16 лет, по 3 человека (15 %) имели стаж работы 6-10 лет и 11-15 лет.

Исследование СЭВ осуществлялось с помощью опросника МБИ (К. Маслач и С. Джексон, в адаптации Н.Е.Водопьяновой), а так же использовались личные данные пациентов: пол, возраст, семейное положение, должность, стаж, удовлетворение от работы. Интерпретация результатов проводилась по трем шкалам «эмоциональное истощение» (ЭИ), «деперсонализация» (Д) и «редукция личных достижений» (РЛД). Для выявления тревоги и депрессии всем включенным в исследование лицам были предложены шкала Цунга и тест-опросник Спилбергера-Ханина.

Статистическая обработка полученных при анкетировании данных проводилась с помощью программного обеспечения SPSS Statistics 21.0. Все количественных показателей представлены в виде средней $\pm$ стандартная ошибка средней. С целью выявления возможной взаимосвязи изучаемых признаков применен корреляционный анализ Спирмена.

Результаты и обсуждение

При анализе результатов обследования было определено, что средний балл по опроснику МБИ ЭИ у врачей и медицинских сестер составил $42,3 \pm 4,8$ баллов, у студентов – $44,0 \pm 4,7$ баллов. По шкале Д средний балл у врачей составил $39,7 \pm 5,4$, у медицинских сестер – $26,7 \pm 3,8$ баллов, у студентов – $43,4 \pm 5,7$ баллов. РЛД среди врачей оказалась на уровне $61,6 \pm 4,3$ баллов, у сестер – $66,1 \pm 4,4$, у студентов $53,0 \pm 4,3$. По шкале самооценки депрессии Цунга депрессия у студентов-медиков оказалась более выраженной ($40,5 \pm 2,3$), чем у врачей и медицинских сестер ($35,7 \pm 3,1$ и $35,5 \pm 3,4$ баллов соответственно). Наиболее высокий средний балл по шкале ситуативной тревожности (СТ) был определен у студентов ($40,1 \pm 3,0$), несколько ниже – у медсестер ($39,2 \pm 3,3$), и самый низкий – у врачей ($37,3 \pm 2,9$). Среднее значения балла по шкале личностной тревожности (ЛТ) составило у врачей $43,0 \pm 2,9$ балла, у медсестер $41,4 \pm 2,3$, у студентов $42,0 \pm 2,4$. Однако, различия не достигли уровня статистической значимости ($p > 0,05$).

Отсутствие депрессии диагностировано у 87,5% (35); легкая депрессия была у 10% (4), субдепрессия у 1 обследуемого. СТ низкого уровня была у 25% обследуемых (10 человек), среднего уровня – 42,5% (17), высокого уровня – 32,5% (13). ЛТ низкого уровня у 7,5% (3 анкетированных), среднего уровня у 50% (20), высокого уровня – 42,5% (17).

При опросе респондентов было определено, что 30 человек (75%) удовлетворены отношением руководства; 22 анкетирруемых (55%) – профессиональным трудом; 5 (12,5%) – заработной платой; 21 (52,5%) – условиями труда; 34 из обследуемых (85%) – отношением коллег; 31 человек (77,5%) удовлетворен профессией; 32 (80%) – специальностью; 9 респондентов (22,5%) – достаточным отдыхом.

Выявлена положительная корреляционная связь между баллом по шкале ЭИ МБИ и числом баллов по шкалам СТ ($r = 0,379$, $p < 0,05$), ЛТ ($r = 0,431$, $p < 0,01$). Определена отрицательная корреляционная взаимосвязь средней силы между баллом по шкале депрессии и баллом по шкале РЛД МБИ ($r = -0,524$, $p < 0,01$), стажем работы и баллов по шкале Д МБИ ($r = -0,465$, $p < 0,05$). С увеличением ЛТ возрастают показатели ЭИ, Д и уменьшается балл по РЛД, что говорит о росте СЭВ.

Выводы

Различий в степени выраженности СЭВ, тревоги и депрессии у врачей, медицинских сестер практического здравоохранения и студентов-медиков не выявлено. Почти все анкетированные отметили низкую заработную плату и недостаточное количество отдыха, что влияет на СЭВ. У большинства обследуемых имелся высокий уровень ЭИ и Д. Высока распространенность тревоги. Низкая РЛД связана с маленьким стажем работы у большинства респондентов. Возрастание СЭВ коррелирует с ростом депрессии, СТ и ЛТ.

Список литературы.

1. Красноруцкая, О.Н. Оценка инициальных стадий невротических расстройств у студентов медицинского вуза / О.Н. Красноруцкая, Н.В. Страхова, Д.Ю. Бугримов, Ю.А.

Котова, О.И. Калинина // Сб. научн. тр. / Молодежь, наука, медицина. – Тверь, 2017. – С. 545-548.

2. Огнерубов, Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей / Н.А. Огнерубов // Вестник Тамбовского государственного университета. – 2013. – Т. 18. – № 4. – С. 1337-1341.

3. 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. 303-313.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Страхова Н.В., Хачикян Н.С., Краснорущая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Ожирение — хроническое обменное заболевание, основным патологическим механизмом которого является избыточное накопление жировых отложений. По последним оценкам ВОЗ, в 2016 г. во всем мире приблизительно 2,3 миллиарда взрослых людей (в возрасте старше 15 лет) имели избыточный вес [3,4]. Инсомния представляет собой нарушение цикла «сон-бодрствование». Патология определяется дефицитом качества и количества сна, которые являются необходимыми для нормальной жизнедеятельности человека. Заболевание встречается у 30-45% населения планеты [1]. Тревожные-депрессивные расстройства широко распространены в современном обществе, особенно в условиях большого города [5]. Их представленность в общей популяции, по разным данным, составляет от 6 до 13,6% [2]. Цель исследования: провести оценку качества жизни и психологического статуса у амбулаторных больных с синдромом инсомнии и ожирения.

Материалы и методы. В исследование были включены 54 пациента в возрасте от 25 до 74 лет (26 мужчин и 28 женщин), средний возраст $60,3 \pm 8,8$ лет; из них 16 человек (29,6%) без ожирения, 20 человек (37%) с ожирением 1 степени, 7 человек (13%) с ожирением 2 степени и 11 человек (20,3%) с ожирением 3 степени. Общеклиническое обследование антропометрию, расчет величины ИМТ. Для первичной диагностики наличия и оценки выраженности тревоги и депрессии у больных применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Качество сна определялось при помощи анкеты бальной оценки субъективных характеристик сна [Левин Я.И. с соавт., 1995]. Синдромальный диагноз инсомнии устанавливался по критериям МКРС-2 (Международной классификации расстройств сна, 2005). Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника SF-36 Health Status Survey (1993). Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью SPSS Statistics 20.0 с расчетом средних значений количественных показателей, стандартных отклонений, частот для качественных показателей, коэффициентов корреляции Спирмена. Для сравнения двух групп независимых признаков использован ранговый критерий Манна-Уитни.

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). Корреляционный анализ выявил положительную корреляционную связь средней силы между ИМТ и уровнем тревоги ($r = 0,439$, $p < 0,01$), уровнем депрессии ($r = 0,517$, $p < 0,001$) и отрицательную корреляционную связь ИМТ с выраженностью инсомнических расстройств (баллом по шкале Левина, $r = -0,355$, $p < 0,05$).

Средние значения показателей качества жизни были определены: а) при депрессии 1 степени: PF=63,1; RP= 32,5; P= 34,9; GH=51,5; VT= 53,0; SF= 65,4; RE=56,4; MH=55,6; б) при депрессии 2 степени: PF=60,1; RP=30,1 ; P=31,5 ; GH=49,3; VT=50,9 ; SF=63,6 ; RE=56,1; MH=53,0 в) при депрессии 3 степени: PF=49,8; RP=24,3; P =24,6; GH=36,3; VT=48,3; SF=56,2; RE=40,4; MH=46,3; г) при тревоге 1 степени: PF=62,9; RP=32,8; P=34,3; GH =52,3; VT =52,9; SF=64,3; RE=57,9; MH=57,4; д) при тревоге 2 степени: PF=58,9; RP=29,0; P=30,7; GH =46,6; VT =50,4; SF=62,4; RE=52,4; MH=50,6; е) при тревоге 3 степени: PF=50,4; RP=24,6; P=25,3; GH =37,4; VT=48,4; SF=57,8; RE=42,3; MH=46,6.

Таким образом, показатели качества жизни и тревожно-депрессивные расстройства находятся в обратной зависимости друг от друга. В результате исследования была выявлена отрицательная корреляционная связь между всеми показателями КЖ и депрессией по HADS : PF ($r=-721, p<0,001$), RP ($r=-664, p<0,001$), P ($r=-639, p<0,001$), GH ($r=-638, p<0,001$), VT ($r=-390, p>0,001$), SF ($r=-458, p<0,001$), RE ($r=-635, p<0,001$), MH ($r=-638, p<0,001$) и отрицательная корреляционная связь между всеми показателями КЖ и тревогой по HADS: PF ($r=-650, p<0,001$), RP ($r=-539, p<0,001$), P ($r=-606, p<0,001$), GH ($r=-611, p<0,001$), VT ($r=-366, p>0,001$), SF ($r=-309, p>0,01$), RE ($r=-580, p<0,001$), MH ($r=-666, p<0,001$).

Был рассчитан средний балл инсомнии по Левину при депрессии 1 степени, который оказался равен $20,6 \pm 1,4$; при депрессии 2 степени $19,1 \pm 1,4$; при депрессии 3 степени $16,6 \pm 0,9$. При тревоге 1 степени средний балл по Левину равен $20,5 \pm 1,4$; при тревоге 2 степени $18,9 \pm 1,4$; при тревоге 3 степени $16,6 \pm 0,8$. Таким образом, у людей с более выраженной тревогой и депрессией наблюдается средний балл по Левину меньше, то есть инсомнические нарушения выражены больше. Корреляционный анализ Спирмена выявил отрицательную корреляционную связь сильной степени между баллом по шкале Левина и депрессией по HADS ($r=-810, p<0,001$), тревогой по HADS ($r=-794, p<0,001$).

Выводы. Установлена прямая корреляционная зависимость между наличием инсомнии и ожирения. Чем выраженнее инсомнические нарушения и тревожно-депрессивные расстройства, тем ниже показатели качества жизни больных. Степень инсомнии и уровень тревожно-депрессивных расстройств находятся в прямой зависимости друг от друга.

Список литературы.

1. Левин Я.И., Полуэктов М.Г. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / Я.И. Левин, М.Г. Полуэктов. – М: Медфорум, 2013. – С 21-26.
2. Левин Я.И. Депрессия и сон / Я.И. Левин // Лечащий врач. – 2008. - №4. – С. 54-67.
3. Струева Н.В., Полуэктов М.Г., Савельева Л.В., Мельниченко Г.А. Ожирение и сон / Н.В. Струева, М.Г. Полуэктов, Л.В. Савельева, Мельниченко Г.А. // Ожирение и метаболизм. – 2013. – № 3. – С. 11-18.
4. Хатилов С.Р., Страхова Н.В. Исследование характера пищевого поведения пациентов с ожирением / С.Р. Хатилов, Н.В. Страхова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 66. – С. 264-268.
5. Страхова Н.В., Зуйкова А.А. Булавина Е.С. 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.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЮ

Сухенко А.С., Нджамба П.

Научный руководитель: Осадчук А.М.

Самарский государственный медицинский университет

Распространенность язвенной болезни (ЯБ) в человеческой популяции составляет 6-8%. Как правило, ЯБ ассоциируется с *H. pylori*, инфицированность населения которым в России превышает 50%. Установленными факторами риска развития ЯБ являются прием ulcerogenных препаратов, туберкулез легких, хроническая обструктивная болезнь легких, цирроз печени, ишемическая болезнь сердца, анемия, дуоденогастральный рефлюкс. Тем не менее, клинико-морфологические особенности ЯБ у лиц, получающих полихимиотерапию (ПХТ), остаются недостаточно изученными.

Целью исследования явилось определение клинико-морфологических особенностей ЯБЖ у лиц, страдающих гемобластозами, в фазе полной клинико-гематологической ремиссии и получающих поддерживающую ПХТ.

Всего обследовано 60 больных, разделенных на 2 равные группы в возрасте от 60 до 74 лет. Группу исследования составили 30 чел. с ЯБЖ, получающих ПХТ. Группу сравнения составили больные с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) (30 чел.). В контрольную группу были включены 30 практически здоровых лиц. В указанных группах пациентов были проведены клинические и лабораторные исследования, фиброгастродуоденоскопия, общее морфологическое исследование слизистой оболочки желудка (СОЖ), статистические методы. Все больные с ЯБ обследованы по единой программе до назначения эрадикационной терапии и после заживления язвенных дефектов и элиминации *H. pylori*. Труднорубцующимися язвами (ТРЯ) считались язвы с длительностью заживления превосходящими 6 недель.

Результаты проведенных исследований показали, что при у лиц с ЯБЖ, получающих ПХТ по сравнению с ЯБЖ достоверно чаще ($p<0,05$) выявляются такие симптомы как изжога, тошнота, рвота, запор, диарея, снижение аппетита, похудание. При этом общая интенсивность диспепсического синдрома у пациентов с ЯБЖ, получающих ПХТ достоверно превышала таковую у больных с ЯБЖ. При морфологическом исследовании у пациентов с ЯБЖ, получающих ПХТ, достоверно чаще ($p<0,05$), чем при ЯБЖ верифицировались II и III стадия гастрита, тогда как I стадия – достоверно реже ($p<0,05$). У лиц с ЯБЖ, получающих ПХТ достоверно чаще ($p<0,05$) верифицировалась дисплазия эпителия II степени и кишечная метаплазия II степени, по сравнению с группой больных с ЯБЖ. При этом у пациентов с ЯБЖ достоверно чаще ($p<0,05$) верифицировалась IV степень гастрита, тогда как у пациентов с ЯБЖ, получающих ПХТ – II степень. У пациентов с ЯБЖ, получающих ПХТ достоверно чаще ($p<0,05$) обнаруживалась I степень обсемененности *H. pylori*, тогда как у больных с ЯБЖ – II степень обсемененности *H. pylori*. У 43,3% лиц с ЯБЖ, получающих ПХТ верифицировались ТРЯ, что было достоверно чаще ($p<0,05$), чем у лиц с ЯБЖ, у которых ТРЯ определялись лишь в 13,3% случаев.

Таким образом, ЯБЖ у лиц, получающих ПХТ, характеризуется выраженным диспепсическим синдромом, тяжелыми стадиями и низкими степенями гастрита, высокой частотой встречаемости предраковых изменений СОЖ, по сравнению с лицами с ЯБЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНАМИ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Толкунова К.М.

Научные руководители: к.м.н., доцент Леонова И.А., к.м.н. ассистент Феокистова В.С.
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

Введение. Несмотря на достижения последних лет в сфере диагностики и лечения сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться ведущей причиной смерти и инвалидизации женщин. В нашей стране из 10 млн трудоспособного населения, страдающего ИБС, заболевание выявлено у каждой 8 женщины в возрасте 45-54 лет. Целью исследования было оценить особенности течения ИБС у женщин молодого и среднего возраста в течение 7 лет.

Материал и методы. Нами были проанализированы 104 истории болезни пациенток молодого- 17 человек и среднего возраста- 87 человек, госпитализированных в 2009-2010 гг. с диагнозом ИБС, верифицированной по результатам селективной коронарографии (КАГ); средний возраст составил $51,1 \pm 7,0$ лет. Изучена распространенность общепринятых факторов риска (ФР) ССЗ.

В мае-августе 2017 г. произведен телефонный звонок и опрос пациенток по специальной анкете, включающей информацию о конечных точках. Получена информация о модификации образа жизни и о терапии основными кардиологическими препаратами. Таким образом был отслежен как минимум 7-летний период жизни пациенток после первичной госпитализации.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программной системы STATISTICA. Средние величины приведены со стандартным отклонением среднего значения ($M \pm \sigma$), критерием статистической достоверности получаемых выводов считали величину $p < 0,05$.

Результаты. Исходно причинами госпитализации, по данным историй болезни за 2009-2010 гг. стали дебют ИБС в виде ИМ или НС у 49 женщин (47,1%), также 55 пациенток (52,9%) поступили для обследования и лечения в связи с хроническим течением ИБС.

При изучении распределения ФР в зависимости от возраста было отмечено, что среди пациенток молодого возраста чаще встречается курение, а у женщин среднего возраста – СД 2 типа. АГ и дислипидемия, которые являются мощным предвестником последующих коронарных событий (по данным Шамес А. Б), встречались в 90% случаев. Отягощенная по ССЗ наследственность была зафиксирована в 31% случаев, причем достоверно чаще ($p < 0,05$) среди женщин среднего возраста. Избыточная масса тела отмечалась у 64% женщин. При анализе полученных данных оказалось, что чаще отмечалось ожирение I степени - 38%. J.E. Manson и соавторы указывают на 4-кратный коронарный риск при увеличении ИМТ. При разделении женщин в зависимости от статуса их репродуктивной функции не было установлено достоверных различий по распределению ФР.

По данным исследований FHS, ARIC, CHS в возрасте до 45 лет в течение 1 года после ИМ погибает 26% женщин, в возрасте 45-64 лет-9% женщин. Частота развития повторного ИМ в течение 5 лет составляет в возрастной группе 45-64 лет 22% женщин.

Установлено, что НС встречалась в 16,7% случаев, смерть от всех причин составила 6,7%, онкология обнаружена у 5% женщин, а повторный ИМ перенесли 1,7% пациенток. В течение 7 лет умерли 4 женщины, 2 из которых вследствие кардиальных причин. Третья пациентка, наблюдавшаяся 1 год, умерла в возрасте 59 лет от ОНМК. Четвертая погибла от рака желудка в возрасте 61 г..

При оценке частоты развития кардиальной смерти (КС) у женщин в различных возрастных группах оказалось, что у лиц моложе 45 лет не было случаев КС, у женщин

среднего возраста наблюдалось 2 случая КС. Выявлено увеличение КС с возрастом (OR=2,48 ДИ 0,77-8,0), однако, недостоверное, вероятно, в связи с небольшим количеством смертельных случаев.

Наиболее частым поводом для повторной госпитализации была НС среди женщин среднего возраста, особенно в течение 1 года после госпитализации (13,8%). Повторная экстренная госпитализация в течение 1 года наблюдения составила 13,3% пациентов, среди них в 33,3% случаев поводом явилось ухудшение течения ГБ, а в 66,3% случаев – ОКС. В плановом порядке в стационар поступило 59,6% женщин: среди них для реваскуляризации миокарда 77,4%, 22,6% поступили для диспансерного наблюдения.

За все время наблюдения 23 женщины повторно госпитализировались в связи с ухудшением течения ИБС, Ангиопластика и стентирование выполнено у 8,3% женщин, АКШ проведено в 13,3% случаев, для контроля состояния 8,3% пациенток.

Вновь выявленная онкология, не приведшая к смерти, зарегистрирована у 3 женщин. Это злокачественные новообразования молочной железы, рак кишечника и паратиреоиднома.

За период наблюдения было установлено:

- увеличение веса произошло у 30,35% женщин, только 17,8% пациенток избавились от лишнего веса.

- отказалось от курения 31% человек, аначали курить, 2 женщины среднего возраста(3,57%).А. Б. Шамес утверждает, что прекращение курения – самая эффективная профилактическая мера, приводящая к снижению смертности на 36% после ИМ.

- нормальный уровень АД наблюдается у 21,6% женщин. За весь период наблюдения средний уровень сАД и дАД снизился на 10 мм.Нг. и составляет 172\98мм.Нг.

- В нашем исследовании приверженность пациенток молодого и среднего возраста недостаточно высокая 70-75%.

- Оценить компенсацию СД и уровень дислипидемии не удалось, так как больные не могли сообщить уровень гликированного гемоглобина и липидограммы.

Выводы

- Основной причиной смерти у пациенток среднего возраста являются ССЗ (кардиальные причины 3,3%, ОНМК – 1,7%), в группе молодых пациенток случаев КС за период наблюдения не было.

- Самой частой причиной повторных госпитализации женщин в течение первого года наблюдения во всех возрастных группах является НС.

- Основной причиной плановой госпитализации в течение 1-го года наблюдения является потребность в реваскуляризации миокарда, которая выполнена у 46,7% больных.

- Рекомендации по модификации образа жизни выполняются пациентками недостаточно активно: 40% женщин продолжают курить, более чем у 80% больных нормализация АД не достигнута, имеется избыточный вес.

- Приверженность терапии у пациенток молодого и среднего возраста недостаточно высокая (70-75%), особенно в отношении статинов.

Список литературы.

1. А.Б. Шамес. Ишемическая болезнь сердца у женщин.//Бином – 2013- стр.8-20.
2. AmericanHeartAssociation / A.S. Go, D. Mozaffarian, V.L. Roger [et al.] //
3. Circulation. – 2014. – №3

КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: ВОЗМОЖНОСТЬ УЧАСТИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Трифанова А.А., Степаненко А.В., Страхова Н.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Амбулаторно-поликлинический этап кардиореабилитации в сочетании со вторичной профилактикой, психологической коррекцией и реадaptацией является наилучшей формой ведения постинфарктных больных [1,2,5]. Привлечение студентов-медиков позволяет вовлечь пациентов в различные программы физической реабилитации и длительных тренировок, осуществлять контроль реабилитационного процесса [3,4]. Целью работы являлась многокомпонентная оценка эффективности амбулаторно-поликлинического этапа кардиореабилитации с участием студентов-медиков.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе отделения реабилитации БУЗ ВО ВГКП № 1, в которое было включено 13 больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) и находящихся на амбулаторном этапе кардиореабилитации, среди которых 9 женщин (69,2%) и 4 мужчины (30,8%) в возрасте от 45 до 83 лет, средний возраст $63,8 \pm 12,9$ года. Средняя длительность от момента ОИМ $6,7 \pm 1,1$ месяцев. Все пациенты получали стандартную терапию. Перед осуществлением программы реабилитации пациентам был проведен тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), оценена одышка по шкалам Borg, MRC, ВАШ. Тревога и депрессия диагностировались по госпитальной шкале HADS, качество жизни (КЖ) – по опроснику SF-36. В ходе исследования студентами 6 курса лечебного факультета было проведено по 10 индивидуальных прогулок с каждым пациентом ежедневно в темпе тренировочной ходьбы. Осуществлялся непрерывный контроль состояния больных (АД, ЧСС, ЧДД, уровень одышки по Borg и ВАШ, тип реакции на физическую нагрузку по Фогельсону Л.И. в модификации Аронова Д.М.), фиксировались пройденное расстояние и затраченное время. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения SPSS Statistics 20.0. Все значения представлены в виде средней $\pm$ стандартная ошибка средней. При проведении сравнительного анализа был рассчитан критерий знаковых рангов Уилкоксона.

Результаты и обсуждение

Среднее значение дистанции в ТШХ после проведения цикла тренировок увеличилось на 9,2 метра по сравнению с дистанцией, пройденной пациентами до начала цикла ($p=0,033$). Наибольший прогресс прослеживается у пациентов, перенесших ОИМ менее чем за 6 месяцев до начала исследования ($p > 0,05$). При сравнительном анализе тяжести и степени выраженности одышки у пациентов до и после проведения цикла установлено стойкое снижение количественных показателей одышки: по шкале Borg среднее значение одышки после тренировок снизилось на 22,8%; по ВАШ - на 34,1%.

До исследования средний балл по шкале тревоги HADS составил $7,62 \pm 0,72$ балла, что соответствует субклинической тревоге. Среднее значение по шкале депрессии HADS оказалось равным $4,46 \pm 0,90$ баллов, что соответствует отсутствию признаков депрессивного состояния. Распространенность субклинической тревоги составила 61,5%, клинически выраженная тревога была диагностирована у 1 человека (7,7%). По одному человеку страдали субклинической и клинически выраженной депрессией. После завершения тренировок у 12 пациентов (92,3%) отсутствовали признаки депрессии, субклиническая депрессия была выявлена у одного человека. Статистически значимых изменений показателей тревоги не зафиксировано. Выявлена прямая зависимость между уровнем тревоги и степенью выраженности одышки.

Уровень КЖ после проведенного цикла увеличился по всем показателям как физического компонента здоровья, так и психологического. В наибольшей степени уровень тревоги влияет на повседневную деятельность пациента, затрагивая и

эмоциональные, и физические аспекты: чем выше изначальный уровень тревоги, тем больше прирост качества жизни по показателю VT ($r=0,596$, $p<0,05$); чем выше изначальный уровень одышки по Borg и ВАШ ($r=0,677$ и $0,782$ соответственно, $p<0,05$), тем более выражено снижение одышки после тренировок по этим шкалам.

Выводы. На основании приведенных данных можно сделать заключение о возможности эффективного участия студентов-медиков в кардиореабилитации постинфарктных больных на амбулаторном этапе. Тренировки под контролем студентов-медиков приводят к улучшению физического состояния пациентов, повышению качества жизни пациентов. Более выраженный ответ на реабилитационные мероприятия имеют пациенты со значимым уровнем тревоги и давностью ОИМ менее 6 месяцев. Выраженность одышки напрямую влияет на качество жизни, в частности, на жизненную активность.

Список литературы:

1. Еремина, Д.А. Психологические основы повышения эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования / Д.А. Еремина, Н.Е. Круглова, О.Ю. Щелкова, М.В. Яковлева // Вестник СПбГУ. – 2014. – № 1. – С. 55-59.
2. Орлова, Е.В. Клиническая эффективность школ здоровья в первичной и вторичной профилактике артериальной гипертензии у работников железнодорожного транспорта / Е.В. Орлова, Н.В. Тишкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8. - № 6 S1. – С. 264.
3. Страхова, Н.В. Гемодинамические нарушений у больных артериальной гипертензией, перенесших инфаркт миокарда / Н.В. Страхова, А.А. Зуйкова, О.Н. Красноруцкая, Ю.А. Котова // Сб. научн. тр. / Фундаментальные научные исследования: теоретические и практические аспекты. – Кемерово, 2016. – С. 382-385.
4. Страхова, Н.В. Регрессионный анализ прогностического значения скорости пульсовой волны у больных артериальной гипертензией с инфарктом миокарда в анамнезе / Н.В. Страхова, А.А. Зуйкова, Е.Н. Колесникова, М.Г. Васильченко, И.С. Добрынина // Сб. научн. тр. / Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы. – Самара, 2016. – С. 32-33.
5. Страхова, Н.В. Состояние гемодинамики у больных артериальной гипертензией и постинфарктным кардиосклерозом / Н.В. Страхова, О.Н. Красноруцкая, Ю.А. Котова // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2016. – Т. 31. - № 1. – С. 47-49.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО И МОТИВАЦИОННОГО УРОВНЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Тырановец С.В., Ялтонский В.М.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Ялтонский В.М.

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.
Евдокимова

Фибрилляция предсердий (ФП), или мерцательная аритмия, – одна из самых распространенных форм нарушений ритма сердца. В настоящее время установлено, что в генезе данного заболевания играет роль не только патофизиологический субстрат, но и психологический компонент. Так, например, эмоциональный стресс, переживаемый пациентом, может спровоцировать приступы мерцательной аритмии. С другой стороны, сами приступы (пароксизмы) ФП, вызывая ухудшение общей и центральной

гемодинамики, могут провоцировать витальный страх, тревогу, депрессию и другие психические расстройства. Разные формы течения заболевания, характеризующиеся длительностью приступов нарушения ритма сердца, сопровождаются эмоциональным дистрессом, признаками развития тревожно-депрессивного расстройства, что может приводить к дезадаптации пациента и снижать эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Цель работы – исследование компонентов восприятия болезни, выраженности угрозы и стратегий совладания с болезнью у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами фибрилляции предсердий.

Задачи работы: 1) исследование компонентов субъективного восприятия болезни; 2) исследование степени выраженности угрозы и ее дифференциация; 3) исследование защитно-совладающего поведения пациентов с разными формами ФП.

Методы работы: 1) клинико-анамнестический; 2) клинико-психологический, с использованием следующих методик: модифицированная версия Краткого опросника восприятия болезни (В-IPQ, E. Broadbent et al., в адапт. В.М. Ялтонского и др.); Шкала восприятия глобальной (базовой) угрозы, связанной с болезнью (С. Karademasl, в адапт. В.М. Ялтонского); Опросник 3) статистический.

Характеристики выборки: в исследование включено две группы больных, страдающих разными формами фибрилляции предсердий: 50 пациентов с пароксизмальной формой ФП (23 жен. и 27 муж., средний возраст: $56,63 \pm 7,15$ лет) и 50 пациентов с персистирующей формой ФП (26 жен. и 24 муж., средний возраст: $55,35 \pm 6,54$ лет). Выборки сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты работы. Для больных с пароксизмальной формой ФП приступы носят неопределенный характер, разную частоту и интенсивность, что обуславливает восприятие болезни как угрозы, носящей витальный характер ($p \leq 0,01$). При данной форме ФП пациенты, отмечают, что плохо идентифицируют свою болезнь, симптомы которой мало поддаются контролю ($p \leq 0,01$), больные обеспокоены своим состоянием ($p \leq 0,01$), при этом отмечается более интенсивное эмоциональное реагирование на болезнь ($p \leq 0,05$) с выраженным переживанием тревоги, страха, чувством беспомощности, ужаса. Установлено, что у больных с пароксизмальной формой ФП, по сравнению с больными с персистирующей формой ФП, статистически достоверно ($p \leq 0,05$) более выражены признаки тревожного расстройства (результаты по шкале «тревожность» опросника SCL-90-R).

Пациенты с персистирующей, формой ФП, в сравнении с группой пациентов, страдающих пароксизмальной формой ФП, также плохо понимают свою болезнь, однако отмечают, что она продлится более долгое время ($p \leq 0,01$) и будет иметь более серьезные отдаленные последствия ($p \leq 0,01$). Это приводит к развитию у больных с персистирующей формой ФП эмоциональных реакций ($p \leq 0,05$) в виде: подавленного настроения, отчаяния, чувства вины и горя. Кроме этого по опроснику SCL-90-R был получен статистически достоверно ($p \leq 0,05$) более высокий балл по шкале депрессии. По шкале дифференциации угрозы у пациентов с постоянной формой ФП в большей степени ($p \leq 0,05$) выражены угроза социального функционирования и угроза планам и ожиданиям личности.

Выводы: специфическое приступообразное течение симптомов при пароксизмальной или персистирующей форме фибрилляции предсердий определяет паттерны восприятия своей болезни у пациентов. Так, у пациентов с пароксизмальной формой ФП более выражены представления о своей болезни как плохо идентифицируемой с мало контролируемыми симптомами, что вызывает выраженное эмоциональное реагирование с развитием преимущественно признаков тревожного расстройства. Пациенты с персистирующей формой ФП отмечают, что их болезнь продлится в течение более длительного времени и имеет более серьезные последствия, эмоциональное реагирование пациентов характеризуется переживанием чувства вины, отчаяния и горя, в большей степени выявлены признаки депрессивного расстройства.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Фомина Н.И., Страхова Н.В., Котова Ю.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

В 21 веке в России остро стоит проблема широкой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний [1]. В структуре смертности данные заболевания занимают первое место, а большое количество состояний, осложняющих эти заболевания, заставляют искать закономерности, позволяющие облегчить их диагностику [4]. Одно из постепенно развивающихся, но опасных осложнений гипертонической болезни (ГБ) - когнитивная дисфункция. Говоря о возможных осложнениях заболевания и типе течения, следует учитывать сопутствующие патологии и наличие факторов риска [2, 3]. Поэтому целью моего исследования стало изучение наличия взаимосвязи между сердечно-сосудистыми факторами риска и когнитивными расстройствами у больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы.

Материалом для исследования стало обследование 50 больных АГ на базе БУЗ ВО ВГКП № 1, корпус № 3, в том числе 21 мужчины (42%) и 28 женщин (56%), в возрасте от 57 до 78 лет, средний возраст составил $69,1 \pm 5,8$ лет, наблюдающихся и проходящих лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Средний длительность течения АГ у обследованных составил $19,8 \pm 3,74$ лет. Для оценки особенностей когнитивных функций проводились выяснение стажа заболевания, анамнеза наследственности, наличия перенесенных инфаркта миокарда, мозгового инсульта, а также стажа курения с расчетом индекса курильщика, антропометрия, лабораторно-инструментальные исследования (определение уровня глюкозы сыворотки крови натощак, показатели липидного спектра - общий холестерин, триглицериды, липопротеиды низкой плотности), тестирование для оценки психического статуса (Шкала краткого исследования психического статуса (MMSE), тест рисования часов). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием SPSS Statistics 20.0. Для определения взаимосвязи сердечно-сосудистых факторов риска и степенью когнитивного снижения (баллами, полученными в тесте рисования часов и тесте MMSE) был проведен корреляционный анализ Спирмена.

Результаты и обсуждение.

Взаимосвязь сердечно-сосудистых факторов риска и когнитивных расстройств у больных гипертонической болезнью была оценена при помощи вычисления силы корреляционной связи между результатами оценки когнитивного статуса по шкале MMSE, тестом рисования часов и следующими факторами.

Возраст и длительности течения АГ являются общепризнанными факторами риска развития когнитивных нарушений. Была выявлена отрицательная умеренная корреляционная связь между возрастом и баллом MMSE ($r = -0,427$; $p < 0,002$), между возрастом и баллом теста рисования часов ($r = -0,405$; $p < 0,004$); отрицательная сильная корреляционная связь между стажем заболевания и баллом MMSE ($r = -0,940$; $p < 0,001$) между стажем и баллом теста рисования часов ($r = -0,904$; $p < 0,001$); сильная отрицательная корреляционная связь между ИМТ и баллом MMSE ($r = -0,836$; $p < 0,001$) и между ИМТ и баллом в тесте рисования часов ($r = -0,785$; $p < 0,001$).

При анализе уровня глюкозы плазмы крови у больных с зависимости от степени когнитивного снижения была определена умеренная обратная корреляционная связь (по MMSE $r = -0,416$; $p < 0,003$, по тесту рисования часов $r = -0,356$; $p < 0,011$).

Далее были получены данные, что липидный обмен также имеет определенную взаимосвязь с когнитивной дисфункцией у больных ГБ. Была выявлена сильная отрицательная корреляционная связь между уровнем общего холестерина и баллом MMSE ($r = -0,743$; $p < 0,001$), баллом в тесте рисования часов ($r = -0,731$; $p < 0,001$); отрицательная

сильная корреляционная связь между уровнем триглицеридов и баллом MMSE ($r = -0,746$; $p < 0,001$), баллом в тесте рисования часов ($r = -0,72$; $p < 0,001$); средняя обратная корреляционная связь между уровнем липопротеидов низкой плотности и баллом MMSE ($r = -0,680$; $p < 0,001$), баллом в тесте рисования часов ($r = -0,642$; $p < 0,001$);

Кроме того, проведенный корреляционный анализ выявил умеренную обратную связь между индексом курильщика и баллом MMSE ($r = -0,335$; $p < 0,017$), с баллом теста рисования часов ($r = -0,292$; $p < 0,040$); умеренную обратную связь между наличием отягощенной наследственности и баллом MMSE ($r = -0,356$; $p < 0,011$), баллом теста рисования часов ($r = -0,334$; $p < 0,018$).

Выводы.

Выявлена взаимосвязь между степенью выраженности когнитивных расстройств у больных ГБ и длительностью повышения артериального давления, возрастом пациента, уровнем ОХС, ТГ, а также индексом массы тела. Менее всего на изменения когнитивного статуса влияли: уровень глюкозы плазмы крови, индекс курильщика, отягощенная наследственность. Воздействие всех исследуемых сердечно-сосудистых факторов риска необходимо оценивать комплексно. Использование шкал MMSE и теста рисования часов является простым и информативным методом выявления ранних признаков когнитивной дисфункции у больных ГБ.

Список литературы.

1. Васильченко, М.Г. Сердечно-сосудистая заболеваемость в амбулаторно-поликлинической практике в сельской местности / М.Г. Васильченко, Н.В. Страхова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. - Т. 14. - № S2. - С. 20-21.
2. Котова, Ю.А. Влияние цинка сульфата на состояние антиоксидантной системы у больных с артериальной гипертензией / Ю.А. Котова, А.А. Зуйкова, Н.В. Страхова, А.В. Чернов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. - Т. 14. - № S2. - С. 142.
3. Москалёва, К.А. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на территориальном терапевтическом участке города Воронеж / К.А. Москалёва, Н.В. Страхова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. - Т. 14. - № S2. - С. 79.
4. Тундыбаева, М.К. Цереброваскулярная дисфункция у больных артериальной гипертензией / М.К. Тундыбаева, А.М. Майкотова, М.Р. Рабандиярова // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2013. - № 4 (33). - С. 11-14.

СОСУДИСТОЕ ПОСТАРЕНИЕ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ И ФАКТОРЫ РИСКА

Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Сергеева О.В., Евсеева М.Е., Кошель В.И.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Доказано, что основные сердечно-сосудистые заболевания своими корнями уходят в молодые и даже детские годы жизни. На основании данных диспансеризации студентов можно выявить начальную стадию в изменениях сосудистого статуса у лиц молодого возраста, а также изучить влияние неблагоприятных факторов, провоцирующих возникновение структурных изменений в сосудах[4,6]. Поэтому важно организовать систему массового скрининга среди молодёжи не только основных факторов риска, но и развивающихся под их влиянием доклинических нарушений в органах-мишенях[1,5]. Среди последних особое место занимает сосудистая стенка.

Цель. Оценить влияние некоторых факторов сердечно-сосудистого риска у студентов СтГМУ на раннее сосудистое старение в процессе проведения их профилактического скрининга.

Материал и методы. Проведено обследование студентов 141 СтГМУ (юношей 55, девушек 86) в возрасте от 19 до 25 лет в рамках ежегодного мероприятия «Вуз – территория здоровья». Оценивали профиль ФР с помощью антропометрии и диагностических опросников. Уровень тревоги и депрессии оценивался по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (1983). Исследовали сосудистый возраст с помощью аппаратно-диагностического комплекса VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO.,LTD, Япония), который позволяет оценить сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI. Группы формировали по половой принадлежности, и по наличию-отсутствию синдрома раннего сосудистого старения (синдром EVA). Полученные данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica 10.0».

Результаты. Среди обследованных студентов выявлены случаи раннего сосудистого старения - синдром EVA у 12,7%, среди юношей и 10,5% среди девушек. Показатели CAVI-R и CAVI-L у юношей в основной и контрольной группах составили $7,1 \pm 0,11$ и $7,2 \pm 0,11$ против $5,5 \pm 0,08$ и $5,7 \pm 0,08$. У девушек аналогичные показатели равнялись $6,5 \pm 0,18$ и $7,0 \pm 0,12$ против $5,4 \pm 0,06$ и $5,7 \pm 0,06$. Среди юношей наибольшие различия между группами, сформированными по показателю сосудистого возраста, касались тревожно-депрессивных нарушений - 71,4% (5 из 7) против 43,2% (21 из 48) при $p < 0,05$. У девушек из двух аналогичных групп наибольшие различия выявлены по отягощённой наследственности - 100% (9 из 9) против 74% (57 из 77) при $p < 0,05$.

Заключение: У лиц, имеющих синдром EVA, некоторые факторы риска встречаются достоверно чаще по сравнению с остальными обследованными юношами и девушками. Следует начинать выявление факторов сердечно-сосудистого риска уже в молодом возрасте, задолго до клинических проявлений атеросклероза.

В план обследования лиц молодого возраста имеющих несколько ФССР следует включать методики для ангиологического скрининга с целью последующей коррекции выявленных нарушений на раннем этапе[3]. Полученные инструментальные данные полезно учитывать при формировании индивидуальных программ углублённого профилактического вмешательства среди лиц молодого возраста[2].

Список литературы.

1. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М. и др. Организация проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения // Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава РФ от 03.02.2015 г. № 36ан. – Москва, 2015 – 111 с. Интернет-ресурс: <http://www.gnicpm.ru> <http://www.ropniz.ru>.
2. Евсеева М.Е., Кошель В.И., Ерёмин М.В., Галькова И.Ю., Русиди А.В., Чудновский Е.В., Коробова Е.Ю., Францева В.О. Скрининг ресурсов здоровья студентов и формирование фнутивузовской профилактической среды: клинические, образовательные и воспитательно-педагогические аспекты проблемы // Мед вестник СК. – 2015. – № 1 (10). – С. 64–69.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. N 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
4. Евсеева М.Е. Факторы риска и сосудистое ремоделирование, как показатели кардио-васкулярного благополучия студентов. Результаты вузовской диспансеризации на базе центра студенческого здоровья СтГМУ // Международный научно-исследовательский журнал. -2015.- № 8-3 (39). -С. 101-106.
5. Евсеева М.Е., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Сергеева О.В., Фурсов С.Г. Ангиологический скрининг среди молодёжи: роль факторов риска и дисплазии соединительной ткани // Российские дни сердца -2017.- С. 24.

6. Evseveva M.E., Koshel V.I., Fursova E.N., Eremin M.V., Rusidi A.V. Improvement in preventive examinations among young people in the context of vascular age assessment // The EPMA Journal.- 2017.- Т. 8.- № S1. -С. 27-28.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЁТОМ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Харченко М.Н., Итальянцева Е.В., Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. По мнению современных экспертов давление в аорте или центральное давление характеризуется более высоким прогностическим потенциалом в отношении предсказательной способности возможного развития сердечно-сосудистых событий по сравнению с показателями периферического давления, измеренного традиционным способом на плечевой артерии [1,2]. Поэтому целесообразно использовать указанную технологию на ранних этапах сердечно-сосудистого континуума, то есть при обследовании молодых людей, включая их диспансеризацию [3]. Однако, к настоящему времени имеется крайне мало данных о нормативных показателях центрального давления у лиц молодого возраста, что тормозит широкое внедрение обсуждаемой методики в широкую лечебно-профилактическую практику [4]. .

Цель: провести сравнительную оценку результатов определения давления на плечевой артерии и аорте у лиц молодого возраста с учётом пола.

Материал и методы: при проведении профилактического осмотра в рамках превентивного федерального проекта «Вуз здорового образа жизни» обследованы 45 студентов (юношей 24 и девушек 21) в возрасте от 20 до 24 лет с целью сравнения традиционного давления с центральным давлением в аорте, данные о показателях которого получены с помощью аппаратного диагностического комплекса BPLab Vasotens Office (Пётр Телегин, Н-Новгород). Статистический анализ проведён с помощью пакета программ Microsoft Excel 2010.

Результаты: сравнение АД на плече и в аорте демонстрирует следующие данные - у юношей САД на плечевой артерии практически на 20 мм. рт. ст. выше по сравнению с САД аортальным. У девушек же такое различие составляло почти 10 мм рт.ст. Среди юношей ДАД на плечевой артерии оказалось на 1-2 мм рт.ст. меньше, чем ДАД аортальное. У девушек эта разница составила 2-3 мм рт.ст. Среднее АД на плечевой артерии и в аорте у всех равнялось между собой. Пульсовое АД на плечевой артерии оказалось выше у тех и у других, но разница у юношей равнялась почти 20, а у девушек примерно 12 мм рт.ст. Сравнение результатов оценки АД на плечевой артерии по полу показало, что если САД у юношей выше, чем у девушек, то ДАД, напротив, оказался выше у девушек. У них же более высоким было среднее давление. Пульсовое же АД, напротив, оказалось выше у юношей. Сравнение результатов оценки АД на аорте по полу показало, что если САД было несколько выше у юношей, то ДАД зарегистрировано выше у девушек. Среднее и пульсовое АД также оказалось выше у представительниц слабого пола. Частота сердечных сокращений оказалась практически одинаковой у юношей и девушек.

Выводы: Полученные данные демонстрируют наличие заметных различий между юношами и девушками, как при сравнении АД на плечевой артерии и в аорте, так и при сравнении различных видов давления в указанных двух локализациях измерения. Эти выявленные гендерные различия указывают, во-первых, на недопустимость формирования смешанных групп при проведении соответствующих превентивных и клинических обследований лиц молодого возраста, а, во-вторых, на необходимость

выработки нормативов различных видов давления, включая центральное давление аорты, с обязательным учётом половой принадлежности обследуемых лиц.

Список литературы.

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония в XXI веке: достижения, проблемы и перспективы // М, Бионика Медика, 2013. – 272с.
2. Evseyeva M.E, Eremin M.V., Rostovtseva M.V, Konovalova NM., Koshel V.I, Shchetinin E.V Evaluation of the central pressure and preventive examinations of student youth. Eur J Prev Card, Issue 1_suppl, April 2017 , pp. S 170
3. Evseyeva M.E., Shchetinin E.V., Rusidi A.V. Preventive assessment of risk factors among students during their university education // The EPMA Journal. 2017. Т. 8. № S1. С. 26-27.
4. Евсеева М.Е., Кошель В.И., Батурин В.А. и др. Студенческая диспансеризация в аспекте развития диагностических технологий // Рос кард жур. 2016. № S4-1 (132). С. 28.

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОТОРНЫХ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Ценина М. К.

Научный руководитель: к.м.н. Зорин Р.А.

Рязанский государственный медицинский университет

Моторная система – совокупность центральных (корково-подкорковых), сегментарных (стволовых и спинальных) и исполнительных механизмов, реализующих позно- тонические и фазно- динамические двигательные реакции. Моторные системы представляют собой сложные системы, имеющие ряд специфических особенностей, в числе которых: иерархический принцип организации, реципрокные взаимоотношения субсистем, наличие обратных связей. Кроме того, деятельность моторных систем является важным компонентом в обеспечении целенаправленного поведения человека.

Актуальность исследования определяется вовлечением моторных систем в механизмы реализации эпилептического приступа □2□.

Цель работы: выявление особенностей функционирования моторных систем у больных эпилепсией.

Материалы и методы. Было обследовано 163 пациента, страдающие эпилепсией. Из них 84 мужчины, 79 женщин (средний возраст 35,8 лет; средняя продолжительность заболевания 10 лет). Моделирование целенаправленной деятельности проводилось при помощи теста Шульте- Горбова (испытуемому предлагалось назвать различающиеся по цвету числа в возрастающем и убывающем порядке, расположенных в случайном порядке на экране монитора) с использованием программы "НС- Психотест" ООО "Нейрософт" (г. Иваново). Оценивались следующие показатели: среднее время ответа, среднее время до и после ошибки, среднее число ошибок.

Для оценки деятельности моторных систем осуществлялась регистрация условно- негативного отклонения, простой зрительно-моторной реакции(ПЗМР), реакции различения(РР), показателей теппинг- теста(ТТ).

Регистрация условно-негативной волны(УНВ) проводилась при помощи прибора и программного обеспечения "Нейро- МВП" ООО "Нейрософт" (г. Иваново) со следующими заданными условиями: предупреждающий стимул (тон высотой 2000 Гц) и пусковой стимул (тон 1000 Гц) с активной реакцией пациента на кнопку; число усреднений составило 40; регистрируемые отведения- Fz, Cz, Pz. Оценивалась амплитуда УНВ 1.

ПЗМР, РР, показатели ТТ были зарегистрированы при помощи программы "НС-Психотест" ООО "Нейрософт" (г. Иваново). При записи ПЗМР испытуемому через случайные промежутки времени предъявлялся световой сигнал (красного цвета) и предлагалось максимально быстро отреагировать на появление сигнала нажатием кнопки. При регистрации РР предлагалось отреагировать на один определенный стимул (световой сигнал красного цвета) из нескольких разнообразных стимулов. Теппинг-тест проводился правой и левой рукой, время проведения обследования 30 с. Оценивались среднее время реакции ПЗМР, РР, междударный интервал ТТ 1,3.

Статистический анализ данных - программа Statistica 10.0. Для описательной характеристики групп пациентов применялись следующие показатели: медиана (Me), верхний(UQ) и нижний квартиль(LQ). Для оценки различий показателей между группами был использован непараметрический критерий Краскела-Уоллиса при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. На основании результатов теста Шульте-Горбова методом кластерного анализа все обследуемые были разделены на 2 группы: кластер 1 (99 человек) - результативный, кластер 2 (64 человека) - низкорезультативный. В группе 2 преобладали пациенты с симптоматической формой эпилепсии с большим уровнем генерализованных приступов после коррекции терапии. Наибольшие различия между группами с различной результативностью выявлены по показателям амплитуды УНВ, отражающей готовность субъекта к реализации моторного ответа (Me контрольной группы - 12,2; UQ- 16,9; LQ- 8,1; Me группы 1- 9,7; UQ- 16,3; LQ- 5,1; Me группы 2 - 7,2; UQ- 12,4; LQ- 4,0). Наибольшие значения среднего времени реакции(СВ) ПЗМР, РР, междударного интервала ТТ, как интегральных показателей деятельности моторных систем, выявлены в группе 2 больных эпилепсией(Me (СВ ПЗМР) контрольной группы -190, UQ- 209; LQ- 182; группы 1- 224, UQ- 248; LQ- 202; группы 2- 231; UQ- 266; LQ- 211; Me (СВ РР) контрольной группы- 281, UQ- 300; LQ- 245; группы 1- 319, UQ- 370; LQ- 298; группы 2- 362; UQ- 441; LQ- 304; Me (интервал ТТ) контрольной группы- 155, UQ- 163; LQ- 145; группы 1- 167, UQ- 179; LQ- 154; группы 2- 173; UQ- 183; LQ- 159). Это говорит о том, что снижение активации моторных зон коры в низкорезультативной группе может приводить к нарушению простых и сложных сенсомоторных реакций (ПЗМР, РР).

Чем можно объяснить данные феномены? Данные феномены с одной стороны можно объяснить структурным дефектом у больных с симптоматической эпилепсией, с другой - перестройкой системной организации работы головного мозга.

Выводы.

1) По показателям результативности деятельности обследуемая категория больных неоднородна. Низкая результативность деятельности группы 2 сопряжена с более тяжелыми клиническими проявлениями.

2) Низкая результативность деятельности группы 2 связана с недостаточной активацией моторных корковых зон, что, в свою очередь, приводит к нарушению сенсомоторных реакций.

3) Выявленные особенности функционирования моторных систем в низкорезультативной группе обусловлены, по-видимому, как наличием органического поражения головного мозга, так и патологической реорганизацией функций мозга.

Список литературы.

1. Зорин, Р. А. Особенности организации моторных систем и их влияние на результативность деятельности у здоровых лиц и больных эпилепсией/ Р. А. Зорин, В. А. Жаднов, М. М. Лапкин, Н. А. Куликова// Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2016. – №8. - С. 1002-1011.

2. Карлов, В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин/ В. А. Карлов.- М.: Медицина, 2010.- 720 с.

3. Мантрова, И. Н. Методическое руководство по психофизиологической и психологической диагностике / И.Н. Мантрова. - Иваново : Нейрософт, 2007. - 216 с.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ УРЕТРИТ У МУЖЧИН: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Чмыхунова В.В., Алиновская Я. А.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Как правило, развитие воспалительных поражений дистальных отделов мочевого тракта связано с инфицированием возбудителями, передаваемыми половым путем (инфекции, передаваемые половым путем - ИППП). Об этом свидетельствуют многочисленные научные исследования и имеющиеся руководства[1].

В практической работе многие врачи нередко сталкиваются со случаями, когда при наличии клиники уретрита, простатита, эпидидимита и проч., у данных пациентов основные «классические» возбудители ИППП не выявляются. В связи с этим в медицинской литературе можно встретить определение «идиопатический уретрит» [2,3]. В настоящее время большинство публикаций по данному заболеванию посвящены большей частью женской патологии. Что же касается мужского контингента, то в основном Список литературы посвящена лишь осложненным инфекциям репродуктивной системы и практически не затрагивает проблему неосложненных, в частности уретритов. В данном исследовании проанализированы случаи выявления уретритов у мужчин, при которых было исключено инфицирование мочевого тракта «классическими» возбудителями ИППП – *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* и *Ureaplasma urealyticum* [1-3].

Нашей целью было выявление в ходе микробиологического обследования неспецифических инфекций мочевыводящих путей у пациентов с диагнозом «идиопатический» уретрит, как возможной причины уретрита и выбор оптимального антибактериального способа лечения данной категории пациентов. Для этого мы поставили следующие задачи: 1) развернутое тестирование образцов дистальных отделов мочевого тракта, включающее тестирование на ИППП и видовую идентификацию бактериальной микрофлоры; 2) изучение предшествующего неблагоприятного урологического анамнеза как вероятного фактора развития данной патологии; 3) установление чувствительности выявленной бактериальной микрофлоры к антибиотикам.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов 44 мужчин, которым был выставлен диагноз «идиопатический» уретрит. Исследование проводилось на базе Городского клинического кожно-венерологического диспансера г. Минска.

Микробиологическое обследование включало: микроскопическое исследование, постановку прямой реакции иммунофлюоресценции (РИФ) на *Chlamydia trachomatis*, культуральное исследование на *Ureaplasma urealyticum*, посев материала уретры на кровяной, желточно-солевой агар, среды Эндо и Сабуро с последующей видовой идентификацией микроорганизмов, которая представлена в списке ниже.

Возбудители:

1. *Staphylococcus aureus*: количество – 4 (8%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 0 (0%);
2. *Staphylococcus epidermidis*: количество – 17 (34%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 5 (35,7%);
3. *Staphylococcus saprophyticus*: количество – 17 (34%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 6 (35,3%);
4. *Enterococcus faecalis*: количество – 4 (8%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 2 (50,0%);
5. *Micrococcus* sp.: количество – 1 (2%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 0 (0%);
6. *Escherichia coli*: количество – 3 (6%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 1 (50,0%);
7. *Corinebacterium* sp.: количество – 1 (2%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 0 (0%);
8. гр+ пал. недифф.: количество – 3 (6%), в том числе более 10³-4 КОЕ/мл – 0 (0%).

Результаты и обсуждение. Всем пациентам была проведена антибиотикотерапия. Лечение проведено фторхинолоновыми антибиотиками: офлоксацин (16 человек), левофлоксацин (9 человек), моксифлоксацин (2 человека) и другие антибиотики (17 человек).

Проведенное лечение дало хорошие результаты. Воспалительные изменения со стороны уретры полностью регрессировали у 40 пациентов (90,9%), что сопровождалось стойкой нормализацией лейкоцитоза в мазках.

У 4 (9,1%) пациентов явления уретрита сохранялись, что потребовало изменения тактики лечения. В частности, симптоматика упорно протекающего уретрита наблюдалась у одного пациента с предшествовавшим эндоскопическим вмешательством, а также у пациента с диагнозом хронический пиелонефрит. Двое других больных также характеризовались неблагоприятным урологическим анамнезом, - неоднократно проводимыми ранее безуспешными курсами лечения.

Выводы:

1. Микробный состав уретры у пациентов с идиопатическим уретритом представлен разнообразной условно-патогенной микрофлорой, преимущественно кокковой, этиологическое значение которой оценивать достаточно трудно.

2. У 47,7% пациентов с идиопатическим уретритом отмечается неблагоприятный урологический анамнез: предшествовавшие заболевания мочевыводящих путей, эндоскопические вмешательства, неоднократные безуспешные курсы лечения и др.

3. С учетом высокого уровня чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам фторхинолонового ряда, представляется целесообразным их преимущественное использование у данной категории пациентов.

4. Результаты лечения пациентов с идиопатическим уретритом фторхинолоновыми антибиотиками подтверждают их высокую результативность в плане реабилитации.

Список литературы.

1. Страчунский, Л.С. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова – Смоленск, 2007. – С. 285-289.

2. Manhart, L.E. Bacterial vaginosis-associated bacteria in men: association of *Leptotrichia/Sneathia* spp. with nongonococcal urethritis / L.E. Manhart, C.M.Khosropour // Sex. Transm. Dis. – 2013. – №12. – P. 944-949.

3. Wetmore, C.M. Idiopathic urethritis in young men in the United States: prevalence and comparison to infections with known sexually transmitted pathogens / C.M. Wetmore, L. E. Manhart, M.R. Golden // J. Adolesc. Health. – 2009. – №5. – P. 463-472.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПСОРИАЗА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ ТЕРАПИИ

Чопикян А.А., Кирилюк Т.И.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Прохоров Д.В.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

Введение. Псориаз является системным иммуноассоциированным заболеванием, многофакторной природы с преобладанием генетических факторов в своем развитии, которое характеризуется ускоренным делением клеток эпидермиса, нарушением процесса их дифференцировки, иммунным воспалительным процессом дермы и синовиальных оболочек, прогрессирующим нарушением соотношения про- и контрвоспалительных цитокинов; частым вовлечением в патологический процесс суставов [1].

Эпидемиологическая картина по псориазу в Российской Федерации характеризуется высоким уровнем распространенности и заболеваемости - 217,4 на 100 тысяч населения и 69,9 на 100 тысяч населения соответственно [2]. Причем, абсолютное количество больных составляет более 300 тысяч человек и продолжает расти. Дебютирует псориаз, как правило, в молодом возрасте, что имеет большое социально-экономическое значение при тяжелых формах, ограничивая трудоспособность больных, а кожная локализация патологического процесса (в особенности, на открытых участках кожи) причиняет существенный ущерб, помимо прочего, косметического характера. В связи с этим, целью настоящего исследования стало изучение влияния течения данного дерматоза в период обострения на качество жизни больных до и после лечения в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по дерматовенерологии от 2015 года.

Материал и методы. В исследование были включены 37 больных псориазом, проходивших стационарное лечение согласно с федеральными клиническими рекомендациями по на базе дерматологического отделения Республиканского клинического кожно-венерологического диспансера города Симферополя в период обострения. Средний возраст больных составил $39,5 \pm 8,5$ лет, 56,8% среди которых женщин, 43,2% - мужчин. Всем пациентам были анкетированы по двум стандартным опросникам – The Short Form-36 (SF-36) и Dermatology Life Quality Index (DLQI), первый из которых носит неспецифический характер, служит инструментом для оценки качества жизни больных и применяется во многих медицинских областях, а второй – специально разработан для применения в дерматологической практике с целью оценки степени негативного воздействия кожного заболевания на различные аспекты жизни, на качество жизни в целом, а также применим для определения эффективности терапии больных.

Результаты и обсуждение. При определении дерматологического индекса качества жизни (DLQI) у больных на момент поступления в стационар для лечения (на пике обострения) средний результат был равен 23,6 по шкале от 0 до 30 среди всех пациентов, и был несколько выше у женщин – 26,7, что трактовалось как чрезвычайно сильное негативное воздействие на жизнь. Анализ данных по стандартному опроснику SF-36 при поступлении в стационар (на пике обострения) выявил признаки значительного снижения качества жизни у больных: уменьшение показателя суммарного физического компонента здоровья до 57,1, ограничение физического функционирования – до 75,1; ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием – до 54,3; интенсивность боли – 88,4, оценка общего состояния здоровья - 61,8). Суммарный психологический компонент здоровья составил 61,2, том числе: психическое здоровье – 90,1; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – 92,6; социальное функционирование – 74,8; жизненная активность – 60,9. После проведенного стационарного лечения в дерматологическом отделении определили изменение дерматологического индекса качества жизни в сторону улучшения. Так, среднее значение данного показателя снизилось и стало равным 16,7, что соответствует уменьшению степени влияния заболевания на жизнь с чрезвычайно сильного до выраженного. Оценка качества жизни по SF-36 также продемонстрировала положительную динамику: суммарный физический компонент здоровья вырос и составил 67,5. При этом улучшились все исследуемые параметры: физическое функционирование выросло до 63,2; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – до 54,8; интенсивность боли снизилась и составила 52,6; общее состояние здоровья – 70,3. Суммарный психологический компонент здоровья возрос до 75,3, в том числе психическое здоровье – до 92,8; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – до 97,2; социальное функционирование – до 88,5; жизненная активность – до 75,8.

Заключение. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о значительном негативном воздействии периодов обострения псориаза на качество жизни больных, которое достоверно снижается при прохождении рационального лечения в специализированных стационарных условиях согласно федеральным клиническим

рекомендациям по дерматовенерологии, однако, несмотря на снижение, остается выраженным по сравнению с показателями, свойственными для общей популяцией. В связи с этим, актуальным остается необходимость повышения контроля за терапией в периоды вне обострения заболевания для уменьшения выраженности симптомов, причиняющих физический дискомфорт, разработка и применение мер устранения косметического вреда внешнему виду человека, а также улучшения возможностей для санаторно-курортного лечения и реабилитации, что послужило бы основой устойчивого повышения качества жизни и здоровья больных.

Список литературы.

1. Айвазян А.А Псориаз - иммунозависимое заболевание // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. — 2014. — №2. — С. 36-38.
2. Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации // Вестник дерматологии и венерологии. — 2012. — №5. — С. 20-29.

О ВЗАИМОСВЯЗИ ЖЕНСКОГО АНАМНЕЗА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Чотчаева А.М., Тамбиева Д.К., Сергеева О.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. 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. Помимо традиционных ФССР, существует целый ряд специфических «женских» факторов риска, часть из которых ассоциирована с беременностью.

Цель: изучить эластический сосудистый статус беременных женщин с позиций гендерных факторов риска.

Материалы и методы: обследовано 162 беременные женщины, состоявшие на учете в ГБУЗ СК «ГКП» №1» г. Ставрополя. Анализировались следующие женские факторы сердечно-сосудистого риска (ФССР): наличие гестационных форм повышения АД в анамнезе (преэклампсия/гестационная артериальная гипертензия ПЭ/ГАГ), возраст менархе (в качестве фактора риска учитывали возраст начала месячных ранее 12 и старше 16 лет).

Оценивали показатели сосудистой жесткости и центрального аортального давления в каждом триместре беременности с помощью аппаратно-диагностического комплекса BPLab Vasotens (Н-Новгород). Группа с ПЭ/ГАГ в анамнезе — 19 человек; группа с учетом возраста менархе — 33 человека; группа сравнения — 129 чел.

Результаты: У беременных с ПЭ/ГАГ в анамнезе индекс ригидности (ASI) характеризовался более высокими значениями, начиная со второго триместра, достигнув наибольших значений к концу срока беременности. Тогда как в контрольной группе этот показатель характеризовался стабильностью в течение всего срока гестации. Женщины с ПЭ/ГАГ в анамнезе имели менее отрицательные значения индекса аугментации в каждом триместре (- 50; — 47; — 54; в контрольной группе — 52; — 59; — 63). Индекс аугментации в аорте у беременных с ПЭ/ГАГ имел положительные значения, тогда как в контрольной группе этот показатель по мере увеличения срока гестации принимал отрицательные значения (8; 3; 3 и 7; 0: -2 соответственно). Такой показатель, как dp/dt в

основной группе имел более высокие значения с достоверным значительным повышением в третьем триместре (661: 619; 826 и 574: 675; 656 соответственно). В основной группе, выделенной по возрасту менархе, отмечалась более высокая амплификация САД по сравнению с группой сравнения; более низкие значения RWTТ. Индекс ригидности в группе сравнения снижался по мере увеличения срока гестации, тогда как в основной группе этот показатель имел достоверно более высокие значения в 3 триместре. Индекс прироста (AIX) имел менее отрицательные значения в группе риска. Значения амплификации пульсового давления (PPA) в двух группах достоверно различались, имея более высокие значения в основной группе (267; 224; 160 и 152; 163; 156).

Выводы.

1. Женщины имеют свой дополнительный профиль факторов сердечно-сосудистого риска, в том числе опосредованный беременностью.
2. Особенности женского анамнеза, включая акушерский, позволяют выделить группу женщин с повышенным сердечно-сосудистым риском с целью проведения раннего превентологического вмешательства.
3. Оценку сосудистой ригидности целесообразно включать в план обследования беременных по причине выявления явного изменения некоторых её параметров под влиянием анамнестических пол-ассоциированных особенностей.

Список литературы.

1. Atsma F., Grobbee, D.E., Reproductive factors, metabolic factors, and coronary artery calcification in older women. *Menopause* Volume 15, Issue 5, September 2008, Pages 899-904
2. Jacobsen B., Oda K., Knutsen S., Age at menarche, total mortality and mortality from ischaemic heart disease and stroke: The Adventist Health Study/*International Journal of Epidemiology* Volume 38, Issue 1, 2009, Pages 245-252
3. Behrens, I., Basit S., Lykke J.A, Association between hypertensive disorders of pregnancy and later risk of cardiomyopathy. *JAMA - Journal of the American Medical Association*/Volume 315, Issue 10, 8 March 2016, Pages 1026-1033
4. Brown M.C., Best K.E., Pearce M.S., Cardiovascular disease risk in women with pre-eclampsia: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*/Volume 28, Issue 1, January 2013.

Раздел 3. ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ *HELICOBACTER PYLORI* К АНТИБИОТИКАМ

Абдурашидова Х.Б., Тургунова Х.З.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введение. Во всём мире заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) занимают одно из ведущих мест в структуре патологии детского возраста, и последние десятилетия отмечается повсеместный рост их распространенности на 5-7% в ежегодно [2]. В настоящее время установлено, что ведущая роль в формировании тяжести инфекционного процесса, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, и его клинический исход (язвенная болезнь, рак желудка) тесно связаны, с одной стороны, с генетической предрасположенностью макроорганизма, а с другой – с факторами патогенности самих бактерий [1,4].

Следует отметить, что *Helicobacter pylori* обладает способностью формировать биоплёнки [3], способствующие невосприимчивости бактерии к антибиотикотерапии и защищающие клетки бактерий от иммунного ответа хозяина. Предполагают, что это увеличивает её выживаемость в кислой и агрессивной среде желудка [5].

Цель работы: Изучение чувствительности *Helicobacter pylori* к различным группам современных антибиотиков, применяемых при лечении *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Были исследованы 68 биопаты взятых у детей и подростков, от 7 до 18 лет, больных хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта обусловленных *H.pylori* ассоциированными заболеваниями, путём эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС). Биопаты были взяты из антропилорического отдела и тела желудка, из мест с максимально выраженной гиперемией и отеком. Проводилось их чувствительность к антибиотикам по стандартной методике, в бактериологической лаборатории клиники ТашПМИ. Посев биопсийных образцов проводилось с использованием неселективной (агар «Columbia» с 5% эритроцитов барана) и селективной питательных сред (агар «Columbia» с 5% эритроцитов барана). Для изучения резистентности были взяты антибиотики кларитромицин, доксициклин и рифаксимин.

Результаты и обсуждение. Причиной недостаточной эффективности терапии многих гастродуоденальных заболеваний является возрастающая резистентность к антибиотикам *Helicobacter pylori*, что обусловлено мутациями различных генов. Наибольшее практическое значение имеют мутации 23 Sp РНК, лежащие в основе резистентности к некоторым группам антибиотиков.

Согласно международному консенсусу (Маастрихт III, 2007г.), схема с ингибитором протонной помпы (ИПП), кларитромицином и метронидазолом рекомендована в качестве терапии 1 линии, но в последние годы в научных исследованиях учёных из различных стран отмечается резистентность *Helicobacter pylori* к ряду антибиотиков. Нами были обследованы биопаты взятые у 68 пациентов с *H.pylori* — ассоциированными заболеваниями. В частности, пациенты с воспалительными заболеваниями ВОПТ составили n=46 детей и подростков, с язвенными поражениями ВОПТ - n=22 пациентов, из них язвой желудка - n= 8 и язвой двенадцатиперстной кишки - n= 14 пациентов.

В ходе исследования было отмечено, что в общем итоге устойчивость *Helicobacter pylori* к кларитромицину составила 83%, к доксициклину 47% и рифаксимицину 23%. При этом в 58% случаев отмечали одновременное наличие устойчивости *Helicobacter pylori* к

двум антибиотикам, в частности *Helicobacter pylori* был чаще всего к кларитромицину и доксициклину.

При этом устойчивость *Helicobacter pylori* к антибиотикам зависела от клинической формы хронического заболевания, в частности, антибиотико-резистентных штаммов *H.pylori* было выше у пациентов с хроническими язвенными поражениями ВОПТ (язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки): 73,8% - к кларитромицину, 56,4% к доксициклину и 16,7% к рифаксими́ну, чем у пациентов с воспалительными заболеваниями (гастритом и гастродуоденитом): 56,4% - к кларитромицину, 19,8% - к доксициклину и 5,6% - к рифаксими́ну.

Возможно, данное обстоятельство обусловлено более высоким уровнем потребления антибиотиков у больных хроническим гастритом в целом, но не исключено также и влияние особенностей токсигенности штаммов *H.pylori*. Так, при язвенной болезни почти все штаммы *CagA*-позитивны, в то время как при хроническом гастрите только две трети. Как известно, токсигенные штаммы характеризуются более плотной адгезией к желудочному эпителию, что, возможно, улучшает условия воздействия на них антибиотиков, повышает эффективность терапии и снижает необходимость назначения повторных курсов лечения.

Вывод: Наиболее эффективным методом лечения *Helicobacter pylori* - ассоциированных гастродуоденальных заболеваний у детей и подростков является включение в схемы лечения рифаксими́на. При этом эффективность антибактериальной терапии в прямую зависит от клинической формы хронической патологии ВОПТ.

Список литературы.

1. Бельмер С.В. Перспективы детской гастроэнтерологии // Перспективы медицины. Практика педиатра. – 2013. Март-апрель. – С. 7–10.
2. Кашников В.С., Щербаков П.Л., Печкуров Д.В. Комплексный подход к устранению воспалительных и моторно-эвакуаторных изменений верхних отделов пищеварительного тракта у детей при инфицировании *Helicobacter pylori*. // Практическая медицина. – 2012. – № 58. – С. 45-48.
3. Bezmin Abadi AT, Mobarez AM. High Prevalence of *Helicobacter pylori* hopQ II Genotype Isolated from Iranian Patients with Gastroduodenal Disorders // J Pathog., 2014: 842-869.
4. Yang YJ, Sheu BS, Yang HB, Lu CC, Chuang CC. Eradication of *Helicobacter pylori* increases childhood growth and serum acylated ghrelin levels. //World J Gastroenterol. 2012;18: 2674–2681.
5. Zaki M, Coudron PE, McCuen RW, Harrington L, Chu S, Schubert ML. *H. pylori* acutely inhibits gastric secretion by activating CGRP sensory neurons coupled to stimulation of somatostatin and inhibition of histamine secretion. // Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol. 2013 Apr 15;304(8):G715-22.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Абрамская Л.М., Стоян М.В., Кочнева Л.Д.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Климов Л.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Повреждение слизистой оболочки тонкого кишечника (СОТК) любой этиологии наиболее часто, по сравнению с дефицитом других ферментов, сопровождается развитием лактазной недостаточности. Это обусловлено тем, что лактаза находится на апикальной

поверхности щеточной каёмки энтероцита [1]. Поскольку именно эти участки СОТК наиболее подвержены атрофии, пациенты с целиакией имеют высокий риск развития непереносимости лактозы [3, 5, 7].

Цель работы – качественное определение активности лактазы в биоптатах СОТК у детей с целиакией в остром периоде заболевания и в зависимости от приверженности соблюдению безглютеновой диеты (БГД).

Материал и методы. Обследованы 50 детей с целиакией в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на лечении в детском гастроэнтерологическом отделении ГДКБ им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя в 2015-2016 гг., среди которых 32 (64,0%) девочки и 18 (36,0%) мальчиков. Типичная форма заболевания диагностирована у 34 (68,0%), атипичная — у 16 (32,0%) пациентов.

Всем пациентам проводилось морфологическое исследование биоптатов СОТК, определялся уровень антиглиадиновых антител, антител к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG) и эндомизину классов IgA и IgG. Активность лактазы изучалась в биоптатах СОТК с помощью качественного метода тест-системами «ВІОНІТ» (Германия).

Пациенты разделены на 3 группы: первую составили 18 (36,0%) детей в остром периоде целиакии, вторую – 23 (46,0%) ребёнка, находящихся на строгой БГД, третью – 9 (18,0%) пациентов, не соблюдающих БГД.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ АТТЕСТАТ, Statistica 10.0. Параметрические показатели при нормальном распределении признаков оценивались с помощью t-критерия Стьюдента. При аномальном распределении признака использовался U-критерий Манна-Уитни. Анализ непараметрических показателей проводился по критерию χ^2 . Для оценки связи между показателями использовали коэффициент парной корреляции Пирсона (r), Спирмэна. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В остром периоде целиакии гиполактазия (ГЛ) диагностирована у 14 (77,8%) больных, из которых в 10 (55,6%) случаях выявлена тяжёлая ГЛ и в 4 (22,2%) — умеренная. В остром периоде целиакии средний титр АТ к эндомизину у детей с тяжёлой ГЛ достоверно превосходил таковой у пациентов с нормолактазией ($p < 0,001$). Средний уровень anti-tTG класса IgA у больных в остром периоде с тяжёлой ГЛ в 3,0 раза ($p < 0,05$), а с умеренной — в 3,3 раза ($p < 0,01$) выше по сравнению с детьми с нормолактазией.

Корреляционный анализ продемонстрировал наличие при целиакии обратной связи между активностью лактазы и уровнем anti-tTG IgA ($r = -0,23$, $p < 0,05$), уровнем anti-tTG IgG ($r = -0,22$, $p < 0,05$), а также титром АТ к эндомизину ($r = -0,46$, $p < 0,02$).

Оценка стадии атрофии СОТК по Marsh-Oberhuber выявила у 1 (2,0%) ребёнка тип Marsh 2, у 12 (24,0%) — Marsh 3A, у 21 (42,0%) — Marsh 3B и у 16 (32,0%) пациентов — Marsh 3C. Частота тотальной атрофии СОТК, соответствующей стадии Marsh 3C, у пациентов с тяжёлой ГЛ в 1,8 раза выше, чем у детей с умеренной ГЛ ($p < 0,05$) и в 5,8 раза выше, чем у больных с нормолактазией ($p < 0,01$).

При соблюдении строгой БГД в течение не менее 6-12 мес., по данным ряда авторов, у большей части пациентов с целиакией восстанавливается СОТК и увеличивается активность дисахаридаз [2, 4, 6].

В нашем исследовании, несмотря на строгое соблюдение БГД, подтвержденное отсутствием титра anti-tTG, лабораторные признаки ГЛ сохранялись у 73,9% детей с целиакией. На фоне соблюдения БГД частота тяжёлой и умеренной ГЛ составила 9 (39,1%) и 8 (34,8%), а у не соблюдающих диету пациентов — 4 (44,4%) и 3 (33,3%) случая соответственно ($p > 0,05$).

Вывод. Выявленная нами высокая частота ГЛ у детей с целиакией как в остром периоде, так и на фоне соблюдения БГД, резко ограничивает возможность использования молока и других лактозосодержащих продуктов для профилактики остеопении. Т.к. полное исключение молочных продуктов из рациона существенно снижает потребление

молочного белка, обладающего высокой биологической ценностью, и кальция, что является дополнительным фактором риска формирования остеопении при целиакии, пациентам целесообразно назначение препаратов, содержащих лактазу.

Кроме того, необходима разработка молочных продуктов со сниженным содержанием лактозы, обогащённых кальцием и витамином D, предназначенных для профилактики и коррекции остеопении у пациентов с целиакией.

Список литературы.

1. Зиятдинова, Н.В. Лактазная недостаточность у детей / Н.В. Зиятдинова, Р.А. Файзуллина // Практическая медицина. – 2010. – № 3 (42). – С.44-47.
2. Парфёнов, А.И. Активность карбогидраз как маркёр восстановления слизистой оболочки тонкой кишки у больных целиакией / А.И. Парфёнов, О.В. Ахмадуллина, Е.А. Сабельникова и др. // Терапевтический архив. – 2015. – № 2 (87). – С. 24–29.
3. Климов, Л.Я. Толерантность к лактозе детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны / Л.Я. Климов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – № 2. – С. 99–104.
4. Buzas, G.M. Lactose intolerance: past and present. Part 1 / G.M. Buzas // Orvosi Hetilap. – 2015. – Vol. 156(38). – P.1532 – 1539.
5. Malterre, T. Digestive and nutritional considerations in celiac disease: could supplementation help? / T. Malterre // Alternative Medicine Review. – 2009. – Vol. 14 (3). – P. 247–257.
6. Ojetti, V. Regression of lactose malabsorption in coeliac patients after receiving a gluten-free diet / V. Ojetti, M. Gabrielli, A. Migneco, [et al.] // Scan. J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 43. – P.174–177.
7. Radlovic, N. Lactose intolerance in infants with gluten-sensitive enteropathy: frequency and clinical characteristics / N. Radlovic, M. Mladenovic, Z. Lekovic, [et al.] // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2009. – Vol. 137(1-2). – P.33–37.

ТОРСН ИНФИЦИРОВАНИЯ У МАТЕРЕЙ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ, С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Абсаломова Ф.А., Турдиева Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема своевременной диагностики и эффективного лечения врождённых пороков сердца была и остаётся одним из актуальных направлений современной педиатрии. Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из самых распространенных аномалий развития у детей. Частота ВПС в настоящее время составляет до 30 % от всех пороков развития [1], и формируются в результате нарушения эмбриогенеза на 2–8-й неделе внутриутробного развития [2,4].

Причем без оказания квалифицированной кардиологической, реанимационной и кардиохирургической помощи до 75% малышей могут погибнуть в первые месяцы жизни. В частности, летальность при ВПС к концу первой недели составляет 29%, к первому месяцу – 42%, к первому году жизни – 87%. Между тем 98% детей с ВПС, прооперированных в ранние сроки после рождения, проживают полноценную жизнь [3]. По данным ряда авторов, особую социальную значимость ВПС приобретают за счёт высокой смертности и инвалидизации детей с самого раннего возраста, что, бесспорно, имеет серьезное значение для здоровья нации в целом [3,5]. Одновременно, такие дети требуют детального и высококвалифицированного лечения, что повышает социальную и экономическую значимость данной патологии.

Одним из причин возникновения ВПС является вирусные заболевания беременных.

Цель работы - изучение встречаемости TORCH инфицирования у матерей грудных детей с врождёнными пороками сердца.

Материалы и методы. Были проанализированы история родов матерей и история развития (форма 112/у) у 103 грудных детей с врождёнными пороками сердца. Исследование проводилось в клинике и поликлинике Ташкентского педиатрического института. У всех пациентов проведены доплер исследование сердца (ДИС), нейросонография, обзорная рентгенография грудной клетки, общеклинические лабораторные исследования (общий анализ крови, сахар крови). У матерей произведено диагностирование на TORCH – носительство с помощи метода ИФА, с определением титров на носительство основных возбудителей заболевания.

Результаты исследования. Особенность ТОРЧ-инфекций в том, что при первичном заражении ими во время беременности они могут оказывать пагубное действие на все системы и органы плода, особенно на его центральную нервную систему, повышая риск выкидыша, мертворождения и врожденных уродств ребенка, формирования пороков его развития, вплоть до инвалидности. Формирование врожденных пороков сердца обычно происходит на 2-8-й неделе беременности. Частой причиной их появления являются вирусные заболевания матери, прием беременной некоторых лекарственных препаратов, вредное производство, на котором она работает.

Как показали наши исследования, при объективном осмотре детей с ВПС, основными признаками заболевания являлись: цианоз кожных покровов и слизистых оболочек – 86%, некоторые постоянные или появляющиеся приступообразные признаки сердечной недостаточности – 74%, вялость физиологических рефлексов – 73%. Ребенок обычно беспокойный – 96%, отказывается от груди – 47%, быстро устает во время кормления – 86%. У него появляется потливость – 54%, учащается ритм сердечных сокращений – 100 %.

При этом, у 29 новорождённым в раннем неонатальном периоде было диагностировано внутриутробное инфицирование, с клиническим проявлением внутриутробной пневмонии - 25 (86,2%), раннего язвенно-некротического энтероколита – 4 (13,8%). У одного пациента на фоне ВПС одновременно диагностирован пилоростеноз на фоне недоношенности (34-35 недель гестации) - 3,4%, морфо-функциональная незрелость диагностирован у 21 (72,4%) из 29 пациентов.

При исследовании матерей грудных детей с ВПС, у 78 (75,7%) из 103 было диагностировано TORCH-носительство. Широкая распространенность вирусных инфекций в природе, в том числе персистентных форм, позволяет предположить высокую вероятность трансплацентарной передачи плоду на протяжении беременности не одного, а нескольких вирусов. В частности, у 12 (11,6%) женщин определена комбинация двух и более вирусов входящих в группу TORCH инфекции. Так у 36 (34,9%) матерей лабораторно диагностирован - цитомегаловирус, у 47 (45,6%) - вирусов простого герпеса, у 29 (28,2%) - токсоплазмоз. Высокий титр на антитело вируса кори диагностирован у 2 () матерей, а также у 1 (0,97%) женщине диагностирован HBsAg антиген на носительство вирусного гепатита В.

Заключение. На основании результатов клинического исследования можно заключить, что у 62% новорождённых с врождёнными пороками сердца наблюдается TORCH – носительство во время беременности.

Список литературы.

1. Богачевская С.А., Капитоненко Н.А., Богачевский А.Н. Эпидемиологическая характеристика врожденных пороков сердца в России и Дальневосточном федеральном округе за последние 10 лет // Дальневосточный медицинский журнал. 2016. - №1. - С.96-101.
2. Доронина Т.Н., Черкасов Н.С. Особенности эпидемиологии врожденных пороков сердца у детей раннего возраста // Медицинский альманах. 2012. - №3. - С.175-176.

3. Чепурных Е.Е., Григорьев Е.Г. Врожденные пороки сердца // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2014. - №3. - С.121-127
4. Шабалдин А. В., Глебова Л. А., Бачина А. В., Счастливцев Е. Л., Потапов В. П. Особенности эпидемиологии врожденных пороков сердца у детей г. Кемерово, как крупного промышленного центра // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2014. - №4. - С.38-46.
5. Шабалдин А.В., Глебова Л.А., Бачина А.В., Цепкина А.В., Счастливцев Е.Л., Потапов В.П. Сравнительная характеристика встречаемости различных врожденных пороков развития плода с позиции оценки экологической опасности в крупном промышленном центре // МиД. 2014. - №4. - С.19-24.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Авсиевич М. П., Кондратович Д. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. На долю заболеваний органов дыхания приходится от 70% до 90% всех случаев обращения за медицинской помощью, в зависимости от сезона года и возраста пациентов. Более 80% случаев острой респираторной патологии у детей, вызываются респираторными вирусами, в последние годы были кроме хорошо изученных рино-, адено-, Rs-вирусов, вирусов гриппа, парагриппа, от-крыты новые вирусы – бока-вирус и метапневмовирус [4,5]. Несмотря на доминирующую вирусную этиологию острых заболеваний дыхательных путей, для их лечения в большинстве случаев назначается антибиотикотерапия.

В последние годы во всем мире отмечается рост числа заболеваний легких, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции (СБО), хотя четких данных о его распространенности нет. По данным В. К. Таточенко, каждый четвертый ребенок в возрасте до 6 лет переносит СБО на фоне острых респираторных вирусных инфекций, причем у более половины из них СБО имеет рецидивирующее течение[1].

Обструкция особенно легко возникает у детей первых 3-х лет жизни в связи с анатомо-физиологическими особенностями легких: богатой васкуляризацией, относительно узким просветом бронхов, повышенной секрецией, недостаточным мукоциллиарным клиренсом и т.д [2].

Цель: изучить этиологию бронхообструктивного синдрома при острых респираторных инфекциях у детей первых лет жизни с помощью полимеразной цепной реакцией (ПЦР), а также выявить клинические особенности бронхооб-структивного синдрома в зависимости от возбудителя.

Задачи:

1. Изучить с помощью ПЦР спектр респираторных патогенов, вызывающих ОРИ с бронхообструктивным синдромом в отделениях УЗ «ДИКБ».
2. Провести анализ историй болезней детей с ОРИ и бронхообструктивным синдромом в отделениях УЗ «ДИКБ» с 2010 по 2014 год.
3. Исследовать частоту применения антибиотикотерапии при ОРВИ с бронхообструктивным синдромом.
4. Исследовать частоту использования глюкокортикостероидной терапии при лечении СБО.

Материалы и методы. На первом этапе исследовательской работы были проанализированы данные 57 клинических случаев заболеваемости острым об-структивным бронхитом в возрасте от 2 месяцев до 5 лет с 2010 по 2014 год. Па-циенты

для исследования выбирались случайным методом. Для диагностики этиологии бронхообструктивного синдрома брались мазки из носоглотки и использовалась тест-система «ОРВИ-ген» - РНПЦ микробиологии и эпидемиологии РБ Амписенс (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*).

Результаты и их обсуждение. Нами был проведен анализ 57 историй болезни детей первых лет жизни в период с 2010 по 2014 года с бронхообструктивным синдромом, находившихся на лечении в УЗ «ДКИБ». Определили, что из них 44% (25) – девочки, 56 % (32) – мальчика. При анализе доношенности выявлено, что 79% (45) были доношенными, а 21 % (12) – недоношенные. Анализ сезонности проявления респираторных заболеваний, сопровождающихся СБО, выявил наибольшую частую заболеваемости в апреле, октябре и ноябре, также наиболее часто отмечалась заболеваемость в 2011 году – 29 случаев, в 2010 – 18, в 2014 – 13, в 2012 – 4.

В исследуемой группе на первом году жизни среди возбудителей ОРИ и бронхообструктивного синдрома чаще всего выделялся метапневмовирус, на втором – бокавирус, в более старшем возрасте – метапневмовирус. В группе исследования выявили структуру возбудителей в зависимости от года: в 2010 преобладал бокавирус, в 2011 – метапневмовирус, в 2012- равное количество всех возбудителей, в 2014 – бокавирус.

Также определили особенности клиники в зависимости от возбудителя: бока- и Rс-вирусные инфекции протекали с клиникой бронхиолита, имели более длительный эпизод обструкции с дыхательной недостаточностью 1-2 степени.

Глюкокортикостероиды применялись в среднем в 65 % случаев. Реже всего глюкокортикоиды применялись при риновирусных и гриппозных обструктивных бронхитах. Антибактериальная терапия проводилась в 56% случаев, при этом наиболее часто использовались макролиды (50%), далее аминопенициллины (31%), реже цефалоспорины (19%).

Выводы:

1. Острый обструктивный бронхит вызывался респираторными вирусами: метапневмовирусами, респираторно-синтициальными вирусами, гриппа, пара-гриппа, риновирусами, бокавирусами, коронавирусами. Атипичные бактериальные патогены (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) не выделялись.

2. Наиболее часто выделялись: бокавирусы, риновирусы, вирус парагриппа.

3. Бока и респираторно-синтициальные вирусные инфекции протекали с клиникой бронхиолита, имели более длительный эпизод обструкции, с дыхательной недостаточностью 1-2 степени, потребовалось назначение, помимо бронхолитических средств, - глюкокортикостероидной терапии.

4. Несмотря на то, что бронхообструктивный синдром вызывался респираторными вирусами антибактериальная терапия проводилась у 56% пациентов. Наиболее часто применялись макролиды.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ. ПРОБЛЕМА ПОЛИПРАГМАЗИИ

Аксёнов А.Г.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Голубева М.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: Потребность в назначении антибиотиков на современном этапе снижена. Однако население, в частности детское, потребляет огромное количество лекарственных препаратов, преимущественно антибиотиков, что приводит к формированию устойчивости и является одной из основных проблем в современной медицине.

Цель исследования: анализ лечения ЧБД и выявление факта полипрагмазии при лечении ОРВИ.

Задачи исследования:

- Изучить частоту использования АБ у детей, а так же определить обоснованность их приёма.
- Изучить особенность приёма жаропонижающих средств и обоснованность их выбора при ОРВИ.
- Изучить обоснованность применения отхаркивающих средств при эпизодах ОРВИ.
- Изучить рациональность применения противовирусных средств при ОРВИ.
- Определить факторы ведущие к полипрагмазии.

Материалы и методы: проведён анализ анкет, заполненных 129 детьми, которые были разделены на 2 группы: до 7 лет – 76 (58,9 %), 7 и старше – 53 (41,1 %). Проведён анализ и сравнение методов лечения детей в данных группах на основании заполненных анкет.

Полученные результаты: за один эпизод ОРВИ дети, в четверти случаев количество препаратов превышало 4-5 и более средств, что говорит о чрезмерной нагрузке ребёнка ЛС при ОРВИ, а в 3,9% и 1,8% случаев наблюдается классическая полипрагмазия с назначением более 5 препаратов. Лишь в 62% случаев пациенты получают назначения и курс лечения по рекомендации специалиста, а в остальных случаях либо лечатся самостоятельно, либо не придерживаются лечения.

Выводы: совокупность данных фактов может привести к нежелательным последствиям со стороны личного здоровья пациентов (лекарственные осложнения), увеличения недоверия к врачам, и способствует глобальным проблемам, таким как АБ устойчивость, снижение уровня жизни, экономические потери.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Алёхина Н.А., Соколова Я.О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Аракельян Р.С.
Астраханский государственный медицинский университет

В России обнаружено около 70 видов гельминтов, паразитирующих у человека, из них более 30 имеют массовое распространение. Лямблиоз представляет собой кишечную инвазию с преимущественным поражением тонкой кишки, для которого характерны как бессимптомное течение, так и манифестные формы.

Цель: изучить клинические аспекты течения лямблиоза у детей в Астраханской области.

Материалы и методы: всего в 2016 г. в ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника №3» на прием к врачу-инфекционисту с клиническим диагнозом «Лямблиоз» обратилось 95 детей. Из всех пациентов, пролеченных в гельминтологическом центре, проанализировано 95 историй болезни.

Результаты исследования: в половом соотношении статистические данные почти одинаковые. Так, мальчиков – 47 человек (49,5%), девочек – 48 (50,5%).

Половина всех инвазированных детей (52,6%) приходится на долю детей школьного возраста (7 – 18 лет), в т.ч. в возрасте от 7 до 14 лет – 40% и от 14 до 18 лет – 12,6%. Доля лиц дошкольного возраста составляла 41,4%, в т.ч. в возрасте от 0 до 3 лет – 10,5% и от 3 до 7 лет – 32,6%.

В основном это дети из организованных коллективов (90,5%). На долю детей, находящихся дома с родителями, пришлось 9,5%.

Распространение лямблиоза отмечалось как в городской, так и в сельской местности. Инвазированность жителей города составляет 87,4%, а районов Астраханской области 12,6%.

У заболевших детей, диагноз в основном ставился на основании клинической картины и жалоб – 87,3%. В других случаях, диагноз выставлен на основании плановых медосмотров – 9,5%. В редких случаях (3,2%) диагноз был поставлен лицам, находящимся в контакте с источником инфекции.

Основные жалобы больных лямблиозом: снижение аппетита – 27,4%, тошнота – 16,8%, рвота – 8,4%, субфебрильная температура и выпадение волос – по 2,1%. Часть больных – 27,4% отмечали учащенный жидкий стул до нескольких раз в сутки, скрежет зубами по ночам – 31,6%, неприятный запах изо рта – 10,4%, а также различные аллергические высыпания на коже – 26,3%. Часто дети предъявляли жалобы на боль в эпигастральной области – 63,2%.

При сборе анамнеза было выяснено, что у 10,5% больных имела место геофагия, у 29,5% больных – онихофагия. Не соблюдали правила личной гигиены 67,4% детей. Контакт с домашними животными отмечали 65,3%.

Преимущественным методом диагностики лямблиоза у детей было копроовоскопическое исследование (100%). Также назначалось исследование ОАК. В 77,9% случаев общий анализ крови (ОАК) был без изменений. В 11,6% случаев отмечался лейкоцитоз, эозинофилия – в 8,4%, анемия – в 5,3% и ускорение СОЭ – в 1,1%.

Также всем больным лямблиозом детям, было назначено обследование методом УЗИ. В результате, у 41,1% детей не было выявлено патологических изменений органов брюшной полости. Реактивные изменения со стороны печени отмечались у 20%, реактивные изменения со стороны поджелудочной железы – у 40%.

Основная роль в лечении лямблиоза отводится медикаментозному лечению противопаразитарными средствами. В зависимости от показаний все инвазированные дети получали альбендазол или макмирор. Так, альбендазол получали 15 детей (15,8%). Макмирор получали 80 детей (84,2%).

После курса химиотерапии в 76,8% случаев наступило выздоровление, в 15,8% случаев – отмечалось улучшение состояния и только в единичных случаях (7,4%) – улучшения не наблюдалось.

По окончании лечения проводилось контрольное трехкратное исследование биоматериала. Так, в 97,9% случаев (93 человека) в анализах кала на цисты лямблий результат был отрицательный, в 2,1% случаев (2 человека) – в фекалиях сохранялись цисты лямблий.

Выводы:

1. У детей школьного возраста из организованных коллективов лямблиоз регистрируется чаще, чем у неорганизованных детей.
2. Геофагия, онихофагия, не соблюдение правил личной гигиены и контакт с домашними животными являются основными причинами развития данного заболевания.
3. Часто встречающимися симптомами лямблиоза у детей являются боль в эпигастральной области, снижение аппетита, жидкий стул и аллергические высыпания на коже.
4. После проводимого лечения клиническая симптоматика в большинстве случаев исчезает.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Алиева Г.Р., Ибрагимова Х.Н, Хасанова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Городская клиническая инфекционная больница №4

В данной статье приведены результаты комплексного лечения острых кишечных инфекций с применением пробиотом IRID-BL. Применение пробиоты приводит к достоверному сокращению продолжительности симптомов интоксикации, эксикоза, диарейного синдрома, что позволяет рекомендовать предложенную комплексную терапию особенно эффективно при ротовирусной инфекции. Применение пробиотика IRID-BL приводит к быстрой динамике купирования диарейного синдрома, более редкое развитие бактериальных осложнений (ангины, пневмонии) и также оказывает положительное влияние на состав микрофлоры кишечника.

Введение. Острые кишечные инфекции(ОКИ) относятся к самым массовым инфекционным заболеваниям, характеризуются повсеместным распространением, высокой частотой развития тяжелых форм и осложнений, особенно у детей раннего возраста, риском формирования хронических гастроэнтерологических заболеваний, а также возникновением у части больных состояний, представляющих непосредственную угрозу жизни (1,2). По данным ВОЗ, шесть нозологических форм- пневмония, туберкулез, кишечные инфекции, малярия, корь, ВИЧ/СПИД – являются причиной половины случаев смерти детей и подростков(3). Ежегодно в мире от острых диарей и их осложнений умирает до млн. детей(2-4). Актуальность рассмотрения вопросов терапии ОКИ связана еще и тем обстоятельством, что, по свидетельству многочисленных опросов, большинство таких больных (более 65% пациентов) предпочитает самостоятельно лечить себя и своих детей, либо их курацию осуществляют врачи общей практики, имеющие свои представления о выборе стартовых препаратов, зачастую расходящиеся с общепринятыми рекомендациями(5).

Цель исследования – изучить влияние комплексного лечения с применением пробиотика IRID-BL содержащего *Bifidobacterium Longum* 17^x. Цель исследования – изучить влияние комплексного лечения с применением пробиотика IRID-BL, содержащего *Bifidobacterium Longum* 17^x, *Propionibacterium avidum* 1, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Streptococcus thermophiles* 108, 66-1413, *Streptococcus diacetiactus* 13с 65-64 снабжение организма ребенка питательными компонентами, защиту от патогенных возбудителей и способствование развития желудочно-бактериальной этиологии ОКИ получали цефалоспорины и противовирусные препараты.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 52 пациента в возрасте от 1 года до 3 лет с диагнозом острая кишечная инфекция. Продолжительность исследования в зависимости от группы составила 2-3 недели. Больные поступали в стационар в первых два дня от начала заболевания в состоянии средней тяжести с выраженными симптомами интоксикации (вялость, слабость, отсутствие аппетита, боли в животе и т.п). Заболевание начиналось у большинства больных с повышением t° 38,1 - 39 $^{\circ}$ C(75,9%) и выше (12,7%) реже до 37,2-38 $^{\circ}$ C (11,4%). Одновременно в 69,6 % случаев имело место повторная рвота, 2-4 в сутки, одновременно или несколько часов спустя от начала лихорадки, появлялся жидкий обильный, водянистый стул с частотой от 5-7 (63,3%) до 8-10 раз (36,7%) и более раз в сутки. Практически у всех больных (92,4%) имели место явления метеоризма и абдоминальные боли уже в первые сутки от начала заболевания.

Результаты и обсуждения: Для определения эффективности комплексного лечения с применением пробиотика IRID-BL изучали клиническую эффективность препарата и его воздействие на микробиоценоз кишечника в комплексной терапии среднетяжелых форм ОКИ бактериальной и вирусно-бактериальной этиологии. Под наблюдением находилось

52 больных со средним формами ОКИ бактериальной этиологии «инвазивного» типа диареи (22) и вирусно-бактериальной этиологии «инвазивно-осмотического» типа диареи (30) в возрасте от 1 года до 3 лет. Всем пациентам проводилась базисная терапия (диета, оральная регидратация, ферментные препараты и симптоматические средства). Больные ОКИ бактериальной этиологии в качестве этиотропной терапии получали цефалоспорины.

Известны важная роль индигенной (нормальной) микрофлоры кишечника, представленной, прежде всего, бифидобактериями и лактобактериями, в поддержании витаминного и ферментного баланса в организме и формировании колонизационной, неспецифической резистентности, а также выполнение ими не менее важных функций, таких как трофическая, энергетическая стимуляция перистальтики кишечника, детоксикация, разрушение мутагенов, образование сигнальных молекул (нейротрансмиттеров) и др. в настоящее время выбор биологических препаратов для коррекции дисбиозов, в том числе отечественных эубиотиков (пробиотиков), очень велик, предпочтение следует отдавать комбинированным препаратам.

Заключение: Результаты проведенного исследования свидетельствуют о достаточной эффективности пробиотика IRID-BL содержащего *Bifidobacterium Longum* 17^x и *Propionibacterium avidum* 1, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus* 108, 66-1413, *Streptococcus diacetiactus* 13с 65-64 при комплексном лечении больных витилиго. Использование пробиотиков в остром периоде и в периоде реконвалесценции оказывало положительное влияние на состав микрофлоры желудочно-кишечного тракта, значимое сокращение длительности диареи и обеспечивало повышение либо нормализацию содержания бифидобактерий в фекалиях.

Список литературы.

1. Вовк Е.И, Машарова А.А, Веткин А.П. острые кишечные инфекции в практике врача скорой помощи. Лечащий врач 2002. (1-2): 58-62.
2. Лобзин Ю.В, Якунин С.Б, Захаренко С.М. практические рекомендации по ведению больных с инфекционной диареей. Клиническая микробиологическая и антимикробная терапия 2001; 3(2); 162-82.
3. Онищенко Г.Г. Контроль за инфекционными заболеваниями-стратегическая задача XXI века. Эпидемиология и инфекционные болезни 2002;(6); 4-16.
4. World Health Organization. The World Health report 1996 lighting disease tostering development Report of the Director-General Geneva WHO.1996.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Аллагулиева С.М., Байрамкулова Л.М., Кубанова Л.Т.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Барычева Л.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ювенильный ревматоидный артрит является одной из актуальных проблем современной педиатрической ревматологии, что связано с высокой частотой встречаемости, тенденцией к ранней инвалидизации детей и нередким вовлечением в патологический процесс внутренних органов [1].

Цель исследования: определение эффективности и безопасности применения генно-инженерных биологических препаратов при лечении детей с ревматоидным артритом. Было проведено ретроспективное исследование с анализом результатов терапии детей с ревматоидным артритом, госпитализированных в Краевую детскую клиническую больницу г. Ставрополя.

Материал и методы: всем пациентам было выполнено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Для оценки достоверности результатов использовались методы параметрической и непараметрической статистики (критерии Манна-Уитни, Крускала-Уолиса, Данна. Индивидуальную эффективность лечения оценивали по следующим критериям [1,2,4]:

- число суставов с активным артритом;
- число суставов с нарушением функции;
- показатель скорости оседания эритроцитов (СОЭ);
- концентрация в сыворотке крови С-реактивного белка (СРБ);

Показанием к переводу пациентов с базисной терапии на лечение биологическими агентами являлись [2,3]:

- прогрессирование суставного синдрома (90,9%)
- учащение интеркуррентных инфекций (21,2%)
- анемия (63,2%)
- гастропатии (30,3%)
- остеопороз (10,5%).

Пациенты были разделены на 3 группы: 13 человек получали тоцилизумаб, 10 – инфликсимаб, 10 – этанерцепт. В половой структуре преобладали девочки – 58%, на долю мальчиков приходилось 42%. Стаж заболевания составил 2-5 лет. Эффекты биологической терапии оценивались спустя полгода после начала лечения.

Результаты исследования: У пациентов всех групп на фоне терапии биологическими агентами отмечалось достоверное снижение скорости оседания эритроцитов в общем анализе крови. Показатели С-реактивного белка снижались до нормальных значений. Количество воспаленных суставов уменьшалось – с 8-5 до 1-4 с более выраженной динамикой в группах тоцилизумаб и этанерцепт. Однако достоверных межгрупповых различий зарегистрировано не было, что согласуется с данными других исследователей [5,6]. Число суставов с ограниченной функцией свидетельствовало о достоверной эффективности биологической терапии [6]. Вместе с тем, их количество после лечения в группах инфликсимаб и этанерцепт оставалось достаточно высоким. Число болезненных суставов достоверно уменьшалось с 7-10 до 1. При сравнительной характеристике различных схем лечения с помощью непараметрических критериев препараты были равноценны по своей эффективности [5].

Осложнения на фоне базисной терапии формировались у 79 % детей и были представлены учащением интеркуррентных инфекций (21%), токсическим гепатитом (6%), остеопорозом (12%), гастропатией (30%), кушингоидом (21%), анемией (64%) [3]. На фоне биологических агентов распространенность нежелательных явлений была ниже. В спектре осложнений регистрировались: анемия (33%), тубинфицированность (22%), аллергические реакции (44%), что согласуется с данными других исследователей [6,7].

Выводы:

1. Применение генно-инженерных биологических препаратов способствует стабилизации клинических показателей у детей с ювенильным ревматоидным артритом, резистентных к базовой терапии и сопровождается достоверным снижением маркеров провоспалительной активности.

2. Побочные эффекты при использовании биологических препаратов встречаются реже, чем при применении базовой терапии глюкокортикоидами и метотрексатом

3. При сравнительной характеристике не выявлено преимуществ между ингибиторами ФНОα (Этанерцепт, Инфликсимаб) и ИЛ-6 (Тоцилизумаб), что может быть связано с небольшим объемом выборки.

Список литературы.

1. Динамика уровня биомаркеров и ультразвуковые признаки воспаления у пациентов с ревматоидным артритом / О.Г. Алексеева, А.А. Новиков, М.В. Северинова [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №5(53). - С. 485–92.
2. Лучихина, Е.Л. Прогнозирование и длительное поддержание низкой активности заболевания на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами при ревматоидном артрите / Е.Л. Лучихина // Современная ревматология.- 2014. - №2. - С. 66–70.
3. Муравьев, Ю.В. Новые возможности контроля эффективности метотрексата при ревматоидном артрите / Ю.В. Муравьев // Научно-практическая ревматология. - 2015. - №3(53). - С. 308–311.
4. Руководство по практическим умениям педиатра: учебное пособие для системы последиplomного профессионального образования врачей-педиатров / Водовозова Э.В., Голубева М.В., Доронин В.Ф. [и др.]. - Ростов-на-Дону, 2010, Сер. Высшее медицинское образование (3-е издание, стереотипное), 574 с.
5. Терапия генно-инженерными биологическими препаратами: эффективность и безопасность переключения / А.А. Баранов, Е.И. Алексеева, С.И. Валиева [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2014. - № 1(13). - С. 33-50.
6. Real-world effectiveness of biologic disease-modifying antirheumatic Drugs for the Treatment of Rheumatoid Arthritis After Etanercept Discontinuation in the United Kingdom, France, and Germany / Nanxin Li, K. A. Betts, A. J. Messali [et al] // Clinical Therapeutics. - 2017. - № 3(39). - P. 1618 - 1627.
7. Tocilizumab in rheumatoid arthritis: A case study of safety evaluations of a large postmarketing data set from multiple data sources / J. R. Curtis, S. Perez-Gutthann, S. Suissa [et al] // Seminars in Arthritis and Rheumatism. - 2015. - № 44. - P. 381–388.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Афанасьева Е.А., Порецкова Г.Ю.

Самарский государственный медицинский университет

В связи с введением в Российской Федерации критериев живорожденности, рекомендуемых Всемирной Организацией Здравоохранения возросла актуальность изучения проблемы сохранения жизни и здоровья детей, родившихся при малых сроках гестации. Зачастую искусственная вентиляция лёгких с жесткими параметрами влечёт за собой осложнения в виде тяжелого поражения респираторной системы. Персистирующее уменьшение размеров легких у недоношенных детей и патогистологические изменения, свойственные бронхолегочной дисплазии (БЛД), обуславливают нарушения вентиляционной способности легких, клинические симптомы хронической дыхательной недостаточности и / или бронхиальной обструкции как в детском возрасте, так и нередко - у подростков. Эксперты ассоциации специалистов перинатальной медицины и Союза педиатров России определяют БЛД как хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся главным образом у глубоконедоношенных детей, требует длительного наблюдения, нередко, коррекции в условиях стационара. Данное состояние проявляется зависимостью от кислорода в возрасте старше 28 суток жизни, бронхообструктивным синдромом, симптомами дыхательной недостаточности, характерными рентгенографическими изменениями. Формирование БЛД оказывает существенное влияние на качество жизни детей.

Целью исследования было изучить частоту и клинико-функциональные проявления различных вариантов БЛД у детей до 2-х летнего возраста.

Материалы и методы. Был проведён ретроспективный анализ 32 историй болезней пациентов с БЛД, проходивших лечение в отделении детей раннего возраста ГБУЗ СО СОКБ им. Середавина в течение 2016 года. Все пациенты были разделены на группы по тяжести БЛД в перинатальном периоде, срокам гестации к моменту рождения и возрасту при поступлении в стационар: I- дети до 6 мес жизни, II - 6-12 мес и III – от 1 до 2-х лет. Для оценки полученных данных использован метод статистического анализа с определением средних значений, стандартного отклонения и доверительного интервала.

Результаты и их обсуждение. Согласно анамнезу все пациенты непрерывно наблюдались по поводу БЛД. Анализ историй болезни не выявил гендерных различий по частоте встречаемости БЛД мальчиков было 18 человек, девочек-14. Детей до 6 месяцев было 13 человек, от 6 мес. до 1 года -12 человек, до 2-х лет -7. С классической формой заболевания поступали 7 пациентов. Средний срок гестации на момент рождения у них составлял $35,8 \pm 4,2$ нед, средний вес был 2651 ± 751 г. У одного пациента БЛД сочеталось с врождёнными аномалиями развития бронхов. С новой формой (NewBPD) заболевания наблюдались 25 детей, средний срок гестации составлял $26,6 \pm 1,7$ нед, средний вес - $980,6 \pm 304$ г. Из этой группы у 9 детей в перинатальном периоде регистрировалось БЛД лёгкой степени, у 11 – средней степени и у 5-тяжёлой степени. Наименьший вес при рождении имели дети с тяжёлыми проявлениями БЛД - $885,4 \pm 25$ г. У этих новорождённых продолжительность респираторной поддержки составила в среднем $25,5 \pm 8,0$ дней. У детей с легкой и среднетяжёлой формами БЛД длительность респираторной поддержки в перинатальном периоде значимо не различалась и составляла в среднем $15,7 \pm 5,3$ и $13,1 \pm 4,6$ дней соответственно.

В нашем наблюдении 87,5% пациентов с различными формами БЛД имели сопутствующую патологию в виде перинатального поражения центральной нервной системы, чаще гипоксически-ишемического генеза. У трети из них отмечался гипертензионный и гидроцефальный синдромы (9 пациентов). Задержка моторного развития имела место у большинства пациентов с лёгкой и средне-тяжёлой формой БЛД (78,9%) и у всех – с тяжёлым течением заболевания.

Рентгенологическая картина лёгких у детей до 6 месяцев в 4-х случаях была представлена фиброзно-эмфизематозными изменениями (30,7%), у 2-х снижением воздушности лёгочной ткани (15,4%). У трети пациентов 6-12 месяцев при рентгенологическом исследовании выявлялись фиброзно-эмфизематозные изменения (40%), после 1 года изменения на рентгенограмме выявлены у одного пациента в виде формирования ограниченного фиброза и субсегментарных ателектазов лёгких.

Таким образом, отмечено, что в Самарской области в настоящее время преобладает новая форма БЛД, которая у глубоко недоношенных детей часто сочетается с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС, синдромом внутричерепной гипертензии и синдромом двигательных нарушений. В возрастной динамике от 1 года до 2-х лет отмечено уменьшение клинико-функциональных проявлений поражения лёгких при условии реализации плановой комплексной реабилитации этих детей.

Список литературы.

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с бронхолегочной дисплазией. М.2015. Электронный ресурс. Режим доступа [http://www.pediatr-russia/sites/default/files/file/kr_bld.pdf]. Дата обращения 19.12.2016.
2. Овсянникова Д.Ю., Современные алгоритмы диагностики бронхолегочной дисплазии / Д.Ю. Овсянникова, Н.А. Комлева, Т.Б. Оболадзе, О.В. Маркарян, Л.П. Кузьменко // Вопросы диагностики в педиатрии.—2011.—Т.3.№1.—С.12-20.
3. Затолокина А.О., Функциональные последствия бронхолегочной дисплазии у детей, проживающих на территории Новосибирской области / А.О. Затолокина, Т.В.

Белоусова, С.А. Лоскутова, И.В. Андрияшина//Мать и дитя в Кузбассе.—2016.—№3.—С.9-15.

4. Валиулина А.Г., Проблемы и перспективы успешного выхаживания и реабилитации детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела / А.Г. Валиулина, Э.Н. Ахмадеева, Н.Н. Кривкина//Вестник современной клинической медицины.—2013.—Т.6, №1.—С.34-41.

5. Геппе, Н.А., Новая рабочая классификация бронхолегочных заболеваний у детей / Н.А. Геппе, Н.Н. Розина, И.К. Волков//Доктор. Ру. —2009. —№ 1. —С. 713.

6. Панченко А.С., Бронхолегочная дисплазия у детей: факторы риска и иммунобиохимические маркеры / А.С. Панченко, И.Н. Гаймоленко, А.В. Игнатьева//Пульмонология.—2015.—Т.25 №1.—С. 86

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ДИАРЕЯМИ

Ахрарова А.Р., Косымова Ф.Г.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Шаджалилова М.С.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Острые кишечные инфекции (ОКИ) или, по терминологии ВОЗ, острые диарейные заболевания, это большая группа заболеваний, объединенных развитием диарейного синдрома. В современных условиях проблема острых кишечных инфекций приобретает выраженную клинико-эпидемиологическую и социально-экономическую значимость. Вопросы изучения влияния дисбактериоза на патогенетические механизмы развития диареи, на клиническое проявление ОКИ и на состояние иммунного статуса ребенка представляют собой не только медицинскую, но и социальную проблему, что определяет актуальность темы[1,2].

Целью исследования явилась изучить микробиологических особенностей и состояние иммунитета детей раннего возраста, больных острыми диареями.

Материалы и методы. В ходе работы были использованы общеклинические, микробиологические, иммунологические и статистические методы исследования.

Результаты и обсуждение. Бактериологический диагноз кишечного дисбактериоза различной степени был подтвержден в 100% случаев. Выделены следующие виды дисбактериоза: стафилококковый- 25%, кандидозный – 21,8%, клебсиеллезный – 9,4%, протейный – 12,2%, синегнойный – 9,4% и клостридиозы – 15%. Ассоциированный дисбактериоз в 16,6% случаев. При анализе по типу поражения желудочно-кишечного тракта получены следующие данные: энтерит диагностирован чаще у детей страдающих дисбактериозом I степени, (30%) в сравнении с детьми дисбактериозом II-III степени (22% и 4% соответственно), ($p<0,05$). Гастроэнтероколиты чаще встречались у детей с дисбактериозом II степени. Гастроэнтерит был более выражен у детей ассоциированным дисбактериозе кишечника. Энтероколитические проявления с одинаковой частотой встречались как у детей I степени, так и у детей с II и III степенью дисбактериоза. Анализ иммунологических данных показал, что с углублением дисбиотических изменений со стороны кишечника, количество натуральных киллеров (CD16) повышается. Отмечается снижение общего пула Т-лимфоцитов за счет Т-хелперов индукторов с активацией Т-цитотоксических лимфоцитов. Диспропорция иммунорегуляторных субпопуляций привела к изменению иммунорегуляторного индекса, который при II-III степени снижен ($1,1\pm0,03$) по сравнению с контрольной величиной ($1,15\pm0,05$). Отмечается активация В-звена. При проведении первичного иммунологического исследования у 60% случаев в

гуморальном звене выявлена активация иммуноглобулина А в сыворотке крови на фоне не измененной концентрации иммуноглобулина М и G.

Выводы: Особенности микробного пейзажа являются снижение или отсутствие лактобактерий и бифидобактерий, повышение кокковой флоры. Активация популяции естественных киллеров является также неблагоприятным фактором, что указывает на склонность этих больных к инфекциям, и приводит в последующем к развитию более тяжелой степени дисбактериоза.

Список литературы.

Статьи журналов: 1. Shadjalilova M.S. Clinical mid factorial analysis of pathological states 9N fcute intestinal infections in children.// European Medical, Health and Pharmaceutical Journal/- Volume 4 2012.-P.37-39.

2. Шаджалилова М.С. Анализ клинико-эпидемиологических и микробиологических параметров острых кишечных инфекций у детей //Медицинские новости, Беларусь.2015.- №8.- С.60-62.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С У БОЛЬНЫХ ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Ахунова Ф.М.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Агзамова Т.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

По мнению большинства исследователей, именно иммунному ответу принадлежит одна из основных ролей в развитии и исходе инфекции, вызванной вирусом гепатита С [1,4]. Иммунный ответ макроорганизма на вирус гепатита С включает функционирование гуморального и клеточного иммунитета [2,4]. В данной статье представлены результаты комплексного исследования клеточного и гуморального звеньев иммунной системы у больных хроническим вирусным гепатитом С пубертатного возраста.

В связи вышесказанным целью данной работы явилось изучение иммунологических нарушений в иммунном ответе у больных хроническим вирусным гепатитом С пубертатного возраста.

Материалы и методы исследования.

Нами обследовано 16 больных с ХГС, в возрасте от 11 до 18 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 6 лет (в среднем $3,8 \pm 1,1$ года). Диагноз был подтвержден клиническими и лабораторными методами исследования. Все обследованные содержали в крови антитела к HCV. Контрольную группу составили 15 здоровых подростков аналогичного возраста, негативных по анти-HCV и HBsAg. Маркер вирусного гепатита С идентифицировали иммуноферментным методом и подтверждали полимеразной цепной реакцией (ПЦР). Исследование поверхностных антигенов CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25, CD38, CD95, CDHLA-DR на лимфоцитах периферической крови проводили методом непрямой флуоресценции с использованием моноклональных антител производства Института иммунологии Москва, Россия. Полученные результаты обработаны статистически по стандартной программе с вычислением достоверности различий по критерию t Стьюдента.

Результаты и обсуждение.

Оценка иммунного статуса больных выявила неоднородные изменения иммунологических параметров. В группе больных с хроническим вирусным гепатитом С выявлена тенденция к повышению относительного и достоверное повышение

абсолютного числа лимфоцитов периферической крови ($P<0,05$). Показано, что на ранних стадиях заболевания эффективность противовирусного иммунитета при вирусном гепатите С определяется в первую очередь активностью клеточного звена иммунитета.

Анализ иммунофенотипа лимфоцитов крови больных с хроническим гепатитом С показал достоверное снижение относительного числа CD3+ клеток ($P<0,05$). Снижение общего пула Т-лимфоцитов отмечено в основном за счет уменьшения числа лимфоцитов, экспрессирующих маркер CD4+. CD4+ Т-клеточный ответ на вирусные белки является важным механизмом защиты макроорганизма, поскольку CD4+ клетки стимулируют продукцию антител В-лимфоцитами [2,5]. В группе больных число CD8+лимфоцитов было достоверное повышено. Вследствие этого выявлено подавление иммунорегуляторного индекса, который в группе больных с хроническим гепатитом С составил $0,84\pm 0,27$, а в группе контроля – $1,45\pm 0,06$ ($P<0,05$). У больных отмечено незначительное повышение CD16+ естественных киллеров, не имеющее достоверных различий с контролем.

Кроме показателей клеточного звена нами были исследованы и показатели гуморального звена иммунитета, в частности содержание в сыворотке крови IgG, IgA, IgM. Известно, что иммуноглобулины играют важную функцию посредников в каскадном развитии иммунного ответа и частично могут обуславливать эффективность конечных, эффекторных реакций клеточного иммунитета по инактивации и элиминации вирусных антигенов. Изученные показатели характеризовались достоверным по сравнению с контролем повышением некоторых параметров данного звена. Число В-лимфоцитов, экспрессирующих маркерный рецептор CD20+ оставался в пределах контрольных значений. У больных с гепатитом С отмечалось повышение концентрации иммуноглобулинов А и G в сыворотке крови, кроме иммуноглобулина М, который был оставался в пределах контрольных значений.

Вывод. Таким образом, при исследовании основных параметров иммунитета больных хроническим гепатитом С пубертатного возраста выявлены изменения как в клеточном звене иммунитета, которые проявились подавлением экспрессии маркерных рецепторов CD3+, CD4+, иммунорегуляторного индекса, повышением CD8+, CD16+, так и в гуморальном звене – повышением концентрации IgG и IgA в сыворотке крови.

Список литературы.

1. Буеверов А.О. Иммунологические механизмы повреждения печени // Росс. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 1998. - №5. - С. 18-21.
2. Ивашкин В.Т. Механизмы иммунного «ускользания» при вирусных гепатитах // Рос. журн. гастроэнтерологии. – 2000. – №5. – С. 7-14.
3. Игнатова Т.М., Серов В.В. Патогенез хронического гепатита С // Архив патологии. – 2001. – №3. – С.54-57.
4. Alvarado-Esquivel C., Leroux-Roels G. Immunologia de la hepatitis C // Rev. InvestClin. - 1999. - V.51(5). - P.315-322.
5. Antonaci S., Jirillo E., Schiraldi O. Soluble HLA class I antigens in chronic hepatitis C: a disease-associated manifestation, or molecules modulating immunoresponsiveness? // Immunopharmacol. Immunotoxicol. - 1999. - V.21 (4). - P.727-738.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ.

Боташева М.Р., Завьялова Е.В., Стоян М.В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Климов Л.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Современной особенностью клинической манифестации целиакии является преобладание малосимптомных или атипичных форм болезни с минимальными и неспецифическими проявлениями, субклиническими дефицитными синдромами. В структуре гематологических изменений при целиакии чаще всего развивается дефицит железа (ДЖ). Существующий на протяжении длительного времени ДЖ в конечном итоге неизбежно приводит к развитию железодефицитной анемии (ЖДА), которая может быть первым признаком заболевания, а иногда единственным проявлением целиакии у детей и подростков. Анализ взаимосвязи между показателями обмена железа и степенью тяжести гистологических изменений слизистой оболочки тонкого кишечника (СОТК) позволит оптимизировать диагностический и лечебный процесс у больных целиакией.

Материалы и методы

Обследовано 87 детей и подростков в возрасте от 8 мес до 17 лет с целиакией, диагностированной в соответствии с клинико-лабораторными и морфологическими критериями ESPGHAN. Среди обследованных было 46 (52,9%) девочек и 41 (47,1%) мальчиков.

Проведено обследование пациентов, которое включало морфологическое исследование биоптатов СОТК по Marsh-Oberhuber, серологическое (определение уровня анти-ТТГ IgA и IgG) и углублённое исследование обмена железа (определение уровня сывороточного железа (СЖ), сывороточного ферритина (СФ), трансферрина).

В зависимости от стадии атрофии СОТК в соответствии с классификацией Marsh-Oberhuber пациенты были разделены на 3 группы:

1 группа – 19 (21,8%) детей с типом Marsh 3А: парциальная атрофия ворсинок – частичная атрофия ворсинок, которая характеризуется соотношением глубины крипт/высоты ворсинок менее чем 1.

2 группа – 30 (34,5%) детей с типом Marsh 3В: субтотальная атрофия ворсинок – атрофия ворсинок, когда отдельные из них еще распознаваемы.

3 группа – 38 (43,7%) детей с типом Marsh 3С: тотальная атрофия ворсинок – полная атрофия ворсинок без пальцевидных возвышений, напоминает слизистую оболочку толстой кишки.

Математическая обработка материалов проведенного исследования осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 10.0 и AtteStat. Для параметрических количественных данных определялось среднее арифметическое значение (М) и ошибка средней арифметической величины (m). Для оценки межгрупповых различий использовался t-критерий Стьюдента для парных и непарных групп. Различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение.

При обследовании обмена железа у 20 (23,0%) детей выявлена ЖДА, у 48 (55,2%) детей выявлен латентный дефицит железа (ЛДЖ), у 19 (21,8%) дефицит железа отсутствовал.

Общая частота ДЖ (ЖДА и ЛДЖ) среди пациентов первой группы выявлена в 12 (63,2%), во второй группе – в 22 (73,3%), а третьей – в 34 (89,5%) случаях. В структуре ДЖ при Marsh 3А и Marsh 3В превалирует ДЖ без анемии (ЛДЖ), а при Marsh 3С – нарастает частота ЖДА. У пациентов с тотальной атрофией СОТК (Marsh 3С) частота ЖДА в 7,9 раза выше ($p < 0,01$), чем у детей с Marsh 3А и в 4,2 раза выше, чем у больных с Marsh 3В ($p < 0,01$).

Анализ взаимосвязи между степенью атрофии СОТК и уровнем анти-ТТГ IgA в исследуемых группах таков: уровень анти-ТТГ IgA в 1-й группе составил $30,9 \pm 5,6$ Ед/мл, во 2-й группе – $56,1 \pm 8,7$ Ед/мл, а в 3-й группе – $101,8 \pm 11,4$ Ед/мл. Выявлена прямая корреляция между стадией атрофии по Marsh и уровнем анти-ТТГ IgA ($r=0,43$, $p<0,001$). При исследовании уровня анти-ТТГ IgG получены следующие результаты: в 1-й группе – $14,1 \pm 2,5$ Ед/мл, во 2-й группе – $23,8 \pm 4,5$ Ед/мл, в 3-й группе – $36,3 \pm 5,6$ Ед/мл. Корреляция между стадией атрофии по Marsh и уровнем анти-ТТГ IgG менее значима, но достоверна ($r=0,29$, $p<0,02$).

Показатели гемоглобина составили в исследуемых группах $124,6 \pm 11,2$ г/л, $127,0 \pm 12,7$ г/л и $113,1 \pm 19,7$ г/л соответственно, а корреляционный анализ выявил обратную взаимосвязь между стадией атрофии тощей кишки и уровнем гемоглобина ($r=-0,26$, $p<0,02$).

Уровень СЖ в исследуемых группах составил $10,6 \pm 3,9$ мкмоль/л, $10,5 \pm 3,7$ мкмоль/л и $7,8 \pm 4,5$ мкмоль/л соответственно. Корреляционный анализ выявил обратную взаимосвязь между стадией атрофии СОТК и уровнем СЖ ($r=-0,32$, $p<0,005$). Ещё более существенные закономерности обнаружены при анализе показателей сывороточного ферритина (СФ). Уровень СФ составил $33,5 \pm 21,8$ мкг/л, $32,5 \pm 20,3$ мкг/л и $13,6 \pm 12,6$ мкг/л соответственно, а корреляция между стадией атрофии тощей кишки и уровнем СФ ($r=-0,50$, $p<0,001$).

Выводы.

1) На фоне углубления степени атрофии СОТК у детей и подростков с целиакией отмечается прогрессирующее увеличение частоты ДЖ.

2) Титр анти-ТТГ IgA и IgG увеличивается при нарастании повреждения слизистой тощей кишки и коррелирует с атрофией СОТК.

3) Закономерное истощение запасов тканевого железа и формирование ЖДА в наибольшей степени характерно для пациентов с тотальной атрофией СОТК, соответствующей стадии Marsh 3С.

Список литературы.

1. Бельмер С.В. Целиакия: исходы и новые подходы к диагностике / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // Лечащий врач. – 2012. – № 8. – С. 56 – 60.
2. Захарова И.Н. Анемия при патологии желудочно-кишечного тракта у детей: дифференциальный диагноз / И.Н. Захарова, И.В. Бережная, Ю.А. Дмитриева, Е.Б. Мачнева // Фарматека. – 2014. – № 11. – С. 39–47.
3. Полякова С.И. Анализ и интерпретация показателей обмена железа при разных формах патологии у детей / С.И. Полякова, А.О. Анушенко, М.И. Баканов, И.Е. Смирнов // Российский педиатрический журнал. – 2014. - №17. – С. 17–23.
4. Румянцев А.Г. Диагностика и лечение железодефицитной анемии у детей и подростков / А.Г. Румянцев, И.Н. Захарова. – М., 2015. – 76 с.
5. Филатов Л.Б. Железодефицитная анемия как следствие нарушения всасывания железа при целиакии / Л.Б. Филатов, В.Б. Берман // Клиническая онкогематология. – 2010. – № 3. – С. 284–288.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ ПО ДАННЫМ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СК «КДКБ» ЗА 2012-2016 ГОДЫ

Леденева Л.Н.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Водовозова Э.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема дефицита железа является одной из наиболее значимых в практике врача-педиатра. Это связано с неблагоприятными последствиями влияния железодефицитных состояний на организм ребенка, а также с высокой их распространенностью. В ходе многочисленных исследований доказано, что распространенность ЖДА зависит от таких факторов как возраст, пол, физиологические особенности, наличие сопутствующей патологии, социально-экономические условия и экологическая среда места проживания.

Цель исследования: изучить структуру ЖДА у детей, находящихся на лечении в отделении онкогематологии ГБУЗ СК «КДКБ».

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, находившихся на лечении в онкогематологическом отделении ГБУЗ СК «КДКБ» с 2012 по 2016 годы.

Результаты. За период с 2012 по 2016 г. в онкогематологическом отделении ГБУЗ СК «КДКБ» находились на лечении 60 детей с диагнозом ЖДА, что составило 6,8% из числа гематологических больных. Все дети ранжированы на группы по признакам: половой принадлежности, возрастной группы, степени тяжести заболевания, места проживания.

Количество больных девочек и мальчиков практически равно — 33 (55,0%) и 27 (45,0%) соответственно. Выделены 5 возрастных групп: 13 (21,6%) детей до 1 года жизни, 7 (11,6%) детей от 1 до 3 лет, 8 (13,3%) детей от 3 до 7 лет, 2 (3,3%) ребенка от 7 до 12 лет, 30 (50,0%) детей от 12 до 18 лет. Большая часть больных страдала анемией 3 ст. тяжести, которая выявлена у 47 (78,3%) детей, 7 (11,7%) детей диагностирована анемия 2 ст., у 6 (10,0%) — анемия 1 ст.

В 41 (68,3%) случае ЖДА диагностирована как самостоятельное заболевание. У 20 (33,4%) детей анемия была осложнением, имелась сопутствующая патология: у 13 (65,0%) детей различные поражения ЖКТ (хронический гастродуоденит 53,8%, гепатиты различной этиологии 23,0%, в единичных случаях диагностированы лямблиоз, внепеченочная гипертензия, синдром мальабсорбции). В 2 (12,5%) случаях патология ЖКТ сочеталась с рецидивирующими кровотечениями (носовые, дисфункциональные маточные). У 1 ребенка основным заболеванием была болезнь Виллебранда (1,6%). В единичных случаях сопутствующей патологией являлась эпилепсия, ПЭП, лимфаденопатия. Дети из сельской местности преобладали над городскими, 38 (63,3%) и 22 (36,7%). Изучая эпидемиологию ЖДА оказалось, что 13 (21,6%) детей являлись жителями г. Ставрополя, 5 (8,3%) детей жителями Минераловодского района, по 4 (6,6%) ребенка — Новоселецкого и Изобильненского, по 3 (5,0%) — Шпаковского, Арзгирского, Нефтекумского, по 2 (3,3%) Предгорного, Красногвардейского, Грачевского, Александровского, Левокумского, Советского, по 1 (1,6%) больному проживали в Апанасенковском, Туркменском, Георгиевском, Кочувеевском, Петровском, Буденновском, районах.

В 50 % ЖДА страдали подростки (12-18 лет), преобладали девочки — 21 (70,0%), мальчиков 9 (30,0%). Анемией 1 ст. страдали 3 (10,0%) детей, 2 ст. — 2 (6,6%), 3 ст. — 25 (83,4%). Анемией чаще страдали жители сельской местности — 21 (70,0%) больной. 4 (13,3%) ребенка являлись жителями Изобильненского района, по 3 (10,0%) ребенка — Новоселецкого, Минераловодского районов, по 2 (6,6%) ребенка — Грачевского, Левокумского, Новоалександровского, Советского, по 1 (3,3%) — Шпаковского, Предгорного, Курского районов. Как самостоятельное заболевание, ЖДА диагностирована у 22 (73,3%) детей, на фоне патологии ЖКТ (хронического

гастродуоденита, дуоденогастрального рефлюкса, гепатита) анемия развилась у 4 (13,3%). У одного ребенка выявлена сочетанная дефицитная анемия 3 ст. тяжести (ЖДА+В12-дефицитная), сопутствующий диагноз: гастродуоденит, риск мальабсорбции. В 1 случае анемия была постинфекционная, на фоне лимфаденопатии.

На первом году жизни ЖДА выявлена у 13 (21,7%) детей, из них 7 (53,8) мальчиков, 6 (46,2%) девочек. ЖДА 1 ст. наблюдалась у 1 (7,6%) ребенка, у 2 (15,4%) детей – ЖДА 2 ст. тяжести, у 10 (77,0%) больных анемия 3 ст. тяжести. На грудном вскармливании находились 4 (30,7%) ребенка, остальные – на смешанном вскармливании. В 4 (69,2%) случаях анемия развилась как самостоятельное заболевание, ПЭП в 3 (23%) случаях выступала как сопутствующий диагноз, гепатит неясной этиологии в 1 (7,8%). В 69,2 % анемия верифицирована у детей из сельской местности, эту группу составили 9 детей, по 1-му (7,6%) ребенку из Новоселецкого, Предгорного, Минераловодского, Петровского, Кочувеевского, Новоалександровского районов, по 2 (15,3%) ребенка являлись жителями Нефтекамского и Шпаковского районов. Городских жителей 4 (30,8%), 3 (75,0%) проживали в Ставрополе, 1 ребенок в Михайловске. Изучая течение беременности и родов у матерей, оказалось, что физиологически беременность протекала у 1 (7,7%) женщины, у 7 (53,8%) выявлялась анемия, угроза прерывания выявлялась у 2 (15,%) женщин, ХФПН у 4 (30,7%). Операция КС, при которой кровопотеря больше, чем при физиологических родах, встречалась в 4 (30,7%) случаях.

В возрастной группе от 1 до 3 лет анемия выявлена у 6 (10,0%) больных. 5 (83,3%) детей страдали анемией 3 ст., 2 (16,7%) – анемией 2 ст. Мальчиков в данной группе 5 (71,4%), девочек 2 (28,6 %), соотношение сельских и городских жителей практически равное – 3 (42,8%) и 4 (57,2%). 4 (51,1%) больных жителями Ставрополя, остальные жители Арзгирского, Красноградского, Александровского районов.

В группе 3-7 лет анемия установлена у 8 (13,3%) детей, соотношение мальчиков и девочек, сельских и городских жителей равное – по 4 (50,0%). Анемия 1 ст. наблюдалась у 2 (25,0%), 3 ст. у 6 (75,0%) детей.

У детей от 7 до 12 лет анемия верифицирована 2-м (3,3%) мальчиком. 1 (50,%) ребенку выставлена ЖДА второго ст., второму – ЖДА 3 ст. Городские и сельские жители в равном количестве – по 1 (50,0%).

Выводы. Распространенность ЖДА по данным онкогематологического отделения ГБУЗ СК «КДКБ» составила 6,8 %. В 21,5% анемия верифицировалась на первом году жизни, количество больных мальчиков и девочек практически равное. В 50,0% анемия верифицирована в пубертатном периоде, причем в 70% страдали девочки. Чаще анемией страдают дети из сельской местности из Минераловодского (8,3%), Изобильненского и Новоселецкого районов (6,6%).

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Гайлаева П.Р., Каитова Ф.А., Лепшкова Х.И.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Чередниченко Т.Т.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Детский церебральный паралич является одной из важных медико-социальных проблем, что определяется распространенностью (3-5 на 1000 новорожденных) и инвалидностью пациентов с раннего возраста.

Цель исследования: изучить длительность эффекта лечения спастического синдрома при ДЦП ботулотоксином типа А.

Методы и материалы исследования. Материалами для проведения научно-исследовательской работы послужили истории болезни, взятые из архива ГБУЗ СК «КДКБ г. Ставрополь» за период январь-декабрь 2016г. Метод исследования-статистическое наблюдение.

Детский церебральный паралич – обобщенный термин, объединяющий группу не прогрессирующих заболеваний головного мозга, возникших вследствие недоразвития или повреждения структур мозга в антенатальный, интранатальный и ранний постнатальный периоды, характеризующихся двигательными расстройствами, нарушениями позы, речи, психики.

Одна из форм ДЦП – спастическая (парапарез, гемипарез, тетрапарез, монопарез), которая характеризуется наличием патологической синкинетической активности при выполнении произвольных движений, нарушением координаторных взаимодействий мышц синергистов и антагонистов.

В настоящее время одним из эффективных методов лечения спастичности у детей является ботулинотерапия – введение в спастические мышцы препаратов ботулотоксина типа А.

Показание к применению ботулотоксина типа А:

- наличие локальной или региональной спастичности;
- отсутствие контрактур;
- возраст от 2-х лет;
- высокий или средний реабилитационный потенциал;
- Изменение структуры мышечного волокна со значительным снижением мышечной активности, наличием выраженного фиброза и атрофии в мышце.

К проведению ботулинотерапии допускаются только дети с 3-4 степенью по модифицированной шкале Эшворта.

Противопоказания:

- воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции;
- атонически-астатическая форма ДЦП;
- наличие фиксированных контрактур;
- генерализованная спастичность;
- изменение структуры мышечного волокна со значительным снижением мышечной активности, наличием выраженного фиброза и атрофии в мышце;
- грубое поражение головного мозга.

Механизм действия:

Нормальное сокращение мышечного волокна обеспечивается воздействием нейромедиатора АХ* на рецепторы постсинаптической мембраны. Везикулы, содержащие АХ, высвобождаются в синаптическую щель с помощью комплекса SNARE*, образующийся из 3-х белков:

- синтаксин
- синаптобревин
- SNAP-25*

При введении в мышцу ботулинического токсина А происходит его проникновение в нервное окончание путем активного эндоцитоза с образованием токсинсодержащих везикул. В везикулах дисульфидный мостик токсина разрывается, легкая цепь выходит в цитоплазму и расщепляет транспортный белок пресинаптической мембраны SNAP-25, препятствуя образованию комплекса SNARE и блокируя высвобождение АХ в синаптическую щель. Это предотвращает деполяризацию и сокращение мышц, клинически проявляясь снижением мышечного тонуса.

Максимальный эффект от ботулотоксина развивается только на 5-14 день, т.к. процесс внедрения токсина в пресинаптическое окончание и блокада пресинаптической мембраны занимает от 3 до 5 суток. Однако, постепенно образуются новые более мелкие нервные окончания, которые в последствии формируют новые мышечные синапсы,

исключая тем самым появления атрофии мышц. Возникшая хемоденервация мышц способствует активации синтеза нервно-трофических факторов и струпинга уже в первые 2 дня после введения токсина, что, в конечном итоге, приводит возвращение мышечного тонуса к исходному уровню. Процесс реиннервации занимает от 2 до 6 месяцев, чем и объясняется срок непосредственного действия ботулотоксина. Вследствие этого, повторение локальных внутримышечных инъекции ботулотоксина типа А необходимо, приблизительно, каждые 4-6 месяцев.

Доза ботулотоксина типа А для инъекции в крупную и активную мышцу составляет 2-10 ЕД/кг массы тела ребенка. Доза препарата в небольшую мышцу составляет 1-2 ЕД/кг массы тела ребенка. Общая суммарная доза препарата на одну процедуру не должна превышать 300 ЕД. При возрасте ребенка до 6 лет общая допустимая доза должна рассчитываться на массу тела пациента и распределяться на заинтересованные мышцы.

Результаты. Проанализировано действие ботулотоксина типа А при введении детям со спастической формой ДЦП в психоневрологическом отделении ГБУЗ «СК ДККБ г. Ставрополь» за период 2016г.

Возраст детей от 4-х до 12 лет.

Из всех пациентов, которым проводилось лечение ботулотоксином типа А

56% процентов составляют дети с парапарезом, по 19% с гемипарезом и тетрапарезом, 6% с монопарезом.

Закключение. После введения ботулотоксина типа А, улучшение двигательных функций наблюдалось практически у всех детей. Однако, наиболее длительный эффект- до 5 месяцев, наблюдался у детей с парапарезом; до 4 месяцев- с гемипарезом; до 3-3,5 – у детей с монопарезом и тетрапарезом.

Список литературы.

1. Дутикова Е.М., Лильин Е.Т. Ботулотоксин типа А (Диспорт) в лечении детского церебрального паралича. Фарматека 2007; 7(142): 37-42
2. Немкова С.А. и др. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учебно-методическое пособие / М-во здравоохранения и соц. развития Российской Федерации, Науч. центр здоровья детей РАМН, Российский нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова; — М.: Союз педиатров России, 2012. — 60 с. ISBN 978-5-904753-20-7
3. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. — М.: Закон и порядок, 2007 — 616 с.
4. Семенова К.А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. — М.: Закон и порядок, 2007 — 616 с.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ УХА У ДЕТЕЙ В Г. МИХАЙЛОВСКЕ

Галбадибирова Т.А.

Научные руководители: к.м.н. Дементьева Д.М., Горобенко О.П.

Ставропольский базовый медицинский колледж

В группу врожденных пороков (ВПР) уха мы отнесли: Q16.1 врожденное отсутствие, атрезия и стриктура слухового прохода (наружного), Q16.2 отсутствие евстахиевой трубы, Q16.3 Врожденная аномалия слуховых косточек, Q16.4 другие врожденные аномалии среднего уха, Q16.5 врожденная аномалия внутреннего уха[1,2].

Актуальность: необходимость изучения причин формирования врожденной патологии у детей на конкретной территории обусловлена необходимостью составления прогноза заболеваемости детского населения.

Материалы и методы: нами обследовано более 400 детей с врожденными пороками развития в г. Михайловске Ставропольского края. Всего с патологией уха было 11 ребенок, из них с пороками обязательного учета 2 ребенка. При анализе пола ребенка нами выявлено, что количество мальчиков и девочек было приблизительно одинаково.

Полученные результаты. При анализе возраста нами выявлено, что большинство родителей было в возрасте 18-40 лет.

При анализе течения беременности нами выявлено, что все дети рождались доношенными, часть детей рождались маловесными (12 %)

При анализе течения беременности нами выявлено, что для данной патологии характерна нормальное течение беременности. В данном случае характерно отсутствие прерывания беременности в течении всей беременности. При анализе отягощающих факторов нами выявлено, что для данной группы не характерны ВПР у родных и профессиональные вредности (0 % и 12 % соответственно). Для данной патологии крайне низкий показатель обследования на ВУИ (7 %). В то же время у 100% обследованных детей выявлены признаки герпетической инфекции.

При анализе ВПР обязательного учета органов уха было выявлено, что все родители были в возрасте от 18 до 40 лет. Распределение по полу было (50% мальчиков и девочек). Все дети были доношенными с нормальной массой тела. При анализе течения беременности нами выявлено, что в 100 % случаев отмечался токсикоз первой половины беременности, а в 75% угроза прерывания в первом триместре. Профессиональные вредности выявлены в 50 % случаев. На ВУИ обследован 1 ребенок и в данном случае было перенесение матерью ОРВИ в первом триместре. ВПР обязательного учета выявлены в трех районах края (Шпаковском, Андроповском, Предгорном).

Закключение: при анализе ВПР органов слуха нами выявлено, что течение беременности не является прогностическим фактором формирования данной патологии. Среди возможных причин формирования нами предполагается влияние герпетической инфекции. Нами не выявлено влияние экологической обстановки на формировании данной патологии.

Список литературы.

1. Демикова НС. Лапина А.С. Врожденные пороки развития в регионах РФ (итоги мониторинга за 2000-2010 годы)// Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2012. -Т.57. - №2. -С.91-98
2. Хашина М.В. Врожденные аномалии лица как социально и экономически значимая проблема// в кн. Человек и медицина 21 века: традиции, инновации и приоритеты Российской науки - сборник тезисов докладов 74 итоговой конференции СНО. -2006. - С.373-375

О ПРЕИМУЩЕСТВАХ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ НА РАННИХ СРОКАХ РАЗВИТИЯ

Гарифуллина Г.И., Нигметзянова К.М.

Научный руководитель: Хайретдинова Т.Б.

Башкирский государственный медицинский университет, Городская клиническая
больница №22

Введение: В настоящее время проблема профилактики и коррекция отклонений в состоянии здоровья детей дошкольного возраста приобрела особую актуальность. Это

обусловлено прежде всего наличием большого числа дошкольников (84,0%) с отклонениями в формировании стопы [2]. В связи с этим возрастает значение организации работы профилактической и коррекционной направленности непосредственно в условиях дошкольного образовательного учреждения (ДОУ), где ребенок находится практически ежедневно и где, следовательно, имеется возможность обеспечить своевременность и регулярность воздействий на физическое развитие. По сути, плоскостопие обусловлено одним фактором — слабостью связочного аппарата, из-за которого кости стопы неспособны сохранять стабильное и правильное положение. Но у этого состояния есть причины: наследственная предрасположенность, при которой дети наследуют от родителей заболевания связочного или мышечного аппарата или склонность к этим недугам; врожденные пороки развития, при которых ребенок во время внутриутробного периода не получает достаточного количества питательных веществ. Установлено, что удары стоп о поверхность земли при плоскостопии передаются вверх почти без изменений и, достигая головного мозга, приводят к его микротравмам [3]. Изучение развития плоскостопия по полу и возрасту у детей дошкольного образовательного учреждения от 1,5 до 7 лет. Материалы и методы: исследование проводили на базе МБ ДОУ №2 «Василек» Мишкинского района. Проводила плантографию для выявления. Для оценки плантограммы были использованы два метода: Яralова-Яralянца. [3]. Заключение о состоянии свода стопы делается на основании расположения двух линий, проведенных на отпечатке. Первая линия соединяет середину пятки со вторым межпальцевым промежутком. Вторая линия проводится от середины пятки до середины основания большого пальца. Описанный метод носит название метода Яralова-Яralянца. Если контур отпечатка стопы в срединной части не перекрывает эти линии — стопа нормальная. Если первая линия проходит внутри отпечатка — уплощение свода стопы. Если обе линии расположены внутри контура отпечатка-стопа плоская. Результаты: Диагноз «плоскостопие» ставится с возраста 3 лет. Плоскостопие у детей до 3 лет является физиологическим, т.к. по внутренней стороне стопы сохраняется жировая «подушечка». Результаты плантограмм у детей, которые посещают МБ ДОУ №2 «Василек» позволили отметить следующее: из 110 обследованных детей 45(41%) имеют нормальную стопу, 41(37%) — уплощенную стопу, 23(21%) — плоскую стопу, и 1(1%) ребенок имеет «полую» стопу. Из 42 мальчиков нормальная стопа у 15(36%) детей, уплощение — у 18(43%) детей, плоская стопа обнаружена у 9(21%) детей. «Полая» стопа у мальчиков не выявлена. Из 68 обследованных девочек 30(44%) имеют нормальную стопу, уплощение — 23(34%) девочек, плоскую — 14(21%) девочек, «полая» стопа выявлена у 1(1%) девочек. Также проводилась оценка изменения стоп в различных возрастных группировках:

- в возрасте 1,5- 2 лет из 15 детей физиологическое положение стопы выявлено у всех 15(100%) детей;

- в возрасте 2,5-3 лет из 15 детей физиологическое положение стопы выявлено у всех 15(100%) детей;

- в возрасте 3,5 года из 23 детей нормальную стопу имели 6(26%)детей, уплощенную — 2(9%) ребенка, плоскую — 15(65%)детей;

- в 4 года нормальная стопа выявлена у 9(53%) детей, уплощенная — 5(29%) детей, плоская — у 3(18%)детей;

- в 5 лет: нормальная стопа у 16(80%) ребенка, уплощенная у 2(10%) детей, плоская у 2(10%) детей;

- в 6 лет у 9(75%) детей выявлена нормальная стопа, уплощенная у 1(8%) детей, плоская у 2(17%) детей;

- в возрасте 7 лет нормальная стопа обнаружена у 5(64%) детей, по 1 ребенку имели уплощенную, плоскую, и «полую» стопу (по 12% соответственно).

К сожалению, даже в целом здоровые дети подвержены риску развития плоскостопия.

Заключение: таким образом, исходя из результатов нашего исследования, необходимо отметить, что большинство детей имеют нормальную стопу (41%). В заключении следует сказать, что среди 110 обследуемых детей только 41% имеет нормальную стопу, а у остальных детей есть риск развития плоскостопия поэтому в условиях ДОО должна осуществляться мероприятия по профилактике и коррекции плоскостопия у детей систематически. Из этого следует, что надо выявить группу детей с риском развития плоскостопия и проводить отдельно с ними профилактические работы и коррекции. Она включает ежегодную диагностику состояния сводов стопы у детей, создание полноценной развивающей физкультурно-оздоровительной среды, обеспечение рекомендуемого двигательного режима, соблюдение гигиенических условий, а также правильную организацию физического воспитания.

Список литературы.

1. Н.Н. Ефименко. Плантография – или о чем говорят отпечатки детских стоп/. -2013.
2. Стеркина Р.Б. Качество дошкольного образования и основные тенденции его изменения//Дошкольное воспитание. 2011, №6. С. 2-14.
3. Зулкарнаев Т.Р., Шубина Х.З. Изучение и оценка состояния здоровья детей и подростков: Учебное пособие. – Уфа: Издательство Башгосмедуниверситета, 2013.-17с.

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ТРАНСАМИНАЗ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ НА ФОНЕ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ

Герасименко Е.С., Стоян М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

На сегодняшний день установлено, что частота аутоиммунных болезней печени среди пациентов с целиакией заметно выше среднепопуляционной, а среди больных аутоиммунным гепатитом (АИГ) и первичным склерозирующим холангитом (ПСХ) выше заболеваемость целиакией [4, 5]. Механизм вовлечения печени в патогенез целиакии, вероятно, обусловлен несколькими взаимосвязанными процессами [1, 2, 4, 7].

Наличие гипертрансaminaземии (ГТ) у детей в остром периоде целиакии подтверждено в различных странах и колеблется в интервале от 8% до 48,0% [3, 4, 7]. В большинстве работ, анализировавших активность трансаминаз в процессе лечения целиакии, показано снижение частоты ГТ на фоне БГД.

Цель работы – анализ динамики ГТ у детей с целиакией на фоне соблюдения БГД.

Материалы и методы.

В исследование включены 65 детей с целиакией, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГДКБ им Г. К. Филиппского г. Ставрополя с 2001 по 2015 гг. Среди детей были 34 (52,3%) мальчиков и 31 (47,69%) девочек. Типичная форма заболевания выявлена у 64 (98,5%), атипичная — у 1 (1,5%) пациентов.

Диагностику целиакии проводили в соответствии с клинико-анамнестическими, серологическими и морфологическими критериями ESPGHAN (1990, 2012). Активность печёночных трансаминаз (АСТ и АЛТ) определяли кинетическим методом на аппарате Screen Master Plus, референсные значения для активности АСТ и АЛТ – до 40 Ед/л.

В остром периоде заболевания у всех детей диагностирована ГТ, причём сочетание повышения уровня АЛТ и АСТ было у 16 (24,6%), изолированное повышение АЛТ – у 2 (3,07%), а изолированное повышение АСТ – у 47 (72,3%) детей. Средний уровень АСТ составил $50,5 \pm 2,3$ ЕД/л, АЛТ – $30,9 \pm 1,8$ ЕД/л. Динамика ГТ анализировалась спустя 6, 12, 24, 36, 48 и 60 мес с момента установления диагноза и назначения БГД.

Статистическую обработку и анализ результатов проводили с использованием пакета программ Attestat. Описательная статистика представлена как $M \pm m$. Для сравнения непараметрических показателей рассчитывали критерий χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Анализ показателей трансаминаз у детей с целиакией с исходной ГТ, соблюдающих БГД, продемонстрировал отчётливую положительную динамику. Спустя 6 мес частота ГТ составила 50% ($p < 0,001$), причём частота сочетанного повышения АЛТ и АСТ с исходных 24,6% снизилась до 9,1%, а частота изолированного повышения АСТ с 72,3% до 36,4% ($p < 0,005$). Через 12 мес пребывания на БГД частота ГТ составила 52,6% ($p < 0,001$), а через 24 мес – уже 17,9% ($p < 0,001$). В дальнейшем частота ГТ в группе детей с исходным вовлечением гепатоцитов в системный аутоиммунный процесс сокращается – через 36 мес 17,6% ($p < 0,001$), через 48 мес 14,6% ($p < 0,001$), а через 60 мес – лишь 14,3% ($p < 0,001$).

Уровень активности трансаминаз на фоне соблюдения БГД менялся параллельно частоте ГТ. Исходно уровень АЛТ составлял $31,2 \pm 3,08$ ЕД/л, АСТ – $49,7 \pm 2,25$ ЕД/л, через 6 мес АЛТ – $24,4 \pm 3,07$ ЕД/л ($p < 0,05$), АСТ – $40,7 \pm 1,9$ ($p < 0,05$), через 12 мес АЛТ – $20,3 \pm 1,8$ ЕД/л ($p < 0,05$), АСТ – $32,4 \pm 2,4$ ЕД/л ($p < 0,05$).

При анализе структуры ГТ на фоне диеты обращает на себя внимание тот факт, что достаточно быстро, в интервале от 12 до 24 мес соблюдения БГД, исчезают пациенты с сочетанным повышением активности АЛТ и АСТ, а у большинства детей отмечается изолированное повышение АСТ.

Появление спустя 36 мес и 48 мес детей с ГТ, у которых ранее отмечалась нормализация активности трансаминаз, как правило, происходило на фоне погрешностей в диете и появления специфических антител, характеризующих активность целиакии.

Выводы.

1) На фоне БГД у детей с целиакией, у которых в остром периоде диагностировалась ГТ, наблюдается отчётливое снижение её частоты, свидетельствующее о постепенной нормализации аутоиммунных процессов и наступлении ремиссии.

2) В структуре ГТ на фоне соблюдения диеты наиболее длительно сохраняется изолированное повышение активности АСТ, в то время, как сочетанное повышение активности АЛТ и АСТ исчезает в интервале от 12 до 24 мес соблюдения диеты.

3) Включение контроля уровня АЛТ и АСТ рутинное лабораторное исследование у больных целиакией может служить лабораторным критерием соблюдения БГД.

4) Сохранение или рецидивирование ГТ у детей и подростков с целиакией может свидетельствовать о низком комплаенсе и погрешностях в соблюдении БГД.

Список литературы.

1. Шумилов П.В., Мухина Ю.Г., Нетребенко О.К. и др. Современные представления о патогенетических механизмах целиакии: определяющая роль в клинических вариантах течения // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. – 2016. – Том 95, № 6. – С. 110–121.
2. Авдеев В.Г. Целиакия и патология печени // Врач. – 2013. – № 6. – С. 23–26.
3. Климов Л.Я., Стоян М.В., Курьянинова В.А. и др. Гипертрансаминаземия у детей с целиакией: клинко-серологические и морфологические взаимосвязи // Вопросы детской диетологии. – 2017. – Том 15, № 2. – С. 66–67.
4. Farre C., Esteve M., Curcoy A., Cabré E. et al. Hypertransaminasemia in pediatric celiac disease patients and its prevalence as a diagnostic clue // Am. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 97. № 12. – P. 3176–3181.
5. Kaukinen K., Halme L., Collin P., Färkkilä M. et al. Celiac disease in patients with severe liver disease: gluten-free diet may reverse hepatic failure // Gastroenterology. – 2002. – Vol. 122. № 4. – P. 881–888.

6. Peláez-Luna M., Schmulson M., Robles-Díaz G. Intestinal involvement is not sufficient to explain hypertransaminasemia in celiac disease? // Med. Hypotheses. – 2005. – Vol. 65. № 5. – P. 937–941.

7. Zanini B., Basché R., Ferraresi A., Pigozzi M.G. et al. Factors that contribute to hypertransaminasemia in patients with celiac disease or functional gastrointestinal syndromes // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2014. – Vol. 12. № 5. – P. 804–810.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО АУТОИММУННОГО НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННОГО СО СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (PANDAS- СИНДРОМА)

Гусейнов И.Н., С. Сонглин

Дагестанский государственный медицинский университет, Харбинский медицинский университет

Актуальность. Проблемы детской неврологии всегда привлекали внимание врачей областей как неврологии, так и психиатрии. Установлено, что некоторые психоневротические состояния имеют тенденцию не столько к прогрессированию, сколько к закреплению и многие подростки и юноши страдают психопатологическими расстройствами, чей патогенез стартовал еще в детском возрасте. Интерес и эпидемиологическую распространенность представляют собой тикозные гиперкинезы и обсессивно-компульсивные расстройства (OCD) детского возраста, обусловленные синдромом Туррета (TS) и другой этиологии. В современности из 1000 детей от 1 до 10 имеют склонность к тикам и гиперкинезам а около 10 из 1000 уже имеют тиковые расстройства.

Цель работы. Выделить клинические характеристики детей с педиатрическим аутоиммунным нейروпсихиатрическим расстройством, ассоциированных со стрептококковой инфекцией (PANDAS-синдром) в отношении тяжести симптомов, обсессивно-компульсивных симптомов сравнительно с группой OCD и тикозных гиперкинезов другого генеза.

Задачи исследования:

1. Провести дифференциацию схожих симптомов PANDAS-синдрома и психоневрологических расстройств другого генеза.
2. Определить на контрольной группе более специфические симптомы для данного заболевания.

Материалы и методы исследования:

PANDAS-синдром - это нейропсихиатрический синдром, рассматриваемый как подгруппа педиатрического острого нейропсихиатрического синдрома (PANS), со стрептококкассоциируемой этиологией, имеющая антинейрональную аутоиммунную природу, характеризующийся острым началом или обострением нейропсихиатрических симптомов, включая умеренное или нередко тяжелое течение OCD. Выделяют следующие критерии диагностики PANDAS-синдрома.

1. Наличие OCD и/или тикозных расстройств
2. Манифестация симптомов в предпубертантном периоде
3. Острое начало и эпизодическое течение
4. Связь с GABHS между началом/обострением симптомов
5. Проявление неврологической симптоматики (хореобразные гиперкинезы, моторная гиперактивность)

Для исследования были рассмотрены медицинские записи 20 детей до 13 лет, проявляющих OCD симптоматику, из которых 8 (5 мальчиков, 4 девочки) подходили под критеризацию PANDAS и 12, не имеющих в анамнезе перенесенных стрептококковых инфекций (7 мальчиков, 5 девочек).

Был фиксирован возраст первого эпизода, проявляемых симптомов, семейное положение родителей, среднее IQ каждой группы, средний балл по детской шкале оценки OCD Йеля-Брауна (CY-BOCS), оценка проявляемых тиков по Йельской шкале тиковых расстройств (YGTSS). Родители обеих групп провели заполнение анкет для оценки CY-BOCS, YGTSS и PANDAS-опросника.

Результаты исследования.

Принципиальных различий между социально-экономическим положением семей детей обеих групп не установлено. Количественно семейное положение родителей обеих групп также не отличалось (в обеих группах дети имели обоих родителей).

Средний возраст начала заболевания у группы PANDAS составлял 7,21; у OCD группы – 8,1. Средний IQ балл каждой группы составил 110,0-110,9.

Тиковые гиперкинезы:

Из 20 участников обе группы сравнительно одинаково проявляли тиковую симптоматику по шкале YGTSS: группа PANDAS - 5,37 баллов моторных, 4,68 баллов вокальных тиков, общий балл – 10,05; группа OCD – 5,98 баллов моторных, 4,25 баллов вокальных тиков, общий балл - 10,23.

OCD: Оценка по шкале CY-BOCS показала, что, относительно тяжести и количества эпизодов ОКР, между обеими группами существенной корреляции установить не удалось. Обе группы показали сравнительно одинаковые результаты навязчивых расстройств – агрессивности 61% PANDAS участников и 58% не PANDAS группы, эскапические проявления у обеих групп около 70% участников, в отношении тревожного синдрома группа PANDAS превышала вторую группу детей примерно на 15-20%; компульсивность обеих групп несколько различалась – у неPANDAS группы около 95% детей проявляли интерес к вовлечению посторонних в свои ритуалы, игры и т.п., PANDAS группа – 32%, рипофобические проявлениями у PANDAS группы страдали 50% детей, вторая группа не проявляла подобной симптоматики, симптомы отзеркаливания жестов и слов проявляли все участники PANDAS группы, во второй группе около 40% детей.

Анкетирование: 40 родителей (по 20 на обе группы) заполнили анкету PANDAS для оценки симптомов своих детей во время дозорного эпизода OCD и/или тикового расстройства. Родители всех участников PANDAS группы отмечали ранее перенесенные заболевания верхних дыхательных путей. 25% детей этой группы перенесли тонзиллэктомию для прекращения рецидивов стрептококковых заболеваний. Дети с PANDAS активнее, демонстрировали тревогу разделения, энурез, оппозиционное вызывающее поведение, дистимию, синдром дефицита внимания, гиперактивность, хореоподобные движения пальцев, ухудшения почерка и успеваемости в школе.

Выводы.

1. Дети с PANDAS и без были неразличимы по демографическим характеристикам, тяжести ОКР и типам навязчивых идей и действий. Разделение тревожного расстройства и социальной фобии были единственными коморбидными диагнозами, которые дифференцировали две группы, причем группа, не являющиеся членами PANDAS, демонстрировали более высокие показатели каждого из этих расстройств, что возможно связано с аггравацией родителями симптомов либо количественным превосходством участников.

2. Исследование показало выделение у контрольной группы коморбидной симптоматики:

- Ухудшение почерка (50% детей)
- Хореоформные движения пальцев рук (33,3%)
- Энурез (50%)

- Синдром гиперактивности и дефицита внимания (80%)

Список литературы.

1. Lombroso PJ, Scahill L. «Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder». Brain Dev. 2008
2. Scahill L, Williams S, et. all. «Disruptive behavior problems in a community sample of children with tic disorders». Adv Neurol. 2006;
3. Gerardi D. M., et al «PANDAS and comorbid Kleine-Levin syndrome. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology». 2015

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭХИНОКОККОЗА ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Дадаев И.С., Гасанов К.Г., Загина А.Н.

Научные руководители: к.м.н. доцент Аракельян Р.С., д.м.н. профессор А.А. Жидовинов
Астраханский государственный медицинский университет

Введение. Ежегодно на территории РФ регистрируется около 1 млн. больных гельминтозами, из которых 70–90% приходится на детей и подростков [8]. Наибольшую опасность для человека представляют социально опасные паразитозы [4], возбудители которых передаются от животных человеку [1]. Одним из таких «социально опасных заболеваний» является эхинококкоз. Достаточно часто эхинококкоз диагностируют у детей [10].

Актуальность проблемы эхинококкоза у детей определяется отсутствием патогномичных симптомов на ранних этапах заболевания, неспецифичностью лабораторных методов исследования [3, 9].

Цель исследования. Проанализировать эпидемиологическую ситуацию по эхинококкозу у детей.

Материалы и методы. В Астраханской области с 2001 по 2016 гг. зарегистрирован 141 случай эхинококкоза у человека [2, 5, 6, 7], в т.ч. у детей в возрасте до 17 лет – 22 случая (15,6%) [3]. Наибольшее число случаев эхинококкоза у детей отмечалось в 2008 г., когда было зарегистрировано 6 случаев (27,3%) данного паразитоза.

Результаты исследования. По возрастной категории эхинококкоз отмечался у детей в возрасте 5, 6, 7, 10, 12 – 16 лет. Так, большинство случаев эхинококковой инвазии встречалось у детей в возрасте 10 (13,6%), 13 (9,1%), 14 (13,6%), 15 (18,2%) и 16 лет (27,3%).

Эхинококкоз чаще регистрировался у лиц школьного возраста – 90,9%, в т.ч. на долю школьников приходилось более половины всех инвазированных – 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%.

Основными жалобами у большинства инвазированных детей, были боль и чувство тяжести в области правого подреберья – 40,9%, периодически возникающая схваткообразная боль в области локализации паразита – 31,8%. В редких случаях отмечались жалобы на слабость и чувство распирания в месте локализации эхинококковой кисты – по 4,5%. У части больных – 18,2% жалобы отсутствовали.

При постановке диагноза применялись методы диагностики: ИФА – 90,9%, метод УЗИ – 59,1%, рентгеноскопический – 18,2%, КТ – 27,3%, гистологический – 22,7% и микроскопический – 13,6%.

При выяснении эпидемиологического анамнеза выяснено, что причиной заболевания являлся тесный контакт с недегельминтизированными собаками.

Основным методом лечения эхинококкоза в наших случаях – было хирургическое удаление паразита – 100%, после которого всем пациентам с целью послеоперационного противорецидивного лечения назначался немозол.

В течение всего курса лечения, каждые 10 дней всем пациентам назначался общий анализ крови, вследствие того, что препарат вызывает лейкоцитоз, нейтропению и тромбоцитопению.

Выводы. Таким образом, в последнее время на территории Астраханской области отмечается увеличение числа случаев заражения человека эхинококком, в т.ч. и детей школьного возраста. Заболеванию были подвержены лица, имевшие в анамнезе постоянный контакт с недегельминтизированными собаками. В диагностике эхинококкоза главную роль играют комплексные методы ИФА, КТ, УЗИ, рентгенологический и гистологический методы.

Список литературы.

1. Аракельян, Р.С. Клинико-эпидемиологическая характеристика дирофиляриоза в Астраханской области / Р.С. Аракельян, А.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов, Н.А. Заплетина, С.Ф. Карпенко, Е.А. Егорова// Концепт. – 2014. – Т. 20. – С. 1286-1290.
2. Аракельян, Р.С. Паразитозы гепатобилиарной системы / Р.С. Аракельян, А.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов, Е.С. Иванова, Б.Ю. Кузьмичев // Сб. научн. тр. /Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. – Нижний Новгород, 2014. – С. 76-78.
3. Аракельян, Р.С. Современная ситуация по эхинококкозу человека в Астраханской области (анализ работы 2008 – 2015 гг.) / Р.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов, С.Ф. Карпенко, Н.Р. Бедлинская, Е.В. Мирекина, Г.Л. Шендо, А.Р. Курбангалиева //Сб. научн. тр. / Актуальные вопросы диагностики и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний на юге России. – 2016. – С. 29-32.
4. Аракельян, Р.С. Влияние климато-социальных факторов на распространение малярии в Астраханской области в 2000 – 2013 гг. /Р.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов, А.И. Ковтунов, Т.В. Стулова, Н.А. Заплетина//Пест-Менеджмент. Pest Management. – 2014. – № 2 (90). – С. 10-13.
5. Аракельян, Р.С. Клинико-эпидемиологические аспекты эхинококкоза человека в Астраханской области /Р.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов, Г.Л. Шендо, Е.И. Окунская, Д.С. Алексашина, И.О. Лунина //Сб. научн. тр. / Природно-очаговые инфекции в современной практике врача. – Астрахань, 2016. – С. 29-34.
6. Аракельян, Р.С. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области /Р.С. Аракельян, Б.Ю. Кузьмичев, Е.С. Иванова, Т.Д. Калашникова, О.В. Мартынова, Н.Ф. Имамутдинова, А.В. Кутьина, Е.С. Хаустова, А.Ю. Донскова, С.Р. Салтереева//Концепт. – 2016. – Т. 11. – С. 2121-2125.
7. Аракельян, Р.С. Клинико-эпидемиологическая характеристика эхинококкоза в Астраханской области /Р.С. Аракельян, К.Ю. Кузьмичев, В.Ю. Кузьмичев, А.С. Аракельян, А.Н. Золотенкова, А.А. Глебова, Б.Ю. Кузьмичев // Сб. научн. тр. /Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. – Нижний Новгород, 2014. – С. 116-120.
8. Дасаева, В.Р. Эхинококкоз у детей города Караганды /В.Р. Дасаева, С.К. Тасбулатова //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2009. – Т. 13. – № 1. – С. 85а.

9. Тришин, М.В. Эпидемиология и диагностика эхинококкоза среди детского населения в Оренбургской области за 1994-2012 годы / М.В. Тришин, П.В. Гуреева, И.А. Сим //Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. – 2014. – № 1. – С. 8.

10. Шангареева, Р.Х. Эхинококкоз печени у детей. Роль консервативной терапии /Р.Х. Шангареева //Практическая медицина. – 2014. – № 1 (77). – С. 78-83.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ В ГОРОДЕ ПЯТИГОРСКЕ

Денисова Е. А., Толмачева А. К.

Научные руководители: д.ф.н. профессор Коновалов Д.А., к.м.н. Дементьева Д.М.
Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ

В последнее столетие существенное антропогенное воздействие на природу привело к изменению не только собственно биосферы планеты, но и значительному социальному и демографическому изменению общества в целом.

Наследственная и врожденная патология в настоящее время составляет существенную часть в структуре общей заболеваемости и смертности населения, особенно детского возраста. По данным ВОЗ, около 5 % новорожденных страдают врожденными нарушениями, а 40 % ранней младенческой смертности и инвалидности детства обусловлено наследственными факторами. Показатели младенческой смертности от ВПР продолжают расти от 31% в 1970 г. до 39% в 1992 году [1,2].

Об актуальности проблемы ВПР говорит тот и факт, что в пункте № 46 Указа Президента России (от 20.04.93 № 468) предусмотрено «Разработать и внедрить систему наблюдения и контроля (мониторинга) здоровья населения Российской Федерации». Министерством здравоохранения Российской Федерации издан приказ № 162 от 23.05.97 « О создании Федеральной системы эпидемиологического мониторинга врожденных и наследственных заболеваний и пороков у детей». В связи с этим Министерство охраны окружающей среды и природных ресурсов России отмечает, что при повышении частоты ВПР в 1.5 раза в течение 5 лет любой регион объявляется зоной с чрезвычайной экологической обстановкой.

Ранее экологическая обстановка (середина 20 века) в Ставропольском крае изменения в окружающей среде не выводили человека за пределы эволюционно сформированной нормы. Современный этап характеризуется созданием новой приспособительной реакции у человека. При сильном краткосрочном воздействии или при продолжительном по времени незначительном воздействии возможны срывы адаптивных систем. Чем дальше отодвинута во времени выраженная реакция человека на загрязнители, тем тяжелее она прослеживается. Особенно мало известно о социальных факторах возникновения данной патологии.

В группу ВПР включают "большие аномалии развития", забывая, что многие аномалии и хромосомные болезни кончаются выкидышами в различные периоды беременности. Часто не учитывается роль «малых аномалий развития» таких как дополнительная хорда левого желудочка, перетяжка желчного пузыря и ряда других. Очень редко изучается влияние инфекционных факторов.

Поэтому на наш взгляд отношение к ВПР должно быть комплексным. В условиях остаточного финансирования медицины и развития системы медицинского страхования актуальным вопросом практической педиатрии является объём обследования и лечения данного конкретного ребенка.

Нами проведен анализ смертности детей в ГБУЗ СК "Городская детская больница" г. Пятигорска с врожденными пороками развития в 2011- 2016. За этот период

в больнице умерло 35 детей, из них с ВПР - 11 детей (32 %). При изучении структуры детской смертности нами выявлено, что практически с одинаковой частотой встречаются пороки желудочно-кишечного тракта (37,7 %) и множественные пороки (35,6 %), далее идут аномалии сердечно-сосудистой системы -10,7 %, генетические болезни 7,3 %, другие группы- 8,7 %.

В целом изучение структуры смертности детей от ВПР в зависимости от инфекционных заболеваний показало, что они приводят ($p < 0,001$) ко многим врожденным порокам развития (сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта и генетическим болезням). В частности, установлено, что осложнение беременности вирусными и бактериальными инфекциями увеличивает риск смерти ребенка от ВПР на 48 %. В городе Ставрополе этот показатель составляет 48,9 %, что практически не отличается от аналогичного по краю.

Это связано с тем, что во время беременности чаще всего происходит активация инфекции или первичное инфицирование. Например, активация инфекции происходит примерно у 10 % беременных женщин, серопозитивных в отношении вируса герпеса и до 14% имеющих цитомегаловирусную инфекцию. Пик первичной заболеваемости вирусными инфекциями у беременных приходится на 5-16 неделю, бактериальными – на 2 триместр.

Анализ влияния инфекций на формирование отдельных групп аномалий среди умерших детей показал, что было выявлено наличие у матери герпетической и цитомегаловирусной инфекцией повышает риск смертности детей практически от всех ВПР. Исключение составляет смертность от аномалий желудочно-кишечного тракта, которая в большей степени наблюдается при заболевании матери цитомегаловирусной инфекцией (84 % от всех инфекций).

В результате проведенной работы нами были выявлены региональные особенности частоты и структуры врожденных пороков развития в Ставропольском крае. В частности, было выявлено, что эколого-социальные условия проживания сказались на появлении ВПР у умерших детей примерно следующим образом:

- профессиональная вредность родителей отмечалась у примерно на 20 % детей;
- социальное неблагополучие семей на – 15 % детей;
- инфекционный фактор на 29 % детей;
- проживание в экологически неблагоприятных зонах на 21 % детей;
- генетически обусловленный фактор на 15 % детей.

Необходимо отметить, что чаще проявлялось сочетание вышеуказанных эколого-социальных факторов среды.

Список литературы.

1. Демикова НС. Лапина А.С. Врожденные пороки развития в регионах РФ (итоги мониторинга за 2000-2010 годы)// Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2012. -Т.57. - №2. -С.91-98
2. Хашина М.В. Врожденные аномалии лица как социально и экономически значимая проблема// в кн. Человек и медицина 21 века: традиции, инновации и приоритеты Российской науки- сборник тезисов докладов 74 итоговой конференции СНО. -2006. - С.373-375

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Джамилова Х.А., Мирзахошимов Б.Б.

Научный руководитель: Турдиева Ш.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На фоне современных достижений оториноларингологии на сегодняшний день хронический гнойный средний отит (ХГСО) довольно часто встречается в практике. Даже, несмотря на снижение показателей заболеваемости ХГСО ввиду своевременной санации верхних дыхательных путей и правильного лечения острого отита, его распространенность остается достаточно высокой и достигает 1% среди всего заболеваемости детского возраста [1], и составляет 20-25 % от числа лечившихся по поводу заболеваний ЛОР - органов в стационарных условиях [2,5].

При этом одним из показателей иммунной системы у больных с ХГСО является изучение уровня интерлейкинов. Как отмечают ряд авторов, интерлейкины индуцируют «острофазовые реакции» - лихорадку, лейкоцитоз, продукцию и секрецию острофазных белков, экспрессию интегринов, хемотаксис гранулоцитов [3,4].

Материалы и методы исследования. Были изучены и проанализированы истории болезни, а также результаты инструментально-лабораторных исследований 32 детей, от 7 до 14 лет, с ХГСО в отделение отоларингологических заболеваний клиники ТашПМИ. Всем больным проводилось комплексное клиническое (выяснение жалоб, сбор анамнеза заболевания, тщательный анализ лечения), общее клинико-лабораторные исследования, включая определение уровней Т-лимфоцитов. Также проведены оториноларингологическое (риноскопия), аудиологическое (пороговая аудиометрия, акустическая импедансометрия), бактериологическое исследование содержимого выделяемого из уха и рентгенологическое обследование. С целью исследования иммунной системы данным пациентам проводили определение уровня IL 1 и IL 2 в сыворотке венозной крови, методам реакции бласттрансформации.

Все исследуемые дети были разделены на 3 группы в зависимости от формы ХГСО: 1 группа – больные дети с хроническим гнойным эпитимпанитом - ХГЭТ (n= 8; 25%); 2 группа – больные дети с хроническим гнойным эпимезотимпанитом - ХГЭМТ (n=11; 34,37%); 3 группа – больные дети с хроническим гнойным мезотимпанитом - ХГМТ (n=13; 40,63%).

Результаты. При анализе клинической картины ХГСО особое внимание обратило на себя внимание следующие жалобы пациентов: боль в ухе или околоушной области – 30 (93,75%) детей; гноетечение из уха – 29 (90,63%); головокружение – 22 (68,75%); снижение слуха -28 (87,5%); периодический подъем температуры тела – 31 (96,88%); быстрая утомляемость – 21 (65,63%).

При обследовании обнаружено: у 5 (15,63%) больных - горизонтальный мелкокоразмашистый спонтанный нистагм, направленный в сторону больного уха; симптомы общей интоксикации – 19 (59,58%); отставание в физическом развитии – 17 (53,13%).

По нашим исследованиям, уровень IL-1 β у детей с ХГСО до лечения в среднем составил 805,86 пг/мл. При этом было отмечено, что данный уровень меняется в зависимости от формы ХГСО. Как показали наши исследования, самый низкий уровень IL-1 β наблюдался у детей с ХГЭМТ (813,73 пг/мл), что возможно связано с тяжестью патологического процесса, что отражается на нейроиммунных взаимодействиях.

Как показали наши наблюдения уровень IL-2, несколько ниже по отношению к уровню IL-1 β , что в среднем составлял 7,58%. Данная разница возможно связано с возрастными особенностями организма ребёнка, так как одним из свойств IL-2 является фактором роста и активации естественных киллеров, В-лимфоцитов и Т-лимфоцитов, что и было подтверждено в ходе нашего исследования. При этом, основным эффектом IL-2

является запуск пролиферации антиген-активированных Т-лимфоцитов и стимуляция натуральных киллерных лимфоцитов. Исследование IL-2 показало, что уровень данного интерлейкина также варьирует в зависимости от локализации и тяжести патологического процесса. Наблюдался снижение его уровня, как и IL-1 β , в среднем снижение доходило до 10,13%. Наименьший уровень IL-1 β и IL-2 наблюдался у детей с ХГЭМТ (79,6% и 71,57% соответственно).

Как показали исследование интерлейкинов, их уровень находится в прямой зависимости от клиники воспалительного процесса, в частности наблюдается их снижение при гнойных процессах, что свидетельствует об ослаблении иммунной системы у этих больных. В частности, уровень IL-1 β превалировал при ХГЭТ (в среднем на 21,8%) по отношению к ХГЭМТ.

Общеизвестно, что воспаление по сути своей является защитной реакцией организма, направленной на ограничение очага повреждения, элиминацию повреждающего агента (инфекционного возбудителя) и восстановление целостности тканей. С этой точки зрения хроническое воспаление можно расценивать как результат недостаточной эффективности защитных механизмов макроорганизма в борьбе с патогенным микробом. Одним из факторов защитного механизма являются именно интерлейкины.

Вывод. Уровень IL 1бета и IL 2 в крови у детей с хроническими гнойными средними отитами варьирует в зависимости от локализации патологического процесса, так наименьший уровень IL 1бета наблюдается при эпимезотимпаните (813,73 пг/мл), более высокий при эпитимпаните (838,17 пг/мл).

Список литературы.

1. Баранов К.К., Богомильский М.Р., Минасян В.С. Современные подходы к диагностике и лечению обострений хронического среднего гнойного отита у детей // Вестник РГМУ. 2015. №1. С.41-43.
2. Дайхес Н.А., Диаб Х.М., Корвяков В.С., Кондратчиков Д.С., Пашинина О.А., Умаров П.У., Михалевич А.Е., Медеулова А.Р. Тактика ведения и результаты хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом // Альманах клинической медицины. 2016. №7. С.814-820.
3. Еременко Ю.Е. Иммунологические показатели у пациентов, страдающих хроническими полипозными риносинуситами // Сибирское медицинское обозрение. 2015. №1 (91). С.43-47.
4. Ильина А.Е., Станислав М.Л., Денисов Л.Н., Насонов Е.Л. Интерлейкин 1 как медиатор воспаления и терапевтическая мишень // Научно-практическая ревматология. 2011. №5. С.62-71.
5. Лаптева А.М., Коленчукова О.А., Смирнова С.В. Особенности иммунного статуса и назального микробиоценоза при полипозном риносинусите и астматической триаде // Медицинская иммунология. 2016. №6. С.563-568.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИНАМИКА ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

Дурдыева Р.А., Стоян М.В., Курьянинова В.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Климов Л.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская детская поликлиника №3

Актуальной и нерешённой проблемой современной гастроэнтерологии можно считать воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относят болезнь Крона

(БК) и язвенный колит (ЯК) [1, 2, 4]. В последние годы во всём мире отмечается тенденция к увеличению и «омоложению» числа больных с ВЗК. Распространённость ВЗК в разных странах мира варьирует от 3 до 400 на 100 000 населения. Распространённость ВЗК в Москве составляет 22 на 100 000 населения. БК в России является более редкой патологией, чем ЯК, однако БК стремительно нарастает во всем мире [5].

Растёт количество тяжёлых форм ВЗК, торпидных к терапии, сопровождающихся осложнениями и ухудшением качества жизни. В Ставропольском крае в структуре ВЗК у детей преобладает ЯК, чаще он встречается у городских жителей. ЯК в детском возрасте, как правило, протекает в виде дистальной формы и среднетяжелой степени активности. БК диагностируется значительно реже, в форме терминального илеита [3, 6, 7].

Цель работы: проанализировать клиническую картину и лабораторные показатели ВЗК у детей Ставропольского края (СК) на фоне лечения за период с 2005 по 2015 гг.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 44 пациентов с ВЗК (34 с ЯК и 10 с БК) в возрасте от 1 до 17 лет, госпитализированных в детское гастроэнтерологическое отделение ГДКБ им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя в 2005–2015 гг. Статистическая обработка полученных результатов Office 2010, Attestat, STATISTICA 6 for Windows (StatSof, USA).

Результаты и обсуждение. Клиническая симптоматика у детей с БК и ЯК до начала терапии: диарея встречалась в 3 (30,0%) и 27 (79,4%), явления гемоколита – в 3 (30,0%) и 22 (64,7%), боли в животе – в 6 (60,0%) и 20 (58,8%), вздутие живота – в 3 (30,0%) и 8 (23,5%), дефицит веса – в 4 (40,0%) и 9 (26,5%), задержка роста – в 2 (20,0%) и 8 (23,5%) случаях соответственно.

Терапия салазопрепаратами проводилась у 33 (75,0%), причём 2 (4,5%) больным назначались местные формы в виде ректальных свечей или клизм, 21 (47,7%) – таблетки/гранулы и у 10 (22,7%) – сочетанное применение местных форм и таблеток месалазина.

Глюкокортикоиды (ГКС) назначались 7 (15,9%) пациентам, среди которых сочетанное применение ГКС и салазопрепаратов было у 4 (9,1%), а в комбинации с азатиоприном – у 3 (6,8%) детей. За весь период наблюдения на биологической терапии инфликсимабом (ремикейдом) находилось 2 (4,5%) подростка.

Динамика клинической симптоматики при БК оценивалась через 1 и 3 года от начала терапии: диарея – 2 (50,0%) и 0, явления гемоколита – в 2 (50,0%) и 1 (25,0%), боли в животе – в 2 (50,0%) и 2 (50,0%), вздутие живота – в 0 и 1 (25,0%), дефицит веса – в 1 (25,0%) и 1 (25,0%), задержка роста – в 1 (25,0%) и 0 случаев соответственно.

Динамика клинической картины у детей и подростков с ЯК оценивалась через 1, 3 и 5 лет от начала терапии. Частота диареи составила 5 (45,4%), 8 (57,1%) и 6 (75,0%) случаев, явления гемоколита выявлялись у 6 (54,5%), 9 (64,3%) и 4 (50,0%) пациентов, боли в животе – в 7 (63,6%), 10 (71,4%) и 4 (50,0%), вздутие живота – в 4 (36,4%), 4 (28,6%) и 1 (12,5%), дефицит веса – в 1 (18,2%), 2 (14,3%) и 1 (12,5%), задержка роста – в 2 (18,2%), 3 (21,4%) и 2 (25,0%) случаях соответственно.

Частота анемии хронического заболевания (АХЗ) при БК составила 40,0% (во всех случаях анемия 1 степени), а при ЯК – 9 (26,5%), из которых у 5 (14,7%) – 1 степень и у 4 (11,8%) – анемия 2 степени.

В период верификации диагноза ЯК анемия 1 степени наблюдалась у 21,0%, на фоне терапии через 1, 3 и 5 лет диагностирована в 18,2%, 7,1% и 12,5% случаях соответственно. Частота анемии 2 степени в период верификации диагноза и через 5 лет на фоне терапии не изменилась – 11,0% и 12,5% соответственно.

Выводы.

1. Несмотря на проводимое лечение у ряда пациентов с ВЗК отмечается ухудшение самочувствия, утяжеление клинической картины и сохранение лабораторных признаков активности воспаления.

2. В СК до настоящего времени основу терапии ВЗК у детей составляют препараты сульфосалазина, обладающие недостаточной активностью.
3. Использование современных методов биологической терапии ВЗК, обладающих доказанной эффективностью, ограничено и внедряется в практику детской гастроэнтерологической службы медленно.
4. Сохранение и прогрессирование симптоматики ВЗК у детей на фоне лечения может быть обусловлено как непрерывно-рецидивирующим характером заболевания, так и недостаточным комплаенсом терапии.

Список литературы.

1. Баранов, А.А. Современные технологии диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника у детей / А.А. Баранов, А.С. Потапов, Е.Г. Цимбалова // Вестник РАМН. – 2011. – № 6. – С. 36–41.
2. Венедиктова, М.М. Определение фекального кальпротектина для диагностики воспалительных заболеваний кишечника у детей / М.М. Венедиктова, Е.Г. Цимбалова, А.С. Потапов, Н.А. Маянский // Вопр. диагн. в педиатрии. – 2011. – Том 3, № 6. – С. 23–26.
3. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника. М.: Миклош, 2008. – 424 с.
4. Мазанкова Л.Н. Воспалительные заболевания кишечника у детей / Л.Н. Мазанкова, И.Н. Захарова, В.Н. Копейкин, И.В. Бережная // Детские инфекции. – 2010. – Том 9, № 3. – С. 65–70.
5. Корниенко Е.А. Значение кишечной микробиоты и пробиотиков при воспалительных заболеваниях кишечника / Е.А. Корниенко // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2015. № 1-2. С. 6–9.
6. Шумилов П.В. Клиническое значение пристеночной микрофлоры у детей с неспецифическим язвенным колитом / П.В. Шумилов, М.Г. Ипатова, Л.И. Кафарская, А.Н. Шкопоров, А.С. Потапов // Педиатрическая фармакология. – 2010. - №5. – С. 71–76.
7. Федулова Э.Н. Язвенный колит и болезнь Крона у детей: новые подходы к лечению / Э.Н. Федулова, О.А. Тутина, О.В. Фёдорова, Н.И. Толкачёва, В.Н. Копейкин, С.А. Абрамов // Медицинский альманах. – 2008. № 4. – С. 160–163.

ФАКТОРЫ РИСКА ЧАСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С ПОЗИЦИЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Емцова А.П.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Голубева М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, ГБУЗ СК "КДКП № 2"

Актуальность проблемы ЧБД связана со значительным количеством пациентов, которых можно отнести к данной категории. Высокая заболеваемость оказывает огромную нагрузку на систему здравоохранения и на общество. Это приводит к большим экономическим затратам родителей и государства, ограничивает подростка в выборе профессии, влияет на репродуктивные возможности.

Целью нашего исследования явилось реализовать систему персонализированной медицины.

Задачи исследования:

1. Проанализировать национальный состав детей в исследуемой группе.
2. Проанализировать частоту заболеваемости в течение года и выявить группы ЧБД по А. А. Баранову, В. Ю. Альбицкому и по ВОЗ.

3. Проанализировать взаимосвязь между частотой заболеваемости, длительностью и наличием осложнений, характером вскармливания.

4. Проанализировать взаимосвязь между частотой заболеваемости и количеством людей, проживающих с ребенком, в том числе детей, эпизодами частых болезней у братьев / сестер и с посещением ими детского сада.

5. Проанализировать взаимосвязь между частотой заболеваемости и наличием неблагоприятных условий проживания, в том числе курящих людей в семье.

6. Проанализировать связь частой заболеваемости (более 6 раз в год) с наличием у ребенка хронических заболеваний.

Основу работы составил анализ анкет 129 детей г. Ставрополя, в возрасте от 3 месяцев до 17 лет. Из них девочек и мальчиков примерно равное количество. Статистический анализ включил оценку качественных признаков путем определения коэффициента корреляции Пирсона и описательную статистику.

Национальный состав в исследуемой группе был представлен преимущественно русскими детьми (61,4%), на втором месте даргинцами (9,3%), представителями Ингушетии (6,2%), по 4,7% составили армяне и карачаевцы, и оставшиеся 13,7% занимают представители других национальностей. Частота заболеваемости в течение года менее 3 раз встречалась лишь у 44,2% детей, от 3 до 6 раз болели 32,5% детей, и заболеваемость 6-8 и более 8 раз в год составляла 12,4% и 10,9% соответственно. Для выявления ЧБД мы использовали классификацию А.А. Баранова и В.Ю. Альбицкого. Согласно этой классификации, ЧБД в исследуемой нами группе в возрасте до 2 лет и от 2 до 3 лет включительно составили 33,3 и 37,9% соответственно. В 4 года наблюдался резкий скачок заболеваемости (87,5% ЧБД), к школьному возрасту постепенное снижение (55,6%), и после 7 лет 41,5%. По данным ВОЗ, количество ЧБД в исследуемой группе составило 12,5%. Напрямую прослеживалась связь частоты заболеваемости с длительностью. По мере увеличения частоты заболеваемости в течение года увеличивалась длительность каждого эпизода с 7 до 10 дней, в меньшем количестве с 11 до 14 дней. У небольшого количества детей, болеющих более 8 раз в год, длительность каждого эпизода составляла 3-4 недели. При выявлении взаимосвязи между частотой заболеваемости и наличием осложнений, было выявлено увеличение частых осложнений с 8,8% до 28,6%, по мере увеличения кратности заболеваемости в течение года. Выявлена корреляция между частотой заболеваемости и характером вскармливания. Наблюдался скачок естественного вскармливания среди детей, болеющих до 6 раз в год, а затем последующее снижение. Дети, болеющие более 8 раз в год в 50% случаев, вскармливались искусственным путем. При выявлении взаимосвязи между количеством людей, проживающих в семье и частой заболеваемостью, наблюдалось резкое увеличение более пяти людей, проживающих с ребенком (28,6%), среди детей, болеющих более 8 раз в год. При анализе количества братьев и сестер, проживающих с ребенком, отмечалось резкое увеличение других детей в семье, в том числе, посещающих детский сад (41,7%) среди детей, болеющих более 8 раз в год. Нами была выявлена корреляция между частыми эпизодами заболеваемости у братьев и сестер, и частотой заболеваемости в исследуемой группе. Среди детей, болеющих до 3 раз в год, эпизоды частой заболеваемости среди братьев с сестер составляли 20%, а среди детей, болеющих более 6 раз в год этот показатель повышался выше 40%. При выявлении взаимосвязи между частой заболеваемостью и наличием в семье курящих людей, наблюдалось волнообразное течение, с резким подъемом до 71,4% среди детей, болеющих более 8 раз в год. Среди неблагоприятных условий проживания в группе детей, болеющих более 6 раз в год, наиболее часто встречалось наличие домашних животных (56,7%). Среди детей, болеющих более 6 раз в год, в 60% были выявлены хронические заболевания. Из них у 61,1% имелась патология ЛОР органов.

Таким образом, нам удалось выявить закономерности между частотой заболеваемости и различными экзо и эндогенными факторами:

1. Частота заболеваемости в течение года менее, чем у половины детей (44,2%) составляет до 3 раз в год. 32,5% детей болеют от 3 до 6 раз в год и 23,2% детей болеют более 6 раз в год.

2. По классификации А. А. Баранова и В. Ю. Альбицкого отмечалось резкое увеличение ЧБД в возрасте 4 лет, и постепенное снижение в школьном возрасте.

3. По классификации ВОЗ, среди детей, посещающих ДОУ количество ЧБД составляет 12,6%.

4. По мере увеличения частоты заболеваемости отмечалось увеличение длительности каждого эпизода ОРВИ. ($p < 0,05$).

5. Частые осложнения увеличивались по мере увеличения частоты заболеваемости ($p > 0,05$).

6. По мере увеличения частоты заболеваемости, увеличивался процент искусственного вскармливания ($p < 0,05$).

7. Среди детей, болеющих более 8 раз в год, наблюдалось резкое повышение количества людей, проживающих с ребенком и количества братьев /сестер, посещающих ДДУ ($p > 0,05$).

8. Выявлена взаимосвязь, между ЧБД и наличием в семье детей, также имеющих эпизоды частой заболеваемости ($p < 0,05$).

9. Среди детей, болеющих более 8 раз в год, отмечалось резкое увеличение в семье курящих людей ($p < 0,05$).

10. Среди ЧБД широко распространены неблагоприятные условия проживания.

11. Среди ЧБД у 60% имеются хронические заболевания, и среди них лидирующую позицию (61,1%) занимают хронические заболевания ЛОР-органов.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ДЕТЬМИ С ОСТРЫМ КОНЬЮНКТИВИТОМ

Ермакова Е.А.

Научный руководитель: Ермакова И. В., к.м.н. Дементьева Д.М.

Ставропольский базовый медицинский колледж

Цель работы: изучить сестринский процесс у детей с острым конъюнктивитом.

Непосредственно перед сестринскими вмешательствами необходимо:

- расспросить пациента
- провести объективное исследование
- выявить проблемы
- сформировать план ухода

Анализ полученных данных поможет выявить проблемы пациента. Наиболее значимыми из них являются: боль, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, жжение, зуд, ощущение засоренности, «песка в глазах», наличие отделяемого в конъюнктивальной полости и склеивание век, гиперемия глазного яблока [1,2]/

Важное значение в решении этих проблем имеет сестринский уход, однако, главную роль играет медикаментозная терапия, назначенная врачом.

Медицинская сестра информирует пациента о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

Сестринский уход за больным с острым конъюнктивитом включает в себя:

- контроль за соблюдением правил личной гигиены
- наблюдение за клиническими проявлениями заболевания
- контроль за соблюдением лечения, назначенным врачом

- информирование о способах профилактики острого конъюнктивита

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна знать все правила ухода и уметь выполнять лечебные процедуры. Лечение болезни, главным образом, зависит от тщательного правильного ухода. В связи с этим, возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания. Медицинская сестра обучает пациента правильному уходу и рассказывает о мерах профилактики.

В исследовании приняло участие 10 человек в возрасте от 6 до 15 лет. Девочек из них 8 человек (80%) и 2 мальчиков (20%). Больше количество девочек мы связали с использованием косметикой, а, следовательно, более частое касание глаз руками.

Все пациенты были обследованы по следующей схеме: сбор жалоб, анамнез, наружный осмотр глазного яблока, выворот верхнего века и осмотр верхней переходной складки, выворот нижнего века и осмотр нижней переходной складки, определение остроты зрения, определение полей зрения.

Исходя из темы исследования, акцентировалось внимание на выявление проблем пациентов.

Все 10 пациентов (100%) предъявляли жалобы на снижение остроты зрения и наличие отделяемого в конъюнктивальной полости. 5 пациентов (50%) отмечают зуд и слезотечение, 8 (80%) – жжение в области глаз, 7 (70%) - светобоязнь.

На следующем этапе исследования был составлен план сестринских вмешательств:

- промывание конъюнктивальной полости раствором фурациллина 1:5000
- инстилляционная глазных капель
- закладывание глазной мази.

На следующем этапе (сестринские вмешательства) по назначению врача всем пациентам проведено:

- промывание конъюнктивальной полости раствором фурациллина 1:5000
- закапывание в конъюнктивальную полость 30% раствора сульфацила натрия
- закладывание за нижнее веко 1% тетрациклиновой мази.

Далее всем пациентам было рекомендовано повторное посещение врача-окулиста через 3 дня для динамического наблюдения.

Итак, сестринский уход нужен для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем со здоровьем.

Внедрение сестринского процесса:

- способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов. Приоритетными проблемами являются проблемы связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем;
- определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей острого конъюнктивита;
- гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать.

Таким образом, задачами сестринского ухода за пациентами с конъюнктивитом различной этиологии будет исключение распространения инфекции, обеспечение благоприятного исхода заболевания и организация максимального комфорта больному.

Список литературы.

1. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В. Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения//Российская педиатрическая офтальмология.-2016.-Т.11.- №4.-С. 200-206
2. Майчук Ю.Ф. Современная терапия конъюнктивитов у детей// Педиатрия. 2007.- №2.-С.80-87.

СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ ЦЕЛИАКИИ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Иванова А.В., Стоян М.В., Авакян Н.К.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Климов Л.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целиакия считается идеальной моделью HLA-ассоциированного заболевания, так как 90-95% больных являются носителями аллелей HLA-DQ2, а оставшиеся 5-10% пациентов – гетеродимеров HLA-DQ8. Эти аллели способны представлять деамидированные пептиды глиаина Т-лимфоцитам, играя центральную роль в патогенезе заболевания [4].

Среди ассоциированных с целиакией заболеваний на первом месте находятся аутоиммунные болезни, а наиболее частой является ассоциация с сахарным диабетом 1 типа (СД1). У пациентов с СД1 специфичные аутоантитела и морфологические признаки целиакии определяются в 7,2–16,2% [1, 2]. СД1 ассоциирован с определёнными генами системы HLA, локализующимися на двух локусах хромосомы 6p21 (HLA-DQB1 и HLA-DRB1), а также с другими генами и факторами окружающей среды [1]. Предполагается, что потребление глютена в сочетании с воспалением и повышенной проницаемостью кишечной стенки, является провоцирующими развитие СД1 факторами [3].

Исследования показали, что у 1,5–7,0% больных целиакией манифестирует СД1. С другой стороны, распространённость целиакии среди детей с СД1 колеблется от 0,97% до 16,4%, а среди взрослых – от 4,0 до 6,4%. Различия объясняются тем, что манифестации СД1 может предшествовать наличие атипичной целиакии [1]. Известно, что поздняя диагностика целиакии увеличивает риск развития СД1 [5].

Цель работы – выявить методом серологического скрининга ассоциацию сахарного диабета 1 типа и целиакии у детей и подростков.

Материалы и методы.

В исследование включено 188 детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 10 мес до 17 лет (средний возраст $11,3 \pm 0,3$ лет), находившихся на обследовании и лечении в краевом детском эндокринологическом отделении ГДКБ им Г.К. Филиппского г. Ставрополя в 2016 году. Среди детей было 89 (47,3%) мальчиков и 99 (52,7%) девочек.

Среди пациентов было 2 (1,1%) детей первого года жизни, 4 (2,1%) – дошкольного, 27 (14,4%) – дошкольного, 61 (32,4%) – младшего школьного, 50 (26,6%) – старшего школьного и 44 (23,4%) – подросткового возраста.

Всем пациентам проведено серологическое обследование для выявления целиакии, которое включало определение уровня антител к тканевой трансглутаминазе (анти-ТТГ) классов IgA и IgG методом иммуноферментного анализа. Использовались наборы реагентов «EUROUMMUN» (Германия), референтные значения для анти-ТТГ IgA – до 20 отн. Ед/мл, для анти-ТТГ IgG – до 1,0.

Статистическая обработка и анализ полученных данных проводились с использованием пакета программ Attestat, Statistica 10.0. Описательная статистика представлена как среднее $\pm$ стандартная ошибка средней ($M \pm m$). Параметрические показатели оценивались с помощью t-критерия Стьюдента, а при ненормальном распределении признака использовался U-критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Положительный титр анти-ТТГ выявлен у 30 (16,0%) пациентов, из которых изолированное повышение анти-ТТГ IgA отмечено у 25 (83,3%), изолированное повышение анти-ТТГ IgG – у 4 (13,3%) и сочетанное повышение анти-ТТГ IgA и IgG – лишь у 1 (3,4%) ребёнка. Средний уровень анти-ТТГ IgA и анти-ТТГ IgG у

серопозитивных пациентов составил $92,2 \pm 21,5$ Ед/мл и $0,6 \pm 0,1$ Ед/мл, а у серонегативных – $7,5 \pm 0,3$ Ед/мл и $0,3 \pm 0,01$ Ед/мл ($p < 0,001$) соответственно.

Средний возраст манифестации СД 1 типа у пациентов с положительными анти-ТТГ составил $7,3 \pm 0,7$ лет, а с отрицательными анти-ТТГ – $7,5 \pm 0,3$ лет ($p > 0,05$). При манифестации диабета в грудном возрасте положительные маркёры целиакии выявлены у 3 (42,9%) из 7, в возрасте от 1 до 3 лет – у 1 (5,3%) из 19, от 3 до 7 лет – у 9 (13,8%) из 65, от 7 до 12 лет – у 14 (20,6%) из 68 и от 12 до 18 лет – у 3 (10,3%) из 29 больных.

Среди пациентов с впервые выявленным СД 1 типа положительные анти-ТТГ обнаружены у 5 (17,2%) из 29, при стаже диабета от 1 мес до 1 года – у 2 (9,1%) из 22, от 1 до 3 лет – у 8 (20,0%) из 40, от 3 до 5 лет – у 7 (16,7%) из 42, а при длительности заболевания более 5 лет – у 8 (14,5%) из 55 детей.

Средний возраст на момент обследования детей с положительными анти-ТТГ составил $10,3 \pm 0,7$ лет, а при отрицательных анти-ТТГ – $11,5 \pm 0,3$ лет ($p > 0,05$).

Выводы.

1) Существует генетическая предрасположенность к СД 1 типа и целиакии, которая обусловлена HLA-системой и не-HLA-генами. Заболевания имеют общие патогенетические механизмы развития с развитием иммуно-опосредованного повреждения тканей.

2) Все пациенты с СД 1 типа независимо от наличия или отсутствия клинических признаков мальабсорбции должны подвергаться серологическому скринингу на целиакию.

3) Подтверждение диагноза целиакии у детей с положительными результатами скрининга должно проводиться в соответствии с критериями и лечения диетой для первичной профилактики аутоиммунных заболеваний.

Список литературы.

1. Маслова, О.В. Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространённости в Российской Федерации / О.В. Маслова, Ю.И. Сунцов, Л.Л. Болотская, И.В. Казаков // Сахарный диабет. – 2011. № 1. – С. 15–18.
2. Skowera, A. CTLs are targeted to kill beta cells in patients with type 1 diabetes through recognition of a glucose-regulated preproinsulin epitope / A. Skowera, R.J. Ellis, S. Arif, G.C. Huang, [et al.] // J. Clin. Invest. 2008. – Vol. 118, №10. – P. 3390–3402.
3. Hoffenberg, E.J. A prospective study of the incidence of childhood celiac disease / E.J. Hoffenberg, T. MacKenzie, K.J. Barriga [et al.] // J. Pediatr. – 2003. – Vol. 243, № 3. – P. 308–314.
4. Green, P.H. Celiac disease / P.H. Green, B. Jabri // Lancet. – 2003. – Vol. 362, P. 383–391.
5. Niveloni, S. Antibodies against synthetic deamidated gliadin peptides as predictors of celiac disease: prospective assessment in an adult population with a high pretest probability of disease / S. Niveloni, E. Sugai [et al.] // Clin. Chem. – 2007. – Vol. 53, № 12. – P. 2186–2192.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Каменская П.Ю.

Самарский государственный медицинский университет

Одним из необходимых условий, позволяющих существенно снизить неонатальную заболеваемость и смертность, является возможность адекватного, приближенного к внутриутробному, вскармливания всех новорожденных, а особенно детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении [1]. Российскими и зарубежными неонатологами разработаны стандарты и протоколы вскармливания недоношенных в

соответствии с гестационным возрастом и состоянием при рождении[2,4], но практические реалии иногда не позволяют точно придерживаться установленных правил.

Целью нашей работы было изучение и анализ практических проблем вскармливания недоношенных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ); выявление соответствия вскармливания современным протоколам питания недоношенных детей и причины отклонений вскармливания от протоколов [3]; влияние вскармливания на особенности развития для изучения возможностей ранней коррекции питания у детей этой группы.

Мы проводили в 2016г анализ вскармливания детей с ОНМТ (22 ребенка) и ЭНМТ (8 детей) на базе отделений реанимации новорожденных и выхаживания недоношенных Самарского Областного Перинатального Центра с 1-го дня жизни до момента выписки домой. Проводилось проспективное наблюдение за недоношенными, анализ клинических и лабораторно-инструментальных данных, мониторинг веса с дисперсионным анализом полученных данных. Были сформированы две группы: в 1ую группу вошли 16 новорожденных (1а – 13 детей с ОНМТ и 1б – 3 ребенка с ЭНМТ), питание которых проводилось в соответствии с протоколами, во 2ую группу 14 детей (2а – 9 детей с ОНМТ и 2б – 5 детей с ЭНМТ), вскармливание которых отличалось от стандартного.

Нами было выявлено, что причинами отклонений от протоколов были: геморрагический синдром (35,5%), парез кишечника (42,6%), полиорганная недостаточность (21,9%), дети получали полное парентеральное питание до 5-12дней. В подгруппе 2б даже при стабилизации состояния детей не удавалось проводить полное энтеральное питание спустя три и более недели жизни. Отмечено, что дети, получающее материнское молоко, быстрее переходили на полное энтеральное вскармливание, нежели дети, получающие смесь (60% к 40%). Кроме того, у группы, которая получала с рождения минимальное трофическое питание быстрее происходило восстановление первоначальной массы тела при рождении и дети быстрее набирали вес, чем недоношенные на полном парентеральном питании без трофической поддержки. Выписка из стационара детей 1 гр проходила на 7, 5 дней раньше, чем детей 2 гр.

Таким образом, вскармливание недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ в половине случаев не может проводиться по протоколам в связи с нестабильностью общего состояния, одновременно нарушая процессы постнатальной адаптации новорожденных с морфо-функциональной незрелостью органов и систем и программируя последующие отклонения в развитии и состоянии здоровья детей этой группы. Дети с ЭНМТ в 2 раза чаще кормились с нарушением принятых протоколов питания, чем недоношенные с ОНМТ, что характеризует не только большую незрелость, но и более тяжелую сочетанную патологию у детей. Отклонение от протоколов вскармливания может являться неблагоприятным прогностическим маркером состояния здоровья ребенка.

О НЕОБХОДИМОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПОРОКОВ ГУБЫ И НЕБА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Карачунова А. И., Коновалова И.Д.

Научные руководители: д.ф.н. профессор Коновалов Д.А., к.м.н. Дементьева Д.М.
Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Врожденные пороки развития (ВПР) - это не только трагедия многих отдельных тысяч семей, но и часть общегосударственной проблемы воспроизводства нового полноценного поколения общества. Наследственная и врожденная патология в настоящее время составляет существенную часть в структуре общей заболеваемости и смертности населения, особенно детского возраста. По данным ВОЗ, около 5 %

новорожденных страдают врожденными нарушениями, а 40 % ранней младенческой смертности и инвалидности детства обусловлено наследственными факторами [1,2].

Показатели младенческой смертности от ВПР продолжают расти от 31‰ в 1970 г. до 43 ‰ в 2002 году.

Об актуальности проблемы ВПР говорит тот и факт, что в пункте № 46 Указа Президента России (от 20.04.93 № 468) предусмотрено «Разработать и внедрить систему наблюдения и контроля (мониторинга) здоровья населения Российской Федерации». Министерством здравоохранения Российской Федерации издан приказ № 162 от 23.05.97 « О создании Федеральной системы эпидемиологического мониторинга врожденных и наследственных заболеваний и пороков у детей» [3,4].

Целью нашей работы было проведение комплексной оценки частоты и структуры рождения детей с ВПР губы и неба в Ставропольском крае и определение значимости основных неблагоприятных факторов на формирование данной патологии.

Задачи исследования:

- Провести сравнительный анализ частоты и структуры аномалий губы и неба у детей в Ставропольском крае за 1992-2002г.г.
- Определить территориальные особенности частоты и структуры данным аномалиям по основным районам края.
- Выявить связь между частотой и структурой аномалий и различными факторами (инфекционными, наследственными, течением беременности, профессиональными вредностями и заболеваниями родителей).

Нами проведен анализ госпитализации детей в ГБУЗ СК «Городская детская больница» г. Пятигорска с врожденными пороками губы и неба за 2011- 2016 годы. При проведении работы была создана компьютерная база данных на каждого ребенка. При повторной госпитализации проводилась сверка данных. Исследование проводилось по схеме: один ребенок - один случай. Среди детей госпитализированных в хирургическое отделение дети с врожденной патологией губы и неба составляли 22 %. Всего с данной патологией было выявлено 97 ребенка.

Все дети поступали в отделение для уточнения диагноза, оперативного лечения выявленной патологии и дальнейшего наблюдения.

При проведении исследования дети с врожденными аномалиями губы и неба были разделены на несколько групп. С правосторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба 17, 5 %, с левосторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба 19,5 %, двухсторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба 50,5%, прочими аномалиями 12,5 %. В последнюю группу вошли расщелины мягкого неба, микрогнатия, расщелины губы, свищи шеи.

Нами была предпринята попытка объяснить, возникновение аномалий наследственными факторами, профессиональными вредностями и заболеваниями родителей, течением беременности. В результате статистической обработки достоверных различий для аномалий губы и неба и контрольной группы выявлено не было. В качестве контрольной группы использовались врожденные аномалии сердца.

При изучении причин возникновения аномалий губы и неба нами выявлено, что на внутриутробную инфекцию было обследовано 75 детей, из них её наличие было констатировано в 60 случаях (81 %). При анализе этиологии внутриутробной инфекции у этих детей в большинстве случаев отмечались изолированные герпетическая и цитомегаловирусные инфекции (35 % и 43 % соответственно), причем в группе двухсторонних их частота повышалась до 53% и 63 %.

В результате проведенной работы нами выявлены частота и структура аномалий губы и неба, региональные особенности данной патологии, этиологические факторы.

Список литературы.

1. Демикова НС. Лапина А.С. Врожденные пороки развития в регионах РФ (итоги мониторинга за 2000-2010 годы)// Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2012. -Т.57. - №2. -С.91-98
2. Текулацкая Е.Е. Гусарук Л.Р. Мониторинг врожденных пороков развития челюстно-лицевой области в условиях неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды.// Экология человека. -2013. -№5. -С. 18-23
3. Кравцова О.А. Лучева К.В. Мамедова Х.Э. Расщелины губы и неба// Журнал научных статей Здоровье и образование в 21 веке. -2012. – Т 14. -№2. -С.112
4. Хашина М.В. Врожденные аномалии лица как социально и экономически значимая проблема// в кн. Человек и медицина 21 века: традиции, инновации и приоритеты Российской науки- сборник тезисов докладов 74 итоговой конференции СНО. -2006. - С.373-375

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ И ПРОВОЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС И РОЛИ НЕЙРОСОНОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ППЦНС У ДЕТЕЙ

Керимова Л.Н., Шалимова А.К.

Уральский государственный медицинский университет

Актуальность проблемы перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) обусловлена, прежде всего, эпидемиологическим аспектом - ППЦНС составляет 60-75% всех заболеваний центральной нервной системы в детском возрасте [1]. Развитие нервной системы начинается и проходит очень интенсивно во внутриутробный период. Для ее полноценного роста и формирования необходимо достаточное количество кислорода. Наиболее частая причина повреждений головного мозга – гипоксически-ишемическая энцефалопатия [2]. Это повреждение нервной системы, вызванное гипоксией и ишемией.

Цель исследования: изучение факторов, влияющих на развитие перинатального поражения центральной нервной системы у детей и значения нейросонографии в диагностике поражения у детей.

Материалы и методы исследования.

Проведено ретроспективное изучение медицинской документации детей возраста 1-3 года с диагнозом ППЦНС на базе муниципального автономного учреждения «Детская городская клиническая больница № 9, поликлиника № 1, педиатрическое отделение № 1».

Всего для исследования было отобрана группа 84 ребенка с данным диагнозом.

Данная группа отбиралась по ряду критериев:

Критерии включения: доношенность, возраст от 1 года до 3 лет, при рождении наличие перинатального поражения центральной нервной системы легкой или средней степени тяжести, наличие отдаленных последствий перенесенного поражения ЦНС.

При статистической обработке особое внимание уделялось как состоянию здоровья матери и протеканию беременности, так и генезу ППЦНС и заключению НСГ у ребенка.

Результаты исследования.

В первом блоке исследования проводилась оценка перинатальных факторов, которые могли оказать влияние на дальнейшее развитие ребенка. Было установлено, что у 33 женщин (39,3%) имеется отягощенный акушерский анамнез, то есть наличие 1 и более аборт, предшествующих настоящей беременности. У 14 женщин (16,7%) возраст наступления беременности не лежит в диапазоне от 21 до 35 лет, что также является фактором риска для плода [4], так 12 беременных (14,3%) старше 36 лет, а 2 (2,4%)

младше 20 лет. Абсолютное большинство женщин – 73 человека (87%) имели в ходе беременности сопутствующие соматические патологии, такие как анемия, гестационный сахарный диабет, миопия и прочие.

В 1 месяц, в качестве скринингового исследования 74 детям была проведена нейросонография. По результатам проведения данного исследования, у 55 детей (74%) не было выявлено признаков патологии структур головного мозга.

Также нами были проанализированы цифровые данные измерений основных структур головного мозга, полученные при проведении НСГ. Не смотря на то, что у большинства детей патологии при проведении НСГ не было выявлено, некоторые из значений величин мозговых структур превышали возрастную норму или находились на границе нормы.

Так, у 10 детей (13,5%) ширина межполушарной щели составила 2 и более миллиметра, тогда как, согласно возрастной норме, данный показатель не должен превышать 2 мм [2]. В норме, у ребенка 1 месяца жизни, диастаз между костью и головным мозгом должен отсутствовать или не превышать 1 мм [3], однако у 30 детей из исследуемой группы (40,5%), данный показатель превышает 1 мм.

Стоит отметить, что все дети, данные которых были нами проанализированы, с 1 месяца наблюдений имели диагноз перинатальное поражение центральной нервной системы (ППЦНС), а к 1 году жизни сформировали резидуальную церебральную органическую недостаточность (РЦОН).

К концу первого года жизни 44 ребенка (52,4%) сформировали диагноз РЦОН с различными сопутствующими синдромами, а по достижению двухлетнего возраста эта цифра увеличилась на 23 человека, то есть диагноз РЦОН имели уже 67 детей (80%).

Выводы.

Было достоверно установлено, что ППЦНС и РЦОН в дальнейшем, при отсутствии должного лечения и контроля со стороны врачей и родителей, могут привести к задержкам в развитии ребенка, особенно со стороны речевого поведения,

Необходимо разработать мультисистемный подход к диагностике ППЦНС у детей раннего возраста и создать алгоритм оценки рисков развития отдаленных последствий ППЦНС, таких как задержки речевого поведения или дизартрии. Что значительно улучшит диагностику, проводимую в условиях амбулаторно-поликлинического звена и своевременное назначение лечения.

Врачу-педиатру стоит уделять внимание наличию у матери соматической или гинекологической патологии в период беременности, особенностям протекания родов, грамотно использовать данные НСГ-скрининга, обращая внимание на пограничные величины тех или иных показателей, даже при отсутствии выраженной патологии.

Была выявлена закономерность, что у детей с асимметрией и дилатацией ПРБЖ чаще всего развивается синдром вегетативно-висцеральной недостаточности, у пациентов с имеющимися постгеморрагическими кистами наиболее часто развивается синдром нарушения сосудистого кровообращения в шейном отделе позвоночника.

Остается важной роль НСГ-скрининга в диагностике и лечении ППЦНС и его отдаленных последствий у детей раннего возраста как доступного и безопасного метода исследования. Стоит отметить, что большинство изменений, выявленные при первом НСГ-скрининге, были скомпенсированы и при повторном проведении НСГ патологии не были обнаружены.

Список литературы.

1. Свирский А.В., Белова О.С., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Нейросонография как метод эндэкологического прогноза задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста с перинатальным поражением головного мозга. // Экология человека. – 2007.- № 11. – С. 35-40.

2. Балакирева Е.А. Неблагоприятные исходы перинатального поражения ЦНС: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Воронеж, 2003. — 179 с.
3. Барашнев, Ю.И. Перинатальная неврология / Ю.И. Барашнев. — М.: Триада-Х, 2011. — 640 с.
4. Володин, Н.Н. Ранняя диагностика неблагоприятных последствий перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у недоношенных детей и оптимизация их лечения / Н.Н. Володин, М.И. Медведев, А.В. Горбунов // Педиатрия. — 2010. — № 2. — С.101—107.

СЕЛЕКТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ IgA

Козьмова Н.А.

Научный руководитель: Минасян М.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Селективный дефицит Ig A является одним из самых распространенных первичных иммунодефицитных состояний. Частота встречаемости составляет от 1:600 до 1:1000 в Европе и несколько ниже, от 1:4000 до 1:20000, в странах Африки и Азии [1].

Заболевание характеризуется снижением Ig A менее 0,05 г/л при нормальных уровнях Ig M, Ig G и В-лимфоцитов и отсутствии других изменений в иммунном статусе [1].

Истинная природа дефекта пока неизвестна. Имеются сведения, что в развитии селективного дефицита IgA большую роль играют нарушения дифференцировки В-лимфоцитов, продуцирующих IgA, что является следствием снижения экспрессии рецептора CD40 на В-лимфоцитах. Это нарушает возможность кооперирования последних с Т-хелперами и антигенпрезентирующими клетками (АПК) при инициации синтеза IgA [6].

Недавно было доказано, что некоторые семейные случаи общей вариабельной иммунной недостаточности и селективного дефицита IgA вызываются мутацией гена TNFRSF13B, который кодирует белок, известный как TACI (transmembrane activator and calcium-modulator and cyclophilin-ligand interactor). Вероятно, что в тех случаях, когда мутации TACI обнаружено не было, причиной возникновения заболеваний могли служить спонтанные или наследственные мутации других генов, до сих пор не зафиксированные [5].

В настоящее время достаточно подробно описаны возможные клинические проявления селективного дефицита IgA, варианты течения, возможные сопутствующие заболевания [4]. Лечение состоит в выявлении сопутствующих заболеваний, проведении профилактических мер по снижению риска инфицирования.

Целью данного исследования явилось проведение анализа клинико-иммунологических проявлений у пациентов с селективным дефицитом IgA.

Материалы и методы. На основе ретроспективного анализа было изучено 22 истории болезни пациентов с дефицитом IgA, находившихся на диспансерном учете в Краевой клинической больнице (ГБУЗ СК «СККБ»), в Краевом клинико-диагностическом центре (АМНО «СККДЦ») и Детской краевой клинической больнице (ГБУЗ СК «КДКБ») города Ставрополя за период с 2006 по 2017 годы.

При обследовании пациентов применялись клинико-anamnesticheskie, инструментальные и лабораторные методы. В качестве контроля использовались регионарные возрастные нормы [2].

Определение иммуноглобулинов A, G, M, E в сыворотке крови осуществляли методом количественной иммунотурбидиметрии на автоматическом биохимическом

анализаторе AU 680 500 фирмы Beckman Coulter, США. Для анализа использовали реактивы фирмы Beckman Coulter, США.

Результаты исследования. В исследуемой группе из 22 пациентов соотношение мужского и женского пола было примерно одинаковым, в том числе, 13 (59,1%) мальчиков и 9 (40,9%) девочек, что соответствует данным литературы.

Пик выявляемости селективного дефицита IgA приходился на возраст 4-7 лет. Частыми жалобами при обращении к врачу были инфекционные – у 17 детей (77,2%) или аллергические – у 18 детей (81,8%). Реже встречалась патология желудочно-кишечного тракта – у 3 (13,6%) пациентов, кожи – у 5 (22,7%) и аутоиммунные заболевания у – 1 (4,5%).

Из спектра инфекционных заболеваний у больных с селективным дефицитом IgA ведущее место занимали инфекции ЛОР-органов (74,2%) и нижних дыхательных путей (25,8%). Это связано с тем, что снижение секреторного IgA, являющегося частью местного иммунитета, приводит к легкому инфицированию и размножению микроорганизмов на слизистых оболочках [3].

Результаты исследования показали, что частота герпетических инфекций кожи с возрастом увеличивается, а частота осложненных, ОРВИ, наоборот снижается.

Среди аллергических заболеваний у пациентов с селективным дефицитом IgA наиболее часто встречались: бронхиальная астма (15,3%), аллергический ринит (34,6%), аллергический дерматит (30,7%), крапивница (11,5%), ангиоотек (7,6%), что согласуется с данными отечественной и зарубежной литературы [1].

У 13,6% случаев выявлены нарушения в работе желудочно-кишечного тракта, которые проявлялись в виде энтерита и дисбактериоза.

Из 22 обследуемых аутоиммунное заболевание установили лишь у одного пациента, в виде тиреоидита.

При анализе иммунограмм в ходе динамического наблюдения у детей с селективным дефицитом IgA, в связи со стойкими изменениями лабораторных показателей, были выделены две большие группы пациентов. В группе А отмечалось отсутствие IgA без каких-либо других изменений. В группе В отсутствие IgA сочеталось со стойким повышением уровня IgG. Был проведен сравнительный анализ этих групп пациентов.

Было выявлено, что у пациентов с селективным дефицитом IgA повышение уровня IgG коррелирует с повторными инфекционными заболеваниями кожи (18,1%).

Закключение. Знание клинических синдромов уже на стадии первичного осмотра позволит заподозрить у пациента селективный дефицит IgA. Частое развитие респираторных инфекций, аллергических процессов и патологии желудочно-кишечного тракта у пациентов с врожденным дефицитом IgA, обуславливает необходимость их динамического наблюдения у аллерголога-иммунолога, педиатра, гастроэнтеролога.

Список литературы.

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, И.И. Ильиной. – М.:ГЭОТАР – МЕДИА, 2014. – 397 с.
2. Руководство по практическим умениям педиатрам: учебное пособие для системы последиplomного профессионального образования врачей-педиатров / Э.В. Водовозова [и др.] // Ростов-на-Дону, Сер. Высшее медицинское образование (3-е издание, стереотипное), 2010. – 574 с.
3. Щербина, А.Ю. Иммунодефицитные состояния / А.Ю. Щербина, А.П. Продеус, А.Г. Румянцев // Трудный пациент. – 2007. – Т.5, №2. – С. 5-10.
4. Diagnostic Significance of Reduced IgA in Children / J Nurkic., F. Numanovic, L. Arnautalic. [et al] // M. Med., 2015. – P.381-383.
5. Clinical phenotype classification for selective immunoglobulin A deficiency / R. Yazdani, A. Latif, [et al] // Clin. Immunol. – 2015. – Vol. 11, N 11. – P. 1245-1254.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Колесникова Е.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Стародубцев А.И.
Ставропольский государственный медицинский университет, СККДЦ

Детская неврологическая инвалидность в 60% случаев связана с патологией перинатального периода, при этом 24% составляют пациенты с детским церебральным параличом [3].

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это собирательный термин, объединяющий многочисленную группу непрогрессирующих неврологических расстройств, развивающихся в результате поражения головного мозга и возникающих во внутриутробном, интранатальном и раннем постнатальном периодах, или вследствие аномалии развития головного мозга. При этом, действие повреждающих факторов на незрелый мозг определяет разнообразие как двигательных, так и когнитивных нарушений.

Нарушение когнитивных функций, наблюдающиеся более чем у 80% больных с ДЦП, существенно утяжеляют клиническую картину и инвалидизацию, осложняют проведение реабилитационных мероприятий, усугубляют прогноз, затрудняют получение образования и социальную адаптацию, что приводит к снижению качества жизни и определяет большую социальную значимость данной проблемы [1,2].

Когнитивные нарушения при ДЦП полиморфны. В одних случаях развиваются явления дизонтогенеза в виде либо недоразвития определенных морфологических систем мозга, либо задержки темпа их формирования. В других – в структуре дефекта доминируют признаки повреждения тех или иных образований и систем мозга [4].

Цель данного исследования установить частоту и степень выраженности когнитивных нарушений у детей дошкольного возраста, страдающих ДЦП.

Материалы и методы. Нами было проведено исследование когнитивных функций (кратковременная и долговременная память, импрессивная и экспрессивная речь) у 112 детей страдающих детским церебральным параличом. Все дети были распределены по возрасту на 4 группы: 1 группа- 3-4 года; 2 группа – 4-5 лет; 3 группа – 5-6 лет; 4 группа – 6-7 лет.

Ведущим в диагностике когнитивных нарушений было нейропсихологическое тестирование.

Степень достоверности результатов исследования определялась методом вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента. Различия показателей считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. По степени выраженности двигательных нарушений больные распределялись следующим образом: легкие двигательные нарушения (4 балла) установлены у 18 (16,0%) детей, умеренные (3 балла) – у 74 (66,1%), выраженные (2 и < балла) – у 20 (17,9%). Нарушение памяти диагностировано у 102 (91,1%) пациентов, память не нарушена у 10 (8,9%) детей. Речевые нарушения отмечены у 104 (92,9%) пациентов, не выявлено речевых нарушений у 8 (7,1%).

Нарушение краткосрочной памяти в 1-ой возрастной группе (3-4 года): легкие нарушения отмечены у 3 (11,5%) детей, умеренные – у 11 (42,3%), выраженные – у 12 (46,2%); во второй возрастной группе (4-5 лет): легкие нарушения – у 9 (32,1%), умеренные – у 8 (28,6%), выраженные – у 8 (28,6%); в третьей возрастной группе (5-6 лет): легкие нарушения – у 10 (58,8%), умеренные – у 2 (11,8%), выраженные – у 2 (11,8%); в

четвертой возрастной группе (6-7 лет): легкие нарушения – у 19 (46,3%), умеренные – у 9 (22,0%), выраженные – у 4 (9,8%).

Нарушения долгосрочной памяти в первой возрастной группе были следующими: легкие отмечены у 3 (11,5%), умеренные – у 11 (42,3%), выраженные – у 12 (46,2%); во второй возрастной группе: легкие нарушения – у 4 (14,3%), умеренные – у 19 (67,9%), выраженные – у 5 (17,9%); в третьей возрастной группе: легкие – у 8 (47,1%), умеренные – у 3 (17,6%), выраженные – у 1 (5,9%); в четвертой возрастной группе: легкие – у 17 (41,5%), умеренные – у 9 (22,0%), выраженные – у 2 (4,9%).

Речь исследовалась как импрессивная, так и экспрессивная. Нарушение импрессивной речи было следующим: в первой возрастной группе легкие нарушения отмечены у 5 (22,8%) пациентов, умеренные – у 13 (50,0%), выраженные – у 5 (22,8%); во второй возрастной группе: легкие – у 8 (28,6%), умеренные – у 12 (42,9%), выраженные – у 2 (7,1%); в третьей возрастной группе: легкие – у 8 (47,1%), умеренные – у 3 (17,6%), выраженные – у 1 (5,9%); в четвертой возрастной группе: легкие – у 25 (61,0%), умеренные – у 5 (12,0%), выраженные – у 2 (4,9%).

Нарушения экспрессивной речи были следующим: в первой возрастной группе легких нарушений не отмечено, умеренные нарушения отмечены у 7 (26,9%) пациентов, выраженные – у 19 (73,1%); во второй возрастной группе: легкие нарушения – у 5 (17,9%), умеренные – у 19 (67,9%), выраженные – у 4 (14,2%); в третьей возрастной группе: легкие – у 5 (29,4%), умеренные – у 9 (52,9%), выраженные – у 2 (11,8%); в четвертой возрастной группе: легкие – у 19 (46,3%), умеренные – у 13 (31,7%), выраженные – у 5 (12,2%).

Анализ полученных данных показал, что легкие нарушения краткосрочной памяти чаще всего отмечались в четвертой возрастной группе умеренные и выраженные – в первой. Легкие нарушения долгосрочной памяти наиболее часто отмечены в четвертой возрастной группе, умеренные – во второй и выраженные в первой возрастной группе.

Нарушения речи, как импрессивной, так и экспрессивной выглядели следующим образом. Легкие нарушения импрессивной речи чаще всего отмечались в четвертой возрастной группе, умеренные и выраженные – в первой возрастной группе. Легкие нарушения экспрессивной речи чаще всего отмечались в четвертой возрастной группе, умеренные – во второй, выраженные – в первой.

Список литературы.

1. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учеб.-метод. Пособие / Немкова С.А. [и др.]. – М.: Союз педиатров России, 2012. – 60с.
2. Немкова С.А. Когнитивные нарушения при детском церебральном параличе / Немкова С.А. – М.: Триада-Х, 2013. – 440 с.
3. Скворцов И.А. Неврология развития / Скворцов И.А. – М.: Литера, 2008. – 536 с.
4. Kolk F., Talvik T. Cognitive outcome of children with early-onset hemiparesis / F. Kolk, T. Talvik // Child. Neurol. – 2000. – V.15. № 9. – P. 581-587.

ПРОПРИОНОВАЯ АЦИДУРИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Колесникова Е.В., Алибекова П.Р., Кадимова З.М.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Минаева О.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевая детская клиническая больница, Ставрополь

Термин «органическая ацидурия», или «органическая ацидемия». Относится к группе заболеваний, которое характеризуется повышенной экскрецией органических кислот с мочой.

Самая распространенная группа среди этих заболеваний – нарушения катаболизма разветвленных аминокислот и лизина, к которой относится проприоновая ацидурия.

Пропионовая ацидемия (ацидурия) – генетически гетерогенное наследственное заболевание из группы органических ацидемий, обусловленное дефицитом пропионил-КоА карбоксилазы, что ведет к блокированию обмена пропионатов на уровне перехода пропионил-КоА в метилмалонил-КоА и нарушению метаболизма ряда аминокислот (изолейцин, валин, треонин, метионин), жирных кислот с нечетным числом атомов углерода и холестерина.

Заболевание встречается в разных популяциях. Частота среди европейского населения составляет 1:350000 новорожденных. Тип наследования –аутосомно-рецессивный.

Различают две формы: тяжелую неонатальную форму и форму с поздним дебютом (младенческая).

Заболевание характеризуется острой манифестацией в первые дни жизни (при неонатальной форме), реже - в первые месяцы жизни (при младенческой форме), протекает приступообразно. Начальные признаки - рвота, дегидратация, отказ от еды, снижение массы тела, инфантильные спазмы, дыхательные расстройства (тахипноэ, сменяющееся апноэ), генерализованная мышечная гипотония, гиперрефлексия, вялость, сонливость, коматозные состояния.

Дети отстают в физическом и психомоторном развитии, часто болеют респираторными и желудочно-кишечными инфекционными заболеваниями (до 80% больных), у 1/2 пациентов наблюдаются судороги (тонико-клонические, абсансы, миоклонии). Частые проявления пропионовой ацидемии – экстрапирамидная симптоматика, инсультоподобные эпизоды, дилатационная или реже гипертрофическая кардиомиопатия (у 20-30% пациентов), нарушения ритма сердца, в том числе, удлинение интервала QT (почти у 70%), острый панкреатит, атрофия зрительных нервов (у 1/2), эритематозный дерматит (у 1/3). Указанная симптоматика может дебютировать в различном возрасте и не всегда обусловлена метаболической декомпенсацией.

В клинической картине у больных старшего возраста 8 превалирует умственная отсталость, микроцефалия, резистентная симптоматическая эпилепсия, спастический тетрапарез, экстрапирамидные нарушения.

Ребенок О. 4 года поступил в ГБУЗ СК «Краевая Детская Клиническая Больница» с жалобами на задержку интеллектуального, психоречевого и физического развития, спонтанные движения конечностей, трудности при кормлении (кормится только через зонд), тяжелое течение простудных заболеваний с потерей веса.

Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности (1 беременность -девочка, умерла в возрасте 40 дней, 2 беременность - мальчик, умер в возрасте 13 дней), протекавшей с гестозом. Учитывая отягощенный генеалогический анамнез: 2 сибса умерли в раннем возрасте в лаборатории наследственных болезней обмена веществ была проведена ДНК -диагностика ворсин хориона на носительство семейной мутации. Был исследован 17 экзон гена РС СА на носительство мутации с. 1495delA. Результат положительный. Роды 3,срочные. Масса при рождении - 3300 гр, длина тела - 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

С возраста 1 месяца появились приступы срыгивания и рвоты, начала отставать в психомоторном развитии. В 3 месяца появились судороги, при рвоте запах ацетона. В 6 месяцев отмечались повторные судороги на фоне фебрильной температуры. В возрасте 6 месяцев ребенок был обследован в лаборатории наследственных болезней обмена веществ. На основании высокого уровня пропионилкарнитина в крови и высокой экскреции 3-гидроксипропионовой, 3-гидроксимасляной кислот, метлцитрина и пропиониоглицина был установлен диагноз проприоновой ацидурии. С 7 месяцев жизни получает специализированное диетическое лечение (Анамикс инфант) через зонд.

Объективно: ребенок правильного телосложения, резко пониженного питания. Кожные покровы сухие. Тургор тканей снижен. Волосы жесткие. Фенотип: микрокrania, микрогения, диспластичные оттопыренные ушные раковины, воронкообразная деформация грудной клетки. В невростатусе: смешанный тетрапарез, гиперкинезы. Грубая задержка интеллектуального, психомоторного и речевого развития. Ребенок постоянно получает специфическое диетическое и медикаментозное лечение.

Данный клинический случай продемонстрирован с целью привлечения внимания неврологов к проблеме наследственных болезней обмена веществ. Несмотря на объективные сложности в диагностике пропионовой ацидурии, такие как клиническая картина с наличием характерных кризов, обусловленных токсической энцефалопатией, лабораторные изменения, регистрирующие тяжелый метаболический кетоацидоз, специфические изменения в крови и моче, помогают не только заподозрить наличие заболевания, но и своевременно назначить специфическое лечение и сохранить жизнь ребенку.

Список литературы.

1. Барашнев Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей (путеводитель по клинической генетике // Ю.И. Барашнев, В.А. Бахарев, П.В. Новиков. - М.: Триада-Х, 2004. – 560 с.
2. Наследственные болезни : национальное руководство / под ред. акад. РАМН Н.П. Бочкова, акад. РАМН Е.К. Гинтера, акад. РАМН В.П. Пузырева. — М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012. - 936 с.
3. Нейрометаболические заболевания у детей и подростков : диагностика и подходы к лечению / С. В. Михайлова, Е. Ю. Захарова, А. С. Петрухин. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Литтерра, 2017. — 368 с

ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Колесникова И.О.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Третьякова О.С.
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность. Перинатальная смертность (ПС) является одним из демографических показателей, влияющих на численность населения [1; 2]. Это приобретает особую актуальность, если учесть, что в Республике Крым нарастает естественная убыль населения (2013г.: -1,5‰, 2014г.: -2,3‰, 2015г.: -2,7‰, 2016г.: -3,2‰). При этом уменьшилась рождаемость с 12,7‰ в 2015г. до 12,1‰ в 2016г. на территории Республики Крым. В связи с этим демографическая ситуация в регионе носит характер депопуляции, в то время как в Российской Федерации отмечается естественный прирост населения (2013г. – 0,2‰, 2015г. – 0,3‰) [3; 4].

Цель исследования. Проанализировать динамику перинатальных потерь в Республике Крым за 2010-2016гг.

Материал и методы исследования.

В ходе исследования проведен ретроспективный анализ данных официальной статистики за 2010-2016гг. «Крымский медицинский информационно-аналитический центр» с использованием описательной статистики при помощи программы Microsoft Excel.

Коэффициент ПС состоит из антенатальной гибели плода (т.е. мертворождений), интранатальной гибели плода и ранней неонатальной смертности [5].

Результаты. В ходе исследования зарегистрировано снижение показателя ПС за 2010-2016гг. на 38,3%, при этом отмечается ее волнообразный характер, с пиком в 2015г.

и последующим спадом в 2016г. (2010г. – 11,87‰, 2011г. – 11,49‰, 2012г. – 10,97‰, 2013г. – 9,37‰, 2014г. – 8,21‰, 2015г. – 9,41‰, 2016г. – 7,7‰).

При анализе компонентов перинатальной смертности выявлено, что наибольший вклад в структуру ПС вносит антенатальная гибель плода. За исследуемый период удельный вес мертворождений увеличился в 1,3 раза (2010г. – 49,1%, 2015г. – 64,2%), при этом максимальное значение показателя зафиксировано в 2015г. – 67,6%. Основными причинами антенатальной гибели плода в Крыму являются внутриутробная гипоксия (55%) и пороки развития (12%) [1]. Такой высокий удельный вес антенатальной составляющей структуры ПС указывает на недостаточное качество оказания медицинской помощи беременным на уровне женской консультации.

В свою очередь, интранатальная гибель плода за этот период снизилась в 1,9 раз (2010г. – 12,3%, 2015г. – 6,6%), что свидетельствует об улучшении качества оказания медицинской помощи акушер-гинекологами в период родов.

Динамика ранней неонатальной смертности демонстрирует уменьшение показателя в 1,3 раза (2010г. – 38,6%, 2015г. – 29,2%), при этом минимальное значение зафиксировано в 2014г. – 25,9%, что отражает качество оказания медицинской помощи врачами-неонатологами в первые 7 дней жизни новорожденного.

Выводы.

1. При анализе динамики показателя перинатальной смертности зарегистрировано ее снижение за весь исследуемый период.
2. За 2010-2016гг. в структуре перинатальной смертности отмечается рост вклада антенатальной гибели плода и снижение интранатальной и ранней неонатальной смертности.
3. Доминирование в структуре ПС мертворождаемости требует усовершенствования организации оказания медицинской помощи беременным на уровне первичного звена здравоохранения, и прежде всего – женской консультации.

Список литературы.

1. Третьякова О.С., Макханова З.Р., Голубова Т.Н. Перинатальная смертность как основная составляющая фетоинфантильных потерь в Республике Крым. Таврический медико-биологический вестник. – 2016; - №19 (1). - С. 77-82.
2. Здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков, ВОЗ. Программы и проекты. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/ru/
3. Куст А.А., Балабан Е.И. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения в России. Комплексные проблемы развития науки, образования и экономики региона: научно-практический журнал коломенского института (филиала) МГМУ (МАМИ). 2014. – 175-177.
4. <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0715/barom02.php>
5. Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А. Перинатальная смертность. Пути профилактики и снижения: учеб. пособие / Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова. – Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО ДОГМУ, 2008. – 134.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И В УСЛОВИЯХ ГОРОДА

Корнеев А.Г., Хисматуллина Л.Р., Рахматуллина Г.Ф.
Оренбургский государственный медицинский университет

В Оренбургской области геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) является ведущим природно-очаговым заболеванием. Среди других зоонозов занимает первое место: на его долю приходится больше половины всех случаев других природно-очаговых заболеваний. Болеет ГЛПС преимущественно мужчины в возрасте от 17 до 55 лет [3]. Между тем, в Оренбургской области ежегодно регистрируются случаи заболевания ГЛПС детей в возраст до 17 лет, но заболеваемость детского населения остается не изученной. Имеются работы о различиях показателей заболеваемости городского и сельского населения в Оренбургской области [1].

сравнение заболеваемости геморрагическая лихорадка с почечным синдромом детского населения Оренбургской области, проживающего в сельской местности и условиях города.

Данные о первичной заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом детского населения Оренбургской области до 17 лет за 1992–2016 гг. взяты с сайта «Эпидемиологический атлас ПФО» [3].

Для оценки заболеваемости ГЛПС использованы описательные методы, а именно: ретроспективный анализ заболеваемости методом наименьших квадратов с определением годов подъема и спада заболеваемости; определение прямолинейной тенденции ($y=a+bx$) с вычислением темпа прироста тенденции ($T_{пр}$) и цикличности. Достоверность прямолинейной тенденции определялась достоверностью различия между показателями первого и последнего годами рассчитанной тенденции. Достоверность различий показателей выявлялась с помощью критерия Пирсона (χ^2). Различия считали достоверными при $\chi^2 \geq 3,84$ ($p \leq 0,05$). При нулевых значениях показателя заболеваемости или $n < 30$ использовали критерии Фишера ($p \leq 0,05$). Ошибка (m) показателя заболеваемости рассчитывалась, исходя из численности населения.

За 1992-1993 гг., а также в 2013 г. случаев ГЛПС среди детского населения Оренбургской области не зарегистрировано. На подъем 1996-1998 гг. пришлось 23,6% от всего числа случаев ГЛПС среди детей за весь изучаемый период.

Всего наблюдалось два подъема заболеваемости. Заболеваемость совокупного детского населения в 1997 г. ($11,4 \pm 1,2$ о/оооо) была выше в 1,8 раза, чем тот же показатель заболеваемости в 2003 г. ($6,2 \pm 0,9$ о/оооо; $\chi^2=9,5$; $p \leq 0,05$), а в 1997 г. отмечается пик детской заболеваемости – $I_{1997} = 11,0 \pm 1,2$ случаев на 100 тыс. населения (о/оооо).

В Оренбургской области в настоящее время заболеваемость ГЛПС не выявлена.

Среднепогодный областной показатель заболеваемости детей за изучаемый период ($6,5 \pm 2,5$ о/оооо) был в 3,6 раза ниже заболеваемости всего населения Оренбургской области ($23,4 \pm 4,8$ о/оооо).

Тенденция к снижению заболеваемости ГЛПС детского населения отмечается в городе ($T_{пр} = -8,1$; $\chi^2=7,5$; $p < 0,05$), а в сельской местности – наблюдается стабилизация заболеваемости ($T_{пр} = -3,5$; $\chi^2=3,0$; $p > 0,05$).

Цикличность не определяется, в связи со спорадическим уровнем заболеваемости.

Среднепогодный показатель заболеваемости ГЛПС детского населения сельской местности ($69,7 \pm 8,3$ о/оооо) в 18,3 раз выше, чем аналогичный показатель в городе ($3,8 \pm 1,9$ о/оооо; $\chi^2=7,5$; $p \leq 0,05$), и в 2,9 раз выше, чем в среднем по области ($23,4 \pm 4,8$ о/оооо). В целом по области выявляется тенденция к снижению заболеваемости ГЛПС детского населения ($T_{пр} = -5,1\%$; $\chi^2=9,5$; $p < 0,05$).

Доля случаев ГЛПС среди городского детского населения (65,9%; $\chi^2=3,5$; $p>0,05$) в 1997 г. была больше, чем сельского; а в 2003 г. – наоборот (89,1%; $\chi^2=96,0$; $p<0,05$).

Исходя из вышесказанного, следует, что заболеваемость ГЛПС детей, проживающих в сельской местности достоверно выше, чем аналогичный показатель в городе. Возможными причинами является летнее времяпровождение в пойменных очагах ГЛПС в связи с купанием и рыбалкой. В городской черте заболеваемость ГЛПС ниже, в связи с отдаленностью природных очагов от места отдыха детей, а также проведение дератизационных мероприятий, позволяющих уничтожить источник инфекции.

Необходима разработка профилактических мероприятий, направленных на детское сельское население, выявление конкретных условий и обстоятельств заражения, с целью их дальнейшего предупреждения. В качестве повышения противоэпидемической грамотности населения рекомендовано проведение бесед и лекций; для детского населения, возможно подача информации в игровой форме.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕЛИАКИИ

Кочнева Л.Д.

Научный руководитель: Стоян М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целиакия у детей является актуальной медико-социальной проблемой, данное заболевание ассоциировано с физическими, эмоциональными и социальными ограничениями [1,2]. В современной медицине актуальным является применение такого комплексного критерия как качество жизни (КЖ), позволяющего оценить психический и социальный статус больного [3,4]. Оценка качества жизни в российской педиатрической практике используется относительно недавно и результаты исследований параметров КЖ у детей в остром периоде целиакии немногочисленны [1].

Цель исследования – провести комплексный анализ показателей качества жизни детей и подростков с целиакией в остром периоде заболевания.

Материалы и методы.

В исследование включено 57 детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет в остром периоде целиакии, находившихся на стационарном лечении в краевом детском гастроэнтерологическом отделении ГДКБ им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя в 2012–2017 гг. Среди пациентов было 22 (39,0%) мальчика и 35 (61,0%) девочек. Были выделены три возрастные группы: 2-4 лет–32 (56,0%) человека, средний возраст диагностики данной группы составил $3,0\pm 0,2$ лет; 5-7 лет–11 (19,0%) человек, средний возраст диагностики $6,7\pm 0,3$ лет; 8-18 лет–14 (25,0%) человек, средний возраст диагностики – $13,3\pm 0,8$ лет. В контрольную группу вошли 187 детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет без хронических заболеваний. Дети контрольной и основной групп были сопоставимы по возрасту и полу. Оценка КЖ проведена при помощи русской версии опросника PedSQL 4.0. Использовались родительская и детская формы опросника. Опросник включает 4 шкалы и состоит из 23 вопросов. Количественно оценивались следующие показатели: физическое функционирование (ФФ)–8 вопросов, эмоциональное функционирование (ЭФ)–5 вопросов, социальное функционирование (СФ)–5 вопросов, ролевое функционирование (РФ)–5 вопросов. Общее количество баллов после процедуры перекодирования рассчитывается в итоге по 100-бальной шкале: чем выше итоговая величина, тем лучше качество жизни ребенка. Математическая обработка материалов осуществлялась с помощью пакета 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.

При анкетировании детей и подростков в остром периоде целиакии и пациентов, не страдающих данной патологией, были получены ответы, характеризующие КЖ. При интерпретации результатов анкетирования родителей пациентов возрастной группы 2-4 лет, статистически значимые различия выявлены при сравнении показателей ФФ-72,4%($p < 0,001$), ЭФ-48,6%($p < 0,001$) и РФ-46,6%($p < 0,001$) со здоровыми детьми, показатель СФ по сравнению с детьми контрольной группы составил 80,9%, суммарная оценка показателей КЖ-66,0%($p < 0,001$). При сопоставлении результатов анкетирования пациентов возрастной группы 5-7 лет и их родителей оказалось, что показатели КЖ, по мнению детей, достоверно снижены за счёт ФФ-57,4%($p < 0,001$), ЭФ-52,7%($p < 0,002$), СФ-63,6%($p < 0,05$), РФ-60,9%, суммарная оценка у наблюдаемых больных соответствует 58,5%($p < 0,01$). В свою очередь, родители пациентов возрастной группы 5-7 лет отмечают максимальные сдвиги в ФФ-66,2%($p < 0,002$), ЭФ-52,3%($p < 0,001$), и в суммарной оценке показателей КЖ-65,4%($p < 0,02$) по сравнению с пациентами контрольной группы, показатель СФ составляет 76,8%, РФ-65,2%. При сравнительном анализе показателей КЖ возрастной группы 8-18 лет дети и подростки в остром периоде целиакии отмечают значительные сдвиги в сторону снижения функционирования в сфере социальной-89,3%($p < 0,01$), ролевой активности-70,7%($p < 0,05$), также снижена суммарная оценка КЖ-78,5%($p < 0,05$), показатель ФФ составляет 82,4%, ЭФ-69,3%. По мнению родителей данной группы пациентов, показатель ФФ составляет 71,0%($p < 0,01$), ЭФ-55,7%($p < 0,002$), СФ-77,1%($p < 0,02$), РФ-60,7%($p < 0,01$), суммарная оценка показателей КЖ-66,8%($p < 0,005$).

Показательно, что в остром периоде целиакии и родители, и дети синхронно отмечают существенное снижение КЖ, при этом у дошкольников его уровень ниже, чем у школьников. С одной стороны, это может свидетельствовать о меньшей манифестности заболевания, а с другой стороны, говорить о некоторой адаптации школьников к сниженным функциональным возможностям организма. Во всех возрастных группах пациентов и родители, и дети отмечают снижение практически всех параметров КЖ в периоде клинической манифестации заболевания.

Заключение.

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о том, у детей и подростков в остром периоде целиакии отмечается снижение всех показателей КЖ, причём оно зафиксировано и по мнению родителей, и по мнению пациентов. Несмотря на субъективный характер оценки КЖ, следует отметить, что использованный нами опросник PedsQL позволяет достаточно точно выявить нарушения основных видов функционирования, отражающие весьма часто формирующиеся при целиакии замедление темпов физического развития, нарушения в психоэмоциональной сфере и неизбежные трудности в общении со сверстниками. Очевидно, что динамическое исследование КЖ у пациентов на фоне соблюдения или несоблюдения безглютеновой диеты может являться неплохим дополнительным критерием степени активности заболевания. Полученные сведения акцентируют внимание на необходимости решения проблем психологической и медико-социальной реабилитации больных с целиакией.

Список литературы.

1. Саввина А.Д. Качество жизни и пути совершенствования медико-социальной помощи детям с целиакией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук/Саввина А.Д.–Хабаровск, 2009.–24 с.
2. Лукьянова Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии//Качественная клиническая практика. 2002, № 4.–С.30–45.

3. Винярская И.В. Изучение качества жизни у детей//Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2006, №3. – С.28–31.
4. Котов М.С., Подолужный В.И. Оценка качества жизни пациентов, связанного со здоровьем //Медицина в Кузбассе. 2007, №3. – С.15–18.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО ПЕРИОСТИНА, КАК МАРКЕРА АКТИВНОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Масальский С.С.

Ставропольский государственный медицинский университет, Городская детская клиническая больница им. Г.К. Филиппского

Неоднородность бронхиальной астмы (БА) у заставляет искать новые персонализированные подходы к терапии. Применение глюкокортикостероидов не обеспечивает полного подавления аллергического воспаления и редко дает полный контроль симптомов [1]. Появление моноклональных антител (АТ) к медиаторам воспаления позволяет получить контроль даже над трудной БА [2]. Основной фенотип БА у детей это аллергическая астма, внутри которой выделены частично пересекающиеся эндотипы, ассоциированные с интерлейкинами 5 и 13 (IL5, IL13). Маркером IL5 является эозинофилия крови (ЭК) и мокроты, для IL13 определен маркер сывороточный периостин (СП) [3].

Целью работы явился анализ концентраций СП и ЭК их применимость в реальной практике как предиктора течения БА.

Материалы и методы: проведено открытое одноцентровое поперечное исследование пациентов от 6 до 17 лет с БА в стадии обострения ($n = 72$) и группы контроля ($n = 28$). Всем детям проведен рутинный диагностический комплекс и дополнительно методом твердофазного иммуноферментного анализа определен СП. Использовалась тест – система ELISA – Kit – for – Periostin – (POSTN) – E97339Hu, Cloud – Clone corp. США, Хьюстон.

Для характеристики средних значений использовались медиана и квартили – Me (Q1; Q3). Сравнения между группами проводили с помощью критерия Манна – Уитни (U). Для определения диагностической значимости маркера проводился ROC – анализ с вычислением площади под кривой (AUC). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Проанализировано общее содержание СП в основной группе с БА и группе контроля. У здоровых пациентов размах значений СП составил от 0,1 до 4,54 нг/мл. У детей с астмой СП колебался в широких пределах от 0,17 до 22,26 нг/мл. Среднее значение периостина имеет распределение, смещенное в сторону малых значений. Так в группе контроля медиана СП 0,63 (0,25; 1,20) нг/мл, что было достоверно ниже чем при БА с Me (Q1; Q3) = 3,93 (1,94; 7,87) нг/мл ($U = 205,5$, $p = 0,001$). Для оценки применимости показателя СП для диагностики аллергической БА по сравнению с группой контроля построена ROC – кривая, показавшая хорошее соотношение специфичности и чувствительности ($AUC = 0,870$, $p = 0,001$).

Эозинофилия сыворотки в группе контроля составила 0,2 (0,10; 0,30) *10⁹/л, в группе астмы 0,2 (0,0; 0,41) *10⁹/л, разница не достоверна ($p = 0,84$).

Степень тяжести при бронхиальной астме является интегративным показателем, включающим в себя количество и выраженность симптомов, частоту приступов, переносимость физической нагрузки, изменения функции внешнего дыхания. Целесообразно рассмотреть зависимость маркеров от степени тяжести. Дети разделены на группы – легкая БА ($n = 50$) и среднетяжелая БА ($n = 22$). Средний уровень периостина в

группе с легкой БА составил 3,14 (1,80; 5,42) нг/мл; в группе со среднетяжелой БА – 5,71 (3,52; 10,53) нг/мл ($U = 790,5$, $p = 0,03$). ROC – кривая СП для легкой БА показала неудовлетворительную чувствительность для диагностики этого состояния – $AUC = 0,56$, $p = 0,33$; для астмы средней тяжести напротив AUC составила 0,72, $p = 0,003$. Кривая показывает достаточную чувствительность маркера для диагностики астмы начиная со среднетяжелой степени.

Содержание ЭК не отличалось у пациентов с легкой и среднетяжелой астмой ($U = 541$, $p = 0,67$) и составило 0,20 (0,10; 0,40) и 0,2 (0,0; 0,47) *109/л соответственно. Кривая ROC эозинофилии крови для диагностики среднетяжелой БА показала недостоверные результаты ($AUC = 0,47$, $p = 0,68$).

Количество приступов за год важный показатель течения заболевания в реальной практике. GINA называет высокую эозинофилию фактором риска обострений у пациентов с БА. Дети были разделены по количеству обострений в год независимо от степени тяжести. Для группы с редкими обострениями (<3 в год) ЭК равна 0,21 (0,10; 0,43); в группе с более частыми приступами – 0,18 (0,0; 0,36) *109, без значимых различий ($p = 0,22$). ROC – анализ показал неприменимость критерия в для прогнозирования обострений нашем исследовании ($AUC = 0,41$, $p = 0,23$).

В группе с обострениями ≤ 2 в год ($n = 48$) – медиана сывороточного периостина составила 3,26 (1,79; 5,53) нг/мл, в группе с частыми обострениями более 3 в год ($n = 24$) наблюдались достоверно более высокие показатели $Me = 5,55$ (3,31; 8,74) нг/мл ($U = 778,5$, $p = 0,016$). ROC – кривая концентрации периостина позволяет использовать СП как маркер для пациентов с частыми обострениями более 3 в год ($AUC = 0,676$, $p = 0,016$).

Заключение: Аллергическая астма у детей неоднородна и имеет особенности по сравнению с БА у взрослых. Вероятно, эндотип, связанный с IL13, более распространен в детском возрасте по сравнению с эозинофильной астмой. Из этого можно сделать вывод, что сывороточный периостин является более адекватным предиктором астмы у детей, чем эозинофилы сыворотки и может использоваться для диагностики аллергической БА в большинстве случаев. Повышение концентрации СП связано с более активным течением воспаления и, с большей частотой обострений у детей, следовательно, высокие цифры СП являются фактором риска более тяжелой астмы. Скорее всего моноклональные АТ к IL13 будут терапевтически эффективны в детском возрасте при неконтролируемой аллергической БА.

Список литературы.

1. Lebrikizumab in moderate-to-severe asthma: pooled data from two randomised placebo-controlled studies / N.A. Hanania [et al.]//Thorax. – 2015. – С. thoraxjnl-2014-206719.
2. Innovative treatments for severe refractory asthma: how to choose the right option for the right patient /F. Menzella [et al.]//Journal of Asthma and Allergy. – 2017. – Т. 10. – С. 237.
3. Обзор роли периостина – нового биологического маркера при бронхиальной астме/С. С. Масальский [и др.]//Российский аллергологический журнал. – 2014. – №. 6. – С. 5 – 8.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Махмудова С.Э.

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

Введение: Пороки развития мочеполовой системы — генетические мутации, выраженные недоразвитием отдельного органа, или, наоборот, его гиперразвитием. При

врожденном неправильном развитии мочевыделительной системы нарушены либо продукция, либо выведение мочи.

Аномалии включают в себя поражение почек, мочевого пузыря, мочеточников, уретры, вызывают проблемы в области мужских и женских гениталий. Некоторые можно считать незначительными, к примеру, удвоение мочеточников.

Дефекты мочевыделительной системы различаются по тяжести от незначительных до угрожающих жизни больного. Большинство аномалий мочевыделительной системы серьезные, требующие хирургической коррекции. Другие дефекты не вызывают нарушения функции мочевыделительной системы, но затрудняют контроль мочеиспускания.

Частота аномалий мочевыделительной системы определяет необходимость своевременной их диагностики, начиная с поликлинического уровня, и лечения, что рекомендуется делать в раннем возрасте, поэтому следует обратиться к специалисту как можно быстрее.

У 30% детей с аномалиями мочевых путей первым признаком их наличия может стать инфекция мочевых путей (ИМП) [1]. Поэтому при диагностировании инфекции мочевыделительной системы педиатру, нефрологу, урологу, в зависимости от локализации инфекции, необходимо учитывать, что она может быть следствием аномалии развития данного органа.

Согласно данным аутопсии, около 10% людей имеют различные аномалии развития мочеполовой системы [2]. Большинство из них, как правило, диагностировано не было, что объясняется несовершенством амбулаторно-поликлинического педиатрического звена.

По статистике, аномалии развития мочеполовой системы встречаются у каждого десятого человека, и они приводят к серьезным проблемам физиологического и психологического характера.

Данные аномалии одни из самых многочисленных, поскольку включают в себя пороки развития многих органов. Чаще патология со стороны мочевыделительной системы – недиагностированные аномалии развития в детском возрасте [3].

Чаще всего тот или иной тип внешних аномалий можно установить только благодаря высокоточному медицинскому оборудованию [4]. Что также является проблемой амбулаторно-поликлиническому педиатрическому звену. Таким образом, вышеизложенные многочисленные нерешенные вопросы являются объектом исследования данной темы.

Целью данной работы являлось выявление структуры заболеваемости аномалиями мочевыделительной системы, выявление факторов риска для соответствующей профилактики данной группы нозологии.

Изучение выявляемости аномалий мочевыделительной системы осуществлялось на уровне детской поликлиники.

Изучение структуры аномалий мочевыделительной системы в данном исследовании осуществлялось путем ретроспективного анализа амбулаторных карт 100 больных (50 девочек и 50 мальчиков) МУЗ ГДКП № 1 поликлиника № 2 г. Перми с аномалиями мочевыделительных путей за период с января 2010 по январь 2017 года.

Результаты и обсуждения: Средний возраст у мальчиков составил 7 лет, у девочек – 9 лет. Аномалии почек выявлены у мальчиков в 38%, у девочек в 44% случаев; мочеточников – в 18 и 24%; мочевого пузыря – в 34 и 20%; мочеиспускательного канала в 10 и 12% соответственно.

Полная семья имела место у 42% мальчиков и 46% девочек. Наследственные аномалии у плода, выявленные при генетическом скрининге во время беременности, отмечались у 20% мальчиков и 32% девочек.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез выявлен у матерей 60% девочек и 48% мальчиков. В акушерском анамнезе гестоз до 8 недель и угроза выкидышей во

время беременности у матерей наблюдались у половины мальчиков и девочек. У новорожденных TORCH-инфекции обнаружены у 42% мальчиков и 40% девочек.

Соответствующая клиническая симптоматика диагностирована у 60% мальчиков и 54% девочек, у остальных аномалии выявлены при периодических медицинских осмотрах.

Выводы.

1. Итак, аномалии развития почек и мочеиспускательного канала выявляются чаще у девочек.

2. К факторам риска развития аномалий мочевыделительной системы относятся: - отягощенный акушерско-гинекологический анамнез,

- гестоз до 8 недель

- угрожающий выкидыш во время беременности.

3. Исходя из данных наших наблюдений и анализа выявленных в анамнезе факторов риска, возрастание встречаемости данной патологии является следствием отсутствия во многих случаях предгравидарной подготовки, в которую также входит и генетический анализ обоих родителей при синдроме привычного невынашивания, так как частые выкидыши на малом сроке в 80% случаев являются непосредственным признаком аномалий развития данного плода.

4. Также в большинстве случаев отмечается недостаточный патронаж беременности.

5. Более чем, в половине случаев был выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

6. Исходя из вышеперечисленного, в первую очередь, очень важна соответствующая организация учреждений охраны материнства.

Список литературы.

1. Sastre JB, Aparicio AR, Cotallo GD, Colomer BF, Hernandez MC. Urinary tract infection in the newborn: clinical and radio imaging studies. *Pediatr Nephrol* 2007;22:1735–41.

2. Урология: учебник / Б.К. Комяков. – 2012. – 464с.

3. Ранняя диагностика врожденных пороков развития мочевыделительной системы у новорожденных детей : матер. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы детской нефрологии и урологии». – Алматы, 2015.

4. Massanyi EZ, Preece J, Gupta A, Lin SM, Wang MH. Utility of screening ultrasound after rst febrile UTI among patients with clinically signi cant vesicoureteral re ux. *Urology* 2013;82:905–9.

СЛУЧАЙ ОБНАРУЖЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНОГО АБОРТА 15-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ

Махмудова С.Э.

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

Введение. Врожденные пороки развития мочеполовой системы все чаще встречаются в современной практике врачей: педиатров, терапевтов, акушер-гинекологов, урологов, нефрологов. Требуются высококвалифицированные кадры и хорошая работа во всех звеньях системы здравоохранения для своевременной диагностики, правильного лечения и сохранения качества жизни пациента.

Аномалии мочевыделительной системы являются недостаточно изученной в медицине, т.к. большинство аномалий либо не дают ярко выраженной клинической картины, либо при присутствии симптомов качественная и высокоточная диагностика на всех этапах оказания медицинской помощи вызывает значительные затруднения. [1]

Аплазия почки, мочеточника, яичника, маточной трубы, матки слева является одной из достаточно редких патологий. Основной этиологией данного заболевания является дизэмбриогенез: нарушение дифференцировки мюллерового протока под влиянием тератогенных факторов, которая заключается в отсутствии парности органов мочеполовой системы.[2]

Данная патология не имеет клинической картины, пациентки узнают о своем диагнозе случайно при УЗИ органов малого таза. Чаще всего данный симптом вообще не диагностируется до наступления беременности. Как правило, при данной патологии беременность осложняется гестационными гипертензивными состояниями (гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия).

Осложнения беременности при данной патологии существенно оказывают неблагоприятное воздействие как на состояние матери, так и на исход беременности и, соответственно, состояние плода.[3]

Целью данного исследования был разбор клинического случая аплазии почки, мочеточника, яичника, маточной трубы, матки слева на уровне периферического звена системы здравоохранения.

Цель работы осуществлялась посредством ретроспективного анализа амбулаторной карты пациентки, совместной курации пациентки с педиатром и врачом ультразвуковой диагностики, проспективного анализа.

Результаты и обсуждение. Больная N в возрасте 15 лет обратилась в женскую консультацию №13 г. Соликамска 15 июня 2015 года с вероятными признаками беременности.

При осмотре участкового акушера-гинеколога и ультразвуковом исследовании был поставлен диагноз – беременность 5 недель.

После посещения женской консультации на протяжении двух недель жаловалась на ухудшение общего самочувствия, снижение работоспособности, головные боли, подъем артериального давления (АД). Лечилась симптоматически – купировала головную боль приемом нурофена. В связи с отсутствием положительной динамики снова явилась в вышеуказанную женскую консультацию.

При обследовании отмечает на себя незначительное повышение артериального давления - 145/80.

Заключение ультразвукового исследования (УЗИ) гинеколога:

- беременность 6-7 недель
- артериальная гипертензия 1 ст., 1 ст. по АД, риск 0.

При возвращении домой пациентка отметила приступ резкой головной боли пульсирующего характера на протяжении 30 мин, которую пыталась купировать самостоятельно двумя таблетками нурофена. Состояние не улучшалось, нарастала интенсивность головной боли, подъем АД. Продолжала симптоматическое лечение. Женскую консультацию не посещала.

17 июля 2016 почувствовала резкие боли внизу живота приступообразного характера, незначительные кровянистые мажущие выделения из половых путей. Поступила в гинекологическое отделение МСЧ №1 с предварительным диагнозом:

- начавшийся самопроизвольный аборт в сроке 9-10 недель
- АГ 1 ст., 1 ст. по АД, риск 0.

При проведении 18 июля 2016 первого УЗИ после аборта яичник и маточная труба слева не визуализировались. При проведении повторного УЗИ было выставлено заключение:

- изменения в матке после самопроизвольного аборта
- аплазия яичника, маточной трубы и матки слева.

В дальнейшем было проведено контрольное УЗИ брюшной полости с окончательным заключением:

- аплазия почки, мочеточника, яичника, маточной трубы, матки слева.

Провела в стационаре 7 койко-дней, выписана с рекомендациями дальнейшего наблюдения у педиатра, нефролога, уролога, акушера-гинеколога.

В ходе проспективного наблюдения: пациентка чувствует себя вполне удовлетворительной, на повышение артериального давления после самопроизвольного аборта и на симптомы со стороны органов мочеполовой системы жалоб не предъявляет. Беременностей не было.

Выводы.

1. Аплазия почки, мочеточника, яичника, маточной трубы, матки слева – является одной из редчайших аномалий мочевыделительной системы, которая, чаще всего, не дает ярко выраженной симптоматики либо диагностируется при беременности, отягощая его гестационными гипертензивными состояниями (гестационная артериальная гипертензия, преэклампсия)

2. Таким образом, исследуя данный случай, была выявлена некомпетентность врачей периферического звена (акушера-гинеколога, врача ультразвуковой диагностики) системы здравоохранения (женской консультации г. Соликамска), которая негативно повлияла на исход данной беременности – самопроизвольный аборт в сроке 9-10 недель.

3. Важным является своевременное выявление данной патологии и совместное наблюдение за пациенткой несколькими врачами соответствующего профиля.

4. Необходимы массовые периодические медицинские осмотры для выявления данной группы патологии с целью осуществления лечения и, соответственно, улучшения качества жизни пациентки.

Список литературы.

1. Заикина И.В. Урология: учеб. пособие / И.В. Заикина. - М.: Владос-Пресс, 2005. - 184 с.

2. Лопаткин Н.А. Урология: Учебник / Н.А. Лопаткин, А.Г. Пугачёв и др. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 520 с.

3. Фомкин Р.Н. Энциклопедия клинической урологии / Р.Н. Фомкин. - М.: «Научная книга», 2010. - 144 с.

ОСТРЫЕ КЛЕБСИЛЛЕЗНЫЕ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ

Мирхашимов М.Б., Эрматов Ф.А.

Научный руководитель: к.м.н. Рашидов Ф.А.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Актуальность проблемы: поражение желудочно-кишечного тракта клебсилллезной этиологии характеризуется значительной тяжестью процесса и выраженными морфологическими изменениями в дистальных отделах тонкой кишки и проксимальных петлях толстой кишки. В настоящее время изучение этиологической структуры и клинико-лабораторных характеристик инфекционных диарей у детей раннего возраста приобретает особое значение для усовершенствования диагностики этих недугов.

Цель работы: Изучить особенности острых диарейных заболеваний клебсилллезной этиологии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: По нашим наблюдениям находились 43 ребёнка в возрасте до 1 года, у которых была диагностирована кишечная инфекция клебсилллезной этиологии. Верификация диагноза проводилась на основании результатов бактериологического исследования кала: при получении массивного роста бактерий в первые дни заболевания.

В возрастной структуре преобладали дети первого полугодия жизни – 78 % из них в возрасте до 3 мес.-35 % .Из анамнеза мы выявили ряд факторов, неблагоприятно

влияющих на характер течения заболевания. Так, 25 детей (73 %) находились на раннем искусственном вскармливании. У 20 детей (58 %) выявлена анемия, у 10 (31 %) – гипотрофия I степени, у 11 (33 %) – рахит, у 5 (16 %) – экссудативно-катаральный диатез. Среднетяжелая форма клебсиллёза наблюдалась у 26 детей (81 %). У 6 детей (18 %) диагностирована тяжелая форма болезни.

Гастроэнтероколитическая форма была выявлена нами у 18 больных (73 %). Энтероколитическая форма заболевания отмечена у 11 больных (33 %). Гастроэнтерит был лишь у 4 детей (10 %). Выраженность диарейного синдрома коррелировала с тяжестью состояния. Так, при среднетяжелых формах заболевания отмечалась умеренная диарея: стул до 5 раз в сутки был у 19 больных (26,7 %), у 30 больных (42,4 %) – от 6 до 10 раз в сутки, у 23 (31,2 %) – более 10 раз в сутки. У 7 больных с тяжелой формой заболевания стул был 15 – 20 раз в сутки, с большим количеством слизи, прожилками крови; отмечалось зияние ануса. Явления гемоколита имели место у 20 детей (28 %) с клебсиллёзом. Наибольшая длительность диарейного синдрома различной этиологии колебалась от 10 до 20 дней. Средняя длительность диареи при клебсиллёзе среди наблюдаемых нами больных составила $14,7 \pm 0,3$ дня.

Изменения в периферической крови проявлялись снижением уровня гемоглобина от 110 до 90 г/л (7 больных), лейкоцитозом от $8,5 \times 10^9$ г/л до $18,8 \times 10^9$ г/л (16 больных), увеличением СОЭ от 15 до 37 мм/ч. У остальных больных отмечался нормоцитоз и нормальная СОЭ.

Выводы. Таким образом, кишечные инфекции клебсиллёзной этиологии чаще встречаются у детей раннего возраста, особенно с измененной реактивностью и неблагоприятным преморбидным фоном, и характеризуется тенденцией к развитию распространенных форм поражения желудочно-кишечного тракта, протекающих в тяжелой форме с выраженными нарушениями водно-электролитного баланса.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ТИНЕЙДЖЕРОВ В ЭКОПАТОГЕННЫХ ЗОНАХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЦЕНТРОВ

Наджимитдинова М.А., Халдарбекова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Очевидно, что большие мегаполисы имеют высокую плотность различных промышленных производств, активная деятельность которых на протяжении длительного времени создает негативный экологический прессинг на организм, особенно, детей постоянно проживающих в таких техногенных биогеохимических зонах больших городов. Данный фактор обуславливает повышенную заболеваемость теми или иными патологиями, в частности, у детей.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости микроэлементозов, обусловленных недостаточностью в организме ряда эссенциальных микроэлементов – железа, меди и цинка среди детей пубертатного возраста, постоянно проживающих в ташкентском и чирчикском промышленных центрах.

Материалы и методы исследования. Обследовали 102 детей обоего пола в возрасте 14-17 лет, постоянно проживающих в ташкентском промцентре и 112 детей обоего пола в том же возрасте, постоянно проживающих в чирчикском промцентре. Изучали содержание таких эссенциальных микроэлементов как железо, медь и цинк, прямо участвующих в процессах гемопоэза.

Результаты и обсуждение. Диагноз микроэлементоза, обусловленного недостаточностью эссенциальных микроэлементов устанавливали на основании снижения концентрации железа в сыворотке крови менее 10.4 мкмоль/л, меди менее 11.0 мкмоль/л и

цинка менее 10.5 мкмоль/л, т.е. менее нижней границы нормативного референтного интервала для этих показателей, установленного ВОЗ для детей пубертатного возраста. Используя эти критериальные параметры, нами показано, что общая частота микроэлементоза, обусловленного недостаточностью железа в группе детей, постоянно проживающих в ташкентском промцентре составляет 37.3%, общая частота микроэлементоза, обусловленного недостаточностью меди у обследованных детей составляет 29.4% и общая частота микроэлементоза, обусловленного недостаточностью в организме цинка составляет 33.3%. Таким образом, в структуре гипомикроэлементозов превалирует железодефицитный и цинкдефицитный гипомикроэлементоз и меньшее распространение имеет медьдефицитный гипомикроэлементоз. В группе обследованных чирчикских детей общая частота железодефицитного гипомикроэлементоза составляет 43.8%, медьдефицитного гипомикроэлементоза- 32.1% и цинкдефицитного гипомикроэлементоза- 33.9%. Как и у ташкентских обследованных детей в общей структуре изученных гипомикроэлементозов лидирует железодефицитный гипомикроэлементоз. В сравнительном аспекте частота изученных гипомикроэлементозов у чирчикских детей превышает таковую у ташкентских детей, что может объясняться большим воздействием неблагоприятных экофакторов на растущий организм детей, постоянно проживающих в данных экопатогенных техногенных зонах промышленных центров.

Выводы. В экопатогенных техногенных зонах промышленных центров Республики Узбекистан микроэлементозы, обусловленные дефицитом эссенциальных гемопозитических микроэлементов-железа, меди и цинка имеют достаточно высокую распространенность среди детей пубертатного возраста, что диктует необходимость постоянного мониторинга микроэлементного статуса организма этих детей в целях профилактики различных микроэлементозов.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТАТУСА ЖЕЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Наджимитдинова М.А., Халдарбекова М.А., Халдарбеков М.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Процессы обмена железа в подростковый период характеризуются тем, что протекают они в условиях ферростресса, являющегося следствием развивающегося дисбаланса в обмене этого микроэлемента, обусловленного с одной стороны резко возрастающими потребностями в пищевом железе, а с другой стороны, маргинальным содержанием железа в продуктах и в используемых диетах. Следовательно, сохранение гемоглобинового здоровья на физиологическом уровне требует осуществления постоянного мониторинга статуса железа организма подростков для своевременного выявления патологических изменений в этом статусе. Основой такого мониторинга является система выведенных нормативных показателей статуса железа, а также их референтных интервалов, на основе обследования подростков с нормальным гемоглобиновым здоровьем. В связи с этим, целью исследования явилось определение некоторых нормативных показателей статуса железа организма у подростков с нормальным гемоглобиновым здоровьем.

Материалы и методы исследования. Обследовали 80 подростков обоего пола с нормальными показателями гемоглобина в соответствии с нормативами ВОЗ. Анализировали также такие информативные показатели статуса железа организма-показатель функционального трехвалентного трансферринового железа, содержание общего пула иммунореактивного трансферрина с расчетом насыщения его железом и

процентное содержание в общем пуле трансферрина трансферринов с разным насыщением их железом.

Результаты и обсуждение. Плазменный фонд железа у обследованных подростков характеризовали показателем трехвалентного трансферринового железа, т.е. той частью общего плазменного железа, которое в составе трансферрина поступает в костный мозг для нужд гемоглобинообразования. У обследованных подростков-мальчиков средний уровень трансферринового железа составил 20.6 ± 0.45 мкмоль/л при референтном интервале 18.5 мкмоль/л (min)- 23.6 мкмоль/л (max), у подростков-девочек- 17.8 ± 0.62 мкмоль/л при референтном интервале -14.3 мкмоль/л (min)- 22.4 мкмоль/л (max). Общий пул иммунореактивного трансферрина у обследованных подростков-мальчиков составлял 3.15 ± 0.02 г/л при референтном интервале 2.95 г/л (min) – 3.35 г/л (max), у обследованных подростков-девочек- 3.24 г/л при референтном интервале 3.10 г/л (min)- 3.32 г/л (max). Насыщение общего пула иммунореактивного трансферрина у обследованных подростков-мальчиков в среднем составляет- $26.1 \pm 0.5\%$ при референтном интервале- 24.1% (min)- 30.5% (max), у обследованных подростков-девочек- $22.0 \pm 0.6\%$ при референтном интервале этого показателя- 19.5% (min)- 30.0% (max). Дифференциальный анализ трансферринов, различающихся степенью насыщения железом, позволил установить, что в общем пуле иммунореактивного трансферрина и у обследованных подростков-мальчиков и девочек преобладает полностью насыщенный железом трансферрин-холотрансферрин, составляющий в процентном отношении 58% и 50% от общего пула изотрансферринов соответственно.

Заключение. Выведены нормативные показатели статуса железа организма подростков и их референтные интервалы, которые могут быть использованы в системе мониторинга процессов обмена железа для своевременного выявления риска развития у них железодефицитного состояния.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОРРЕКЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Наджимитдинова М.А., Халдарбекова М.А., Халдарбеков М.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Существует феномен достаточно высокой встречаемости тех или иных гипомикроэлементозов, т.е. патологических состояний, обусловленных недостаточностью эссенциальных микроэлементов у детей пубертатного возраста, постоянно проживающих в зонах с высокой плотностью различных промышленных производств. Наличие таких гипомикроэлементозов, проявляющихся сочетанным дефицитом гемопоэтических микроэлементов, например, железа, цинка и меди диктует необходимость патогенетической коррекции таких состояний у детей.

Цель исследования. Изучить эффективность коррекции сочетанной недостаточности гемопоэтических микроэлементов-железа, цинка и меди у детей пубертатного возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 детей обоего пола пубертатного возраста с диагностированным гипомикроэлементозом, обусловленным сочетанным дефицитом железа, цинка и меди в организме, постоянно проживающих в Чирчикском промышленном районе. Диагноз гипомикроэлементоза устанавливался на основании снижения содержания указанных микроэлементов в сыворотке крови ниже нижней границы нормативного референтного интервала, установленного ВОЗ для детей пубертатного возраста.

Результаты и обсуждение. Для коррекции сочетанного гипомикроэлементоза у обследованных детей использовали полиэлементный препарат Теравит, содержащий в своем составе 12 витаминов и 12 эссенциальных микроэлементов. Препарат использовали

в течение 14 дней в дозе 1 таблетка в сутки. При исходном уровне исследованных микроэлементов у обследованных детей с гипомикроэлементозом- железа в среднем 7.36 ± 0.41 мкмоль/л, цинка – 7.04 ± 0.30 мкмоль/л и меди 5.11 ± 0.30 мкмоль/л за 14 дней применения данного препарата уровень железа в сыворотке крови у обследованных детей возрос в среднем до 14.0 ± 0.32 мкмоль/л, уровень цинка у обследованных детей возрос в среднем до 12.8 ± 0.40 мкмоль/л и уровень меди в сыворотке крови возрос в среднем до 11.9 ± 0.29 мкмоль/л. Следовательно, использование указанного полимикроэлементного препарата обеспечивает увеличение за время лечения уровня железа в 1.9 раза, увеличение уровня цинка в 1.8 раза и увеличение меди в сыворотке крови за время лечения в 2.3 раза, а в целом коррекцию изученного микроэлементного статуса у обследованных детей до физиологической нормы.

Выводы. В коррекции сочетанных гипомикроэлементозов, обусловленных недостаточностью эссенциальных микроэлементов-железа, цинка и меди, целесообразно применение комплексных полимикроэлементных препаратов, например, Тотема, обеспечивающих высокую биодоступность указанных биометаллов в силу синергического характера взаимодействия этих микроэлементов."

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИТАМИННО-МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО УСИЛЕНИЯ ТЕРАВИТ В КОРРЕКЦИИ НУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Наджимитдинова М.А., Халдарбекова М.А., Халдарбеков М.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В детском возрасте часто выявляется феномен дефицита различных микронутриентов-витаминов, микроэлементов, обусловленный акселеративными процессами, биогеохимическими особенностями условий проживания. Наличие таких нутриентных дефицитов диктует необходимость патогенетической коррекции их у детей, что возможно путем обогащения диет данными микронутриентами, путем фортификации распространенных продуктов питания микронутриентами, дефицит которых обусловлен особенностями природной среды, например, йода или железа, либо путем медикаментозной коррекции.

Цель. Изучить эффективность применения препарата Теравит, представляющий собой препарат витаминно-микроэлементного усиления, содержащий в своем составе полный комплекс витаминов и минералов в коррекции нутриентной недостаточности у детей пубертатного возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 детей обоего пола пубертатного возраста, у которых при биохимическом обследовании выявлялось снижение содержания железа и меди в сыворотке крови ниже нижней границы нормативного референтного интервала, установленного ВОЗ для детей пубертатного возраста. Содержание железа и меди в сыворотке крови анализировали с использованием коммерческих наборов Био-Ла-Тест «Железо», «Медь» (Чехия).

Результаты и обсуждение. Для коррекции недостаточности микроэлементов у обследованных детей использовали мультиэлементный препарат Теравит, содержащий в своем составе 12 витаминов и 12 эссенциальных микроэлементов. Препарат использовали в течение 14 дней в дозе 1 таблетка в сутки во время еды. При исходном уровне исследованных микроэлементов у обследованных детей - железа в среднем 7.36 ± 0.41 мкмоль/л, меди 5.11 ± 0.30 мкмоль/л за 14 дней применения данного препарата уровень железа в сыворотке крови у обследованных детей возрос в среднем до 14.0 ± 0.32 мкмоль/л, уровень меди в сыворотке крови возрос в среднем до 11.9 ± 0.29 мкмоль/л. Следовательно, использование указанного мультиэлементного препарата обеспечивает

увеличение за время лечения уровня железа в 1.9 раза, увеличение меди в сыворотке крови за время лечения в 2.3 раза, а в целом коррекцию изученных микроэлементов у обследованных детей до физиологической нормы.

Заключение. В коррекции нутриентной недостаточности, обусловленной дефицитом эссенциальных микроэлементов-железа, меди, целесообразно применение комплексных мультиэлементных препаратов, например, Теравит, обеспечивающих высокую биоусвояемость указанных микроэлементов в силу синергического характера взаимодействия этих микроэлементов."

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Остраух А.В., Тихонова Д.А.

Научный руководитель: Леденев Б.Б.

Волгоградский государственный медицинский университет

Неспецифический язвенный колит (НЯК) является одним из малоизученных заболеваний в педиатрии и медицине в целом. Уровень заболеваемости язвенным колитом у детей колеблется от 1 до 4 случаев на 100 000 человек в Европе, что составляет 15-20% от больных язвенным колитом всех возрастов. Данные о распространенности язвенного колита в России ограничены [1].

Несмотря на многолетние исследования, этиология заболевания является неясной. Среди большого количества теорий НЯК наибольшее распространение получили: аутоиммунная, инфекционная, генетическая и психогенная. Единая причина возникновения язвенного колита в наше время неизвестна [2].

Неспецифический язвенный колит остается достаточно трудным заболеванием для диагностики, так как имеет разные формы течения, богат вариабельностью симптомов, так же имеет различные варианты ответа на терапию.

Поиск специфических методов диагностики и эффективного лечения является одной из главных задач детской гастроэнтерологии. Как и при многих заболеваниях, выбор и эффективность терапии неспецифического язвенного колита зависит от специфики течения, тяжести и активности патологического процесса.

Таким образом, в настоящее время представляется актуальным изучение особенностей течения, причин и патогенеза неспецифического язвенного колита в педиатрии.

Цель. Проанализировать особенности клинического течения, данные лабораторных и инструментальных методов исследования у детей с язвенным колитом по материалам гастроэнтерологического отделения ГУЗ «Детская клиническая больница №8».

Задачи.

1. Оценить особенности клинического течения язвенного колита у детей на различных стадиях заболевания.
2. Рассчитать педиатрический индекс активности язвенного колита у детей анализируемой группы.
3. Оценить особенности лабораторных данных при язвенном колите у детей.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели нами были проанализированы 24 истории болезни детей с язвенным колитом, которые находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГУЗ «Детская клиническая больница №8» г. Волгограда за период с 2015 по 2016 год. Диагноз был установлен на основании клинических, лабораторных, инструментальных данных в соответствии с принятыми стандартами.

По возрастно-половому признаку пациенты разделились следующим образом: среди исследуемых было 12 девочек(50 %) и 12 мальчиков(50%) в возрасте от 2 до 14 лет, среди которых дети раннего детского возраста (от 1 до 3 лет) – 2 человека(8,3%), дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) – 7 человек(29,2%), младшего школьного возраста (от 7 до 12 лет) – 9 человек(37,5%), старшего школьного возраста (от 13 до 25 лет) – 6 человек(25%).

У всех госпитализируемых больных, помимо оценки клинических, лабораторно-инструментальных методов, рассчитывался педиатрический индекс активности язвенного колита (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: PUCAI).

Статистическая оценка полученных результатов производилась с использованием программы для обработки IBM SPSS Statistics 22.

Анализ результатов. Проанализировав жалобы всех детей с диагнозом язвенный колит, которые были госпитализированы в гастроэнтерологическое отделение ГУЗ «ДКБ №8» г. Волгограда, было выявлено, что наиболее часто встречаются абдоминальный болевой синдром(20 человек – 83,3%) и астеновегетативный (20 человек - 83,3%); диспепсический синдром в виде неустойчивого стула отмечается у 13 человек(54,2%), тогда как примесь крови в кале, видимая невооруженным глазом у 10 человек(41,7%).

При оценке данных анамнеза и клинической картины пациентов обращает на себя внимание носительство цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) у 4 человек(17%).

Отмечается частая встречаемость сопутствующих поражений желудка и двенадцатиперстной кишки в виде хронических гастритов и гастродуоденитов у 71% детей (17 человек), у 4 из них (17%) процесс носил эрозивный характер, что было подтверждено при эндоскопическом исследовании.

Интересен тот факт, что при анализе лабораторных данных помимо характерных для язвенного колита показателей, а именно: повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ – у 13 человек – 54,2%), анемия (у 10 человек – 41,7%), тромбоцитоз (у 7 человек – 29,2%), лейкоцитоз (у 11 человек – 45,8%), были зафиксированы случаи тромбоцитопении у 5 человек (21%).

Всем детям была проведена оценка педиатрического индекса активности язвенного колита (Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: PUCAI), которая выявила следующие результаты: ремиссия (до 10 баллов по критериям PUCAI) у 2 человек – 8,3%; минимальная степень активности, соответствующая легкой атаке (от 10 до 34 баллов) у 14 человек(58,3%); умеренная активность, соответствующая среднетяжелой атаке (от 35 до 64 баллов) у 8 человек (33,3%).

Выводы. Таким образом, оценка педиатрического индекса активности язвенного колита показала, что большинство детей имеет минимальную степень активности заболевания, соответствующую легкой атаке. Из особенностей клинической картины и лабораторно-инструментальных данных обращает на себя внимание сочетание язвенного колита с хроническими гастритами и гастродуоденитами, носительство ЦМВИ и высокая частота встречаемости тромбоцитопении в детском возрасте.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации. Язвенный колит у детей. Союз педиатров России / - М., 2016. - 53 с.
2. Педиатрия /Национальное руководство. В 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, серия «Национальное руководство» . 2009. - Т.1. – с.774-775.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Пьянкова М.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Сафронова Л.Е.
Уральский государственный медицинский университет

Введение. Актуальность проблемы воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) обусловлена возрастающей распространенностью, особенно среди лиц молодого возраста, прогрессирующим течением этих заболеваний, частыми рецидивами, наличием внекишечных проявлений и осложнений, ранней инвалидизацией, что значительно ухудшает качество жизни (КЖ) данной группы пациентов.

Качество жизни — интегральная характеристика здоровья ребенка, основанная на его субъективном восприятии и способности адаптироваться к проявлениям болезни [2]. В зарубежной педиатрии показатель КЖ включен в стандарты обследования больных, так как он позволяет оценить эффективность лечения, профилактических и реабилитационных мероприятий, прогноз заболевания, а также определить комплексное влияние хронической патологии на детей (на их физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование) [3].

Цель исследования — дать комплексную оценку течения ВЗК у детей, изучить КЖ данной группы больных.

Материал и методы. В исследовании проведен ретро- и проспективный анализ данных историй болезни пациентов с диагнозами язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ОДКБ №1 г. Екатеринбурга, в период с 2014 по 2017гг. В группу наблюдения вошли 39 пациентов в возрасте от 3 до 17 лет, медиана возраста — $11,7 \pm 3,9$ лет. Пациенты с ЯК ($n=27$) составили 69,2%, а с БК ($n=12$) — 30,8%. Всем детям проведено комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование.

С целью изучения КЖ пациентов с ВЗК в исследовании использовался международный специализированный опросник IBDQ, включающий 4 раздела.

Статистическая обработка результатов проводилась в программе McExcel с расчетом средних величин (M , Me , m , δ), критериев Стьюдента (t) и хи-квадрат (χ^2) для оценки достоверности различий, оценивался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты и обсуждение.

Возраст пациентов с БК на момент исследования — от 6 до 17 лет, медиана возраста — $11,7 \pm 3,9$ лет. В группе больных с ЯК были дети в возрасте от 4 до 17 лет, медиана возраста — $11,9 \pm 4$ лет. Средний возраст дебюта заболевания в изучаемой когорте пациентов пришелся на младших школьников, причем при БК дебют оказался более ранним ($5,9 \pm 3,4$ года), чем при ЯК ($9,5 \pm 3,9$ лет), ($t=2,03$, $p>0,05$, различия статистически не значимы). Средний срок продолжительности заболевания опрошенных лиц с БК составил $4,8 \pm 3,5$ года, с ЯК — $2,9 \pm 2,6$ лет, ($t=2,03$, $p>0,05$ различия). Соотношение мальчиков и девочек в группе пациентов с БК равно 1:1, в группе ЯК — 1,7:1.

В клинической картине группы БК преобладали следующие симптомы: абдоминальные боли (66,7%), диарея (75%), повышение температуры тела от $37,5^\circ$ до 39° (66,7%), примесь крови в стуле — в 33,3% случаев. Для больных с ЯК более характерными были примесь крови в стуле (81,5%), болевой синдром (70,4%), диарея (55,6%), астенический синдром (51,9%). Следует отметить, что статистически достоверно чаще лихорадка встречалась при БК, чем при ЯК ($\chi^2=4,7$, $p<0,05$), а примесь крови в стуле в 4,5 раза чаще регистрировалась у пациентов с ЯК ($\chi^2=8,67$, $p<0,01$).

На момент анкетирования проводилась оценка клинической активности заболеваний по педиатрическим индексам болезни Крона (PCDAI) и язвенного колита (PUCAI).

Среди пациентов с ЯК большинство (66,7%) имели умеренную степень активности заболевания, низкая степень определялась у 33,3%, высокой активности заболевания зарегистрировано не было. При БК в 28,6% находились в ремиссии, с той же частотой встречались пациенты с высокой степенью активности заболевания (28,6%), остальные имели минимальную активность БК (42,8%).

При проведении исследования КЖ пациентов с ВЗК было опрошено 13 детей. На основании полученных данных выявлено, что КЖ в группе исследуемых пациентов с ВЗК снижено по всем показателям (кишечным, системным, социальным и эмоциональным). При этом общий балл у пациентов с БК был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных ЯК. Данное обстоятельство может быть связано с тем, что наибольшая тревога и внутренняя эмоциональная напряженность возникает у пациентов при появлении гемоколита, который достоверно чаще ($\chi^2=8,67$, $p < 0,01$) встречался у пациентов с ЯК.

Как показали результаты, прежде всего, страдала психоэмоциональная сфера (у пациентов с БК показатель снижен на 17,5%, с ЯК - на 31,5%), затем кишечные функции (у пациентов с БК показатель снижен на 9,4%, с ЯК - на 27,4%).

При определении качества жизни пациентов в зависимости от степени активности процесса и продолжительности заболевания не было выявлено статистически значимой связи ($r = -0,36$, $p > 0,05$ и $r = 0,05$, $p > 0,05$ соответственно).

Выводы.

1. В ходе проведенного исследования выявлено снижение КЖ по всем показателям (кишечным, системным, социальным и эмоциональным).

2. Общий балл, а также показатели кишечного и эмоционального фактора у пациентов с ЯК был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у больных БК.

3. Определение КЖ является важным компонентом ведения больного и дает ценную информацию о физическом, социальном и психологическом состоянии пациента.

Список литературы.

1. Новик, А. А. Исследования качества жизни в клинической медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова // Вестн. национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2006. – Т. 1, №1. – С. 96-99.

2. Потапов, А.С. Клиническая картина, диагностика и лечение язвенного колита: Российский педиатрический консенсус / А. С. Потапов, Э. И. Алиева, Т. В. Габрузская // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – Т. 12, №3. – С. 10.

3. Сурков, А. Н. Результаты оценки качества жизни детей с печеночной формой гликогеновой болезни / А. Н. Сурков, В. В. Черников, А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, А. С. Потапов, И. В. Винярская // Педиатрическая фармакология. – 2013. – Т. 10, №4. – С. 90-94.

НЕДИФФЕРЕНЦИРУЕМАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПОДРОСТКОВ

Салимова А.Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Некрасова Л.В.

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

В настоящее время проблемой является обоснованность медикаментозного вмешательства в жизнь и здоровье подростков с внешними признаками дисплазии соединительной ткани. В какой степени жалобы подростков с этими признаками отражают необходимость этого вмешательства?

Цель работы: изучить самооценку здоровья подростков при наличии внешних признаков недифференцируемой дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Материалы и методы: Объектом исследования являлись школьники 8-10 классов школ г. Перми с НДСТ, которые были выявлены после анкетирования и последующего врачебного осмотра и антропометрических измерений. Все обследуемые подростки и их родители дали письменное согласие на обследование. Наличие НДСТ определяла на основании внешних диагностических критериев, предложенных Нечаевой Г.И. и Викторовой И.А.

Результаты и обсуждения: Обследовано 243 воспитанника с малыми и главными признаками ДСТ. Это были 142(58%) девочки и 101(42%) мальчик. Жалобы на боли в области сердца выявились у 87 обследуемых (35%), жалобы на сердцебиение у 77 человек (32%), на утомляемость и слабость к концу дня у 163 человек (67%), угнетенное состояние у 179 детей (74%), затруднение дыхания в покое или при физической нагрузке у 47 человек (19%), головокружение у 119 человек (49%), случай потери сознания у 32 детей (13%)

Наиболее часто ассоциируется с высокой частотой изучаемых жалоб такие главные признаки НДСТ, как:

1. «симптом запястья» (угнетённое состояние -53%, утомляемость, слабость к концу дня-52%, головокружение-37%);
2. эпигастральный угол грудной клетки менее 90 градусов (угнетенное состояние - 60%, утомляемость, слабость к концу дня-59%, головокружение-40%, жалобы на боли в области сердца -37%);
3. Наклон вперед при фиксации коленных суставов, при котором ладони достигают до пола (угнетенное состояние-52%);
4. сколиоз грудной клетки (утомляемость, слабость к концу дня-53%, головокружение-38%).

Закключение: Более распространенная жалоба у подростков с НДСТ-периодически возникающее угнетенное состояние и утомляемость, слабость к концу дня. «Симптом запястья», эпигастральный угол грудной клетки менее 90 градусов, наклон вперед при фиксации коленных суставов и сколиоз грудной клетки ассоциируются с самой высокой частотой изучаемых жалоб.

Список литературы.

1. Аббакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. Методические рекомендации / Л.Н. Аббакумова. – Санкт - Петербург: СПбГПМА, 2006. – 45 с.
2. Баранов В.С. Генетика и эпигенетика дисплазий соединительной ткани / В.С. Баранов // Педиатрия. – 2013. – Т. 92, №4. – С. 10 – 26.
3. Громова О.А. Механизмы воздействия магния и пиридоксина на структуру и свойства соединительной ткани как основание для магниальной терапии 100 дисплазии соединительной ткани / О.А. Громова, И.Ю. Торшин, Е.Ю. Егорова // Лечащий врач. – 2010. – №8. – С. 71 – 76.
4. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – №2. – С. 22 – 28.
5. Земцовский Э.В. Общая характеристика наследственных нарушений (дисплазий) соединительной ткани / Э.В. Земцовский, В.Н. Горбунова // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. – 2013. – №4. – С. 47 – 55.
6. Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазия соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. –Омск: Бланком, 2007. -С.188.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СПАЛЬНОМ РАЙОНЕ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

Самкина О.Н., Водовозова Э.В., Леденева Л.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Железодефицитная анемия (ЖДА) является полиэтиологичным заболеванием, возникновение которого связано с дефицитом железа (ДЖ) в организме из-за нарушения его поступления, усвоения или повышенных потерь и характеризующимся микроцитозом и гипохромной анемией. Железодефицитные состояния (ЖДС) широко распространены во всех странах мира. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дефицит железа (ДЖ) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека. Эксперты ВОЗ проделали большую работу, в результате которой было показано, что анемия чаще встречается в развивающихся странах, наиболее подвержены анемии две группы населения – дети раннего возраста и беременные женщины

В России, по данным разных авторов, железодефицитная анемия регистрируется у 6-40% детского населения в зависимости от региона проживания. Региональные статистические данные довольно сильно разнятся, и их трудно однозначно интерпретировать. Наибольшая степень распространения ЖДС отмечается на территориях Восточной Сибири, Кемеровской области и городах Уральского региона - 20-43%, наименьшая – в Москве и Московской области - от 10,7 до 15,0% , 12,4 % в Кабардино-Балкарии, 10,7 % в Саранске.

Цель исследования: оценить эпидемиологию ЖДА у детей раннего возраста, проживающих в спальном районе г. Ставрополя.

Задача исследования: определить распространенность анемии у детей раннего возраста, степень тяжести заболевания в зависимости от пола, возраста и вскармливания ребенка.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт детей раннего возраста, проживающих в спальном районе г. Ставрополя с 2012 по 2016 годы. Оценивались данные обменной карты матери, гемограмм, проводимых в декретированные сроки, диспансерного осмотра детей специалистами. База исследования – детское отделение ГАУЗ СК «ГП № 3» г. Ставрополя.

Результаты. В результате исследования определено, что ЖДА страдает 134 (6,9%) детей спального района. Все дети разделены на группы согласно полу, возрасту, степени тяжести анемии. В нашем исследовании мальчики превалировали над девочками – 98 (73,1%) и 26 (26,9%) соответственно. Изучая возрастную структуру, оказалось, что у 98 (73,1%) детей была диагностирована на первом году жизни, у 33 (24,6%) - на 2-м году жизни, у 3 (2,3%) детей на - 3-м году жизни. У 125 (93,3%) детей диагностирована ЖДА 1 степени тяжести, у 7 (5,2 %) - ЖДА 2 степени тяжести, у 2 (1,5 %) - ЖДА 3 степени.

Анализируя течение беременности у матерей в исследуемых группах детей установлено, что физиологически беременность протекала у 16 (12,0 %) женщин. У всех остальных течение беременности было отягощено генитальной и экстрагенитальной патологией. У 23 (17,1%) женщин беременность протекала на фоне анемии различной степени тяжести, а также патологии беременности, которая приводила к нарушению маточно-плацентарного кровообращения – токсикоз - 8 (5,9%) женщин, угроза прерывая - 28 (20,9%), хроническая фетоплацентарная недостаточность - 64 (47,6%) беременных. Соматическая патология зарегистрирована у 53 (39,5%) женщин.

Физиологически роды протекали у 49 (36,5%) женщин. Операции КС, при которой кровопотеря всегда больше, чем при физиологических родах, были подвергнуты 29 (21,0 %) рожениц. Послеродовые кровотечения, наложение щипцов и вакуум-экстракция плода в нашем случае были единичные – по 2 (1,5%) случая соответственно.

Диагноз анемии 1 степени выставлен 125 (93,3%) больным. Превалировали мальчики - 92 (73,6 %), девочки - 33 (26,4 %). Средний возраст дебюта анемии – 8,1 мес. Средний уровень гемоглобина – 104,3 г/л. На грудном вскармливании находились 11 (8,8%) детей, на искусственном 15 (12,0 %) и на смешанном - 99 (79,2 %). Диагноз «здоров» при рождении выставлен 80 (64,0 %) детям, несовместимость по АВ0-системе и Rh-фактору наблюдалась в 4 (2,9%) случаях, 4 ребенка (2,9%) имели кефалогемомы различной локализации, у 2 (1,6%) новорожденных отмечалась гемолитическая желтуха за счет рассасывания внутрикожных гематом. Анемия во время беременности была диагностирована у 20 (16,0 %) женщин.

Диагноз ЖДА 2 степени выставлен 7 (5,2%) больным. Мальчиков - 4 (57,0 %), девочек - 3 (43,0 %). На грудном вскармливании находился 1(14,2%) ребенок, на искусственном – 2 (28,5%), на смешанном – 3 (42,8%) Средний возраст дебюта анемии – 8,6 мес. Средний уровень гемоглобина – 86,1 г/л. Диагноз «здоров» при рождении выставлен 3 детям (43,0%). Анемию беременных диагностировали у 3 (42,8%) матерей.

Диагноз анемии 3 степени выставлен 2 (1,5%) мальчикам. Все дети находились на смешанном вскармливании. Средний возраст дебюта анемии – 20,5 мес. Средний уровень гемоглобина – 57 г/л. Дети были здоровы при рождении. Анемию во время беременности не установили ни у одной матери.

В возрасте 1-го года дети планово осматриваются специалистами. Здоровыми на момент осмотра оказались 18 (15,9%), у 25 (22,1 %) детей впервые выявлена анемия, различная патология сердечно-сосудистой системы зарегистрирована у 67 (59,2%) детей, патология нервной системы – у 30 (26,5%) детей, 21(15,6 %) ребенок не были осмотрены специалистами по различным причинам. Следует отметить, что у некоторых детей имело место сочетание диагнозов.

Заключение. Все вышесказанное позволяет сделать вывод, что распространенность железодефицитной анемии в спальном районе г. Ставрополя составила 6,9 %, что несколько ниже, чем в других регионах РФ. В 73,1% анемия диагностируется на 1 году жизни у мальчиков, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, причем степень тяжести заболевания прогрессирует с возрастом ребенка.

ЦИТОКИНОВЫЙ ОТВЕТ У ПОДРОСТКОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В СОЧЕТАНИИ С ПОЛЛИНОЗОМ

Соколова М.О.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Алеманова Г.Д.
Оренбургский государственный медицинский университет

На данный момент взаимосвязь между тяжестью бронхиальной астмы и интенсивностью воспаления до конца не установлена. Целью исследования является изучение особенностей цитокинового ответа у подростков, больных бронхиальной астмой и подростков при сочетании бронхиальной астмы и поллиноза. Для изучения цитокинового ответа, исследовалась сыворотка крови пациентов, а именно показатели ИЛ-4, ИЛ-1В и JgE.

Материалы и методы. Обследовано 2 группы пациентов, находящиеся в стадии ремиссии. Группа А – подростки(n=11) с бронхиальной астмой средней степени тяжести. Группа Б – подростки (n=12) с бронхиальной астмой средней степени тяжести в сочетании с поллинозом. Содержание ИЛ-4, ИЛ-1В и JgE в сыворотке крови определяли методом ИФА с использованием коммерческих тест-систем. Полученные данные обработаны статистическими методами с использованием программы «Биостатистика». Выявление статистически значимых различий в сравниваемых группах осуществлялось на основе t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения. У всех больных, в двух группах, исходные значения ИЛ-4, IL-1В и JgE выше нормы. Сравнив две группы, по данным трем показателям (группа А:Б: ИЛ-4 $136,9 \pm 7,26$ пг/мл : $204,28 \pm 8,12$ пг/мл; IL-1В $67,02 \pm 3,17$ пг/мл : $53,34 \pm 4,59$ пг/мл; JgE $185,57 \pm 5,72$ пг/мл : $380,92 \pm 7,57$ пг/мл) можно сказать с высоким уровнем достоверности ($p < 0,001$), о том что уровень цитокинового ответа выше у исследуемых в группе Б, т.е. у группы пациентов страдающих бронхиальной астмой в сочетании с поллинозом. Так же, в данных группах исследовались показатели ИЛ-4, IL-1В и JgE после проведенной трехмесячной терапии. Пациенты группы А – получали базисную терапию. Пациенты группы Б – получали базисную терапию совместно с гипокситерапией. По данным показателей, с высоким уровнем достоверности ($p < 0,001$), можно говорить о более интенсивном снижении цитокинового ответа у больных группы Б, получаемых базисную терапию совместно с гипокситерапией. В дальнейшем планируется изучить цитокиновый ответ у пациентов группы А на проведение терапии, как применялось для подростков группы Б.

Заключение. Изучив особенности цитокинового ответа, можно сказать, что у пациентов группы Б, страдающих бронхиальной астмой в сочетании с поллинозом, более выраженная степень иммунного ответа, в сравнении с пациентами страдающими только бронхиальной астмой (группа А). Исходя из этого, нужно вести более тщательное наблюдение за пациентами с формированием атопического марша. Так же, стоит обратить внимание на эффективность применения гипокситерапии в лечении пациентов страдающих сочетанной патологией.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации «Бронхиальная астма у детей» 2016г. Союз педиатров России. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

Соколова Я.О., Алёхина Н.А.

Научный руководитель: Аракельян Р.С.

Астраханский государственный медицинский университет

Генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен, несколько лет назад сказала: "Паразитарные болезни – это не новые “пугающие” заболевания. Эта “невидимая” патология постоянно присутствует среди бедных слоев населения, вызывая неизмеримые страдания. Число больных с трудом поддается подсчету, хотя и исчисляется миллионами

Согласно расчетам специалистов Всемирной организации здравоохранения, среди ведущих причин ущерба, наносимого человечеству всеми болезнями и травмами, на четвертом месте стоят кишечные гельминтозы. Более 90% всей паразитарной инвазии приходится на детей.

Эхинококкозы - хронически протекающие гельминтозы, характеризующиеся деструктивными поражениями печени, легких и других органов, аллергизацией организма и тяжелыми осложнениями, часто приводящими к инвалидности и смерти

Цель: Охарактеризовать современную ситуацию по эхинококкозу у детей в Астраханской области за 2008 – 2015 гг.

Материалы и методы. На территории Астраханской области с 2008 по 2015 гг. зарегистрировано 72 случая эхинококка у человека. Тенденция к увеличению числа случаев отмечается с 2011 г., когда в регионе было зарегистрировано 10 сл. (13,9%), 2014 г. – 17 сл. (23,6%), 2015 г. – 11 сл. (15,3%).

Результаты исследования. Заболевание регистрировалось во всех возрастных группах. Так, на долю детей в возрасте до 17 лет приходилось 12 сл. (16,7%). Наиболее часто эхинококкоз регистрировался у детей школьного возраста – 10 сл. (83,3%). В единичных случаях (по 8,3%) эхинококкоз регистрировался у девочек в возрасте 5 и 6 лет. В половом соотношении: девочки – 10 сл. (83,3%), мальчики – 2 сл. (16,7%). Наиболее часто паразит поражал печень – 66,7% (8 сл.), в 33,3% (4 сл.) отмечалось сочетанное поражение печень+легкое. Половина всех больных – 50% (6 чл.) предъявляли жалобы на боль в предполагаемом месте локализации паразита, в единичных случаях – по 8,35% (по 1 чл.) пациенты отмечали тяжесть в области печени и тошноту. В остальных случаях – 33,3% (4 чл.) – жалобы отсутствовали.

Длительность течения заболевания от момента появления первых симптомов и признаков до обращения за медицинской помощью и постановкой правильного диагноза, составляла меньше 1 месяца – 50% и 1 месяц – 33,3%. В остальных случаях, длительность заболевания составляла 2 месяца и 1 год – по 8,35%. По профессиональной занятости: школьники – 41,7%, студенты – 33,3%, дошкольники – 16,65% и учащийся СУЗа – 8,35%. При сборе эпиданамнеза было выявлено, что все дети (100%) имели постоянный контакт с домашними или бродячими собаками, которые не были дегельминтизированы. Все заболевшие дети, в основном были местными жителями – 91,7% и проживали как в городской – 66,65%, так и в сельской местностях – 25%. Одна девочка 5 лет (8,35%) находилась на стационарном лечении в Астрахани проездом из Республики Казахстан. Среди городских жителей, наиболее часто эхинококкоз регистрировался у детей, проживающих в Советском районе – 75%. В единичных случаях – по 12,5% дети проживали в Ленинском и Трусовском районах г. Астрахани. Среди районов Астраханской области эхинококкоз регистрировался у детей, проживающих в Красноярском – 2 чл. и Володарском районах – 1 чл.

Диагноз был подтвержден методом ИФА для выявления иммуноглобулинов класса М и G к антигенам однокамерного эхинококка (ЗАО «Вектор-Бест», г. Ростов) – 83,3% (10 чл.). В диагностике заболевания применялись и другие методы: УЗИ – 100% (12 чл.), гистологический метод – 41,7% (5 чл.), метод КТ и рентгенологический метод – по 33,3% (по 4 чл.), микроскопический метод – 25% (3 чл.), методы МСКТ и РКТ – по 8,35% (по 1 чл.).

Выводы: В последние годы число случаев заражения человека эхинококком продолжает увеличиваться, о чем свидетельствуют местные случаи заражения. При этом поражает паразит не только в печени, но и легкие. Заболеванию подвержены лица, имевшие постоянный контакт с недегельминтизированными собаками. Заболеванию подвержены люди различного возраста и профессий. В диагностике эхинококкоза главную роль играют комплексные методы ИФА и УЗИ.

СЛУЧАЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ИНФЕКЦИОНИСТА

Сотирова А.А.

Научный руководитель: Маркосян Н.С.

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

В настоящее время инфекционные заболевания распространены достаточно широко, наносят обществу значительный социально-экономический ущерб. Герпетические инфекции – одни из более часто встречающихся вирусных заболеваний [1,2]. Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – острое инфекционное заболевание, обусловленное вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирусом (ЦМВ) и другими возбудителями, с поражением ретикулоэндотелиальной и лимфатической систем, лихорадкой, тонзиллитом,

полиаденитом, увеличением печени и селезенки, наличием атипичных мононуклеаров. До 60% заболевших ИМ – это лица в возрасте 2 – 20 лет. В большинстве случаев острая ЦМВ-инфекция протекает бессимптомно или в виде признаков острой респираторной вирусной инфекции. При массивном инфицировании и/или наличии иммунодефицита развивается картина ИМ [2].

Материал и методы: изучение клинических проявлений цитомегало-вирусной инфекции в Республике Мордовия по данным ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская инфекционная клиническая больница» (РИКБ).

Результаты и обсуждение. Приводим пример клинического наблюдения инфекционного мононуклеоза, вызванного цитомегаловирусом:

Больной Б., 2 года 8 месяцев, поступил 6.09. с жалобами на сухой кашель, насморк, заложенность носа, вялость, повышение температура тела до 38,7оС, похрапывание во сне, уменьшение количества мочи, снижение аппетита.

Анамнез заболевания: заболел 2.09., когда повысилась температура до 38,6о С, появился насморк. Осмотрен участковым педиатром, назначен деринат, гексорал. В последующие дни температура тела сохранялась на цифрах 38,2 – 38,5о С. Ночью 6.09. температура тела повысилась до 39,4о С. Бригадой скорой помощи доставлен в РИКБ, госпитализирован с предварительным диагнозом: Острая респираторная вирусная инфекция. Острый бронхит. Эпидемиологический анамнез: мама отмечает контакт с детьми, больными острыми респираторными инфекциями.

Объективно: общее состояние средней тяжести за счет интоксикации, сознание ясное. Эмоциональный тонус в норме. Менингеальные знаки отрицательные, вяловат. Кожные покровы бледно-розовые, заеды в углах рта, инъекция сосудов склер. Носовое дыхание затруднено. В зеве – умеренная гиперемия. Миндалины первой степени гипертрофии, налетов нет. Подчелюстные, переднешейные лимфоузлы диаметром 1,5 см, подвижны, безболезненны при пальпации. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 25 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Диурез снижен, стул оформленный.

Выставлен клинический диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция? Острый бронхит, мононуклеозоподобный синдром?

В общем анализе крови от 6.09.: лейкоциты – 23,1х10⁹/л, эритроциты – 5,4х10¹²/л, гемоглобин – 131 г/л, тромбоциты – 185х10⁹/л, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, палочки – 6%, лимфоциты – 20%, моноциты – 2%, СОЭ – 10 мм/час. Биохимический анализ крови от 7.09.: билирубин общий – 9,3 мкмоль/л, АЛТ – 27 ЕД/л, АСТ – 70 ЕД/л, тимоловая проба – 1,96 ед., мочевины – 2,9 ммоль/л, креатинин – 30 мкмоль/л, С-реактивный белок – 28,5 мг/л, серомукоид – 176,4 мг/л.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 6.09.: гепатоспленомегалия, признаки холангита. Рентгенологическое исследование легких от 6.09.: легкие и органы средостения в пределах возрастной нормы.

Назначена противовирусная (арбидол, виферон), антибактериальная (цефтриаксон), патогенетическая (кальция хлорид), противовоспалительная (дексаметазон), метаболическая (рибоксин), симптоматическая терапия (амбробене, ксилен).

В общем анализе крови от 11.09.: лейкоциты – 8,9х10⁹/л, эритроциты – 5,46х10¹²/л, гемоглобин – 132 г/л, тромбоциты – 191х10⁹/л, нейтрофилы – 40%, лимфоциты – 49%, моноциты – 10%, эозинофилы – 1%, СОЭ – 5 мм/час.

Биохимический анализ крови от 11.09.: общий белок – 79 г/л, альбумины – 48,94%, глобулины: α1 – 6,2%, α2 – 15,15%, β1 – 7,75%, β2 – 6,45%, γ – 15,51%, А/Г – 0,96, билирубин общий – 18,2 мкмоль/л, АЛТ – 25 ЕД/л, АСТ – 36 ЕД/л, тимоловая проба – 1,96 ед., мочевины – 2,9 ммоль/л, креатинин – 30 мкмоль/л, С-реактивный белок – 4 мг/л, серомукоид – 110 мг/л, фибриноген – 3,63 г/л, протромбин – 108%.

В анализе крови от 7.09. обнаружены IgM к ЦМВ (1:200), IgG к ЦМВ (1:400), индекс авидности 68%. Анализ крови на ВЭБ от 12.09.: антитела к ВЭБ: EA-IgG (-), NA-IgG (+), VCA-IgG (+), VCA-IgM (-), индекс авидности 98%.

Учитывая анамнез заболевания, клинические проявления, данные лабораторных методов исследования, выставлен клинический диагноз: Инфекционный мононуклеоз, вызванный цитомегаловирусом, средней степени тяжести.

На фоне проведенного лечения состояние больной улучшилось: на 2-й день стационарного лечения ребенок стал более активным, на 6-й день носовое дыхание свободное, ночной храп прекратился, размеры печени пришли в норму, на 8-й день температура нормализовалась. На 9-й день – шейные лимфоузлы уменьшились до 0,5 см, прекратился кашель, гиперемии в зеве нет. На 10-й день выписан с улучшением под наблюдение врача-педиатра.

Заключение. Данный клинический случай характеризует многообразие проявлений цитомегаловирусной инфекции и ее этиологический вклад в развитии инфекционного мононуклеоза у детей.

Список литературы.

1. Альмяшева, Р. З. Побочные эффекты противовирусной терапии хронического вирусного гепатита С / Р. З. Альмяшева, Л. В. Архипова, Н. П. Амплеева, Н. С. Маркосян, В. Ф. Павелкина, В. Н. Игнатьев // Медицинский альманах. – 2012. – №3. – С. 88 – 90.
2. Маркосян, Н. С. Клинико-эпидемиологические аспекты инфекционного мононуклеоза в Республике Мордовия / Н. С. Маркосян, Ю. Ю. Юрлова, Н. П. Амплеева, Р. З. Альмяшева, В.Н. Игнатьев // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2014. – Т. 16 (12). – С. 37–40.
3. 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.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ВИЧ ИНФИЦИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Султанов С.А., Рахимов Д.Б., Жумаев О.А.

Научный руководитель: к.м.н. Абсадыкова Ф.Т

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский специализированный научно -практический медицинский центр, Узбекистан

Введение. Туберкулез и ВИЧ инфекция в настоящее время является глобальной проблемой медицины[1,3]. Своевременная диагностика определяет успех лечения, так как ошибочная тактика выбора АРВТ приводит к развитию синдрома иммуноконституции нередко заканчивающиеся летальностью [2].

В настоящее время остаются не разработанными четкие критерии длительности интенсивного этапа лечения туберкулеза у больных с сочетанной ВИЧ инфекцией. Имеющиеся критерии определения активности туберкулезного процесса нередко сглаживаются за счет симптомов ВИЧ инфекции. Исходя из вышеуказанного считаем необходимым разработать четкие клинические и биохимические показатели активности туберкулеза у ВИЧ инфицированных лиц.

Цель исследования: Разработка клинических параметров присоединения АРВТ к противотуберкулезной терапии у ВИЧ инфицированных детей.

Материалы и методы: С целью определения эффективности лечения детей больных с ТБ/ВИЧ нами были анализированы истории болезни и амбулаторно

диспансерных карты 78 детей лечившихся в детском отделении центре фтизиатрии и пульмонологии в с 2010 по 2016гг. Интенсивный этап комплексного лечения проводился в стационаре в течении 2-3 месяцев отдельными противотуберкулезными препаратами.

После клинико-рентгенологического обследования у большинства детей был диагностирован диссеминированный туберкулез легких (24,3%), у 7,7% генерализованный первичный туберкулез, у 12,3% туберкулез в/г л/узлов и у 9,1% внелегочные формы туберкулеза.

Тяжелая степень иммунодефицита установлена у 14,1% детей, прогрессирующая у 74,4%, умеренная лишь у 11,5% детей с ТБ/ВИЧ.

По ходу проведения противотуберкулезной терапии всем обследуемым детям решался вопрос присоединения АРВТ. При этом, дети в зависимости от срока присоединения АРВТ к противотуберкулезной терапии, были разделены на 3 группы:

В первую группу были включены 18 больных с ТБ/ВИЧ, которым АРВТ было назначено на 3-4 недели от начала интенсивного курса противотуберкулезной терапии.

Во второй группе наблюдалось 39 больных, получивших АРВТ после завершения интенсивного этапа лечения, а больным 3 группы (21 ребенок), АРВТ назначалось после завершения основного курса противотуберкулезной терапии.

Более раннее присоединение АРВТ начато у 18 детей (23,1%) с тяжелым и прогрессирующим иммунодефицитом.

У 50% обследуемых АРВТ назначено после завершения интенсивного этапа противотуберкулезной терапии, несмотря на наличие тяжелой и прогрессирующей степени иммунодефицита. Одним из важных факторов позднего присоединения АРВТ, явился характер специфического процесса: генерализованные, осложненные формы туберкулеза, зарегистрированные в первой ($83,3 \pm 8,8\%$) и во второй ($64,1 \pm 7,7\%$) группах. Тогда как, среди больных третьей группы указанный показатель зарегистрирован у 9,6% детей.

Таким образом, одним из ведущих критериев возможности присоединения АРВТ к противотуберкулезной терапии явился характер туберкулезного процесса и степень иммунодефицита.

На фоне комбинированной (противотуберкулезной) терапии у 3 детей первой группы наблюдался синдром иммунной реконституции, характеризующейся ухудшением клинической картины после улучшения состояния больного в начале курса лечения. Клинически в двух случаях отмечено нарастание симптомов интоксикации, появление деструкции в легочной ткани с выделением МБТ, а в одном случае развитие симптомов ВИЧ менингоэнцефалита.

Летальность отмечена у 2 (2,6%) больных с явлениями менингоэнцефалита и прогрессирующей легочно-сердечной недостаточности на фоне прогрессирующего туберкулеза легких.

Окончательную сравнительную эффективность терапии оценивали после завершения основного курса противотуберкулезной терапии. Длительность основного курса лечения составила в среднем 10 мес., для обследуемых первой, 8,5 месяцев для второй и 7 месяцев – третьей группы.

Побочные реакции на препараты 1 ряда отмечены у 11 (14,1%) обследуемых, при этом проявления побочных реакций на противотуберкулезные установлены до введения АРВТ. На фоне АРВТ побочных реакций не отмечено.

Таким образом, к концу завершения курса противотуберкулезной терапии у 96,2% детей с ТБ/ВИЧ достигнут клинико-рентгенологический эффект с преобладанием совершенного типа заживления у 58,9%.

Вывод: Своевременное присоединение АРВТ с учетом течения и характера специфического процесса, степени иммунодефицита, позволяет достичь клинического эффекта у 96.2% детей с ТБ/ВИЧ.

Список литературы.

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. Учебное пособие, М.2007.С. 302
2. Национальное руководство по диагностике и ведению случаев туберкулеза у детей в Республике Узбекистан, Т,2014, с.117
3. Нечаева О.Б., Эйсмонт Н.В. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и ВИЧ –инфекции в Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. 2012. №2. (24) <http://vestnik.mednet.ru/content/view/399/30/lang.ru>

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА

Тарасова П.В.

Научный руководитель: Минасян М.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Целью работы является привлечение внимания педиатров к синдрому Вискотта-Олдрича, а также представление ярких проявлений данной патологии на примере клинического случая. Ранее выявление таких пациентов значительно увеличивает продолжительность жизни.

Материал и методы. Была произведена работа с отечественной и зарубежной литературой последних 5-7 лет. Производилось тщательное исследование истории болезни пациента, а также физикальный осмотр больного в апреле 2017 года.

Результаты. Больной Р., 2010 года рождения, мужского пола, проживающий в Кисловодске, родился естественным путем на 34 неделе беременности. Состояние при рождении - тяжелое. В возрасте 1 мес. 20 дней ребенок был госпитализирован в Краевую детскую клиническую больницу, где находился с диагнозом: внутриутробная инфекция неуточненной этиологии: пневмония, кардит, гематологический синдром, токсический гепатоз с холестазом.

В 6-ти месячном возрасте у пациента был заподозрен Синдром Вискотта-Олдрича. Было рекомендовано провести дообследование в г. Москва, с целью уточнения диагноза, что не было выполнено. Таким образом, диагноз Синдром Вискотта-Олдрича не был подтвержден.

В течение последующих лет пациент неоднократно был госпитализирован в связи с обострением геморрагического синдрома. Наблюдалась стойкая тромбоцитопения (тромбоциты до $9 \times 10^9/\text{л}$) и анемия. На фоне проводившегося лечения отмечалась четкая положительная динамика.

Для уточнения диагноза было показано обследование и консультация в национальном научнопрактическом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, состоявшееся лишь в 2014 году. Там же было проведено генетическое исследование: обнаружена мутация в 1 экзоне гена WAS с.100 CGA>TGA, приводящая к замене аргинина на стоп-кодон Arg34X в гемизиготном состоянии (X- хромосома). Таким образом, диагноз был подтвержден. Единственным продуктивным в данном случае методом лечения могла стать трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. По результатам HLA-типирования обнаружен полностью совместимый сиблинг, явившийся братом больного. Трансплантацию запланировали на апрель 2015 года. В течение всего этого времени ребенок готовился к операции. В иммунограмме наблюдалось снижение уровня IgM – 0,578 г/л.

В апреле 2015 года, трансплантация была успешно проведена. Спустя месяц после неё уровень IgG был снижен до 4,68 г/л. В соматически удовлетворительном статусе был выписан под наблюдение специалистов по месту жительства.

Через 1 год после проведения операции состояние стабильное, признаков хронической реакции трансплантат против хозяина нет. Общее состояние

удовлетворительное, физическое и психомоторное развитие соответствуют возрастной норме. Вакцинирован по индивидуальному календарю. Болеет ОРВИ не более 3 раз в год. Кожные покровы бледно-розовые, влажные, чистые от сыпи. Видимые слизистые чистые, розовые, аденоидные вегетации 1-2 степени. В общем анализе крови, биохимии крови отклонений от нормы не выявлено. Уровень IgG составляет 7,4 г/л, что так же находится в пределах допустимых значений.

На момент апреля 2017 года в общем анализе крови: эритроциты – $4.29 \cdot 10^{12}$ г/л., гемоглобин - 118 г/л., тромбоциты - $438 \cdot 10^9$ /л. Содержание общего IgE умеренно повышено (219 МЕ/мл), IgM – умеренно снижено (0.46 г/л), остальные показатели иммунного статуса в пределах нормы.

Обсуждение результатов. Ген WAS, мутации в котором приводят к развитию данного заболевания, локализован на коротком плече X-хромосомы. Возникновение мутации в гене, ответственном за синтез белка WASp ведет к появлению дефектной формы белка или к полному его отсутствию. WASp отвечает за процессы передачи сигналов, движения клеток, организации иммунных взаимодействий клеток и процесс полимеризации актина. [2] [4] Следствием патологической структуры данного белка является нарушение образования филаподий, фагоцитарных вакуолей, подосом из-за дефекта реорганизации актиновых нитей цитоскелета клеток. [3]

При электронно-микроскопическом изучении морфологии Т-лимфоцитов больных выявлено отсутствие микроворсинок. Обнаружено, что на лимфоцитах отсутствует или снижена экспрессия CD43, которая является ко-рецептором в активации лимфоцитов. В связи с этим нарушается активация и секреция цитокинов Т-клетками, а значит и все зависимые от этого дальнейшие процессы. [4]

Нарушения гемостаза связаны с тромбоцитопенией, которая обусловлена чрезмерным разрушением клеток, вследствие повышенной экспрессии фосфатидилсерина на поверхности тромбоцитов, который является сигналом для поглощения их макрофагами. [5]

В случае, когда должное лечение не осуществляется, имеют место тяжелые осложнения, приблизительно у 40-70% больных СВО развиваются аутоиммунные заболевания, а у 37,5% - злокачественные новообразования. [1]

Выводы:

Осведомленность врачей о важности раннего выявления Синдрома Вискотта-Олдрича должна заставить обратить внимание на пациентов с наличием экземы и геморрагического синдрома, с проведением тщательной диагностики данных больных. Более детальный подход к изучению состояния таких пациентов позволит сохранить им жизнь и улучшить её качество.

Список литературы.

1. Malignant lymphoma in patients with the Wiskott-Aldrich syndrome / P.N. Huynh, F.G. Witebsky, S.M. Hsu [et al] // Cancer Invest. – 2016. - №3 – P. 515-522.
2. Moulding, D.A. Actin cytoskeletal defects in immunodeficiency / D.A. Moulding, J.D. Malinova, A.J. Thrasher // Immunological Reviews. – 2013. – №256 (1) – P. 282-299.
3. Michel, J. M. Wiskott-Aldrich syndrome: a comprehensive review / J.M. Michel, R.S. Geha // Division of Immunology – 2013. – P. 26–43
4. Manzanares, M. V. Role of the cytoskeleton during leukocyte responses / M. V. Manzanares, F. S. Madrid // Nature Reviews Immunology. – 2004. – №4. – P. 110-122.
5. Sokolic, R. Assessment of immature platelet fraction in the diagnosis of Wiskott-Aldrich syndrome / R. Sokolic, N. Oden, F. Candotti // Immunological Reviews. – 2015. – № 5. – P. 61-67.

РФАРА-СИНДРОМ (СИНДРОМ МАРШАЛЛА) НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Тарба М.К., Копенко Т.А., Матевосян М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Синдром Маршалла является довольно распространенным состоянием в детском возрасте, однако описание его в отечественной литературе немногочисленно. Считают, что синдром Маршалла является аутовоспалительным заболеванием неизвестной этиологии. Он характеризуется эпизодами лихорадки, продолжающимися 3-6 дней с повторением каждые 3-8 недель, связанные хотя бы с одним из трех основных признаков: афтозный стоматит, шейный лимфаденит и фарингит, в 15% случаев отмечается синдром экзантемы. Критерии диагностики синдрома Маршалла у детей:

1. Эпизоды лихорадки с регулярными интервалами, начавшиеся в возрасте до 5 лет
2. Симптомы общих нарушений в отсутствии признаков ОРЗ+один из нижеследующих клинических признаков: афтозный стоматит; шейный лимфаденит; тонзиллит (фарингит)
3. Маркеры острого воспалительного процесса во время фебрильного эпизода (хотя бы 1): лейкоцитоз; повышение СОЭ
4. Полное отсутствие симптомов между фебрильными эпизодами
5. Нормальный рост и развитие ребенка.

Цель исследования: донести до целевой аудитории, что синдром Маршалла, являясь одной из причин рецидивирующей лихорадки неясного генеза в детском возрасте, встречается значительно чаще, чем диагностируется. В сообщении приводим собственное наблюдение за ребенком с синдромом Маршалла. Больная Г., армянка, 2 года 11 месяцев поступила в инфекционное отделение КДКБ г. Ставрополя с жалобами на повышение температуры тела до 39⁰С, снижение аппетита, сыпь на ладонях и стопах, специфический запах изо рта. Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 4 дня назад, когда отмечалось повышение температуры тела до 38,5-39,0 С 2-3 раза в сутки, в течение 3-х дней. Получала симптоматическое и местное лечение.

По данным амбулаторной карты первый эпизод отмечался 15.01.2016 г., наблюдалась амбулаторно с диагнозом: острый назофарингит; получала: флемоксин-солютаб, анаферон, панавир, симптоматическое лечение.

08.02.2016 г. заболела вновь, лечилась на педиатрическом участке с диагнозом лакунарная ангина, получала: амоксиклав, симптоматическую терапию.

02.03.2016 г. острый назофарингит (арбидол, гриппферон, панавир, симптоматическое лечение).

05.03.2016г. вновь диагностирована лакунарная ангина, впервые отмечалась кольцевидная сыпь на ладонях и подошвах. Сыпь была расценена как аллергическая, получала антигистаминные препараты.

27.04.2016г. очередной эпизод лакунарной ангины, получала антибиотик из группы цефалоспоринов.

06.05.2016г. острый назофарингит, острый обструктивный бронхит (ингаляционная терапия).

20.05.2016г. инфекционный мононуклеоз: тонзиллофарингит затяжное течение (цефтриаксон, противовирусная терапия).

03.08.2016г. бактериальная инфекция затяжное течение (хемомицин, интерферонотерапия). При неоднократном исследовании в общем анализе крови – тенденция к нейтропении. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей без патологии. Роды I, срочные. 39-40 недель путем операции кесарева сечения. Тазовое предлежание плода. М– 3500 г, L– 52см. Окружность головы–36 см. ОША–8-9 баллов. К груди приложен в 1-е сутки. Смешанное вскармливание до 4 мес., затем искусственное. На 1-м году жизни состояла на диспансерном учете у невролога с

диагнозом: Перинатальная энцефалопатия, синдром двигательных нарушений, гипертензионно-гидроцефальный синдром. Вакцинирована по индивидуальному графику. Перенесенные заболевания: ОРВИ (2-3 раза в год до января 2016 г.), пищевая аллергия, вульвит. При осмотре в отделении состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, теплые на ощупь, эластичные, умеренной влажности, «периорбитальные тени», на подошве правой ноги отмечается сыпь кольцевидной формы диаметром 3-5 см ярко-розового цвета. Периферические лимфоузлы: задне-шейные до 0,5-0,7 см, подчелюстные до 1,5-1,7 см, с обеих сторон, эластичные, безболезненные при пальпации, не спаяны с подлежащими тканями. Носовое дыхание свободное, периодически храпящее, отделяемого нет. Язык влажный, чистый. Отмечается гиперемия небных дужек, язычка, задней стенки глотки, миндалин, на миндалинах нитевидные налеты белого цвета. Со стороны органов дыхания и сердца патологии не выявлено. В дополнительных методах исследования: ОАК–WBC 6,06x10⁹/л, СОЭ–30 мм/час; СРБ–54,7 ед. Консультация ЛОР-врача–хронический тонзиллит; консультация ревматолога: рецидивирующая вирусно-бактериальная инфекция. Ребенок получал симптоматическое лечение, выписан на 10 суток с выздоровлением. Через 4 дня после выписки–повторное повышение температуры до фебрильных цифр, появление сыпи на стопах, в подколенной области. На слизистой зубо-десневой складки, в проекции нижних передних резцов афта диаметром 0,5 см. Миндалины гипертрофированы, рыхлые с нитевидным налетом. Учитывая четкую периодичность возникновения приступов лихорадки с характерным симптомокомплексом, воспалительные изменения в анализах крови в период фебрильного приступа, отсутствия эффекта от антибактериальной и жаропонижающей терапии был заподозрен синдром Маршалла.

Преднизолоновый тест не проводился т.к. терапия глюкокортикостероидами неспецифична и усложняет дифференциальную диагностику с другими аутовоспалительными заболеваниями. Учитывая необходимость дифдиагностики с болезнью Бехчета, циклической нейтропенией, семейной средиземноморской лихорадкой девочка консультирована в РДКБ г. Москвы.

Заключение: С учетом анамнестических, кинических, лабораторных данных диагноз синдром Маршалла является наиболее вероятным. Рекомендовано: проведение генетического обследования – поиск мутаций в гене MEFV с целью исключения семейной средиземноморской лихорадки, учитывая армянские корни ребенка. В стабильном состоянии выписывается домой для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Выводы: осведомленность педиатров и ЛОР-врачей о синдроме Маршалла важна для своевременной диагностики этого заболевания, оценки его прогноза и выработки совместной тактики лечения, что в итоге улучшит качество жизни детей с синдромом Маршалла, позволит быстро справляться с острыми эпизодами заболевания, избавить ребенка от тонзилэктомии, избежать необоснованной антибактериальной терапии.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Темирханова И.В., Алавердян Л.С., Верисокина Н.Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л.Я. Климов
Ставропольский государственный медицинский университет

Влияние недостаточности витамина D на минеральный обмен беременной женщины, плода и новорожденного ребёнка активно изучается исследователями [1;2;3]. К числу наиболее значимых факторов антенатального периода развития, оказывающих негативное влияние на обеспеченность витамином D, относится эндокринная патология матери

(сахарный диабет I типа, гестационный сахарный диабет (ГСД) и ожирение), распространённость которой неуклонно возрастает на протяжении последних десятилетий [2].

Дефицит витамина D связан с неонатальными гипокальциемическими судорогами, также он повышает риск летальных исходов детей от матерей с ГСД. Новорождённые дети, имеющие низкий уровень витамина D при рождении, подвержены гораздо более высокому риску развития острой инфекции нижних дыхательных путей [4].

Существуют данные, свидетельствующие о том, что у детей, имевших низкий уровень витамина D при рождении, наблюдается снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) уже в возрасте 10-12 лет [3]. Кроме того, недостаточная обеспеченность витамином D при рождении у генетически предрасположенных лиц повышает риск развития аутоиммунных заболеваний, таких как СД I типа, рассеянный склероз и др.[1]

На фоне непрерывного увеличения частоты эндокринопатий у беременных женщин, их крайне отрицательного влияния на обеспеченность новорождённых макро- и микронутриентами, необходимости ранней диагностики и разработки схем превенции гиповитаминоза D с рождения, нами предпринято изучение в раннем неонатальном периоде уровня 25(ОН)D у детей, рождённых от матерей с эндокринопатиями.

Цель исследования: изучение обеспеченности витамином D детей раннего неонатального периода, рождённых от матерей с эндокринной патологией (ГСД, сахарный диабет I типа, ожирение).

Материалы и методы.

На базе отделения новорождённых ГБУЗ СК «СККПЦ» проведено клинко-анамнестическое и лабораторное обследование 90 детей раннего неонатального периода. Контрольную группу составили 24 (26,7%) новорождённых, находившихся в физиологическом отделении, в анализируемую группу вошли 19 (21,1%) детей от матерей с ГСД, 18 (20,0%) – от матерей с сахарным диабетом I типа и 29 (32,2%) детей от матерей с ожирением.

Забор крови для определения 25(ОН)D проводился на третьи сутки жизни.

Обеспеченность витамином D оценивалась по суммарному уровню 25(ОН)D сыворотки. Уровень от 30 до 100 нг/мл – нормальная обеспеченность от 21 до 29 нг/мл – недостаточность; 10–20 нг/мл – дефицит, менее 10 нг/мл – тяжёлый дефицит витамина D.

Математическая обработка осуществлялась с помощью пакета программ Microsoft Office Excel, AtteStat с использованием параметрических и непараметрических методов. Для выявления различий между данными использовали критерии Манна-Уитни и Пирсона (χ^2). Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Медиана содержания 25(ОН)D в сыворотке крови новорождённых контрольной группы составила 11,1 [8,2-14,9] нг/мл. Тяжёлый дефицит (менее 10 нг/мл) выявлен у 12 (50,0%) новорождённых, дефицит – у 12 (50,0%) детей, уровень кальцидиола в диапазоне от 20 до 30 нг/мл и выше 30 нг/мл не выявлен ни у одного младенца.

Медиана витамина D в группе детей, рождённых от матерей с эндокринной патологией, составила 8,1 [5,5-11,0] нг/мл ($p < 0,05$). Тяжёлый дефицит выявлен у 46 (69,7%), дефицит – у 17 (25,8%), недостаточность – у 3 (4,5%) детей, оптимальный уровень не определён ни у одного ребёнка.

Медиана кальцидиола в группах детей, рождённых от матерей с эндокринной патологией в зависимости от нозологии, такова: в группе детей от матерей с гестационным СД – 6,5 [4,1-10,6] нг/мл ($p < 0,05$ в сравнении с контрольной группой), в группе с СД I типа – 6,3 [4,5-9,3] нг/мл ($p < 0,001$); с ожирением – 9,2 [7,1-11,2] нг/мл ($p > 0,05$).

Структура недостаточности выглядит следующим образом: тяжёлый дефицит витамина D выявлен у 12 (63,2%) младенцев, рождённых от матерей с гестационным СД,

у 16 (88,9%) новорождённых от матерей с СД I типа и 18 (62,0%) в группе детей от женщин с ожирением. Дефицит выявлен у 6 (31,6%) младенцев в группе матерей с гестационным СД, у 2 (11,1%) в группе СД I типа, у 9 (31,0%) – в группе с ожирением. Нормальная обеспеченность витамином D не выявлена у детей, рождённых от матерей с гестационным СД и СД I типа и лишь у 1 (3,4%) новорождённого в группе матерей с ожирением.

Выводы.

1. Новорождённые дети имеют крайне низкую обеспеченность витамином D вне зависимости от перинатального анамнеза.

2. Дети, рождённые от матерей с эндокринопатиями, характеризуются преобладанием в раннем неонатальном периоде тяжёлого дефицита витамина D, при этом наихудшие показатели отмечены у детей, рождённых от матерей с сахарным диабетом I типа.

3. Дети от матерей с эндокринной патологией, составляют группу риска формирования нарушений минерального обмена и иммунной дисфункции на первом году жизни, что требует разработки схемы лекарственной коррекции гиповитаминоза D с первых дней жизни.

Список литературы.

1. Громова, О.А. Витамин D – смена парадигмы / О.А. Громова, И.Ю. Торшин–Москва, 2015. – 464 с.

2. Долбня, С.В. Влияние отягощённого течения антенатального периода на обеспеченность витамином D детей первых месяцев жизни / С. В. Долбня, А. Н. Касьянова, Л. С. [и др.] // Вестник молодого ученого-2016.-Том 14, № 3.-С. 3-6.

3. Мальцев, С.В. Оценка обеспеченности витамином D детей и подростков / Мальцев С.В., Шакирова Э.М., Сафина Л.З. [и др.] // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2014. – Том 93, № 5. – С. 32–38

4. Lai, SH. Low cord-serum 25-hydroxyvitamin D levels are associated with poor lung function performance and increased respiratory infection in infancy / SH. Lai, SL. Liao, MH. Tsai [et al.] //European Journal of Clinical Nutrition. – 2017.- Vol. 63.- P. 473–477.

ПАТРОНАЖНАЯ ПОМОЩЬ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Тиллабаева А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Частота преждевременных родов в большинстве развитых стран в последние десятилетия составляет 5-10 % от числа родившихся детей, а также заболеваемость среди недоношенных детей в 3-4 раза превышает заболеваемость среди доношенных новорожденных. [1,3].

Достигнуты большие успехи в области выхаживания недоношенных младенцев [2,4], но при этом, несмотря на инновационные и эффективные методы выхаживания недоношенных детей, проблема с которыми сталкиваются неонатологи и педиатры, является сочетание нескольких патологических проблем со стороны младенцев. В частности, удел перинатальной патологии среди недоношенных детей намного выше по отношению к доношенным младенцам.

Несмотря на актуальность проблемы выхаживания недоношенных детей, вопрос по их дальнейшему введению в поликлинических условиях остаётся открытым.

Цель. Изучение эффективности патронажной помощи недоношенным детям после второго этапа выхаживания, с учётом сопутствующей патологии.

Материалы и методы. Нами были обследованы 58 детей грудного возраста от 14 дней до 3 месяцев, в поликлинических условиях, родившихся со сроком гестации от 28 до 36 недель, и весом при рождении от 1050 до 1840 гр. Из них 6 (14,6%) младенцев были выписаны домой из родильного дома, остальные после второго этапа выхаживания. Были собраны анамнестические данные у матерей и младенцев. Эффективность патронажной работы оценивался на основании клинического осмотра, беседы с матерью и родственниками малышей, и анкетирования.

Результаты и обсуждение. При клиническом обследовании младенцев отмечено, что 72,4% (n=42) - развиваются в соответствии с возрастными особенностями, но 27,6% (n=16) - отстают в физическом развитии. Данное отклонение возможно связано с наличием выраженных патологических состояний, в частности, врождённый порок сердца изначально был диагностирован у 15,5% (n= 9), у одного малыша (1,7%) - диагностирована прогрессирующая гидроцефалия. Все дети прошли обследование у детского невропатолога и у 94,8% (n=55) детей диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы.

Исходя из полученных данных, нами было пересмотрена сама тактика ведения патронажа недоношенным детям. Все дети, после выписки из стационара были взяты на диспансерный учёт, и осмотрены врачом общей практики совместно с патронажной медсестрой. Учитывая специфику работы врачей общей практики (ВОП), а также высокую нагрузку на их рабочий график, половину из патронажных осмотров врачи проводили совместно с патронажными медицинскими сестрами. Остальные патронажные осмотры медицинские сестры проводят сами самостоятельно.

Наличие патологии у грудных детей требует от врачей и среднего медицинского персонала, работавших в первичном звене здравоохранения, особого внимания к данному контингенту больных. В ходе первого патронажа на себя обратило внимание трудности ухода за ребёнком со стороны матерей. Как показали наблюдения, данные дети нуждаются в дополнительных медицинских осмотрах и индивидуальном подходе. В ходе дополнительных патронажных осмотров, медицинские сестры помогали матерям в гигиенических (купании) и закаливающих (проведении воздушных и солнечных ванн) процедурах. Такие дети, быстрее адаптировались.

Изначально, только 47 (81,0%) младенцев находились на исключительно грудном вскармливании, но матеря 11 (19,0%) младенцев предпочли кормить малышей наряду с грудным молоком адаптированными смесями. В ходе патронажа данные матери были обучены особенностям кормления недоношенных детей при пониженном сосательном рефлексе. После нескольких бесед и оказания помощи матерям по уходу за младенцами, количество недоношенных младенцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании возросло из 81,0% до 96,6% (n=56). Данный показатель является одним из ощутимых положительных результатов эффективности патронажной помощи.

Как показали наблюдения, одновременное проведение лечебно-оздоровительной работы, направленное на оздоровление самих матерей дают положительные результаты. Совместно с врачами узких специальностей (гинекологом, эндокринологом и невропатологом) был проведён общий осмотр женщин, с назначением комплексных лечебно-оздоровительных мероприятий. В ходе патронажной помощи медицинские сестры проводили лечебные процедуры, а ВОП врач проводил наблюдение за состоянием, как матерей, так и младенцев. По итогам исследования, такое введение благоприятно влияет на здоровье детей и психоэмоциональное состояние матерей. С целью изучения эффективности данного введения было проведено анкетирование матерей до начала патронажной помощи и после. В частности, чувство беспокойство за здоровья младенцев у матерей снизилось в 2 раза, чувство страха за недоедание младенца - в 2,5 раза, чувство дискомфорта во время кормления грудью - в 1,7 раза.

Вывод. При введении комплексной патронажной недоношенным детям следует учитывать сопутствующую патологию у данных детей и особое внимание уделять

обучению матерей за их уходом. Следует проводить лечебно-оздоровительную работу самой матери, что повышает эффективность патронажной помощи недоношенным детям.

Список литературы.

1. Бомбардирова Е.П., Горюнова А.В., Токовая Е.И. Раннее нервно-психическое развитие детей, родившихся глубоко недоношенными //Материалы III Всероссийской научно-практ.конф. по пренатальному воспитанию «Медико-психологические аспекты современной перинатологии» - М.:Academia, 2001г. - С.187-192.
2. Дуленков А.Б., Мухина Ю.Г., Потапова О.В. Грибакин С.Г. Особенности становления лактации у матерей после преждевременных родов.//ВПП. Москва. - 2011. - - № 3 (6).- С. 64-69
3. Казанская Е.В., Потапчук А.А. Комплексная физическая реабилитация недоношенных детей первого года жизни с функциональной незрелостью тазобедренных суставов. // Вестник СПбГУ. 2009. – №3 (11). - С. 93-99.
4. Кудяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Нарицына Л.М., Молдогазиева А.С., Борякин Ю.В. Особенности адаптации недоношенных детей с пренатальной гипотрофией в ранний неонатальный период// Здоровье матери и ребенка. -2010 -Том 2 - С.81-83.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСЯЧНОГО КУРСА НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ГИПЕРКАЛОРИЙНОЙ СМЕСЬЮ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Тонян Л.В., Стоян М.В., Курьянинова В.А.

Научный руководитель: Стоян М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Тактика осуществления нутритивной поддержки (НП) больных различными формами целиакии является актуальной проблемой. Необходимость ее связана с атрофией ворсинок, что сопровождается нарушением гидролиза и всасывания углеводов в тонкой кишке. Белково–энергетическая недостаточность (БЭН) – состояние, характеризующееся нарушением темпов физического развития и обмена веществ, как правило, хронической патологией [1, 2]. Острый период целиакии осложняется развитием БЭН у детей в 75-85% случаев [3, 4, 5].

Восстановление нормальных темпов роста и прироста массы тела у больных, с одной стороны, определяется степенью их приверженности соблюдению безглютеновой диеты (БГД), а с другой стороны, длительностью предшествующего активного периода заболевания. Тем не менее продолжительное пребывание ребенка на БГД не гарантирует ликвидацию разнообразных дефицитных состояний. Именно поэтому даже на фоне строгой БГД в течение 2-3 лет у многих детей сохраняется дефицит массы тела и задержка роста. Одним из наиболее распространенных методов коррекции темпов физического развития является обогащение (сапплементация) рациона питания изо- и гиперкалорийными смесями для детского питания, в которых повышение энергетической ценности достигается за счет увеличения уровня белка и жира [6, 7].

Цель работы – анализ динамики антропометрических и лабораторных показателей у детей с целиакией на фоне месячного курса нутритивной поддержки.

Материалы и методы.

В исследование включено 29 детей с целиакией в возрасте от 2 до 10 лет (средний возраст $6,3 \pm 0,4$ лет), находящихся на строгой БГД продолжительностью не менее 1 года, среди которых мальчиков было 10 (34,5%) и девочек – 19 (65,5%).

Диагноз целиакии верифицирован в соответствии с клинико-анамнестическими, серологическими и морфологическими критериями ESPGHAN (1990, 2012). Показатели

физического развития (длина тела, масса тела, индекс массы тела – ИМТ) оценивались по программе WHOAnthroPlus-2009.

Все пациенты в течение 1 месяца ежедневно получали дополнительное энтеральное питание гиперкалорийной смесью «Педиашур с пищевыми волокнами» (Pediasure®, AbbottLaboratories, США) в объёме 200 мл/сут (300 ккал/сут).

Статистическая обработка и анализ полученных данных проводились с использованием пакета программ Attestat, Statistica 10.0. Описательная статистика представлена как среднее±стандартная ошибка средней ($M\pm m$). Параметрические показатели при нормальном распределении признаков оценивались с помощью t-критерия Стьюдента, а при ненормальном распределении признака использовался U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения непараметрических показателей рассчитывался критерий χ^2 . Различия считались достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение.

На фоне курса НП у детей с целиакией отмечается умеренное сокращение отставания в массе, росте и ИМТ. Среднееотклонение массы тела, длины тела и ИМТ до НП составил $-1,3\pm0,2$ SDS, $-0,7\pm0,2$ SDS, $-1,2\pm0,2$ SDS, а после курса НП – $-1,1\pm0,2$ SDS, $-0,5\pm0,2$ SDS, $-1,1\pm0,2$ SDS соответственно ($p>0,05$). Количество детей с показателями роста менее $-1,0$ SDS сократилось с 41,4% до 31,0% ($p>0,05$), с массой тела менее $-1,0$ SDS – с 58,6% до 51,7% ($p>0,05$).

Показатели калиперометрии 4-х складок (над бицепсом, трицепсом, углом лопатки и передней брюшной стенке), отражающие упитанность, увеличились на фоне месячного курса НП с $42,2\pm1,1$ мм до $46,8\pm1,0$ мм ($p<0,005$).

Биохимические показатели (общий белок, АСТ, АЛТ, общий холестерин, сывороточное железо – СЖ, сывороточный ферритин – СФ) в процессе НП у пациентов существенно не изменились. Показатели обеспеченности железом пациентов с целиакией на фоне НП, несмотря на отсутствие достоверных различий, имели тенденцию к улучшению. В частности, уровень СФ повысился с $32,6\pm3,6$ нг/л до $33,4\pm4,1$ нг/л ($p>0,05$), СЖс $15,9\pm1,3$ мкмоль/л до $16,0\pm0,9$ мкмоль/л ($p>0,05$).

Количественные и качественные характеристики периферической крови у больных целиакией, находящихся на БГД, до приёма и по окончании НП существенно не отличались.

Жалоб на органолептические свойства смеси, аллергических реакций при её использовании у детей не отмечалось.

Закключение. Строгая БГДу детей с целиакией, к сожалению, не гарантирует нормализации антропометрических показателей, так как может сопровождаться формированием дефицита ряда макро- и микронутриентов.

Пациенты с целиакией и БЭН нуждаются в нутритивной поддержке, одним из вариантов которой может являться курсовое использование гиперкалорийной смеси.

Месячный курс дополнительного энтерального питания способствует ускорению темпов физического развития. Пролонгированный эффект курса НП связан не столько с динамикой массы тела, сколько с ускорением линейного роста, отражающим анаболическую направленность обмена веществ и увеличение т.н. «тощей» массы за счёт костно-мышечной системы.

Список литературы.

1. Целиакия у детей / Под ред. С.В. Бельмера, М.О. Ревновой. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2015. – 416 с.
2. Нутриционная поддержка в гастроэнтерологии / Под ред. Л.Н. Костюченко. – М.: БИНОМ, 2012. – 496с.
3. Курьянинова, В.А. Клинические особенности и физическое развитие детей с целиакией, находящихся на безглютеновой диете: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / В.А. Курьянинова. – М., 2014. – 24 с.

4. Климов, Л.Я. Антропометрические показатели детей в периоде клинической манифестации целиакии / Л.Я. Климов, М.В. Стоян, В.А. Курьянинова [и др.] // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2013. – № 1. – С. 56–60.
5. Стоян, М.В. Возрастно-половая и антропометрическая характеристика детей с целиакией в Ставропольском крае / М.В. Стоян, Л.Я. Климов, В.А. Курьянинова [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2011. Т.9, № 2. – С. 77–78.
6. Koletzko, B. Pediatric Nutrition in Practice / ed. B. Koletzko. – Munich, 2013. – 306p.
7. Finch, H.E. Clinical trial of a paediatric enteral feed / H.E. Finch, M.S. Lawson // J. Hum. Nutr. Diet. – 2013. – Vol. 6. – P. 399–409.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОФТАЛЬМОТРЕНИНГА У ДЕТЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ МИОПИИ

Чайковская М.А., Леонов А.В., Нестерович М.И.

Гомельский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время стремительный рост новых информационных технологий, разнообразие современных гаджетов и огромный ежедневный поток информации обуславливает значительную нагрузку на зрительный анализатор. В особенности данному фактору риска подвержены дети и подростки. Опасным последствием восприятия больших объемов информации с различных гаджетов является развитие спазма аккомодации и миопии. При отсутствии мер, направленных на коррекцию миопии, данный диагноз имеет тенденцию к прогрессированию, что в будущем может привести к серьезным осложнениям. Однако на ранних стадиях, данное состояние успешно можно корригировать зрительной гимнастикой, что является более удобным решением по сравнению с ношением очков или хирургической коррекции.

Анализ данных литературы, посвященной охране зрения, показывает, что на сегодняшний день разработано и используется большое количество средств и методов реабилитации зрительных функций от различных методик зрительной гимнастики и медикаментозной терапии до сложных аппаратных методов. На основе комплексного исследования зрительных функций предлагаются индивидуальные алгоритмы по коррекции зрительного утомления и начальной стадии миопии у детей [1].

Цель. Изучить анализ причин нарушения зрения у детей дошкольного и младшего школьного возраста, а также оценить эффективность коррекции зрения путем применения офтальмотренинга.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 50 детей различного пола 5-10 лет с нарушением зрения в -1-2Дптр.

Материалы исследования - анкетное анамнестическое исследование для оценки субъективных жалоб, определение базовых офтальмологических показателей (острота зрения), оценка функционального состояния нейрорецепторной системы зрительного анализатора (критическая частота слияния световых мельканий (КЧСМ)).

Методика исследования и предлагаемой зрительной гимнастики была согласована с врачом-офтальмологом. Методика зрительной гимнастики состоит из специальных наборов упражнений – для внутренней (цилиарная мышца), наружных (прямых и косых) мышц глаза, самомассаж (моргания, зажмуривания) и массаж шейно-воротниковой зоны [1,2,3]. Полный курс восстановительных мероприятий составляет 10 сеансов, с повторным прохождением через месяц, продолжительность сеанса 25-30 минут. Применение данной методики позволяет воздействовать на несколько патогенетических звеньев: во-первых, зрительная гимнастика воздействует на аккомодационный аппарат, препятствуя развитию спазма аккомодации; во-вторых, массаж шейно-воротниковой зоны позволяет улучшить

кровообращение в вертебробазилярном бассейне, что позволяет воздействовать на центральный отдел зрительного анализатора. Для оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий у каждого испытуемого по окончании курса было проведено повторное обследование по всем первоначальным показателям. Для дальнейшего анализа полученных результатов все испытуемые по интенсивности жалоб были подразделены на 2 подгруппы: слабовыраженный и сильновыраженный зрительный дискомфорт. Критерием эффективности проведенного офтальмотренинга является изменение таких параметров как, субъективная оценка, острота зрения, КЧСМ.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программ Microsoft Excel 2016 и Statistica 6.0.

Результаты исследования.

Изменение показателей остроты зрения в ходе курса реабилитации зрительных функций у пользователей персональными компьютерами (ПК) статистически значимо не изменяется, но имеет тенденцию к повышению OS – 8.3 %, OD – 6.1 % при статистической значимости $p > 0.05$; также выявлено статистически значимое повышение критической частоты слияния мельканий для OS 20.1 % и 19.3 % для OD ($p < 0.01$) соответственно. Повышение показателей КЧСМ свидетельствует о нормализации функциональной активности зрительных центров.

Изменение показателей остроты зрения в ходе курса реабилитации зрительных функций у пользователей ПК статистически значимо не изменяется, но имеет тенденцию к повышению OS – 40 %, OD – 25 % при достоверности $p > 0.05$. Данные внутригруппового анализа до и после проведения курса зрительной гимнастики показали статистически значимое повышение критической частоты слияния мельканий для OS 14.3 % и 21.2 % для OD ($p < 0.01$) соответственно. Повышение показателей КЧСМ свидетельствует о нормализации функциональной активности зрительных центров.

Выводы. В результате применения методик физических упражнений для глаз, установлено улучшение таких показателей, как острота зрения и критическая частота слияния мельканий, что подтверждает эффективность использования предложенного нами подхода. Можно предположить, что обучение данной методике детей раннего школьного возраста приведет к созданию мощного антагониста факторов риска, которым подвержен растущий организм ребенка. Немаловажным профилактическим моментом является соблюдение гигиенических нормативов освещенности и инсоляции рабочего места ребенка, соблюдение режима труда и отдыха.

Список литературы.

1. Тимченко, Т.В. Физиологические основы индивидуальных алгоритмов профилактики зрительного утомления и нарушения зрительных функций у пользователей компьютерами средствами физической культуры / Т.В. Тимченко [и др.] // Вестник ЧГПУ. – 2009. – № 6. – С. 266-275.
2. Воронов, Н. П. Влияние физических упражнений на студентов с нарушением органов зрения / Н.П. Воронов, О.М. Столяренко // Физическое воспитание студентов. – 2010. – № 6. – С. 13-15.
3. Жернов, М. П. Влияние средств физической реабилитации на дисфункцию зрения у слабовидящих подростков с врожденной и приобретенной патологией зрения / М.П. Жернов // Теория и практика физической культуры. – 2008. – №04. – С. 57-61.

ЖЕЛЕЗИСТАЯ ЛИХОРАДКА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ-ОСЕТИЯ АЛАНИЯ (РСО-АЛАНИЯ)

Урумова А.А., Цакоева А.И.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Гуссоева И.Г.
Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Герпетические инфекции (ГИ) являются одной из нерешенных проблем инфекционной патологии. Современные методы исследования способствовали расширению представлений о механизмах взаимодействия между вирусами семейства герпеса и организмом человека. Особенность всех герпесвирусов – это способность сохраняться в клетках человека в виде латентной инфекции, а также активизироваться, приводя к развитию тяжелых поражений ЦНС, опухолевому росту, эндокринной патологии. Инфекционный мононуклеоз (ИМ, железистая лихорадка, болезнь Филатова) является одним из частых проявлений ГИ у детей. В его возникновении, помимо вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ), принимают участие цитомегаловирусы (ЦМВ), вирусы простого герпеса 1 и 2 типа (ВПГ 1,2), вируса герпеса 6 типа (ВГ 6 типа), а также их ассоциации [1,3]. Естественная восприимчивость человека к возбудителям ИМ чрезвычайно высока, первичное инфицирование происходит преимущественно в детском возрасте [2]. Актуальность ИМ связана с широкой распространенностью, возможностью развития осложнений и перехода в хроническую форму. Целью исследования явилось изучение этиологической структуры и клинико-эпидемиологических особенностей ИМ у детей в РСО-Алания на современном этапе.

Материал и методы исследования. В работу включены данные обследования 84 детей с ИМ от 8 месяцев до 17 лет жизни, получавших лечение в боксовом отделении РДКБ г. Владикавказа в 2015 – 2016 гг. В 66 случаях проведен ретроспективный анализ историй болезней, 18 случаев составили собственные клинические наблюдения. Статистическая обработка данных проведена на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6 и Microsoft Excel 2007.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов выявил наибольшую подверженность заболеваемости ИМ детей дошкольного возраста (3-6 лет, 41%). Примерно одинаковое количество случаев составили дети первых трех лет жизни (20%) и раннего школьного возраста (24%). Дети старших возрастных групп госпитализировались реже (15%). В половом отношении преобладали мальчики (61%). Дети чаще поступали весной (30%) и осенью (36%). Выявлен высокий процент (55%) расхождения диагноза при поступлении с окончательным диагнозом (лакунарная ангина – 32%, ОРВИ – 7%, аллергическая крапивница – 4%, скарлатина – 0,84% и др.). В первые 3 дня заболевания госпитализированы 23% больных, с 4 по 7 день – 40%, остальные дети поступали в более поздние сроки. У всех детей проводилось исследование сыворотки крови на маркеры ВЭБ, ЦМВ, ВГ 6 типа, ВПГ 1,2 методом ИФА и ПЦР. У 20% больных этиологию ИМ выяснить не удалось. В структуре расшифрованных случаев доминировали ВЭБ (74%), ЦМВ определялись у 21% детей, реже выявлялись ВГ 6 типа (2,5%) и ВПГ 1,2 типа (2,5%). В 36% случаев имела место смешанная этиология ИМ: (ВЭБ+ЦМВ – у 18 детей, ВЭБ+ЦМВ+ВПГ 1,2 – у 5 детей, ЦМВ+ВПГ 1,2 типа+ВГ 6 типа – у 1 ребенка). Начало заболевания в основном было острым (68%). Первыми симптомами ИМ у детей являлись повышение температуры тела (64%), увеличение шейной группы лимфоузлов (37%), боли в горле (13%), заложенность носа (9,5%), наличие сыпи на коже (2,5%), одутловатость лица (2,5%). Анализ клинических особенностей в периоде разгара ИМ выявил наличие симптомов интоксикации разной степени выраженности у всех больных. Температурная реакция отсутствовала только у двух детей. Чаще регистрировался подъем температуры тела до высоких цифр (39°C и выше, 71%). Кратковременная лихорадка (до 5 дней) наблюдалась всего у 13% детей, гораздо чаще лихорадочный период удлинялся до 10 дней (45%), до 2 недель (24%), более 2 недель (18%). Катаральные явления выявлены у

57% детей преимущественно первых трех лет жизни. Ангина развивалась в 58% случаев с преобладанием лакунарной формы (91,8%). Лимфаденопатия шейной группы достигала I-II степени у 48%, III-IV степени – у 45% больных, V степени и более – у 7%. Синдром экзантемы развился у 9 детей (10,7%). Пальпаторно определялась гепатомегалия в 86% случаев: до 2 см у 61% детей, 3-4 см – у 23%, 5 см – у 2%. Данные УЗИ свидетельствовали о равномерном повышении эхогенности печеночной паренхимы в 44% случаев, усилении сосудистого рисунка – в 21% случаев. Реже диагностировалось наличие спленомегалии (56%). В анализе крови атипичные мононуклеарны выявились у 68% больных. Кроме того, у 36% снижался уровень гемоглобина, у 76% выявлен лейкоцитоз, у 5 % – лейкопения, у 32% - ускорение СОЭ. В биохимическом анализе крови 45% детей определялась гиперферментемия, уровни АлАт и АсАт у 15% достигали 5 норм и выше. Повышение общего билирубина выявлено у 2 детей. Признаки гепатомегалии, ультразвуковых изменений и наличие гиперферментемии позволяют говорить о развитии гепатита у 45% детей с ИМ с явным преобладанием безжелтушных форм. ИМ протекал в среднетяжелой форме у подавляющего большинства детей (85%), у 13% больных развилась тяжелая форма заболевания. Средний койко-день составил 21,02 дня.

Заключение. Полученные результаты о распределении больных ИМ по возрасту, половому признаку, этиологическому фактору не противоречат данным литературы. Лидирующим возбудителем остается ВЭБ, высок процент смешанных и нерасшифрованных форм. Среди особенностей клинического течения можно выделить высокую длительную лихорадку, развитие гепатита практически у каждого второго ребенка, продолжительный период пребывания в стационаре. В пользу активации бактериальной флоры свидетельствует частота выявления лакунарной ангины и изменений воспалительного характера в периферическом анализе крови.

Список литературы.

1. Карпухина О.А. Дифференциально-диагностические особенности мононуклеозоподобного синдрома у детей / О.А. Карпухина, Л.В. Крамарь, А.А. Арова // Журнал инфектологии. –2012. –Т4, N4 С.72-73.

2. Баранова И.П. Клинические особенности инфекционного мононуклеоза в зависимости от возраста и этиологии заболевания / И.П. Баранова, Д.Ю. Курмаева, О.Н.Лесина // Детские инфекции-2010.-N4.С.25-28.

3. Feign and Cherry textbook of pediatric infectious diseases, 6th–Edition. Vol.2/ R.D. Feign [et all.]–2009. P. 2043–2071.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ГБУЗ СК КДКБ С 2012 ПО 2015 ГГ.

Феденко А.В., Карханина В.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Водовозова Э.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Болезни органов дыхания у детей – проблема государственной важности, так как в значительной степени определяют уровень детской заболеваемости и младенческой смертности.

Цель исследования: оценить организацию функционирования пульмонологического отделения ГБУЗ СК «КДКБ» на основе комплексного анализа его количественных и качественных показателей за период с 2012 по 2015 годы.

Материалы и методы: Работа проводилась на базе отделения пульмонологии в ГБУЗ СК «КДКБ» за 2012 - 2015 годы.

Ретроспективно был исследован нозологический профиль больных отделения.

Применены методы, включающие: аналитический метод (теоретический анализ) – изучение литературы по проблеме исследования; эмпирический метод – наблюдение, сравнение.

Использовались непараметрические и статистические методы обработки полученных материалов. Данные методы репрезентативны и достоверны с точки зрения доказательной медицины.

Результаты.

За период 2012-2015г.г. в пульмонологическом отделении на базе ГБУЗ СК «КДКБ» было пролечено 4070 детей. Нозологический профиль больных отделения составил 80,0% с пульмонологической патологией, 20,0% - остальная патология. По гендерному различию количество мальчиков составило 2388 (58,7%), и 1682 девочек (41,3%). По возрасту пациенты распределились следующим образом: от 0 до 2 лет составляет (28,2%), от 3-6 (29,1%), от 7-14 (34,0%) от 15-17(8,7%) . Основная масса детей, проживает в сельской местности (58,7%). Поток больных идет по направлению Краевой детской клинической поликлиники (ККП) (45,6%), территориальных медицинских объединений (ТМО) - (34,1%), из других источников - (20,3%). В отделении обеспечена преемственность с детской поликлиниками Ставропольского края.

При госпитализации проводится тщательное клиническое обследование, включающее в себя современную лабораторную диагностику, инструментальные методы исследования. Верификация диагноза устанавливается в основном в первые сутки (87,4%), во 2-ые (6,6%), 3-е (6%). Больничная летальность отмечалась у детей до года (0,04%) и подростков (0,02%). План по выписанным больным за 4 года выполняется в среднем на 101,37%, по количеству койко-дней на 99,97%. Практически без изменений остается оборот койки и средняя занятость койки в году, немного сократилась средняя длительность лечения.

Выводы:

1. Пульмонологическое отделение ГБУЗ СК «КДКБ» работает стабильно в тесной связи с ККП и ТМО, что обеспечивает преемственность в наблюдении за больными детьми после выписки и строгую диспансеризацию.

2. В структуре госпитализированных преобладают мальчики (58,7%) в возрасте 7-14 лет (34,0%) с пульмонологической патологией (80,0%), проживающие в сельской местности (58,7%). В 87,4% верификация диагноза проводится в первые сутки. Больничная летальность составляла 0,04% у детей до года и 0,02% у подростков.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОРРЕКЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Халдарбекова М.А., Наджимитдинова М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Существует феномен достаточно высокой встречаемости тех или иных гипомикроэлементозов, т.е. патологических состояний, обусловленных недостаточностью эссенциальных микроэлементов у детей пубертатного возраста, постоянно проживающих в зонах с высокой плотностью различных промышленных производств. Наличие таких гипомикроэлементозов, проявляющихся сочетанным дефицитом гемопоэтических микроэлементов, например, железа, цинка и меди диктует необходимость патогенетической коррекции таких состояний у детей.

Цель исследования. Изучить эффективность коррекции сочетанной недостаточности гемопоэтических микроэлементов-железа, цинка и меди у детей пубертатного возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 детей обоего пола пубертатного возраста с диагностированным гипомикроэлементозом, обусловленным сочетанным дефицитом железа, цинка и меди в организме, постоянно проживающих в

Чирчикском промышленном районе. Диагноз гипомикроэлементоза устанавливался на основании снижения содержания указанных микроэлементов в сыворотке крови ниже нижней границы нормативного референтного интервала, установленного ВОЗ для детей пубертатного возраста.

Результаты и обсуждение. Для коррекции сочетанного гипомикроэлементоза у обследованных детей использовали полиэлементный препарат Теравит, содержащий в своем составе 12 витаминов и 12 эссенциальных микроэлементов. Препарат использовали в течение 14 дней в дозе 1 таблетка в сутки. При исходном уровне исследованных микроэлементов у обследованных детей с гипомикроэлементозом - железа в среднем 7.36 ± 0.41 мкмоль/л, цинка – 7.04 ± 0.30 мкмоль/л и меди 5.11 ± 0.30 мкмоль/л за 14 дней применения данного препарата уровень железа в сыворотке крови у обследованных детей возрос в среднем до 14.0 ± 0.32 мкмоль/л, уровень цинка у обследованных детей возрос в среднем до 12.8 ± 0.40 мкмоль/л и уровень меди в сыворотке крови возрос в среднем до 11.9 ± 0.29 мкмоль/л. Следовательно, использование указанного полимикроэлементного препарата обеспечивает увеличение за время лечения уровня железа в 1.9 раза, увеличение уровня цинка в 1.8 раза и увеличение меди в сыворотке крови за время лечения в 2.3 раза, а в целом коррекцию изученного микроэлементного статуса у обследованных детей до физиологической нормы.

Выводы. В коррекции сочетанных гипомикроэлементозов, обусловленных недостаточностью эссенциальных микроэлементов-железа, цинка и меди, целесообразно применение комплексных полимикроэлементных препаратов, например, Тотема, обеспечивающих высокую биодоступность указанных биометаллов в силу синергического характера взаимодействия этих микроэлементов

СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ФИБРОДИСПЛАЗИИ У ПОДРОСТКА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Харатокова И.Р., Швыдченко К.Р.

Научный руководитель: Миронова Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия (ПОФ), или болезнь (синдром) Мюнхмейера, является самостоятельной нозологической формой, характеризуется гетеротопической оссификацией и врожденными дефектами развития скелета. В основе заболевания – метапластический остеогенез, в котором участвуют не клетки периоста и эндоста, а происходит трансформация соединительной ткани мышечных прослоек, сухожилий, связок, фасций и апоневрозов в костную ткань.

Этиология и патогенез. ПОФ – наследственное заболевание, связанное с геном, ответственным за гиперпродукцию морфогенного белка кости BMP4 (bone morphogenetic protein 4).

Ген BMP4 относится к трансформирующему фактору роста (TGF), участвующему в развитии всех органов и тканей. В норме сигнал с гена TGFb повышает экспрессию гена ENPP1, что способствует усиленной выработке неорганического пирофосфата, ингибирующего процессы минерализации и кальцификации. Мутации в гене ENPP1 подавляют выработку неорганического пирофосфата, что вызывает аномальную оссификацию тканей. Ген, определяющий развитие данного заболевания, недавно картирован в локусе, расположенном на длинном плече 4-й хромосомы (4q27-31).

Актуальность темы: болезнь неизбежно приводит к заметным нарушениям деятельности опорно-двигательного аппарата и инвалидизации больных.

Цель исследования: изучить клинический случай болезни Мюнхмейера у ребёнка.

Методы исследования: наблюдение больного, выкопировка из истории болезни.

Клинический случай: Больной Ф., 17 лет, наблюдался нами в течении месяца. Родился на 34-35 неделе от второй беременности, масса тела при рождении – 1700 г, длина тела – 46 см. Во время беременности у матери отмечалась преэклампсия, в интранатальном периоде наблюдалось раннее излитие вод.

Ребёнок болен с 2005 года, когда впервые были выявлены уплотнения грудино-ключично-сосцевидных мышц, был консультирован педиатром и ортопедом ДККБ, где был выставлен диагноз «прогрессирующий оссифицирующий миозит правой кивательной мышцы и левой шейно-затылочной мышцы».

В 2006 году консультирован генетиком, выставлен диагноз: «Фибродисплазия оссифицирующая, прогрессирующая (тип наследования аутосомно-доминантный)». По месту жительства получал физиолечение (магнитотерапию и электрофорез с лидазой), было рекомендовано рассмотрение на МСЭ. В инвалидности ребенку неоднократно отказано.

В 2009 году с жалобами на отёк и боли в области шеи, подъём температуры тела до 38,0 госпитализирован по месту жительства, где выставлен диагноз «Абсцесс передней поверхности шеи», гнойник вскрыт, получал необходимое антибактериальное лечение.

Неоднократно получал стационарное лечение в кардиоревматологическом отделении КДКБ, последняя госпитализация в сентябре 2015 года. В терапии получает ксидифон 2% (3 месяца+, 3 месяца-), курсами НПВП, сосудистые препараты, местно мази с НПВП и троксевазин. На фоне терапии отрицательная динамика – появление новых уплотнений в трапециевидной мышце в области угла левой лопатки. Уплотнение подъязычных мышц. Движения в шее практически отсутствуют.

В течение последних 2,5 лет отмечает выраженную осиплость голоса, в связи с чем в сентябре 2015 года консультирован фониатром СККЦ СВМП, был поставлен диагноз: Парез гортани справа внегортанной этиологии, дисфония.

Заключение: прогноз на выздоровление неблагоприятный, оперативные вмешательства противопоказаны, так как приводит к появлениям новых участков оссификации. Продолжительность жизни таких больных варьирует. Гибель наступает по причине лёгочной инфильтрации, либо из-за истощения на фоне окостеневания глотательных и жевательных мышц.

Список литературы.

1. Бадюкин, В.В. Клинико-генетические аспекты прогрессирующей оссифицирующей фибродисплазии / В.В. Бадюкин, В.А. Мякоткин // Актуальные вопросы педиатрии. – М., 2013. – С. 34–46.
2. Злобина, Т. И. Клинико-рентгенологические аспекты прогрессирующей оссифицирующей фибродисплазии / Т.И. Злобина, О.Э. Сафонова // Актуальные вопросы педиатрии. – Иркутск, 2014. – С.72-75.
3. Корж, А.А. Болезнь Мюнхмейера / А.А. Корж, К.Д. Логачёв // Многотомное руководство по ортопедии и травматологии. – М., 2013. – С. 496–515.
4. Крисюк, А.П. Способ лечения прогрессирующего оссифицирующего миозита / А.П. Крисюк, В.Н. Городняя // Ортопедия. – 2014. – С. 326–372.
5. Проскурова, В.И. О множественном прогрессирующем миозите / В.И. Проскурова, И.Н. Костенко // Врачебное дело. – № 4. – С. 13–15.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕГО МИОЗИТА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Харатокова И.Р., Швыдченко К.Р.

Научный руководитель: Миронова Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия (ПОФ), или болезнь (синдром) Мюнхмейера, имеет множество синонимов: оссифицирующий миозит, прогрессирующий множественный оссифицирующий миозит, прогрессирующая множественная оссифицирующая фибродисплазия, параоссальная гетеротопическая оссификация, множественная межмышечная остеома, остеопластическая миопатия, оссифицирующая фасциальная гиперплазия, оссифицирующий фиброзит, оссифицирующий прогрессирующий фиброцеллюлит, прогрессирующая оссифицирующая болезнь, прогрессирующая врожденная полиоссификация.

ПОФ является самостоятельной нозологической формой, характеризуется гетеротопической оссификацией и врожденными дефектами развития скелета. В основе заболевания – метапластический остеогенез, в котором участвуют не клетки периоста и эндоста, а происходит трансформация соединительной ткани мышечных прослоек, сухожилий, связок, фасций и апоневрозов в костную ткань.

Этиология и патогенез. ПОФ – наследственное заболевание, связанное с геном, ответственным за гиперпродукцию морфогенного белка кости BMP4 (bone morphogenetic protein 4).

Ген BMP4 относится к трансформирующему фактору роста (TGF), участвующему в развитии всех органов и тканей. В норме сигнал с гена TGFb повышает экспрессию гена ENPP1, что способствует усиленной выработке неорганического пирофосфата, ингибирующего процессы минерализации и кальцификации. Мутации в гене ENPP1 подавляют выработку неорганического пирофосфата, что вызывает аномальную оссификацию тканей. Ген, определяющий развитие данного заболевания, недавно картирован в локусе, расположенном на длинном плече 4-й хромосомы (4q27-31).

Актуальность темы: болезнь неизбежно приводит к заметным нарушениям деятельности опорно-двигательного аппарата и инвалидизации больных.

Цель исследования: изучить клинический случай болезни Мюнхмейера в Ставропольском крае.

Методы исследования: наблюдение больного, выкопировка из истории болезни.

Клинический случай: Больной Ф.. 17 лет, наблюдался нами в течении месяца. Родился на 34-35 неделе от второй беременности, масса тела при рождении – 1700, длина тела – 46 см. Во время беременности у матери отмечалась преэклампсия, в интранатальном периоде наблюдалось раннее излитие вод.

Ребенок болен с 2005 года, когда впервые были выявлены уплотнения грудино-ключично-сосцевидных мышц, был консультирован педиатром и ортопедом ДККБ, где был выставлен диагноз прогрессирующий оссифицирующий миозит правой кивательной мышцы и левой шейно-затылочной мышцы.

В 2006 году консультирован генетиком, выставлен диагноз: Фибродисплазия оссифицирующая, прогрессирующая (тип наследования аутосомно-доминантный). По месту жительства получал физиолечение (магнитотерапию и электрофорез с лидазой), было рекомендовано рассмотрение на МСЭ. В инвалидности ребенку неоднократно отказано.

В 2009 году с жалобами на отек и боли в области шеи, подъем температуры тела до 38 градусов был госпитализирован по месту жительства, где выставлен диагноз абсцесс передней поверхности шеи, гнойник вскрыт, получал необходимое антибактериальное лечение.

В октябре 2010 года осмотрен онко-гематологом: онкопатологии не выявлено.

Неоднократно получал стационарное лечение в кардиоревматологическом отделении КДКБ, последняя госпитализация в сентябре 2015 года. В терапии получает ксидифон 2%(3 месяца+, 3 месяца-), курсами НПВП, сосудистые препараты, местно мази с НПВП и троксевазин. На фоне терапии отрицательная динамика – появление новых уплотнений в трапецевидной мышце в области угла левой лопатки. Уплотнение подъязычных мышц. Движения в шее практически отсутствуют.

В течение последних 2,5 лет отмечает выраженную осиплость голоса, в связи с чем в сентябре 2015 года консультирован фониатром СККЦ СВМП, был поставлен диагноз: Парез гортани справа внегортанной этиологии, дисфония.

Заключение: прогноз на выздоровление неблагоприятный, оперативные вмешательства противопоказаны, так как приводит к появлениям новых участков оссификации. Продолжительность жизни таких больных варьируется. Гибель наступает по причине легочной инфильтрации, либо из-за истощения на фоне окостеневания глотательных и жевательных мышц.

Список литературы.

1. Бадюкин, В. В. Клинико-генетические аспекты прогрессирующей оссифицирующей фибродисплазии / В. В. Бадюкин, В. А. Мякоткин /Актуальные вопросы педиатрии. – Москва, 2013. – С.34-46.
2. Злобина, Т. И. Клинико-рентгенологические аспекты прогрессирующей оссифицирующей фибродисплазии / Т. И. Злобина, О. Э. Сафонова /Актуальные вопросы педиатрии. – Иркутск, 2014. – С.72-75.
3. Корж, А. А. Болезнь Мюнхмейера / А. А. Корж, К. Д. Логачев /Многотомное руководство по ортопедии и травматологии. – Москва, 2013. – С.496-515.
4. Крисюк, А. П. Способ лечения прогрессирующего оссифицирующего миозита / А. П. Крисюк, В. Н. Городняя /Ортопедия. – Москва, 2014. – С.326-372.
5. Проскурова, В. И. О множественном прогрессирующем миозите / В. И. Проскурова, И. Н. Костенко//Врач дело. - №4. – С.13-15.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Швыдченко К.Р., Харатюкова И.Р.

Научный руководитель: Миронова Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Хроническая болезнь почек (ХБП) – синдром, обусловленный необратимым почечным повреждением, которое может прогрессировать до терминальной стадии – полной утраты почечной функции, т.е. хронической почечной недостаточности [1].

На сегодняшний момент в мире нет достоверных данных о частоте встречаемости ХБП у детей в результате достаточно распространенного явления гиподиагностики данного состояния среди детей, а также недостаточной отчетности [2,3]. Трудность диагностики связана с различными темпами прогрессирования и переходом из одной стадии в другую у детей. В связи с этим складывается тенденция, что частота ХБП в разных популяциях значительно выше, чем диагностируется (1%), и колеблется от 10 до 12% населения [4].

Цель исследования - анализ возрастной структуры, этиологии и особенности течения хронической болезни почек у детей в Ставропольском крае.

Материалы и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ историй болезни 43 пациентов с ХБП в возрасте от 1 мес. до 18 лет, находившихся на лечении в отделении Нефрологии ГБУЗ СК "Краевая детская клиническая больница" в период с 2012 по 2016 гг.

Критерии включения:

- госпитализация в период 2012-2016 гг.;
- возраст пациентов от 1 мес. до 18 лет;
- данные за наличие I-V стадий ХБП, согласно принятым критериям постановки диагноза [9], подтвержденные документально.

Анализ включал изучение жалоб, анамнеза жизни и заболевания детей с ХБП, данных объективного обследования, а также оценку результатов параклинических методов исследования.

Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета программ STATISTICA 10.0 и AtteStat. Для выявления различий между количественными данными использовали критерии Стьюдента (t) и Пирсона (χ^2). Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Исследуемую группу в количестве 43 человек составили 26 (60,5%) девочек и 17 (39,5%) мальчиков.

По возрасту манифестации признаков ХПН пациенты были распределены следующим образом: 2 ребенка (4,65%) – первого года жизни, 3 (6,97%) – от 1 года до 3 лет, 5 (11,63%) – дети от 3 до 7 лет, 6 (13,95%) от 7 до 11 лет, 9 (20,9%) – от 11 до 15 лет и 18 (41,9%) подростков от 15 до 18 лет.

В общем анализе мочи у 3% больных обнаружена гематурия; у 33% - лейкоцитурия; у 64 %- протеинурия (микроальбуминурия).

Оценка результатов анализа мочи по Зимницкому демонстрирует, что минимальный удельный вес мочи среди обследуемых пациентов составил 1.005 [1.002-1.008].

Анемия, как наиболее характерное проявление ХБП у детей была диагностирована 26 (60,5%).

Нами были также выявлены характерные для ХБП нарушения минерального обмена. Гиперкалиемия (уровень калия более 5,5 ммоль/л), была диагностирована у 8 (18,6 %) пациентов. Гипернатриемия (более 155 ммоль/л) была выявлена у 4 (9,3 %) детей, гипонатриемия (менее 130 ммоль/л) – 2 (4,6 %) пациентов.

Нарушение фосфорно-кальциевого обмена выражалось в неуклонном снижении уровня кальция по мере прогрессирования ХБП ($r = -0,2$, $p = 0,05$). Средний уровень кальция среди обследованных нами детей составил $1,93 \pm 0,12$ ммоль/л.

Вторичный гиперпаратиреоз – медиана уровня ПТГ составила 194 [70-667] моль/л.

Нарушение азотистого баланса встречалось у 51% обследуемых.

Артериальная гипертензия была диагностирована у 31(72,1%) ребенка.

Выводы: Проведённое исследование демонстрирует, что в Ставропольском крае наблюдается диссоциация между г. Ставрополем и другими населенными пунктами в диагностике ХБП.

В подавляющем большинстве случаев причинами ХБП у детей Ставропольского края, как и в целом по стране и в мире, выступают врожденные и наследственные заболевания мочевой системы.

ХБП у детей Ставропольского края протекает с типичными для этого состояния расстройствами гомеостаза. По мере прогрессирования ХБП увеличивается степень тяжести анемии, что требует своевременной терапии, нарастают нарушения минерального и гормонального баланса, а также увеличивается частота и тяжесть артериальной гипертензии.

И все-таки, необходимо помнить, что в детском возрасте возможно обратное развитие хронического повреждения почек и восстановление функции органа, поэтому

раннее выявление, своевременное лечение болезней почек является важной предпосылкой для предупреждения или отдаления от ее фатального исхода.

Список литературы.

1. Архипов, В.В. Классификация хронической почечной недостаточности у детей и подростков / В.В. Архипов// Материалы V Конгресса по детской нефрологии. — Воронеж, 2006. — С. 19-20.
2. Вопросы диагностики хронической болезни почек у детей/ А.А. Вялкова, И.В. Зорин, Л.М. Гордиенко и [др.]// Практическая медицина. — 2013. — Том 6, № 75. — С. 72-77.
3. Вялкова, А.А. Хроническая болезнь почек / А.А. Вялкова// Оренбургский медицинский вестник. — 2015. — Том 3, №2 (10). — С. 42-51.
4. Даминова, М.А. Хроническая болезнь почек у детей: этиология, классификация и факторы прогрессирования / М.А. Даминова// Вестник современной клинической медицины. — 2016. — Том 9, вып.2. — С. 36-41.
5. Детская нефрология. Руководство для врачей // Под ред. М.С.Игнатовой — М: МИА, 2011. — 696с.
6. Иванов, Д.Д. Хроническая почечная недостаточность и хроническая болезнь почек у детей / Д.Д. Иванов// Нефрология. — 2006. — Том 10, № 3. — С. 123-126.
7. Лысова, Е.В. Особенности синдрома анемии при хронической болезни почек у детей (обзор литературы) / Лысова Е.В., Савенкова Н.Д. // Нефрология. — 2014. — Том. 18, № 3. — С. 34-44.
8. Панкратенко, Т.Е. Анемия у детей с хронической болезнью почек / Т.Е. Панкратенко, Т.Ю. Абасеева, Т.В. Маргиева // Педиатрическая фармакология. — 2011. - Том 8, № 3. — С. 80-84.
9. Папаян, А.В. Клиническая нефрология: Руководство для врачей / А.В. Папаян, Н.Д. Савенкова. — Санкт-Петербург, 2008. — 600 с.
10. Причины и течение хронической болезни почек у детей дошкольного возраста / Т.Ю. Абасеева, Т.Е. Панкратенко, А.А. Буров и [др.]// Альманах клинической медицины. — 2015. — Том 42. — С. 58-65.

Раздел 4. СТОМАТОЛОГИЯ

ИЗУЧЕНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ У СТУДЕНТОВ 4 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА СТГМУ

Абрамсон М.Г.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

В современном мире большинство молодых людей все чаще стремятся соответствовать установленным эстетическим стандартам. Но мало кто понимает, что отклонение от эстетической нормы отражается не только на внешности, но также может являться патологией, особенно это важно, когда это касается лица и зубочелюстной системы.

Несомненно, что каждый второй из молодых людей наверняка хотел оценить, насколько точно его антропометрические параметры соответствуют принятым стандартам. Исходя из этого, данная тема является очень актуальной в наше время.

Цель работы: изучение антропометрических данных по методу изучения челюстного профильного поля KPF и индекса Изара у студентов 4 курса стоматологического факультета СтГМУ.

Материалы и методы исследования.

Данная работа проводилась на базе кафедры стоматологии детского возраста СтГМУ. В исследовании принимали участие студенты 4 курса стоматологического факультета в количестве 50 человек, из них 20-мужского и 30- женского пола в возрасте от 19 до 23 лет.

В ходе проведения исследования использовались методы изучения антропометрических данных: фасциальный морфологический индекс Изара и метод изучения челюстного профильного поля KPF.

Морфологический индекс Изара (IFM- индекс фасциальный морфологический) используется для определения формы лица, а именно: долихоце-фалический тип (узкое), нормальный тип (среднее), брахицефалический тип (широкое). Данный индекс имеет большое значение при определении высоты, ширины и формы зубоальвеолярных дуг, вследствие их прямой зависимости от типа лица.

Исследование проводилось по общепринятой методике, по правилам которой первоначально измеряется высота лица между точками Oph (точка офрион), которая находится на пересечении средней линии лица и касательной к надбровным дугам, и Gn (точка гнатион), находящейся на средней линии лица, под подбородком. Затем измерялась ширина лица между наиболее выступающими точками на скуловых дугах (zy).

На последнем этапе производилось вычисление индекса с использованием формулы:

$$IFM = (oph - gn \times 100) / zy - zy$$

Метод изучения челюстного профильного поля KPF позволяет объективно оценить профиль лица обследуемого. Согласно правилам эстетической нормы отвечает профиль лица, нижняя треть которого располагается в профильном поле KPF в соответствии со следующими антропометрическими точками на черепе: trichion (tr)- начало волосистого покрова головы, Nasion (N)- точка на пересечении носолобного шва с срединно-сагиттальной плоскостью, Subnasale (Sn)- подносовая точка, Gnation (gn)- место пересечения нижнего края нижней челюсти с срединно-сагиттальной плоскостью, Orbitale (o)- самая нижняя точка на нижнем крае орбиты.

В соответствии с данной методикой на фотографиях профиля лиц обследуемых были обозначены две линии- Pn и Po. Обе эти линии перпендикулярны к франкфуртской

горизонтальной плоскости -Ph (Planum horisontale) и параллельны друг другу. Pn (Planum nasale)- носовая плоскость и линия, идущая от точки n (nasion)- самой глубокой точки, расположенной на вогнутости между лбом и носом, вниз и пересекающаяся под прямым углом с горизонтальной плоскостью Ph. Po (Planum orbitale)- орбитальная плоскость или линия- перпендикуляр, опущенный от точки O (orbitale), расположенной на нижнем крае орбиты в месте пересечения этой линии с горизонтальной плоскостью Ph .

Результаты.

В соответствии с правилами проведения вышеперечисленных методов изучения антропометрических данных были получены результаты, основой которых являются установленные эстетические нормы, соответствующие данным методам.

Таким образом, в ходе изучения морфологического индекса Изара были получены результаты и сопоставлены с нормой, а именно: показатель больше 104 характеризует лицо как узкое, от 103 до 97- среднее, от 96 и меньше – широкое.

Исходя из данных таблицы, можно сделать вывод о том, что большинство из студентов имеют узкий тип лица- 23 человека. Меньше всего у обследуемых встречаются широкие лица, а именно у 10 человек.

При оценке челюстного профильного поля были учтены эстетические нормы, и получены результаты:

Показатели большинства студентов, в количестве 33-х человек соответствуют установленной норме. Другая часть исследуемых, в количестве 17-и человек имеет отклонения из-за наличия патологии в сагиттальной и орбитальной плоскостях.

Вывод: при изучении антропометрических данных у студентов 4 курса стоматологического факультета СтГМУ были получены данные:

1. При оценке морфологического индекса Изара узкий тип отмечался чаще всего- 46% студентов, средний- 34%, реже встречался широкий тип лица -18%.

2. При оценке челюстного профильного поля показатели большинства студентов, а именно у 33-х человек (66%) соответствуют установленной норме. Другая часть исследуемых- 17 человек (34%) имеет отклонения из-за наличия патологии в сагиттальной и орбитальной плоскостях.

Список литературы.

1. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зуб-ных рядов и окклюзии : учебное пособие / Л.С. Персин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с.

2. Ортодонтия. Ситуационные задачи : учеб.пособие / О.О. Янушевич [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 192 с.

3. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Уильям Р. Проффит ; пер. с англ. ; под ред. чл.-корр. РАН, проф. Л.С. Персина. – 4-е изд. - МЕДпресс-информ, 2017. – 560 с.

4. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Персин Л.С. [и др.]. Учебник: в 3 частях Том. Часть 3. Ортодонтия / М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. –240 с.

ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНОЙ-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РОДОВСПОМОЖЕНИИ

Акопян Н.С., Григорян Е.Г.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

"Одну из самых первых травм челюстно-лицевой области ребенок может получить в процессе родов. Родовые травмы челюстно-лицевой области, по литературным данным, встречаются в 1-2% случаев родов. При несвоевременном обращении к челюстно-лицевому хирургу и отсутствии специализированной помощи у детей с переломами

нижней челюсти при родах отмечается отставание в росте поврежденной стороны челюстной кости и ограничение функции височно-нижнечелюстного сустава. С возрастом ребенка нарушения развития нижней челюсти и двигательной функции височно-нижнечелюстного сустава прогрессируют и это приводит к сочетанной деформации всего лицевого скелета, что существенно затрудняет их реабилитацию.

Сила внешнего давления, испытываемая органами и тканями плода, при физиологическом течении родов, не должна достигать травматического порога. Этому способствуют оптимальная скорость продвижения плода по родовому каналу и компенсаторное изменение формы его головы соответственно размерам тазового кольца. Результатом повышенного механического давления на ткани лица со стороны стенок родового канала может стать повреждение челюстно-лицевой области у ребенка при родах. Наименее растяжимой частью родового канала является тазовое кольцо, в котором головка плода испытывает наибольшее давление. Поэтому прохождение в тазовом кольце становится «фактором риска» в отношении повреждений тканей челюстно-лицевой области у плода. Получение родовой травмы становится возможным при значительном увеличении силы давления на головку плода. Среди многих факторов, способствующих этому, в первую очередь следует выделить ригидность стенок родового канала, определяемую у значительного количества первородящих женщин, и крупные размеры плода. По этой причине травма челюстно-лицевой области у подавляющего большинства новорожденных в основном формируется при первых родах.

Удлинение времени, в течение которого ткани плода находятся под действием повышенного давления, при так называемом «затяжном течении родов», увеличивает вероятность травматического повреждения. Также существенно повышает возможность травматического повреждения тканей лица ускоренное прохождение плода по родовому каналу. При «стремительных» родах головка плода не успевает в полной мере адаптировать свою форму к размерам тазового кольца и уменьшить действующую на нее силу давления. Ускорение продвижения плода по родовому каналу составляет основу многих родовспомогательных мероприятий, широко используемых в акушерской практике, вследствие чего их выполнение неизбежно повышает риск родовой травмы.

Цель: изучение характера травм челюстно-лицевой области при родо-вспоможении.

Материал и методы:

Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста было проведено изучение амбулаторных карт и клиническое обследование и ортодонтическое лечение 4 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет, имеющих зубочелюстные деформации, возникшие в ответ на родовую травму.

Дополнительно у пациентов проводилась рентген диагностика (боковая телерентгенограмма, ортопантомограмма) имеющейся патологии и изучение гипсовых моделей челюстей по методам Пона и Герлаха. Для анализа полученных данных использовался метод статистической обработки Statistica 10.

Результаты:

У 1 пациента со слов матери использовалось родовспоможение, с помощью выведения плода после захвата его нижней челюсти пальцами акушера. Внешние клинические признаки, имеющейся деформации лица, заключались в асимметрии лица, уменьшении высоты нижней трети лица, отставание в росте поврежденной стороны нижней челюсти.

У 1 пациента со слов матери использовалось родовспоможение, с помощью вакуум-экстракции (извлечение плода за головку за счёт создания отрицательного давления между головкой плода и внутренней поверхностью чашечки специального аппарата (вакуум-экстрактора). Клинические признаки характеризовались наличием дистальной окклюзии зубных рядов протрузии зубов и наличием диастем и трем.

У 2 пациентов со слов матери использовалось родовспоможение с помощью наложения акушерских щипцов, когда одна из ложек не полностью охватывает весь

лицевой череп, а её конец давит на челюсть, возникают переломы нижней челюсти. Внешние клинические признаки, имеющейся деформации лица заключались в асимметрии лица, отставании в росте поврежденной стороны верхней и нижней челюсти, деформации зубного ряда.

Вывод: в ходе проделанной работы нами были детализированы отрицательные последствия родовспоможения на росте и формировании зубочелюстной системы ребенка, определен характер травм челюстно-лицевой области, возникших при родовспоможении, и проведено восстановление размера и формы зубных рядов и прикуса с помощью ортодонтического лечения.

Список литературы.

1. Геворкян Р.С. Акушерские и перинатальные исходы при макросомии плода / Р.С. Геворкян, А.Н. Рымашевский, А.Е. Волков, Е.С. Никитина. Таврический медико-биологический вестник. 2017. - т. 20. - № 2-2. - С. 31-36.
2. Давыдова, Н.В. Профилактика травматических повреждений зубов, мягких тканей, челюстных костей у детей и подростков / Н.В. Давыдова, И.В. Фирсова, Д.Е. Суетенков, Н.М. Олейникова. Саратовский научно-медицинский журнал. 2011.- т. 7. - № 1. - С. 199-202.
3. Джембаева, Н.И. Современный взгляд на проблему челюстно-лицевой травмы / Н.И. Джембаева, А.С. Бояхчан., И.Н. Долгова, С.М. Карпов, А.В. Баландина. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. - № 5. - С. 742-74.
4. Карпов, С.М. Структура и особенности диагностики неврологических проявлений у пациентов с челюстно-лицевой травмой по данным челюстно-лицевого отделения Ставрополя. С.М. Карпов, Д.Ю. Христофорандо, Р.Р. Семенов, А.А. Хатуева. Стоматология. 2014. - т. 93. - № 4. С. 27-29.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА

Аракелян Н.Г., Дзугоева А.Х.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Хачатурян Э.Э.
Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. В современных методах лечения апикальных периодонтитов делается акцент на тщательную хеомеханическую обработку. Действия врача-стоматолога должны быть ориентированы на стерилизацию системы эндодонта и устранение смазанного слоя дентина. В последнее время все больше исследований свидетельствуют о том, что вышеперечисленных мероприятий для достижения положительного клинического результата недостаточно. В связи с этим, поиск новых алгоритмов, препаратов, методик лечения верхушечных периодонтитов является весьма актуальным. Целью исследования является дать сравнительную оценку методов лечения хронического гранулирующего периодонтита с применением временного пломбирования корневых каналов препаратом гидроокиси кальция и обработкой их антимикробной лазерной фотодинамической системой.

Материалы и методы. На базе кафедры терапевтической стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета были обследованы и пролечены 18 зубов у 18 пациентов (10 женщин, 8 мужчин) в возрасте от 24 до 47 лет. Критерием включения в исследование послужил диагноз: хронический гранулирующий периодонтит, возникший вследствие осложненного течения глубокого кариеса или пульпита, наличие свищевого хода на слизистой оболочке полости рта, из которого

выделялось серозное или гнойное содержимое. Все пациенты были разделены на 2 группы по 9 человек. Лечение апикального периодонтита заключалось в тщательной механической (ручным и машинным методом) и медикаментозным (ирригацией 1% подогретым до 40° раствором гипохлорита натрия, ЭДТА) обработке корневых каналов зубов. Пациентам I группы дезинфекцию корневого канала дополнительно проводили при помощи лазерного облучения. В работе использовалось излучение терапевтического лазера Helbo с длиной волны 670-690 нм.и энергетической плотностью 75 мВт/кв.см. Далее всем пациентам I и II группы проводилось временное пломбирование корневых каналов препаратом Calasept на основе гидроокиси кальция, и зуб закрывали временной пломбой из стеклоиономерного цемента Витремер. Через 2 недели временную пломбу удаляли, корневые каналы плотно obtурировали и зуб восстанавливали.

Результаты и обсуждение. Клиническое благополучие в ближайшие сроки наблюдали в 97,8% случаев у пациентов I группы и в 88% - у пациентов II группы. Осложнения возникли у пациентов I группы в 2,4% случаев. Во II группе осложнения выявлены в 12% случаев, что в 5 раз больше чем в I группе.

Выводы. Применение антимикробной фотодинамической терапии в процессе подготовки корневого канала к obtурации при лечении хронических периодонтитов позволило снизить количество осложнений, ускорило процесс восстановления очагов костной деструкции, а также позволило в максимально короткий срок добиться закрытия свищевого хода.

Список литературы.

1. Соловьева, О.А. Противовоспалительная и антимикробная терапия при лечении верхушечных периодонтитов. / О.А. Соловьева, К.Г. Караков, Э.Э. Хачатурян, П.А. Савельев, А.А. Саркисов // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2016. - №1. – С. 8-10.
2. Караков, К.Г. Опыт клинического применения антибактериальной фотодинамической системы в эндодонтии. / К.Г. Караков, М.П. Порфириадис, Э.Э. Хачатурян, Е.Н. Чалая, М.А. Дурова, Е.Г. Бабаян, Д.А. Абдулахова // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2015. - №4. – С. 15-17.
3. Караков, К.Г. сравнительная характеристика методов лечения хронических периодонтитов с применением антибактериальной фотодинамической терапии (в одно посещение) и препарата Calasept. / К.Г. Караков, Э.Э. Хачатурян, Е.Г. Бабаян, К.С. Гандылян, И.А. Базилов, В.А. Зеленский, М.А. Цурова, З.А. Сеираниду // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – Т.10, №3. – С. 242-245.
4. Караков, К.Г. Лечение хронических периодонтитов с применением антибактериальной фотодинамической терапии (в одно посещение). / К.Г. Караков, Э.Э. Хачатурян, Е.Г. Бабаян, М.А. Цурова, З.А. Сеираниду // Аллергология и иммунология. – 2016. – Т. 17, №1. – С. 62.
5. Караков, К.Г. Инфекционные заболевания в практике врача-стоматолога / К.Г. Караков, К.С. Гандылян, С.М. Безроднова, Н.В. Шацкая, А.В. Еременко, Э.Э. Хачатурян. – Ереван. Изд-во Лусабац, 2015. – 204 с.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ КОЛЛАГЕНОВЫХ МАТРИКСОВ НА ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ IN VIVO

Аракелян Н.Г., Дзугоева А.Х., Кадурина В.С.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Долгалев А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Разработка эффективных и безопасных методов и материалов для увеличения объема мягких тканей является важным разделом современной экспериментальной имплантологии и пародонтологии. Так ВОЗ в докладе “Глобальные цели стоматологии 2020” представила, восстановление приобретенных дефектов ЧЛО, важнейшей стратегической задачей современной стоматологии. Широкое внедрение в хирургическую стоматологию материалов для восстановления объема мягких тканей, прежде всего, вызвано их эстетической востребованностью. Целью исследования является проведение сравнительного исследования биологического действия коллагеновых матриксов на гетеротопической модели при имплантации в подкожную жировую клетчатку лабораторным животным.

Материалы и методы. Для оценки местного действия коллагеновых матриксов после имплантации использована модель подкожной имплантации согласно ГОСТ ISO 10993-6-2011. В эксперименте использованы 3 группы образцов биорезорбируемых коллагеновых мембран. В качестве контроля 2 служила группа образцов коллагеновой мембраны «bioPLATEBarrier» (производитель ООО «Кардиоплант»). Из каждой группы образцов брали имплантаты размером 10×10 мм по 4 шт. Перед имплантацией образцы помещали в физиологический раствор не менее чем на 5 минут.

В эксперименте использовали 4 самца белых нелинейных крыс массой 250 300 грамм, возрастом 3 месяца. Животных содержали в стандартных условиях вивария при постоянном доступе к воде и пище, 12-часовой смене светового режима.

Операцию проводили под ингаляционным наркозом с диэтиловым эфиром. Образцы имплантировали в карманы, сформированные вдоль средней линии спины. Разрез после имплантации был послойно ушит хирургическими нитками «МедИнж». Антисептическая обработка проведена спиртовым раствором йода 5 % и клеем для ран «БФ – 6».

Результаты и обсуждения. Внешне образцы контрольной группы 2 и образцы группы 2 не отличались. В каждом образце в той или иной степени была обнаружена видимая биоинтеграция окружающих тканей. Опытные образцы группы 1 ни в одной крысе не были обнаружены. Видимой воспалительной реакции не было. Так же не был обнаружен образец контрольной группы 2 в крысе № 4, это было предположительно вызвано воспалительным процессом, который образовался в результате инфицирования при имплантации.

Выводы. После 4 месяцев имплантации поведение образцов коллагенового матрикса «1» отличается от поведения образцов мембран «bioPLATEBarrier» и «bioPLATEBarrierFit». В группе образцов коллагенового матрикса «1» происходит более быстрая биоинтеграция собственной соединительной ткани. В группе образцов коллагенового матрикса «1» через 4 недели имплантации выявляются новые кровеносные сосуды в большом количестве, в отличие от групп образцов «bioPLATEBarrier» и «bioPLATEBarrierFit», где новообразованные сосуды встречаются одиночно. Во всех образцах исследуемых групп воспалительная реакция слабо выражена или отсутствует.

Список литературы.

1. Григорьянц Л.А., Сирак С.В., Слетов А.А. и др. Эффективность использования композиционных остеопластических материалов для пластики костных дефектов челюстей. Стоматология 2007; Спецвыпуск: 60-4.
2. Хенч Л., Джонс Д. Биоматериалы, искусственные органы и инжиниринг тканей. М.: Техносфера; 2007.

3. Деев Р.В., Исаев А.А., Кочиш А.Ю. и др. Клеточные технологии в травматологии и ортопедии: пути развития. Клеточная трансплантология и тканевая инженерия 2007;2(4): 18-30.
4. Руднева А.А., Сахаров А.В., Макеев А.А. и др. Реакция тканей кожи на синтетический материал «ТИОПРОСТ», разработанный для использования в тканевой инженерии. Клеточная трансплантология и тканевая инженерия 2010; 5(1): 53-7.
5. Николаева Е.Д., Шишацкая Е.И., Мочалов К.Е. и др. Сравнительное исследование клеточных носителей, полученных из резорбируемых полигидроксиалканоатов различного химического состава. Клеточная трансплантология и тканевая инженерия 2011; 6(4): 54-63.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИНГВАЛЬНЫХ БРЕКЕТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Бельгушева А.С., Каручева М.Б.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальная проблема современной медицины-высокая распространенность аномалии зубочелюстной системы, достигающая 75%. В современной ортодонтии для эффективного устранения зубочелюстных аномалий и деформаций часто используют вестибулярные брекет-системы различных конструкций и материалов. Однако даже самые эстетичные системы после завершения установки остаются заметными для окружающих, что явилось поводом для совершенствования Эджуайс-техники. В конце XX века специалистами были созданы лингвальные брекет-системы, располагающиеся с оральной поверхности зубного ряда. От латинского *lingua* (в переводе-«язык»), тот способ позволяет брекет-системе оставаться абсолютно незаметной. Лечение лингвальными брекетами совпадает с принципами лечения традиционными вестибулярными брекетами, они приклеиваются на оральной поверхности зубов и соединяются между собой силовой дугой, при помощи которой на зубы оказывается постоянное давление, вынуждающее их постепенно перемещаться в необходимое место. Исправление прикуса с помощью лингвальных брекет-систем стало возможным благодаря французскому врачу Пьеру Фучарду. Именно он в XVIII веке (почти 3 столетия назад!) впервые установил брекет-систему со стороны языка. Это устройство и стало прототипом современных лингвальных конструкций. Первое поколение «внутренних» брекет-систем было незаметным, если пациент молчал: из-за громоздкости конструкции речь обладателя этой системы становилась неузнаваемой! Сложно было не только говорить, но и принимать пищу, брекет-системы зачастую сильно ранили язык и десны.

Продолжил совершенствовать технологию невидимого выравнивания зубов немецкий стоматолог Дирк Вихманн. Проанализировав основные недостатки других лингвальных брекет-систем, доктор Вихманн создал аппаратуру, одинаково комфортную для пациентов и удобную в работе для врачей. Благодаря тесному сотрудничеству с представителями других специальностей была разработана индивидуальная лингвальная брекет-система Incognito (Инкогнито), сочетающая в себе надежность и удобство лечения за счет использования последних достижений в компьютерных технологиях и ортодонтии.

Цель исследования: выяснить эффективность использования лингвальных брекет-систем при лечении зубочелюстных аномалий и деформаций.

Материал и методы. Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста было проведено ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у 7

пациентов в возрасте от 13 до 18 лет. Для анализа данных использовался метод статистической обработки Statistica 10.

Все пациенты были поделены на 2 группы:

В 1- группу входило 4 пациента с зубочелюстными аномалиями и де-формациями, лечение которым проводилось традиционной брекет-системой.

Во 2- группу входило 3 пациента, которым лечение проводилось лингвальными брекет-системами фирм «Incognito», «Forestafent 2D» и «STB».

В 1-группе пациентов лечение осуществлялось в течение 9-14 месяцев.

Во 2-группе пациентов лечение осуществлялось в течение 8-16 месяцев.

У всех пациентов был достигнут положительный лечебный результат. Пациенты 2- группы, использовавшие для лечения лингвальные брекет-системы в процессе лечения отмечали отсутствие эстетических жалоб, неприятные ощущения со стороны языка, его травмирование, неудобство во время функции жевания и речи.

В процессе проводимого лечения нами соблюдались основные этапы:

1-Лечение стандартно начиналось с осмотра у ортодонта, постановки диагноза и проведения санации ротовой полости стоматологом. Перед началом лечения удалялся зубной камень, заменялись пломбы, проводилось лечение кариеса.

2-осуществлялось рентгенологическое обследование, снимались слепки зубов и анализировались диагностические модели.

3-следующим этапом являлось приклеивание брекетов.

4-посещение пациентом врача 1 раз в 1.5-2 месяца

5-при достижении лечебного результата, брекет-системы снимались, а вместо них изготавливались ретейнеры, с целью фиксации зубов и зубного ряда в новом положении.

Результаты. В результате проведения исследования, направленного на лечение пациентов детского возраста с зубочелюстными аномалиями и деформациями, принципиальных отличий в использовании вестибулярных и лингвальных брекет-систем нами не отмечалось. Использование лингвальных и вестибулярных брекетов не выявило существенной разницы в длительности лечения и полученном лечебном эффекте. Одним из отрицательных моментов использования лингвальных брекетов мы считаем, неприятные ощущения со стороны языка, его травмирование, неудобство во время функции жевания и речи. Определенные неудобства были отмечены и со стороны врача. Они заключались в сложности приклеивания брекетов из-за возможности попадания слюны на подготовленную поверхность зуба и подвижного языка.

Выводы: в результате проведенного исследования мы определили эффективность использования лингвальных брекетов при лечении зубочелюстных аномалий и деформаций у детей. При этом принципиальных отличий в использовании вестибулярных и лингвальных брекет-систем нами не отмечалось. Использование лингвальных и вестибулярных брекетов не выявило существенной разницы в длительности лечения и полученного лечебного эффектом.

Список литературы.

1. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зуб-ных рядов и окклюзии: учебное пособие / Л.С. Персин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с.

2. Ортодонтия. Ситуационные задачи : учеб. пособие / О.О. Янушевич [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 192 с.

3. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Уильям Р. Проффит ; пер. с англ. ; под ред. чл.-корр. РАН, проф. Л.С. Персина. – 4-е изд. - МЕДпресс-информ, 2017. – 560 с.

4. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Персин Л.С. [и др.]. Учебник: в 3 частях Том. Часть 3. Ортодонтия / М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. –240 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРУКСИЗМА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Биктимерова Э.А., Осокина Т.К.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И.
Евдокимова

Введение. Бруксизм является одной из актуальных проблем стоматологии в связи с высокой распространенностью и трудностями в диагностике и лечении. Целью настоящей работы является повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с бруксизмом в возрасте 18-23 лет с помощью диагностических капп Bruxcheckers и миорелаксирующих шин.

Задачи исследования. Исследование жевательных мышц, изготовление диагностических капп BruxCheckers, анализ фасеток стирания, изготовление миорелаксирующих шин; анализ отдаленных результатов лечения.

Материалы и методы. Обследовано 10 студентов в возрасте 18-23 лет. Проводились анкетирование; опрос; анализ портретных и дентальных фотографий; внешний осмотр челюстно-лицевой области, осмотр полости рта, пальпация жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; окклюзиография; получение оттисков, изготовление диагностических моделей; изготовление и диагностика BruxCheckers; изготовление миорелаксирующих шин.

Результаты. У 3-х пациентов с 6 классом по S.Sato с декомпенсированной формой бруксизма был диагностирован 4 класс, свидетельствующий о переходе нейромышечной системы пациентов в компенсированную стадию. У 3-х пациентов с классом 5, одного с классом 4, одного с классом 3 уменьшились головные боли, при повторной двусторонней симметричной пальпации мышц болевая симптоматика перешла в ощущение чувствительности. У двух пациентов с 6 классом лечение миорелаксирующими шинами оказалось малоэффективным.

Выводы:

1) У пациентов, страдающих от ночного бруксизма, при двусторонней симметричной пальпации мышц отмечаются чувствительность, дискомфорт, напряжение, а нередко гипертрофия и болезненность жевательных мышц.

2) BruxCheckers позволяют визуализировать соотношение окклюзионных контактов в динамике, в периоды повышенного эмоционального стресса.

3) У пациентов с бруксизмом на диагностических каппах BruxCheckers преобладают 4, 5 и 6 классы по классификации S.Sato.

4) Использование релаксационных шин приводит к снижению напряжения жевательных мышц.

5) Типичные значимые отрицательные сдвиги классов BruxCheckers в отдаленные сроки (через 6 месяцев) свидетельствуют об эффективности лечения.

Список литературы.

1. Sannomiya E., Goncalves M., Masseter muscle hypertrophy // Bras. Dent. J. — 2009. — № 17 (4)
2. Д.Брокар, Ж.-Ф. Лалюк, К. Кнеллесен. Бруксизм. Издательство “Азбука” 2009 г.
3. Daniel A. Paesani. Bruxism: Theory and Practice. 2010. С. 525
4. Attanasio Ron. Bailey, Dennis R. Dental management of sleep disorders. 2010. С. 274
5. Slavicek R. The masticatory organ: Function and Dysfunction – Kloster Neuburg: Azbuka. 2008
6. Prof. dr. ir. M. Naeije, prof. dr. F. Loobbezoo, dr. C.M. Visscher. Orale kinesiologie. Temporomandibulaire disfuncties, bruxisme, gebitsattritie en slaapapneu. 2015

ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ ГЛАЗАМИ ХИМИКА

Блинова А.В.

Тверской государственный медицинский университет

Косметическая стоматология занимается улучшением природной эстетики зубов, мягких тканей, прикуса в целом. В последнее время особое место в списке услуг, оказываемых стоматологом, занимает процедура отбеливания, и популярность ее только возрастает.

Цель работы – изучить химические аспекты возникновения патологического окрашивания зубов и процесса стоматологического отбеливания. При анализе отечественной и иностранной литературы было отмечено, что информация о химической природе изменения цвета зубов носит лишь описательный характер. Автор работы сочла необходимым составить уравнения химических реакций, описывающих процессы возникновения дисколоритов зубов, механизм действия отбеливающих препаратов – перекиси водорода и перекиси карбамида.

Принципы адгезии хромогенов еще недостаточно ясны, но типичные танин-хромогены взаимодействуют с белками пелликулы зуба.

На ранней стадии взаимодействие осуществляется посредством водородных связей, со временем пигментация от пищи усиливается. Химический анализ застарелых пятен пищи и напитков выявил наличие производных альдегидов. По-видимому, эти составляющие являются продуктами реакции Майяра, которая представляет собой серию химических перестановок и реакций между сахаром и аминокислотами. На последней стадии реакции образуются многочисленные меланоидины – широкий спектр нерегулярных полимеров разнообразного строения, включая гетероциклические и хиноидные структуры, множество ароматических веществ: от оксиметилфурфурола до изовалерианового альдегида, метилглиоксаля, диацетила и других.

Механизм химического отбеливания основан на разложении перекисных соединений под действием тепла, света или катализаторов. Разложение проходит с образованием либо атомарного кислорода, либо более активных ионов гидропероксида. При этом анионная диссоциация более труднодостижима, т.к. требует строгого поддержания pH в щелочном диапазоне и специфического катализатора – пербората, перкарбоната или персульфата. Продукты разложения перекиси вступают в реакцию оксигенации с ароматическими молекулами пигментов, превращая их в прозрачные растворимые алифатические цепочки. Богатые двойными связями, они также могут подвергаться окислению с образованием либо карбоновых кислот (окисление с полным разрывом двойной связи), либо многоатомных спиртов (окисление с неполным разрывом двойной связи).

Когда все хромофоры превратятся в бесцветные молекулы, достигается точка так называемого сцепления. Дальнейшее отбеливание приведет лишь к разложению продуктов реакции на углекислый газ и воду, но усиливающего эффекта (сверхотбеливания) вызывать не будет.

Список литературы.

1. Атлас по стоматологии. Эстетическая стоматология / Джозеф Шмидседер; пер.с англ. под ред. Т. Ф. Виноградовой. - Москва: МЕДпресс - информ, 2007. - 320 с., ил.
2. Скрипников, П.Н. Отбеливание зубов / П.Н. Скрипников, Н.С. Мухина. – Полтава, 2002. – 64 с.
3. Туати, Б. Эстетическая стоматология и керамические реставрации: пер с англ./ Б. Туати, П. Миара, Д. Нэтэнсон. - Москва: Издательский дом "Высшее Образование и Наука". 2004. - 448 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г.СТАВРОПОЛЯ

Бочко О.Ю., Киричѣк Т.И., Терехова И.Ю.

Научный руководитель: Макатов Р.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы. В настоящее время среди населения г. Ставрополя наблюдается низкая медицинская грамотность, особенно среди детей. Это является проблемой для современного общества, так как своевременная профилактика заболеваний может предупредить развитие болезни и устранить воздействие факторов риска.

С малых лет у детей формируется привычки и навыки по уходу за полостью рта. Важную роль в воспитании их занимают родители. Зачастую по своей неграмотности родители не могут поделиться должными знаниями о правильной гигиене полости рта, причинах развития основных стоматологических заболеваний. Полагаясь на то, что дети сами обучатся этим навыкам с течением времени.

Проводимая работниками здравоохранения просветительная работа ведет к накоплению информации у части детей и подростков, но для закрепления знаний необходимо систематически, грамотно и массово осуществлять деятельность по повышению уровня санитарной культуры населения. Сложность в организации такого обучения заключается, прежде всего, в отсутствии финансовых средств, необходимых для формирования стоматологических кабинетов во всех среднеобразовательных учреждениях. В школах иногда полностью отсутствуют демонстрационные средства (фантомы челюсти человека, аудиовидеотехника). Что затрудняет проведение обучающих уроков гигиены полости рта и стоматологических осмотров у детей.

Распространенность кариеса у детей г. Ставрополя в возрасте от 7 до 12 лет составляет 64-65%. Этот показатель в 2-3 раза выше, чем в других городах России. Рациональная гигиена полости рта является ведущим звеном в профилактике кариеса зубов. Систематическая чистка зубов, удаление мягких зубных отложений способствует физиологическому процессу созревания эмали зубов, а биологически активные компоненты зубных паст обогащают ткани зуба микро и макроэлементами. Качественная гигиена полости рта позволяет снизить заболеваемость зубов кариесом. Гигиеническое воспитание является важнейшим из всех известных направлений профилактики в стоматологии.

Цель: повышение медицинской грамотности детей младшего школьного возраста от 7-12 лет через обучение гигиеническим навыкам чистки зубов в 4 школах г. Ставрополя и родителей возраста от 25-45 лет путем проведения просветительных семинаров в стоматологии детского возраста г. Ставрополя.

Материалы и методы: Исследование проводили сотрудники кафедры стоматологии детского возраста и студенты 3, 4 и 5 курсов стоматологического факультета СтГМУ, на базе ДСП СтГМУ и МБОУ СОШ №1, МБОУ гимназия №2, МБОУ гимназия № 30, МБОУ лицей №15 города Ставрополя. За два года нами было обследовано 867 детей в возрасте от 7 до 12 лет. Для оценки гигиенического состояния полости рта использовали индекс гигиены Грина-Вемиллиона. Далее проводили обучение гигиеническим навыкам чистки зубов. Работу с детьми разделили на несколько уроков. Каждое занятие длилось 40 минут. Эффективность гигиенических мероприятий определяли через 3 месяца.

Так же были проведены информационно-разъяснительные семинары с родителями и детьми города, совместно со сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста. Занятия проводились по следующим направлениям:

1. Строение зубов и их функция. ЗОЖ. Обучение правилам гигиены полости рта.
2. Формирование ЗЧС. Сроки прорезывания зубов.
3. Прикус. Его виды.

4. Вредные привычки, влияющие на формирование ЗЧС.
5. Естественное и искусственное вскармливание. Влияние на развитие ЗЧС.
6. Правила выбора зубной щетки и пасты. С какого возраста, как и чем надо чистить зубы.
7. Календарный план посещения стоматолога.

Результаты: реализация проекта позволила охватить широкую аудиторию школьников младших классов города Ставрополя и Ставропольского края в возрасте 7 до 12 лет. За 23 месяца (2015-2017 гг.) мы внедрили обучающие гигиенические программы в 4 школы г. Ставрополя. Обучили 867 школьников с 1 по 4 классы.

Полученные цифровые данные подверглись статистической обработке методами медицинской статистики. Результаты упрощенного индекса гигиены полости рта (ОНИ-S) у детей следующие, на контрольном осмотре резко возросло количество детей с хорошей и удовлетворительной гигиеной полости рта и снизилось с неудовлетворительной и плохой гигиеной. Все испытуемые прошли анонимное тестирование, на котором были представлены вопросы о гигиене полости рта, необходимости внедрения образовательных гигиенических программ в школах и эффективности проделанной работы студентов и преподавателей. При анализе результатов всех этапов исследования, было выявлена группа детей с низкими показателями. Для них были проведены дополнительные гигиенические уроки. На которых рассматривались и разбирались непонятные вопросы детям. Всем детям были выданы индивидуальные рекомендации по уходу за полостью рта, розданы поощрительные призы и выданы напоминая о посещении стоматолога раз в полгода.

Вывод: Таким образом, внедрение образовательных гигиенических программ в школах и проведение семинаров с родителями приводит к улучшению навыков ухода за полостью рта и улучшению гигиенического состояния полости рта у детей младших классов.

Список литературы.

1. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М.: 2006. – 416с.
 2. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие для студентов/сост.В.В. Гунчев, А.П.Сутыгина, Л.Л.Сосулина и др.-Ижевск, 2008. -324с.
- Дополнительная:
1. Кузьминой Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие / под ред. Э.М. Кузьминой. М.: 2001. – 216с.
 2. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. -М.: Медицинская книга, 2008. - 444 с.
 3. Максимовский Ю.М., Сагина О.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний: учебное пособие для студентов. -2005. -206 с.
 4. Сунцов В.Г., Леонтьев В.К. с соавт. Стоматологическая профилактика у детей: Рук-во для студентов и врачей. –М.:Медицинская книга, 2001.– 343 с. 5. Улитовский С.Б. Зубные пасты / С.Б.Улитовский.–СП.б., 2001.–296с.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ К СЪЕМНЫМ ПЛАСТИНОЧНЫМ ПРОТЕЗАМ ПРИ ЧАСТИЧНОМ ОТСУТСТВИИ ЗУБОВ

Величко Е.А., Паносян А.А.

Научный руководитель: ассистент Тихонова Е.Е.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Одной из проблем протезирования является адаптация пациентов к съемным пластиночным протезам при частичном отсутствии зубов. Целью исследования было изучение особенностей адаптации пациентов к съемным пластиночным протезам у лиц с частичным отсутствием зубов путем проведения анкетирования среди пациентов.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 43 пациента (25 мужчин и 18 женщин), которым предлагалось заполнить специально разработанную анкету. Наибольшее число опрошенных составляли пациенты возрастных групп 51-60 лет и 61-70 лет (по 15 человек).

Результаты проведенных исследований: наименьший срок адаптации наблюдался в возрастных группах 51-60 и 61-70 лет (от 1 до 2 недель), наибольший – в возрастных группах 71-80 и 81-90 лет (от 2 недель до 1 месяца). Самым распространенным типом фиксации стала плоскостная (у 28 человек); наименее распространенным – точечная (3 человека). Ощущение инородного тела испытывали 32 человека, локальные болевые ощущения 28 человек, нарушение речи 27 человек, дискомфорт жевательных мышц и ВНЧС 16 человек, повышенное слюноотделение 14 человек. Из рациона исключали жесткую пищу 39 человек, использовали гели или мази для улучшения фиксации протеза 17 человек.

Вывод: наиболее частыми проблемами адаптации стали ощущение инородного тела, локальные болевые ощущения, нарушение речи. У пациентов с точечной фиксацией протезов проблем адаптации было меньше, и это обусловлено тем, что данная группа пациентов уже ранее уже пользовалась съемными протезами. С возрастом пациентов сроки адаптации увеличиваются. Многие исключали из рациона жесткую пищу и использовали гели или мази для улучшения фиксации протеза, что позволило сократить сроки адаптации.

Список литературы.

1. Калакуцкий, Н. В. Патоморфологические аспекты амелобластомы, ее диагностика и подход к лечению / Калакуцкий, Н. В., Тюрин, А. Г., Журавлев, И. В. // Институт Стоматологии. – 2012. – №3. – с. 4
2. Козицына, С. И. Особенности протезирования одностороннего концевых дефекта верхней челюсти / Козицына, С. И., Макарова, А. Н., Обиджанов, С. Г. // Институт Стоматологии. – 2008. – №4 – с. 15
3. Лебеденко, И. Ю., Каливрадзиян, Э. С. Ортопедическая стоматология // М. – ГЭОТАР-Медиа – 2011. – с. 136

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА "СЕКСТАФАГ" В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ

Володько В.А.

Научный руководитель: Максимович Е.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Наиболее распространенными воспалительными заболеваниями на амбулаторном хирургическом стоматологическом приеме являются острый одонтогенный периостит челюстей и острый гнойный перикоронарит [2]. В случае острых одонтогенных инфекций челюстей выделяют смешанную микрофлору, которая состоит из стрептококков и стафилококков различных видов, грамположительных и грамотрицательных палочек, гнилостных. Среди них до 75 % приходится на анаэробные бактерии и 25 % составляет аэробная флора [1]. При этом большинство микроорганизмов в естественных условиях находится в составе структурированных, прикрепленных к поверхности сообществ – биопленок, в составе которых они обладают повышенной резистентностью к антибактериальным препаратам.

Цель исследования – изучить применение лекарственного средства «Секстафаг» (пиобактериофаг поливалентный) при лечении острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний, в том числе и у пациентов с сопутствующей соматической патологией и у беременных женщин.

В состав «Секстафага» входит стерильный фильтрат фаголизатов бактерий *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Proteus* (*P.vulgaris*, *P.mirabilis*), *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumonia*, энтеропатогенных штаммов *Escherichia coli*, препарат воздействует на весь спектр микроорганизмов, вызывающих острый одонтогенный периостит челюстей.

Материалы и методы.

Исследования были проведены на 20 пациентах с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстей на базе УЗ «5-я городская клиническая поликлиника», УЗ «14-я центральная районная поликлиника Партизанского района» г. Минска. Возраст пациентов - от 26 до 53 лет, средний возраст - 39,5 лет. При анализе сопутствующей соматической патологии у 1 пациентки выявлена патология щитовидной железы (узловой зоб), у 1 пациента – аутоиммунный тиреоидит, 1 пациентка находилась на 16 неделе беременности. У 3 пациентов был острый гнойный одонтогенный периостит на нижней челюсти, у 7 – на верхней, у 4 пациентов – острый гнойный перикоронарит от зуба 3.8, у 6 пациентов - острый гнойный перикоронарит от зуба 4.8. Пациенты были разделены на две группы – контрольную и экспериментальную.

Пациентам контрольной группы после проведения первичной хирургической обработки противовоспалительная терапия назначалась согласно протоколу, с использованием в качестве антибактериального препарата «Ципролет А». Пациентам из экспериментальной группы после проведения первичной хирургической обработки гнойного очага, инстилляции раны 0,05% водным раствором хлоргексидина биглюконата в рану вводили 1,0 мл раствора «Секстафаг» однократно. Противовоспалительная терапия в послеоперационном периоде назначалась согласно протоколу, с использованием в качестве антибактериального препарата «Ципролет А». Эффективность проводимого лечения оценивали по клинической картине заболевания в динамике.

Результаты исследования и их обсуждение.

При ежедневном осмотре пациентов экспериментальной группы клинические признаки воспаления, такие как: гиперемия, отек, инфильтрация слизистой оболочки, гнойный экссудат, увеличенные размеры лимфатических узлов - исчезали на третий день после начала проведения терапии препаратом «Секстафаг». У пациентов контрольной группы клинические признаки воспаления исчезали на четвертый день. Количество дней

временной нетрудоспособности у работающих пациентов в экспериментальной группе составило 1 – 3 дня при воспалительных заболеваниях на верхней, так и на нижней челюсти. У работающих пациентов контрольной группы количество дней временной нетрудоспособности составило 4 – 5 дней. При применении препарата «Секстафаг» у пациентов не наблюдалось побочных реакций, в том числе у беременной женщины и пациентов с патологией щитовидной железы.

Заключение.

Препарат «Секстафаг» (пиобактериофаг поливалентный) при местном применении не вызывает общих побочных реакций и может эффективно применяться местно, особенно у пациентов с ослабленной иммунной системой.

Список литературы

1. Кабанова А.А. Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология: карманный справочник врача / А.А. Кабанова – Медицинская литература, 2015. – 160 с.
2. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: нац. рук. / под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. – М.: ГЭОТЕР–Медиа, 2010. – 928 с.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Гаджиалиев Ф.М., Григорьян Э.Г.

Научный руководитель: Водолацкая А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Перекрестная окклюзия зубных рядов (перекрестный прикус), представляет деформацию зубочелюстной системы в горизонтальной (трансверзальной) плоскости и возникает в результате несоответствия ширины между верхним и нижним зубными рядами.

Для перекрестной окклюзии зубных рядов характерно нарушение взаимоотношения между верхними и нижними зубами в боковых участках зубного ряда. Один из двух возможных вариантов подобной патологической окклюзии заключается в расположении вестибулярных бугров верхних боковых зубов в продольных бороздках нижних. Он представляет так называемый буккальный (щечный) перекрестный прикус.

Второй вариант - лингвальный (язычный) перекрестный прикус, представляет соотношение зубных рядов, при котором верхние боковые зубы полностью или частично проскальзывают мимо нижних.

Если нарушение взаимоотношения между верхними и нижними зубами в боковых участках зубного ряда формируется с одной стороны, то оно характеризуется как односторонний перекрестный прикус. В случае, когда подобная патология определяется с обеих сторон, она представляет двусторонний перекрестный прикус.

Нарушение взаимоотношения между верхними и нижними зубами от моляров до резцов является полным перекрестным прикусом. Подобное нарушение окклюзии, но ограниченное в пределах премоляров и моляров, характеризуется как частичный перекрестный прикус.

Перекрестный прикус может формироваться в качестве изолированного поражения, и тогда он является самостоятельной деформацией зубочелюстной системы. В ряде случаев перекрестный прикус сочетается с нарушением соотношения зубных рядов в сагиттальной плоскости – дистальной и мезиальной окклюзией.

При перекрестном прикусе деформированной может быть только верхняя челюсть или нижняя. Вместе с тем возможно участие в формировании перекрестного прикуса обеих деформированных челюстей.

Причиной развития перекрестного прикуса является наследственный фактор. Приобретенный характер патологии связан с особенностью положения головы ребенка во время сна, действием вредной привычки, атипичным положением зачатков зубов и их ретенцией, нарушением последовательности прорезывания зубов, задержкой смены зубов, ранним разрушением моляров как молочных, так и постоянных, преждевременным удалением молочных зубов, отсутствием физиологической стираемости молочных зубов, травмой или остеомиелитом нижней челюсти с повреждением зоны ее роста, анкилозом височно-нижнечелюстного сустава, укорочением нижней челюсти.

Клинические проявления перекрестного прикуса зависят от формы и выраженности структурных нарушений зубочелюстной системы. Наличие у пациента лицевых признаков перекрестного прикуса в виде асимметрии и смещении подбородка характерны для развившегося перекрестного прикуса. При буккальном перекрестном прикусе без смещения нижней челюсти отмечается совпадение средней линии, проходящей между центральными резцами верхней и нижней челюсти. Буккальный перекрестный прикус со смещением нижней челюсти характеризуется несовпадением средней линии между центральными верхними и нижними резцами. Смещается нижняя челюсть в результате изменения положения суставной головки в суставной ямке, что удается подтвердить при сравнительной оценке размеров суставной щели справа и слева на рентгенограммах височно-нижнечелюстных суставов.

Цель: определение клинических признаков, проведение диагностики и осуществление ортодонтического лечения перекрестной окклюзии зубных рядов.

Материал и методы: сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста было проведено клиническое обследование, рентген диагностика и ортодонтическое лечение перекрестной окклюзии зубных рядов у 12 пациентов в возрасте от 5 до 17 лет. Для анализа данных использовался метод статистической обработки Statistica 10.

Все пациенты были поделены на 3 группы. В первую группу вошли 6 детей с буккальной формой одностороннего перекрестного прикуса. Вторая группа из 3 детей имела буккальную форму двустороннего перекрестного прикуса. 3 группа с односторонней лингвальной перекрестной окклюзией.

Результаты и обсуждение:

Лечебные мероприятия при формировании перекрестного прикуса в период молочного прикуса были направлены на укрепление общего состояния организма ребёнка, нормализацию носового дыхания, устранение вредных привычек, шлифовку нестершихся бугров молочных зубов и замещение ортопедическим протезом дефектов зубных рядов, возникших вследствие преждевременной потери молочных зубов. У больных с привычным смещением нижней челюсти в сторону проводились лечебные упражнения для повышения тонуса крыловидных мышц на противоположной от поражения стороне.

У 6 детей 1 группы для устранения перекрестного прикуса и установления нижней челюсти в нейтральное положение применялся съёмный пластиночный аппарат с секторальным винтом и наклонной плоскостью в боковом участке.

У 3 детей 2 группы в период сменного прикуса в съёмный пластиночный аппарат добавлялись более активные методы коррекции на основе механических устройств.

У 3 детей 3 группы в постоянном прикусе кроме съёмных аппаратов использовались несъёмные аппараты механического действия с межчелюстной тягой. В комплекс лечебных мероприятий добавлялись хирургические вмешательства.

Заключение:

У всех 12 пациентов с перекрестной окклюзией зубных рядов были проведены клиническое обследование, рентген диагностика ортодонтическое и хирургическое

лечение. Характер лечебных мероприятий зависел от степени тяжести перекрестной окклюзии зубных рядов и возраста пациентов.

Самую тяжелую форму перекрестного прикуса имели 3 детей из 3 группы. Лингвальный односторонний перекрестный прикус у них устранялся с помощью съемных пластиночных аппаратов и Эджуайс-техники. Продолжительность ретенционного периода составляла 5-12 месяцев.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. СТАВРОПОЛЕ

Гандылян С.М., Толоян А.Е., Григоренко М.П.

Научный руководитель: Елисеева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время стоматологами достаточно широко используются методы интроскопического исследования, объединяемые общим термином лучевая диагностика[1]. Данные методы занимают одно из ведущих мест в системе клинического и профилактического исследования населения, с их помощью ставится до 80% всех первичных диагнозов, в значительной части заболеваний (до 50 %) точная диагностика вообще немыслима [2,3]. Целью работы явилось изучение современных компьютеризированных технологий, представленных на базе стоматологических клиник и рентген-центров города Ставрополя, с последующей оценкой и сравнением их диагностических возможностей и лучевой нагрузки, оказываемой на пациента во время рентгенологического исследования [4]. Изучение проблематики нами проводилось посредством эмпирического познания и статистической обработки, собранного материала.

Материал и методы. Исследование было проведено на пяти базах стоматологических клиник (бюджетных и коммерческих) и рентген-центров города Ставрополя: стоматологическая поликлиника СтГМУ; городская стоматологическая поликлиника №1; независимый рентгено-диагностический центр «Лаборатория Трехмерной Диагностики»; стоматологическая клиника «Амфи-Дент»; центр эстетической стоматологии «Royal Dental Clinic». Обязательным условием включения в исследование явилось наличие в клиниках инновационного оборудования и технологий, предназначенных для выполнения современного лучевого исследования зубочелюстной системы, а также головы и шеи в целом, с последующей их возможной 3D реконструкцией.[3,5] Для статистической обработки результатов исследования применяли программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение. При проведении данной работы были получены следующие ниже изложенные данные по исследуемым базам.

В стоматологической поликлинике СтГМУ компьютерная томография челюстно-лицевой области представлена аппаратом KAVO OP 300. Диагностические возможности которого, позволяют за короткое время (20 сек) провести комплексное обследование зубов и синусов, определить топографию нижнечелюстного нерва, осуществить панорамную реконструкцию с помощью 3D моделирования, получить полную информацию о месторасположении ретинированных (дистопированных) зубов, оценить проходимость корневых каналов, установить сшиватель при ортодонтическом лечении[3,4]. Доза облучения при выполнении дентального снимка (ДС) составила 0,03 мЗв, ортопантограммы (ОПТГ) - 0,1-0,2 мЗв, компьютерной томограммы (КТ) - 0,75 мЗв.

В городской стоматологической поликлинике №1 исследовательское оборудование представлено аппаратом GENDEX GXDP-300. Диагностические характеристики аппаратуры дают возможность комплексного обследования зубов, оценить эффективность

проведенного лечения и определить топографию нижнечелюстного нерва. Аппарат имеет низкую дозу облучения от 0,1 до 0,2 мЗв.

Возможности лучевых методов исследования в «Лаборатории Трехмерной Диагностики» и стоматологической клинике «Амфи-Дент» представлено «Planmeca ProMax3D», которое включает в себя серию рентгеновских аппаратов, разработанных по принципу «всё в одном», что обеспечивает получение конусно-лучевой компьютерной томографии, панорамных и цефалометрических изображений, трёхмерную фотографии лица и трехмерные изображения сканирования моделей, т.е. оттисков и гипсовых слепков.[2,4,5] «Planmeca ProMax3D» применима для ортодонтической, педиатрической съемки и съемки синуса (воксель - 400 мкм), режим высокого разрешения возможен для работы с изображениями небольших объектов, таких, как даже косточки уха (размер вокселя 150 мкм), а эндодонтический режим обеспечивает наилучшее разрешение с наименьшим размером (воксель - 75 мкм). Дозы облучения составляет для пациента от 0,02 мЗв при ДС, 0,12 мЗв при ОПТГ и до 0,79 мЗв при КТ.

Центр эстетической стоматологии «Royal Dental Clinic» оснащен томографом «GALILEOS» с возможностью 3D – реконструкции. Толщина сканируемого среза – 0,15-0,3 мм, который позволяет выявить положение, форму, размеры, строение элементов челюстно-лицевой области, а трехмерная реконструкция позволяет изучить исследуемую область под любым углом, во всех плоскостях и на любом срезе. Доза облучения при ДС - 0,02 мЗв, ОПТГ-0,11мЗв, КТ-0,7мЗв.

Закключение. Разнообразные высокоточные аппараты, представленные в Ставрополе, позволяют в полной мере диагностировать патологические состояния челюстно-лицевой области. Причем для исследования костей лицевого скелета, прилежащих мягких тканей и зубов применяются низкие дозы рентгеновского облучения, что в свою очередь не сказывается на информативности исследования, а также обеспечивает безопасность как пациента, так и врача-рентгенолога (ДС -0,1-0,03 мЗв, ОПТГ- 0,1 – 0,2 - мЗв, КТ – 0,7 -0,79 мЗв).

Список литературы.

1. Аржанцев А.П. Спиральная компьютерная томография при диагностике заболеваний челюстно-лицевой области и планировании хирургического лечения/ А.П. Аржанцев, С.А.Перфильев// Сибирский медицинский журнал. - 2010.- №25 (3, выпуск 2. – С. 69–70.
2. Кулаков А.А. Преимущества мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению переломов нижней челюсти у лиц, злоупотребляющих алкоголем / А.А. Кулаков, А.С. Ханзрацян, В.М. Королев // Стоматология. – 2013. – №1. – С. 50-53.
3. Мураев А. А Оптимизация метода планирования пластических операций в челюстно-лицевой области/ А.А. Мураев, А.Б. Дымников, Н.Л. Коротков, К.К. Кобец, С.Ю. // Соврем. технол. мед.. - 2013. №3.
4. Трутень В.П. Рентгеноанатомия и рентгенодиагностика в стоматологии: учеб.пособие /В.П. Трутень. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 216 с.
5. Ямщиков О.Н Компьютерное моделирование в травматологии и ортопедии (обзор литературы)/ О.Н Ямщиков // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. - 2014.- №6. - С.1974-1979.

АППАРАТУРНО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

Горлова А.Г., Маковецкая В.Д.

Научный руководитель: к.м.н. ассистент Туманян С.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Мезиальная окклюзия зубных рядов (нижняя макрогнатия) является одним из наиболее тяжелых вариантов зубочелюстной деформации, приводящих к формированию у пациентов выраженных эстетических и функциональных нарушений. Устранение данной патологии требует участия в лечебном процессе врача-ортодонта и челюстно-лицевого хирурга. Однако, в современных публикациях по данной проблеме нет четких рекомендаций о степени участия и последовательности действий данных специалистов в реабилитационном процессе.

Цель исследования заключается изучения последовательности этапов комплексного лечения пациентов с нижней макрогнатией.

Материалы и методы. В процессе лечения пяти пациентов в возрасте 14-19 лет проводилось обследование: клиническое, антропометрическое, морфометрическое и рентгенологическое.

Программа комплексного лечения пациентов с нижней макрогнатией включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата. Ортодонтическое аппаратное лечение с применением брекет-систем, определялось после уточнения на гипсовых моделях степени деформации зубоальвеолярного комплекса, препятствующего восстановлению ортогнатического соотношения зубных рядов в процессе хирургического лечения.

На этапе хирургического лечения осуществлялась двусторонняя внутриротовая плоскостная остеотомия нижней челюсти в области угла и ветви, с обязательным удалением нижних III моляров.

В послеоперационном периоде задача ортодонтического лечения заключалась в достижении максимального числа окклюзионных фиссурно-бугорковых контактов между зубами антогонистами. Обязательным компонентом лечебной программы являлся гигиенический уход за полостью рта с применением фторсодержащих зубных паст и аппликаций зубов фторлаком.

Удержание результата являлось завершающим и самым длительным этапом комплексного лечения. Продолжительность ретенционного периода после устранения деформации челюстных костей составляла 12-18 месяцев.

Заключение и выводы. Подтверждением успешного исхода лечебных мероприятий являлось формирование у пациентов нейтрального соотношения первых моляров по I классу Энгля, не менее 6-8 окклюзионных фиссурно-бугорковых контактов между зубами антогонистами, 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.

Список литературы.

1. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно - лицевой области / Ю.И. Бернадский. - М., 1999. - 444 с.
2. Бимбас, Е.С. Результаты лечения мезиального прикуса / Е.С. Бимбас, Б.Я. Булатовская // Ортодонтия : методы профилактики, диагностики и лечения : тр. / ЦНИИС. - М., 1990. - С. 85 - 87.
3. Baccetti, T. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclusion with maxillary expansion and face - mask therapy / T. Baccetti, J.S. Mc Gill, L. Franchi // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. - 1998. - Vol. 113. - P. 333 – 343.

ИЗМЕНЕНИЯ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Григоренко М.П., Гандылян С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одними из распространённых заболеваний полости рта, в изучении патогенеза которых высокую информативность имеет биохимическое исследование ротовой жидкости, являются различные скелетные и зубоальвеолярные формы аномалий окклюзии. Однако число исследований, посвящённых изучению физико-химических показателей метаболизма ротовой жидкости при их лечении весьма ограничено.

Актуальность проблемы связана с происходящими изменениями в структурных элементах зубочелюстной системы и возникающими выраженными адаптационными и компенсаторными изменениями. При отсутствии или несвоевременном лечении аномалий окклюзии возникают нефункциональные (травмирующие) нагрузки, под действием которых силы жевательного давления приводят к миграции отдельных зубов и их групп в одной или нескольких плоскостях декартовой системы координат и формированию деформаций зубных рядов. Без проведения своевременной и рационально выбранной ортодонтической аппаратуры деформации прогрессируют, постепенно блокируя передние и боковые движения нижней челюсти.

Целью настоящего исследования явилось изучение биохимических процессов - интенсивности свободнорадикального окисления и показателей антиоксидантной защиты в ротовой жидкости при лечении окклюзионной патологии.

В задачи исследования входило:

- 1) Исследовать процессы перекисного окисления липидов и состояние ферментов первой и второй линии антирадикальной защиты в ротовой жидкости людей при лечении аномалий окклюзии ортодонтической аппаратурой, различной по ее способу фиксации;
- 2) Проанализировать направленность изменений активности ферментов антирадикальной защиты ротовой жидкости (каталазы и супероксиддисмутазы) и процессов перекисного окисления липидов под воздействием несъемных и съемных ортодонтических конструкций.

Все исследования проводились на базе кафедры ортопедической стоматологии в комплексировании с кафедрой общей и биологической химии нашего университета. Для достижения поставленной цели и задач исследования нами было взято 16 человек, проходивших лечение несъемной техникой, составивших основную группу. Группу сравнения составили 16 человек, лечившихся съемной техникой. В контрольную группу вошло 35 человек без выраженных окклюзионных нарушений. У обследуемых оценивались параметры системы «ПОЛ – антиоксидантная защита». Об активности свободнорадикального окисления липидов судили по уровню малонового диальдегида (МДА) в ротовой жидкости. Состояние антиоксидантной системы ротовой жидкости определяли по уровню супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КАТ).

Как показали наши исследования, содержание МДА в ротовой жидкости пациентов и со съемной, и несъемной техникой было выше по сравнению с пациентами контрольной группы. Однако у пациентов со съемной техникой это повышение было более выражено.

Максимально выраженное смещение прооксидантно-антиоксидантного равновесия в ротовой жидкости пациентов с аномалиями окклюзии в сторону прооксидантного направления было зарегистрировано у пациентов, пользовавшихся съемной аппаратурой.

В частности, при использовании съемных ортодонтических конструкций наблюдалось снижение активности супероксиддисмутазы в ротовой жидкости больных 22,4% ($p < 0,001$), а каталазы на 20,9% ($p < 0,001$) в сравнении с показателями пациентов контрольной группы.

В процессе проведенной нами работы всего было лично обследовано 32 пациента первого периода зрелого возраста (21-35 лет) основной группы и группы сравнения, а также 32 пациентов контрольной группы той же возрастной категории, дифференциацию по гендерному признаку не проводили. Также нами самостоятельно был проведен забор ротовой жидкости у заявленных групп пациентов, проводилась активная помощь в качестве ассистента-стоматолога на клиническом приеме при их курации.

Таким образом, изучение интенсивности протекания процессов свободно-радикального окисления и состояния ферментов антирадикальной защиты крови при лечении аномалий окклюзии несъемными и съемными ортодонтическими конструкциями показало наличие активно протекающих процессов ПОЛ и дисбаланса в работе ферментативного звена АОС. Применение съемных ортодонтических аппаратов приводит к выраженной стимуляции свободнорадикального окисления биомолекул и снижению активности каталазы и супероксиддисмутазы в ротовой жидкости пациентов.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МИОГИМНАСТИКИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

Григорян С.А., Руфиева Р.Р., Киселева Н.О.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Эффективность ортодонтического лечения определяется обеспечением оптимальных результатов с меньшей затратой клинического времени для получения стабильной и сбалансированной окклюзии.

Дистальная окклюзия зубных рядов (II класс по классификации Энгля) -патология в сагиттальной плоскости, при которой передне-щечный бугорок первого моляра верхней челюсти располагается впереди межбугорковой фиссуры первого моляра нижней челюсти. Фронтальные зубы двух челюстей не контактируют и имеют пространство в сагиттальной плоскости. I подкласс II класса характеризуется протрузией фронтальных зубов верхней челюсти и наличием диастемы и тремм. По статистике дистальная окклюзия зубных рядов занимает лидирующее место среди аномалий окклюзии зубных рядов (45%). Внешние признаки данной патологии имеют выраженный характер. Средняя треть лица значительно выступает вперед, нижняя треть лица укорочена, верхние резцы в состоянии покоя видны и располагаются на нижней губе, супраментальная борозда выражена.

Миогимнастика представляет комплекс упражнений для мимических и жевательных мышц, способствуя росту костно-мышечного аппарата ЧЛЮ у детей.

Комплекс миогимнастических упражнений составлен с учетом определенной патологии зубочелюстной системы.

Цель исследования: изучение роли миогимнастики при реабилитации пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов.

Материалы и методы: на кафедре стоматологии детского возраста были взяты на ортодонтическое лечение 7 пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов (II класс I подкласс по Энгля) в возрасте от 5 до 12 лет. Им проводились основные (опрос и осмотр) и дополнительные методы исследования (ортопантограмма и боковая телерентгенограмма). Для анализа данных использовался метод статистической обработки Statistica 10.

Пациенты были разделены на две группы. В 1 группе было 4 ребенка, которым изготавливались съемные ортодонтические аппараты механического действия с центральным винтом и вестбулярной дугой. Им назначались миогимнастические упражнения для стимуляции тонуса круговой мышцы рта. Во 2 группе из 3 детей

проводилось только ортодонтическое лечение с помощью ортодонтических аппаратов механического действия с центральным винтом и вестбулярной дугой.

Для стимуляции тонуса круговой мышцы рта у детей 1 группы использовался комплекс миогимнастических упражнений:

1 упражнение. В середине крышки от пластиковой бутылки объемом 0.5 л делаем отверстие, продеваем в него нитку, на которую привязываем пуговицу, и закрываем крышку. При этом крышка удерживает нитку. С другой стороны нити надеваем пуговицу. Наливаем 100 грамм воды в бутылку и предлагаем пациенту сидя на стуле расположить голову параллельно полу удерживая губами пуговицу до появления легкой усталости. В день проводить миогимнастическое упражнение 5-10 минут, каждую неделю прибавляя по 50 грамм воды до полного наполнения бутылки.

2 упражнение. Пациент надует 10-15 воздушных шариков в день.

Результаты и обсуждение: у детей 1 группы, использующих ортодонтические аппараты и миогимнастические упражнения, лечение дистальной окклюзии зубных рядов заканчивалось через 8 месяцев. Во 2 группе детей, у которых использовались только ортодонтические аппараты лечение заканчивалось через 11-12 месяцев.

Выводы. Проведенное исследование показало эффективность использования миогимнастических упражнений в комплексе с ортодонтическим лечением у детей с с дистальной окклюзией зубных рядов (I подкласс II класса классификации Энгля), позволив сократить на 2-3 месяца сроки реабилитационных мероприятий в сравнении с традиционным ортодонтическим лечением.

Список литературы.

1. Доусон П.Е. Функциональная окклюзия: от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки / Питер Е. Доусон; пер. с англ. под ред. Д.Б. Конева. – М.: Практическая медицина, 2016. – 592 с.
2. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций : учебник / Л. С. Персин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 231 с.
3. Современная ортодонтия Уильям Р. Профит 2008 – 167с
4. Ортодонтия: учебное пособие / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов. - Москва: МЕДпресс-информ, 2008. - 324 с.
5. Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний : учеб.-метод. пособие в схемах, табл. и рис. / Л.А. Войтехович [и др.]. – Архангельск : Изд-во Сев. ГМУ, 2015. – 116 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

Гукасян М.А., Горпинченко Е.В.

Научный руководитель: Елисеева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

На сегодняшний день в структуре стоматологических заболеваний одно из ведущих мест занимают гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛЮ).[2,3] Это связано с их высокой распространенностью среди населения, увеличением выраженности и интенсивности течения процесса и формированием хронического одонтогенного очага инфекции.[1] Целью работы явилось изучение распространенности нозологических форм ГВЗ ЧЛЮ среди взрослого населения г.Ставрополя по данным 2016 года посредством эмпирических и теоретических методов исследования с их последующей статистической обработкой.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели в исследование были включены лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) г.Ставрополя и края: стоматологическая поликлиника СтГМУ, ГАУЗ СК «Городская стоматологическая поликлиника №1», ООО "КВИНТЭСС - краевая клиническая стоматологическая поликлиника, ГБУЗ СК "Городская клиническая больница скорой медицинской помощи" г.Ставрополя (отделение челюстно-лицевой хирургии), ГБУЗ СК "Шпаковская районная поликлиника" г. Михайловска. Исследование проводилось по следующим формам ГВЗ ЧЛО: острый (обострение) периодонтит, периостит челюстей, острый перикоронит, острый (обострение) одонтогенный остеомиелит, одонтогенные абсцесс и флегмона ЧЛО, фурункул ЧЛО, одонтогенный острый (обострение) верхнечелюстной синусит.[1,2] Было включено только взрослое население. Анализировались следующие формы медицинской документации: медицинская карта стоматологического (стационарного) больного, листок ежедневного учета работы врача-стоматолога, сводная ведомость учета работы врача-стоматолога, журналы записи амбулаторных операций в поликлинике и оперативных вмешательств (экстренных) в стационаре.[3] Для статистической обработки результатов исследования применяли программы Microsoft Office Excel 2007 для работы с электронными таблицами и IBM® SPSS® Statistics с использованием пакета русифицированных прикладных программ в соответствии с рекомендациями по обработке результатов медико-биологических исследований.

Результаты и обсуждение. За 2016 год в стоматологических ЛПУ г. Ставрополя было пролечено 21071 пациент, из них 3% составили больные, госпитализированные по экстренным показаниям в отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ), 97% - пациенты с неосложненными формами ГВЗ ЧЛО, требующие амбулаторного лечения.

Было установлено, что наибольшая процентная доля ГВЗ ЧЛО по г. Ставрополю пришлась на острый периодонтит (84%), несколько реже встречались острые перикорониты (5%), острый остеомиелит и периостит (4%), одонтогенные абсцессы и флегмоны ЧЛО (3,5%), одонтогенный острый верхнечелюстной синусит (1%) и фурункул ЧЛО (0,13%).

В отделении челюстно-лицевой хирургии городской клинической больницы г. Ставрополя самой распространенной формой ГВЗ являлись одонтогенные флегмоны и абсцессы (38%) - 227 случаев. Второе место занимали одонтогенный острый верхнечелюстной синусит (20%) - 124 случая, острый одонтогенный остеомиелит и периостит (16%) - 94 случая. На долю периодонтитов (23 человека), перикоронитов (25 человек) и фурункулов (26 человек) приходилось по 4%.

По стоматологической поликлинике СтГМУ были получены и проанализированы следующие данные: наибольший процент от всех ГВЗ ЧЛО пришелся на периодонтиты - 91% (4639 человек), далее следовали периоститы и остеомиелиты - 7% (341 человек) и перикорониты - 2% (117 человек). Количество обращений по поводу абсцессов и флегмон ЧЛО - 6 и 2 человека за год соответственно.

В стоматологической поликлинике №1 данные распределились следующим образом: периодонтиты - 86% (9396 человек), перикорониты - 7% (720 человек), периоститы и остеомиелиты - 5% (536 человек), абсцессы и флегмоны - 1% (81 человек). Случаев обращения по поводу острого гайморита и фурункула зафиксировано не было.

Собранные показатели заболеваемости по ГВЗ ЧЛО в стоматологической поликлинике ООО «КВИНТЭСС» практически не отличались от таковых в городской стоматологической поликлинике №1, однако было отмечено одно обращение с диагнозом фурункул ЧЛО.

В городе Михайловске за 2016 год было пролечено 7040 пациентов. Из них - 6336 (90%) - по поводу острого периодонтита. Остальное количество посещений - 704, распределилось следующим образом: острый перикоронит - 282 случая (4%), острый одонтогенный остеомиелит - 70 случаев (1%), одонтогенные абсцесс и флегмона ЧЛО - 106 (1,5%), фурункул ЧЛО - 35 (0,5%).

Заключение. На основании данных, полученных в результате исследования мы пришли к следующим выводам, что распространенность ГВЗ челюстно-лицевой области среди населения г. Ставрополя остается на высоком уровне и распределяется следующим образом: острый периодонтит занимает лидирующую позицию, перикорониты занимают вторую позицию, абсцессы, флегмоны, остеомиелиты, периоститы встречаются несколько реже, а одонтогенные гаймориты и фурункулы занимают последние места по распространенности в городе.

Список литературы.

1. Клиническая характеристика больных с острыми одонтогенными заболеваниями/ И.П.Романенко, К.С. Гандылян, Е.В. Елисеева, Е.М. Шарипов, Н.Н. Письменова// Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. мат. 51-ой Всероссийской научно-практической конференции /под ред. Н.Н. Гаража. – Ставрополь: СтГМУ, 2016. – С. 144-148.
2. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета/ И.М. Байриков, В.А. Монаков, А.Л. Савельев, Д.В. Монаков//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2014. - №11. - С. 100-104.
3. Распространенность гнойно-воспалительной патологии челюстно-лицевой области среди населения Кузбасса/Д.А. Плиско, А.И. Пылков, Н.Б. Юрмазов, Н.В. Малков, И.А. Толченицын //Медицина в Кузбассе. - 2013. - № 1. - С. 32-38.

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ

Диденко В.И., Мутчаев Т.М., Чортанасова В.В.,Эбзеев С.И.

Научные руководители: к.м.н. ассистент Касимова Г.В., ассистент Мордасов Н.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность изучения состояния слизистой оболочки полости рта (СОПР) у курящих людей обусловлена медико-социальной значимостью данной проблемы.

В настоящее время курение превратилось в массовую "эпидемию",распространяющуюся среди мужчин,женщин и даже детей. От последствий курения ежегодно умирают около 4 млн. жителей планеты. Слизистая оболочка рта в силу своих анатомо-топографических особенностей первая подвергается воздействию курения.

Различные компоненты,входящие в состав табачного дыма,негативно влияют на ее строение, функции и рассматриваются как важные этиологические факторы предрака слизистой оболочки с последующей малигнизацией.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Ивенский Н.В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Ярошкевич А.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Мышечные боли в области лица, обозначаемые как миофасциальный болевой синдром дисфункции (МБСД), привлекают внимание врачей всего мира. Это обусловлено тем, что по частоте проявлений на лице они уступают только зубной боли.

До сих пор окончательно не раскрыт механизм возникновения этих болей, высказываются противоречивые мнения относительно этиологии и патогенеза, не решены вопросы дифференциальной диагностики.

Цель исследования. Рассмотрение вопросов этиологии, патогенеза и дифференциальной диагностики МБСД

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было обследовано 27 пациентов с МБСД. Из них 15 женщин и 12 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет. При этом мы использовали клинический и рентгенологический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Причинами возникновения МБСД являются: психическое напряжение, понижение прикуса, переохлаждение, спазм сосудов, гипоксия, ацидоз, усталость, эндокринные нарушения, недостаток витаминов группы В и С, недостаток минеральных соединений. В патогенезе необходимо учитывать 4 основных фактора: состояние мышц, сустава, окклюзии и эмоциональное состояние. Дисбаланс во взаимоотношениях одного или нескольких из них приводит к появлению МБСД.

Мышцы прикрепляющиеся, к нижней челюсти, представляют собой гармоничное функциональное единство, регулируемое деликатным механизмом. Регулирующий рефлекс возникает в нервных окончаниях мышц, капсуле сустава и периодонте зубов. Любые изменения проприцептивного сигнала приводят к повышению возбудимости, спазму или бруксизму жевательных мышц, в результате возникают механические повреждения межфибриллярной соединительной ткани, развивается асептическое серозное воспаление с последующим появлением «мышечного фиброзита». Присоединяющийся спазм сосудов приводит к недостатку кислорода, развитию метаболического ацидоза и возникновению миолгических точек, от которых боль отражается в определенные зоны. Эти участки называются триггерными зонами. Частые появления боли в области лица, челюстей и языка, многообразие причин, вызывающих эти боли, и большее количество допускаемых ошибок в диагностики МБСД диктует необходимость подробного обсуждения вопросов, касающихся дифференциальной диагностики данного заболевания.

Дифференциальная диагностика МБСД и острых артритов ВНЧС. При МБСД боль локализуется не в суставе, а в мышцах, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть. Нет признаков воспаления в суставе. При пальпации в какой-то из мышц определяются болезненные, различной формы уплотнения в виде тяжелой или плотных точек. Для острых артритов характерно появление болей и отека мягких тканей, гиперемии кожи в области пораженного сустава, усиливающихся при приеме пищи, открывании рта и движениях нижней челюсти. Пальпация сустава сопровождается появлением резкой боли, движения нижней челюсти ограничены во всех направлениях. Общие реакции организма - повышение температуры тела и другие или вообще отсутствуют или выражены слабо, на рентгенограмме по Шюллеру определяется расширение суставной щели, на МРТ скопление воспалительной жидкости.

Дифференциальная диагностика МБСД и остеоартрита ВНЧС. При остеоартрите височно-нижнечелюстного сустава наблюдается боль, тугоподвижность, трение, хруст и крепитация в суставе. На рентгенограмме определяется эрозия кортикальной пластинки головки мыщелкового отростка, реже суставного бугорка, иногда обнаруживают образование шпоры или деформацию головки мыщелкового отростка нижней челюсти. Эти симптомы при МБСД не наблюдаются.

Дифференциальная диагностика МБСД и ревматоидного артрита. При ревматоидном артрите появляется тугоподвижность по утрам, симметричная припухлость и боли в суставах, подкожные узелки, наличие ревматоидного фактора в крови, характерные рентгенологические изменения в суставе – эрозия верхней поверхности головки нижней челюсти. Патологический процесс чаще локализуется в одном суставе, но одновременно бывают поражены несколько других суставов. Во всех этих суставах при переохлаждении

возобновляется боль, а скованность остается постоянно. Почти не выявляются патологические изменения со стороны сердца. Эти симптомы при МБСД отсутствуют.

Дифференциальная диагностика МБСД и невралгии различных ветвей тройничного нерва. Невралгия тройничного нерва характеризуется приступообразными болями, возникающими в ответ на раздражение триггерной зоны, иннервируемой соответствующими нервами. Приступы начинаются остро и сразу заканчиваются, продолжаются от нескольких секунд до 2-5 минут. Боли локализуются не только в мягких тканях, но и в зубах и десне верхней и нижней челюстей. Практически у всех наблюдаемых нами больных приступы сопровождались гиперемией лица, выраженной больше на стороне боли, сосательными и жевательными движениями. У части больных определялась легкая гипестезия в зоне иннервации. Боль снижалась при приеме препаратов содержащих карбамазепин. Блокада пораженного нерва раствором анестетика снижает приступы болей на 2-3 часа. Этих признаков нет при МБСД.

Выводы.

1. В результате проведенных исследований выявлено, что у 16 пациентов (60% от числа обследуемых) в качестве этиологического фактора МБСД выступало перенапряжение мышц, связанное с длительным открыванием рта при стоматологических вмешательствах. У 7 пациентов (25% от числа обследуемых) понижение высоты прикуса, обусловленное патологической стираемостью или отсутствием жевательной группы зубов. У 4 пациентов (15% от числа обследуемых) эмоциональное состояние пациентов – повышенная лабильность или наоборот депрессия.

2. Анализ патогенеза МБСД, выявил, что тонус мышц, состояние окклюзии и сустава, а также эмоциональный статус способствуют нарушению координации мышечных сокращений, которые в свою очередь приводят к спастическому сокращению жевательных мышц челюстно - лицевой области, морфологическим изменениям мышечных волокон, с одновременным нарушением их иннервации и развитию МБСД.

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ШКОЛЬНИКОВ

Ирицян М.Н.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Павлов А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Во все времена здоровье зубов и десен неоспоримо связывалось с гигиеной полости рта, древние врачеватели утверждали, что человек здоров, пока здоровы его зубы.

Цель. Оценить гигиеническое состояние полости рта учащихся 2-4 класса МБОУ Лицей №15 г.Ставрополь.

Провести для учащихся «Уроки здоровья» в виде устного доклада и анимационного сопровождения.

Подвести итоги проведенной работы

Материалы и методы.

Данные о теоретическом обосновании гигиены полости рта, как базового метода профилактики основных стоматологических заболеваний.

Современные методы и средства гигиены полости рта, рекомендации по их применению в зависимости от стоматологического статуса, возраста.

Методика анализа цифровых результатов исследования

Для математической обработки цифровых результатов исследования использовались компьютерные программы Statistica 6.0, статистический пакет для социальных наук SPSS 13.0, 16.0 с расчетом стандартных показателей вариационной статистики.

Результаты исследования

Дети были поделены на возрастные группы: 1-ая группа это дети 8 лет (21 человек) 2-ая группа дети 9 лет (20 детей), 3-я группа дети 10-11 лет (15 детей).

Гигиеническое состояние полости рта определяли при помощи индекса Федорова – Володкиной. При его расчете принимается во внимание площадь зубного налета на вестибулярной поверхности шести нижних фронтальных зубов. Окраска зубного налета проводится йод-йодисто-калиевым раствором (раствор Шиллера-Писарева).

Гигиенический индекс по методу Федорова – Володкиной рассчитывался из суммы баллов 6 окрашенных зубов, разделенной на 6.

Гигиеническое состояние полости рта в соответствии с величиной индекса характеризуется следующим образом:

1,1 – 1,5 – гигиеническое состояние полости рта хорошее;

1,6 – 2,0 – удовлетворительное;

2,1- 2,5 – неудовлетворительное;

2,6 – 3,4 – плохое;

3,5 – 5,0 – очень плохое

При регулярном и рациональном уходе за полостью рта значение гигиенического индекса не должно превышать 1,1 – 1,5 балла.

Допустимым считается, если гигиенический индекс не превышает 1,6 – 2,0 баллов.

Индекс гигиены достигающий 2,6 и более баллов, свидетельствует об отсутствии регулярного ухода за полостью рта.

Результаты исследования.

Как показало анкетирование родителей 61,9% детей 2 класса чистят зубы 1 раз в день, 2 раза в день чистят зубы 38,1% детей. Зубную пасту родители детям выбирают в 38,1% случаев в зависимости от цены, в 28,6% случаев – по совету продавца, в 19,0% случаев – учитывают рекламную агитацию и лишь в 14,3% случаев – по назначению врача. Индекс гигиены (ИГ) у 23,8% детей 2 класса составляет 1,1-1,3 баллов, что соответствует хорошей гигиене полости рта. У 33,4% детей индекс гигиены составляет 1,8-2,0, что соответствует удовлетворительному уровню гигиены полости рта и у 42,8% детей индекс гигиены равен 2,8- 3,1, что соответствует плохому уровню гигиены полости рта.

При проведении анкетирования родителей детей 2 группы были получены следующие результаты: 1 раз в день чистят зубы 60% детей, 2 раза в день чистят зубы 40% детей. Зубную пасту детям родители выбирают в 30% случаев в зависимости от цены, в 35% случаев – по совету продавца, в 25% случаев – учитывают рекламную агитацию и лишь в 10% случаев – по назначению врача. Хорошее гигиеническое состояние ротовой полости (гигиенический индекс 1-1,1 балла) определено у 30% обследованных детей 2 группы, удовлетворительное (1,6-1,9 балла) – у 20% детей, неудовлетворительное (2,2-2,4 балла) – у 25% детей, и плохое (2,8-3,2 балла) у 25% детей.

При проведении анкетирования родителей детей 3 группы были получены следующие результаты: 1 раз в день чистят зубы 60% детей, 2 раза в день чистят зубы 40% детей. Зубную пасту детям родители выбирают в 33,3% случаев в зависимости от цены, в 13,4% случаев – по совету продавца, в 33,3% случаев – учитывают рекламную агитацию и лишь в 20% случаев – по назначению врача. Хорошее гигиеническое состояние полости рта (гигиенический индекс 1,1 -1,2 балла) определено у 20% обследованных детей 3 группы; удовлетворительное (1,5-2,0 балла) – у 26,7% детей, неудовлетворительное (2,1-2,5 балла) – у 33,3% детей, и плохое (2,7-3,1 балла) у 20% детей

Заключение.

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у 48,7% обследуемых детей 2-4 класса гигиенический индекс соответствует плохой и неудовлетворительной гигиене полости рта,

60,6% детей чистят зубы 1 раз в день, гигиенические средства по назначению врача приобретают всего 20,8% родителей этих детей.

Полученные данные свидетельствуют о низком уровне гигиенического воспитания детей 2-4 класса и требует проведения активных форм работы по обучению гигиене с целью выработки стойких навыков систематического ухода за полостью рта. Для контроля качества ухода за полостью рта целесообразно проведения контролируемой чистки зубов в присутствии врача стоматолога, гигиениста, а также активное привлечение к проведению гигиены полости рта у детей их родителей.

Список литературы.

1. ВОЗ. Руководство по методам регистрации стоматологического статуса населения. - Женева, 1995.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. - М.: Практика, 2002. - 459 с.
3. Данилов, Е. О. Изучение стоматологической заболеваемости детского населения Санкт-Петербурга по данным эпидемиологического обследования / Е. О. Данилов, Р. Н. Жапакова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2008. – Т. 7, № 4. – С. 3-5.
4. Ландинова, В. Д. Мотивация подростков при выборе средств гигиены полости рта / В. Д. Ландинова, Е. С. Таболина, Е. И. Фукс // Ин-т стоматологии. – 2010. – № 1. – С. 22-23.
5. Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы) / Л. Ю. Орехова [и др.] Пародонтология. – 2014. – № 2. – С. 3-5.
6. Симановская, О. Е. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни / О.Е. Симановская // Стоматология. - 2008. - № 5. С. 75-77.
7. Современные возможности профилактики стоматологических заболеваний / А. А. Кунин [и др.] Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. –Т. 7, № 1. – С. 188-191.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И ЭЛЕКТРОННОЙ АКСИОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Ищенко Т.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Розов Р.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад.
И.П.Павлова

Распространенность патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), по разным данным, составляет от 40 до 75%. Поэтому в качестве совершенного, малоинвазивного метода исследования ВНЧС можно рассматривать магнитно-резонансную томографию (МРТ), позволяющего визуализировать мягкие ткани, в том числе и внутрисуставные, получать изображения в любой плоскости и изучать пространственные взаимоотношения мягкотканых образований сустава. Определить шарнирную ось, объем и симметричность движений суставных головок при разных движениях нижней челюсти, зарегистрировать функциональные параметры ВНЧС позволяет метод электронной аксиографии.

Цель. Определить значение электронной аксиографии и МРТ в диагностике дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Материал и методы. Анализ движений нижней челюсти проводили с использованием «Cadiax diagnostic» и магнитно-резонансного томографа «General

Electric Signa» (1,5 T) при открытом и закрытом рте в режимах T1 и T2 с шагом срезов 2 мм в разных проекциях.

Результаты и обсуждение. На основании данных функционального анализа нам удалось определить нарушения в движениях нижней челюсти, обусловленные окклюзионным, суставным, либо мышечным компонентом, определить траектории движений различных точек нижней челюсти. С помощью МРТ диагностировано нефизиологическое положение менисков на суставных головках при центральной окклюзии, деформации и сморщивание менисков, сужение суставной щели, смещение и дистрофические изменения суставных дисков, вывих головок нижней челюсти, асимметрия сечения крыловидных и жевательных мышц.

Выводы. Наш опыт применения МРТ и электронной аксиографии свидетельствует о том, что данные методы являются наиболее информативными и, дополняя друг друга, должны использоваться вместе при дисфункциях ВНЧС для определения оптимальной тактики ведения больных.

Список литературы.

1. Арутюнов С.Д., Панин А.М., Антоник М.М., Дибиров Т.М. Электронная аксиография для оценки функционального состояния зубочелюстно-лицевой системы пациентов перед ортопедическим лечением с использованием дентальных имплантатов // Российская стоматология. - 2011. - С. 3-6.

2. Булычева Е.А. Качественная и количественная оценка траекторий, регистрируемых при различных движениях нижней челюсти у больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава / Е.А. Булычева // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2008. – Т. 15, № 2. – С. 120–121.

3. Булычева Е.А. Графическая регистрация движений нижней челюсти у больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) / Е.А. Булычева // Маэстро стоматологии. – 2007. – № 3. – С. 70–77.

4. Булычева Е.А. Регистрация биомеханических показателей движений нижней челюсти с помощью аксиографа, их клиническое значение / Е.А. Булычева, А.Г. Быстров // Нижегородский медицинский журнал – 2008. – № 2. – С. 143–144.

5. Булычева Е.А. Диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и оценка эффективности лечения с использованием аксиографии / Е.А. Булычева // Фундаментальные и прикладные проблемы стоматологии: сб. тез. междунар. практ. конф. – СПб., 2009. – С. 124–125.

6. Булычева Е.А. Дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, осложненной гипертонией жевательных мышц: Автореф. дис. д-ра мед. наук. — СПб.: ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2010. — 31 с."

О СВЯЗИ ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ГУБЫ И НЕБА С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ПЛОДА

Карачунова А. И., Коновалова И.Д.

Научный руководитель: д.ф.н. профессор Коновалов Д.А., к.м.н. Дементьева Д.М.
Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Уже более 20 лет в РФ внедрен и проводится мониторинг врожденных пороков развития (ВПР). Диагностикой ВПР занимаются не только педиатры, но и врачи других специальностей. В частности наблюдение за детьми с ВПР лица и шеи прерогатива стоматологов. В то же время исследование этой проблемы должно быть комплексным.

При проведении мониторинга ВПР в РФ учитываются несколько групп патологии, в том числе группа ВПР обязательного учета. Из аномалий лица и шеи в данную группу вошли расщелины неба (Q35), расщелины губы и/или расщелина неба (Q36.0, Q36.9, Q370[1,2,3,4,5]).

Нами проведен анализ госпитализации детей в ГБУЗ СК «Городская детская больница» г. Пятигорска с врожденными пороками губы и неба за 2011- 2016 годы. Среди детей госпитализированных в хирургическое отделение дети с врожденной патологией губы и неба обязательного учета составляли 17 %. Всего с данной патологией было выявлено 16 ребенка.

При проведении исследования дети с врожденными аномалиями губы и неба были разделены на несколько групп. С правосторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба 17, 5 %, с левосторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба 19,5 %, двухсторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба 50,5%..

Нами была предпринята попытка объяснить, возникновение аномалий наследственными факторами, профессиональными вредностями и заболеваниями родителей, течением беременности. В результате статистической обработки достоверных различий для аномалий губы и неба и контрольной группы выявлено не было.

При изучении причин возникновения аномалий губы и неба нами выявлено, что на внутриутробную инфекцию было обследовано 77 детей, из них её наличие было констатировано в 62 случаях (81 %). При анализе этиологии внутриутробной инфекции у этих детей в большинстве случаев отмечались изолированные герпетическая и цитомегаловирусные инфекции (35 % и 43 % соответственно), причем в группе двухсторонних их частота повышалась до 53 % и 36 %.

Список дитературы.

1. Чуйкин С.В. Билак А.Г. Чуйкин О.С. Джумартов Н.Н.// Распространенность клинко-анатомические формы врожденной расщелины верхней губы, неба и сопутствующие заболевания у детей с данной патологией// Стоматология детского возраста и профилактика.. 2015. Т3. С-17-21.
2. Демикова НС. Лапина А.С. Врожденные пороки развития в регионах РФ (итоги мониторинга за 2000-2010 годы)// Российский вестник перинатологии и педиатрии. -2012. -Т.57. - №2. -С.91-98
3. Текулацкая Е.Е. Гусарук Л.Р. Мониторинг врожденных пороков развития челюстно-лицевой области в условиях неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды.// Экология человека. -2013. -№5. -С. 18-23
4. Кравцова О.А. Лучева К.В. Мамедова Х.Э. Расщелины губы и неба// Журнал научных статей Здоровье и образование в 21 веке. -2012. – Т 14. -№2. -С.112
5. Хашина М.В. Врожденные аномалии лица как социально и экономически значимая проблема// в кн. Человек и медицина 21 века: традиции, инновации и приоритеты Российской науки- сборник тезисов докладов 74 итоговой конференции СНО. -2006. - С.373-375

ЭМБРИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЧЕВОЙ ОБЛАСТИ

Касумова Д.Р., Шовгенова М.Р., Кучукова А.Я., Чочиева А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Под термином «врождѐнный 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 местосреди 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 антенатальной диагностики и длительности наблюдения ребёнка с челюстно-лицевой патологией.

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 изменениями: трисомия 13, 18 хромосом. Ариния и пробосцис, частота которых составила менее 10:100 000 новорожденных. Основными формами которых являются этмоцефалия и цебоцефалия. ЧЛА как микрогенез 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.

Закключение. 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.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Круглова Н.В.

Научный руководитель: д.м.н. Успенская О.А.

Нижегородская государственная медицинская академия

По оценкам специалистов одной из основополагающих частей общего здоровья человека является здоровье полости рта. Около 90% населения земного шара на

протяжении всей жизни страдают заболеваниями полости рта (кариесом, заболеваниями пародонта, вплоть до раковых опухолей). Установлено, что большинство пациентов избегают стоматологического лечения ввиду повышенного волнения и различных страхов, связанных с предстоящим лечением [4]. Но после внедрения программ профилактики во многих индустриально развитых странах все-таки удалось значительно снизить интенсивность и распространенность стоматологических заболеваний [3].

Цель: оценить степень распространенности заболеваний пародонта у лиц 12-65 лет методом мониторинга данных литературных источников за последние 5 лет.

Материал и методы. Болезни пародонта представляют одну из наиболее важных проблем в стоматологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 95% взрослого населения планеты и 80% детского населения имеют признаки заболеваний пародонта. Известно, что каждое клиническое исследование, научная работа и публикация способствуют повышению уровня стоматологической грамотности. Наблюдения и исследования последних десятилетий показали, что любое системное нарушение в организме человека отражается на состоянии слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта. Установлено, что современная концепция этиологии и патогенеза болезней пародонта заключается в нарушении баланса между локальной агрессивной бактериальной инвазией полости рта и системной реактивностью организма с ее неспецифическими и иммунологическими факторами защиты.

Результаты и обсуждения. В зависимости от возраста распространенность заболеваний пародонта в России колеблется от 48,2% (в 12 лет) до 86,2% (в 44 года), а к 60 – 65 годам достигает 100%[1]. По данным доклада научной группы ВОЗ (2012г.), высокий уровень заболеваний пародонта выпадает на возрастные группы 20 – 44 года (от 65 до 95%) и 15 – 19 лет (от 55 до 89%). Изучение распространенности заболеваний являются основой для планирования программ профилактики в регионах.

Заключение. По данным общемировой статистики, только 60% населения земного шара имеют доступ к уходу за полостью рта [4]. Целенаправленная мотивация пациента к ежедневной индивидуальной гигиене полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, использование клинически и экономически эффективных препаратов, материалов и прогрессивных методик позволят оптимизировать и интенсифицировать процесс комплексного лечения болезней пародонта. На сегодняшний день современная стоматология располагает средствами и методами для получения максимального терапевтического эффекта за минимально короткое время, что, безусловно, позволяет улучшить качество жизни пациентов при условии выполнения ими всех рекомендаций врача-стоматолога[2].

Список литературы:

1. Аврамова, О.Г. Улучшение стоматологического здоровья населения России как результат приоритета профилактики, диспансеризации и воспитания здорового образа жизни / О.Г. Аврамова // Крымский терапевтический журнал. – 2016. - № 3. – С. 6 – 10.
2. Архарова, О.Н. Значение критериев качества жизни для комплексного подхода к диагностике и лечению стоматологических заболеваний / О.Н. Архарова, А.Б. Нимаев, А.И. Хасянов // Клиническая стоматология. – 2015. – № 3. – С. 62-66.
3. Лучшева, Л.Ф. Стоматологическое просвещение – гигиеническое обучение и воспитание населения по вопросам профилактики стоматологических заболеваний / Л.Ф. Лучшева, А.М. Хамадеева, О.Г. Рыбак // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. - № 2. – С. 74 – 77.
4. Улитовский, С.Б. Проблемы пародонтологии и современные пути их решения / С.Б. Улитовский, Е.С. Алексеева, А.А. Васянина // Пародонтология. – 2015. – № 3. – С. 33-36.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Курбанова У.Р., Батчаева М.С., Гебенова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Келоидные рубцы представляют собой чрезмерное разрастание соединительной ткани там, где целостность кожи была нарушена. Помимо того, что новообразования имеют безобразный вид, они могут ограничивать подвижность, особенно если они расположены в области суставов или мимических мышц на лице. Возникновению келоидных рубцов подвержены в равной степени и мужчины и женщины. Чаще всего они наблюдаются у пациентов, чей возраст колеблется от 10 до 40 лет. Реже появляются у малышей и людей преклонного возраста. Основными местами формирования является пояс, грудь, шея, мочка уха, околоушная область, подбородок. Гипертрофические рубцы

Это разновидность доброкачественных изменений кожи, возникающих в результате нарушения процесса заживления. На вид гипертрофические рубцы могут быть разной формы, красного или розового цвета, они состоят из параллельно расположенных пучков коллагена, что придает им твердую и плотную структуру.

Нормотрофические рубцы -это рубцы, находящиеся на одном уровне с кожей, они не так заметны на поверхности кожи, как другие виды рубцов, они обычно появляются в результате заживления неосложненных поверхностных ран, ожогов, хирургических надрезов по естественным складкам кожи.

Криохирургия

Начало криохирургии было приложено я 1899г., когда американский дерматолог д-р Уайт попробовал лечить кожные образования, прикасаясь к ним ватным тампоном, смоченным в «жидком воздухе». Появление в XX в. жидкого азота в распылителях значительно расширило сферу применения криотерапии в дерматологии.

При криохирургии происходит замораживание поражённого участка жидким азотом и повреждение клеток и капилляров. Некроз и отторжение тканей, вызванные недостатком кислорода, приводят к уплощению очага поражения. Изменение тканей определяется скоростью падения температуры и согревания, концентрацией жидкого азота и продолжительностью воздействия низкой температуры на клетки до их замерзания.

Эффективность криохирургии зависит от того, используется ли она отдельно или в сочетании с другими методами лечения. При применении только криохирургии после двух и более процедур келоидные рубцы уплощались в 51-74% случаев. У пациентов с келоидными рубцами криовоздействие с циклом оттаивания в течение 15-20 секунд при 8-10 процедурах с интервалом 3 недели привела к уплощению рубцов более чем в 50% случаев. При использовании криовоздействия в сочетании с инъекциями глюкокортикоидов в ткань рубцов эффективность лечения достигала 84%. Свежие и гипертрофические рубцы поддаются криовоздействию лучше, чем келоидные. Хирургическое удаление рубцов

Гипертрофические шрамы, в отличие от келоидных рубцов, образуются в пределах первоначального разреза или раны, но из-за их плотной текстуры, могут иметь неприглядный вид, а также может ограничить естественное движение мышц и сухожилий. Внешний вид гипертрофических рубцов часто улучшается самостоятельно, хотя это может занять год или больше. Гипертрофические шрамы можно улучшить с помощью стероидных инъекций или силиконовых повязок.

Если консервативный подход не эффективен, гипертрофические рубцы можно улучшить хирургическим путем. Эта операция может быть выполнена под местной или общей анестезией, в зависимости от местоположения шрама. Пациент может получать инъекции стероидов во время операции, а также для профилактики периодически в течение двух лет после операции.

Хирургическое удаление рубцов – это кожная пластика. Используется хирургическое иссечение с линейным закрытием и пластикой тканями в комплексе с различными процедурами (инъекциями препаратов, физиотерапевтическими и аппаратными методами). После иссечения рубцовой ткани дефект закрывается кожным лоскутом, края раны мобилизуются на уровне кожи до полной подвижности. В результате после сшивания на месте рубца ткани не втягиваются, не образуются гипертрофированных наростов. Хирургическое удаление рубцов эффективно даже при звездчатых и линейных рубцах неправильной формы. Для закрытия дефекта мы используем максимально щадящие методы – по возможности мобилизуем соседние ткани или берем кожные лоскуты с участков, которые прикрыты волосами или одеждой. Тактика лечения в каждом случае выбирается индивидуально и обсуждается с пациентом.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У СТУДЕНТОВ 4 КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Курбанова У.Р., Гебенова А.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Зубочелюстные аномалии относятся к группе основных стоматологических заболеваний и характеризуются высокой распространенностью. Мы изучали зубочелюстные деформации у студентов 4 курса стоматологического факультета, систематизировав их по классификации Калвелеса.

Все аномалии делятся на три группы в соответствии с морфологическими и экологическими признаками: аномалии отдельных зубов; аномалии зубных рядов; аномалии прикуса.

I - аномалии отдельных зубов: 1) аномалии числа зубов: а) адентия - частичная и полная (гиподонтия), б) сверхкомплектные зубы (гипердонтия); 2) аномалии величины и формы зубов: а) гигантские зубы (чрезмерно большие), б) шипообразные зубы, в) уродливые зубы, г) зубы Гетчинсона, Фуриье, Турнера; 3) аномалии структуры твердых тканей зубов: гипоплазия (причина: рахит, диспепсия, тяжелые детские инфекционные заболевания, сифилис); 4) нарушение процесса прорезывания зубов: а) преждевременное прорезывание зубов, б) запоздалое прорезывание зубов вследствие болезни (рахит и другие тяжелые заболевания), преждевременного удаления молочных зубов, неправильного положения зачатка зуба (ретенция зубов и персистентные молочные зубы как наводящий симптом), сверхкомплектных зубов, неправильного развития зубов (фолликулярные кисты).

II - аномалии зубных рядов: 1) нарушение образования зубного ряда: а) аномальное положение отдельных зубов: губощечное прорезывание зубов; нёбно-язычное прорезывание зубов; мезиальное прорезывание зубов; дистальное прорезывание зубов; низкое положение (инфрааномалия); высокое положение (супрааномалия); поворот зуба вокруг продольной оси (тортоаномалия); транспозиция; дистопия верхних клыков; б) тремы между зубами (диастема), в) тесное положение зубов (скученность); 2) аномалии формы зубных рядов: а) суженный зубной ряд; б) седлообразно сдавленный зубной ряд; в) V-образная форма зубного ряда, г) четырехугольный зубной ряд, д) ассиметричный зубной ряд.

III - аномалии прикуса: 1) сагиттальные аномалии прикуса: а) прогнатия; б) прогения: ложная, истинная; 2) трансверзальные аномалии прикуса: а) обгцесуженные зубные ряды; б) несоответствие ширины верхнего и нижнего зубных рядов: нарушение соотношений боковых зубов на обеих сторонах, на одной стороне (косой или

перекрестный прикус), в) нарушение функции дыхания; 3) вертикальные аномалии прикуса: а) глубокий прикус, перекрывающий, комбинированный с прогнатией (крышеобразный), б) открытый прикус: истинный (рахитический), травматический (от сосания пальцев).

ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОГО ЛЕЙКОЦИТАМИ И ТРОМБОЦИТАМИ ФИБРИНА ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РЕГЕНЕРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Лазарева А.К., Курбатов В.О., Ивашкевич С.Г.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Иванов С.Ю.

Российский Университет Дружбы Народов

Концентраты крови в виде плазмы обогащённой тромбоцитами (от англ. Platelet Rich Plasma, PRP) впервые были применены в хирургической стоматологии исследователями под руководством R.E. Marx [1]. Биологическое действие PRP, связано с высвобождением из тромбоцитарного концентрата цитокинов, стимулирующих регенерацию эпителиальной и соединительной ткани: VEGF, PDGF, TGF- β , EGF, IGF.

Дальнейшее развитие методов создания концентратов крови было направлено на получение комплексного препарата, содержащего помимо тромбоцитов присутствие в плазме лейкоцитов и фибрина. Такой состав обладает большим спектром биологических эффектов, положительно влияющих на регенерацию. На данный момент наиболее перспективным препаратом для стимуляции пролиферативной и синтетической активности клеток является обогащенный лейкоцитами и тромбоцитами фибрин (ОЛТФ, от англ. Leucocyte and Platelet Rich Fibrin, L-PRF). Он представляет собой один из самых удобных и бюджетных в приготовлении биологических концентратов крови [2, 3]. Сгустки и мембраны ОЛТФ создают хороший объем и форму, благодаря чему их легко комбинировать с костезамещающими материалами, костными и мягкоткаными трансплантатами при большинстве реконструктивных методов в хирургической стоматологии и имплантологии.

Цель исследования: разработка протокола применения ОЛТФ при проведении операций по увеличению зоны прикрепленной кератинизированной слизистой оболочки в области дентальных имплантатов с помощью слизисто-десневого трансплантата (СДТ).

Материалы и методы:

За основу метода получения ОЛТФ взята методика, предложенная [3]. Она представляет собой одноэтапное центрифугирование: RPM=2700, t=12 мин.

В исследование были включены 30 пациентов с минимальным объемом или отсутствием прикрепленной кератинизированной слизистой оболочки в области дентальных имплантатов на нижней челюсти. Пациенты разделены на контрольную и экспериментальную группы по 15 человек в каждой. Для формирования контура кератинизированной слизистой оболочки вокруг дентальных имплантатов всем пациентам проводилась однотипная операция: трапециевидный разрез до надкостницы по мукогигиальной линии, апикальное смещение слизистого лоскута, фиксация непрерывным швом в глубине раны. Далее осуществляли забор СДТ из слизистой оболочки твердого неба. В контрольной группе область донорской зоны закрыта коллагеновой губкой и фиксирована швами. В экспериментальной группе непосредственно перед операцией в 4 вакуумные пробирки забирали венозную кровь без активатора и незамедлительно подвергалась центрифугированию. После центрифугирования в пробирке произошло разделение крови на 3 слоя, нижний – эритроциты; средний слой – слой содержащий наибольшую концентрацию тромбоцитов и лейкоцитов; верхний слой – бедная тромбоцитами плазма [3]. Для защиты раневой

поверхности донорской зоны на небе фиксирована мембрана ОЛТФ с помощью шовного материала [4, 5]. СДТ фиксировали швами в реципиентной области, ОЛТФ мембраны укладывали под СДТ.

Данный протокол применен на центрифуге Hettich EBA 200(Germany). Для преобразования сгустков ОЛТФ в мембраны использован специальный бокс (PRF-BOX).

Результаты:

Наблюдение проводили на 1, 3, 7 и 14 сутки для оценки эпителизации донорской области и заживления СДТ.

С помощью фотопротокола с дентальными зеркалами и эндодонтической линейкой проведено измерение площади слизистой оболочки в области донорской и реципиентной зон в обеих исследуемых группах.

В программе Adobe Photoshop проведена калибровка и подсчет площади ишемизированной зоны в реципиентной области.

Произведен подсчет площади прикрепленной кератинизированной слизистой оболочки в реципиентной зоне в контрольной и исследуемой группах. Результат показал уменьшение площади ишемизированной слизистой оболочки при использовании ОЛТФ по сравнению со стандартным протоколом.

В донорской зоне при использовании ОЛТФ результат показал увеличение площади эпителизации слизистой оболочки по сравнению со стандартным протоколом.

Выводы:

Площадь ишемизированной слизистой оболочки в области реципиентной зоны при применении ОЛТФ на 20% меньше, чем в стандартном протоколе трансплантации СДТ.

Площадь эпителизации слизистой оболочки в области донорской зоны при применении ОЛТФ на 10% больше, чем в стандартном протоколе трансплантации СДТ.

Список литературы.

1. Robert E. Marx, Platelet Rich Plasma / Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Vol. 85, No.6, June 1998.
2. Dohan D.M., Choukroun J., Diss A, Dohan S., Dohan A.J., Mouhyi J/Platelet rich fibrin, Part I. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics, 2006, E37-E44.
3. Dohan Ehrenfest DM, Rasmusson L, Albrektsson T. Classification of platelet concentrates: from pure platelet-rich plasma (P-PRP) to leucocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF) Trends Biotechnol. 2009; 27:158–167.
4. Regenerative potential of leucocyte- and platelet-rich fibrin. Part A: intra-bony defects, furcation defects and periodontal plastic surgery. A systematic review and meta-analysis. Castro AB, Meschi N, Temmerman A, Pinto N, Lambrechts P, Teughels W, Quirynen M. J Clin Periodontol. 2017 Jan;44(1):67-82
5. Regenerative potential of leucocyte- and platelet-rich fibrin. Part B: sinus floor elevation, alveolar ridge preservation and implant therapy. A systematic review. Castro AB, Meschi N, Temmerman A, Pinto N, Lambrechts P, Teughels W, Quirynen M. J Clin Periodontol. 2017 Feb;44(2):225-234.

КЛИНИКА СОЧЕТАННЫХ ФОРМ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Лобжанидзе Д.А., Хахова Э.З.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Морфометрические особенности зубочелюстной системы, связанные с изменением сагиттальных размеров и положения челюстей, приводят к стойким функциональным нарушениям со стороны окклюзии, нейромышечной системы и ВНЧС. Одной из наиболее распространенных сагиттальных дисгнатий является мезиальная окклюзия. Изучению состояния зубочелюстной системы при данной патологии посвящены работы многих авторов, в которых отражены морфофункциональные особенности данной аномалии, а так же определены основные направления в выборе планирования и тактики лечения.

Мезиальная окклюзия в большинстве случаев сочетается с деформациями зубочелюстной системы в трансверзальной и орбитальной плоскостях. Недостаток врачебного внимания к изучению клинических проявлений сочетанных форм мезиальной окклюзии зубных рядов, являющейся тяжелым вариантом деформации зубочелюстной системы, ограничивает возможность полноценной реабилитации подобных больных.

Целью исследования явилось изучение клиники сочетанных форм мезиальной окклюзии зубных рядов в детском возрасте.

Материал и методы: сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста СтГМУ было проведено комплексное обследование 9 детей в возрасте от 9 до 17 лет с сочетанными формами мезиальной окклюзии зубных рядов.

У всех пациентов было проведено клиническое обследование, включающее опрос и осмотр лица и полости рта, исследование диагностических моделей челюстей по методам Пона, Герлаха и Хауэля-Гербера-Гербста. Для детализации нарушений размеров челюстных костей было проведено рентгенологическое исследование, включающее ортопантограмму и профильную телерентгенограмму. Изучение соотношения углов SNA и SNB проводилось по методу Hasund.

Результаты и обсуждение: У больных определялась комбинация мезиальной окклюзии с открытым и перекрестным прикусами. Типичным клиническим признаком мезиальной окклюзии в сочетании с открытым прикусом явилось значительное увеличение нижней трети лица, которое наблюдалось у 3 пациентов. Клинические признаки данного сочетания проявлялись в виде увеличения высоты нижней трети лица, сглаженности носогубных и губо-подбородочной складок. В состоянии физиологического покоя ротовая щель зияет. Сагиттальная щель между режущими поверхностями верхних и нижних резцов составляла от 3 до 15 миллиметров. На ее протяженность оказывали влияние размеры увеличенной нижней челюсти и степень ретрузии нижних фронтальных зубов, испытывающих постоянное давление со стороны натянутой и выдвинутой вперед нижней губы. У данной категории пациентов отмечались зубоальвеолярное укорочение во фронтальном участке и зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах зубного ряда, вследствие чего формировалось разобщение между режущими поверхностями верхних и нижних резцов в пределах 1-7 мм.

Лицевые признаки у 5 пациентов с мезиальной окклюзией сочетанной с перекрестным прикусом определялись менее выраженным увеличением высоты нижней трети лица. У больных четко определялись носогубные складки. Перекрестная окклюзия у них вызвала асимметрию лица. Смещение в сторону нижнего зубного ряда в результате перекрестной окклюзии нарушает совпадение средней линии между центральными резцами верхней и нижней челюстей.

Выдвинутые вперед и в сторону нижние фронтальные зубы при данной форме сочетанной аномалии окклюзии смещаются орально и перекрывают верхние резцы более чем на 2/3 высоты коронки. Окклюзионная поверхность нижнего зубного ряда имеет

выраженный изгиб, обусловленный зубоальвеолярным удлинением во фронтальном участке и зубоальвеолярным укорочением в боковых отделах.

Полученные данные свидетельствуют о зависимости развития сочетанной аномалии окклюзии зубных рядов от размера и формы челюстных костей. В основе формирующейся деформации чаще всего определяется симметричное или несимметричное увеличение размера нижнечелюстной дуги.

У 1 пациента наблюдалась сочетанная форма мезиальной окклюзии зубных рядов в трех плоскостях (мезиальная, перекрестная окклюзия и от-крытый прикус). Нижняя треть лица при этом у пациента была увеличена, носогубные и губоподбородочная складки сглажены, зияющая ротовая щель в состоянии покоя. Отмечалось нарушение совпадения средней линии между центральными резцами верхней и нижней челюстей и асимметрия лица.

Заключение. Результаты проведенного обследования позволили изучить клинические признаки различных форм мезиальной окклюзии зубных рядов в детском возрасте, сочетанной с патологией в орбитальной и транс-верзальной плоскостях. Чаще всего наблюдалась сочетанная форма мезиальной и перекрестной окклюзии зубных рядов - 55,5%. Второй по встречаемости была комбинация мезиальной окклюзии зубных рядов в сочетании с открытым прикусом - 33,3%. Реже всего (11,2%) встречалась сочетанная форма мезиальной окклюзии зубных рядов в трех плоскостях (мезиальная и перекрестная окклюзия, открытый прикус), которая проявлялась наибольшим количеством клинических проявлений.

Список литературы.

1. Герда, В.В. Осложнения при лечении мезиальной окклюзии внутриротовыми ортодонтическими аппаратами / В.В. Герда // III общероссийская науч.-практ. конф. детских стоматологов: тез. докл.– М., 2000.– С. 127–127.
2. Безруков, В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, В.И. Гунько.– М., 2000.– Т. - С. 246–276.
3. Чепик, Е.А. Диагностический этап комплексной реабилитации пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии с учетом морфометрических и функциональных особенностей данной патологии / Е.А. Чепик, О.З. Топольницкий, Л.С. Персин // Ортодонтия.– 2007.– № 3– С. 10–15.
4. Федотов, С.Н. Хирургическое лечение нижней макрогнатии / С.Н. Федотов, О.С. Федотов.– Архангельск, 2006.– 262 с.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Лютиков В.В., Давыдов Б.А., Наумова Е.Д., Кончиц И.С.

Тверской государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н. профессор Волков С.И.

Недостаточность местного обезболивания при различных вмешательствах на зубах и околозубных тканях по данным литературы составляет от 15-20%. Среди многообразия различных способов анестезии нижнего альвеолярного нерва (мандибулярной анестезии) нет универсального способа, который бы основывался на топографо-анатомических данных и данных 3D моделей.

Распространенность постинъекционных неврологических нарушений после мандибулярной анестезии составляет 0,01%. Чаще всего наблюдаются парестезии

язычного нерва. Поэтому поиск новых способов анестезии остается актуальной проблемой в стоматологии.

Цель исследования: Повышение эффективности обезболивания зубов нижней челюсти с использованием универсального метода местной анестезии на основании топографо-анатомических особенностей иннервации.

Материалы и методы: для изучения топографической анатомии крыловидно-челюстного пространства использовали трупный материал кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии. Работа выполнена на 6 (12 блоков) фиксированных трупах людей различного пола и возраста методами макро- и микропрепаровки, морфометрии, фотографирования и зарисовки и 3D-моделирования анатомических структур при помощи компьютерного пакета bCAD 3.51.A.7664 (лицензия № RU37FU-0207080101). Данные, полученные в ходе проведенного исследования, вносились в протокол вручную. Клиническое исследование ретромоларного пространства проводилось на базе стоматологической поликлиники Тверского ГМУ. В исследовании принимали участие 20 пациентов (студентов) в возрасте от 18 до 22 лет. Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты: После топографо-анатомического исследования на секционном материале нами были выявлены следующие особенности: крупный сосудисто-нервный пучок (нижняя альвеолярная артерия, вена и нерв) располагался на внутренней поверхности ветви нижней челюсти. От переднего края ветви нижней челюсти расстояние составило 15 мм, от заднего ее края 13 мм, от полулунной вырезки нижней челюсти, *incisura mandibulae* (верхний край), 22 мм, от нижнего края 27 мм. На всех препаратах язычный нерв располагался у передне-медиального края медиальной крыловидной мышцы и впереди от нижнего альвеолярного нерва на 6-11 мм. В результате проведенного исследования нам удалось выявить безопасный участок от сосудов и нервов «межчелюстной треугольник», который располагался на внутренней поверхности ветви нижней челюсти впереди от язычного и нижнего альвеолярного нервов. Основание этого треугольника располагалось на уровне основания венечного отростка, а вершина в ретромоларной ямке. Передней границей треугольника являлся передний край ветви нижней челюсти, а задней – язычный нерв и передний край медиальной крыловидной мышцы. Этот треугольник совпадал с «межчелюстным треугольником» образованным, на слизистой оболочке полости рта, в ретромоларном пространстве, крылочелюстной складкой и передним краем ветви нижней челюсти. Проведенное клиническое исследование показало индивидуальные различия этого треугольника.

Выводы: Проведенное топографо-анатомическое исследование позволило выявить в ретромоларном пространстве безопасный участок, в котором отсутствуют нижний альвеолярный сосудисто-нервный пучок и язычный нерв. Использование межчелюстного треугольника для проведения мандибулярной анестезии, значительно снизит риск повреждения язычного нерва и повысит эффективность обезболивания зубов нижней челюсти.

Список литературы.

1. Тарасенко С.В., Дыдыкин С.С., Шехтер А.Б., Кузин А.В., Полев Г.А. Местная анестезия ретромоларной области. Рентгенологическое и анатомо-топографическое обоснование проведения дополнительного метода обезболивания зубов нижней челюсти. Стоматология. 2013;4:44-49.
2. Семкин В.А., Дыдыкин С.С., Кузин А.В., Согачёва В.В. Анатомическое обоснование профилактики травмы язычного нерва при мандибулярной анестезии. Стоматология. 2015;3:21-24.
3. Кузин А.В., Семкин В.А., Дыдыкин С.С. Анатомическое обоснование особенностей обезболивания при лечении зубов нижней челюсти. Стоматология. 2015;4:35-49.

ПОТЕРЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПОНГИОЗНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АНЕСТЕТИКА БЕЗ АДРЕНАЛИНА

Ляпин М.А., Ляпина М.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Петрикас А. Ж.
Тверской государственный медицинский университет

Интрасептальная анестезия, рассматривается в классической дентальной систематике как дополнительная или пародонтальная. Её часто объединяют с вариантами инфильтрационных инъекций (Malamed 2004). Работами АЖ Петрикас (1987), ЛА Якуповой, ДВ Медведева было доказано, что в механизме инъекционного распределения анестетика при внутрикостной, спонгиозной, интрасептальной анестезии состоит как сосудистый, так и диффузный соединительнотканый компонент [1].

В представленной новой классификации местного обезболивания методы дентальной анестезии разделены на диффузные и сосудистые [2]. В механизмах сосудистых выделяется два ведущих момента: наличие положительной или отрицательной аспирации при инъекции и присутствие в анестетическом растворе адреналина. Мы убеждены, что адреналин при спонгиозных васкулярных анестезиях играет роль турникета, жгута. Он организует и создает ограниченное депо в зоне инъекции. Адреналин обеспечивая блокаду α -адреноэргических рецепторов в артериолах инъецированной области, формирует пространственное и временное депо в венозном отделе анестезированного участка.

Мепивакаин единственный местный анестетик, который может работать без вазоконстриктора. Будет ли действовать мепивакаин без адреналина при интрасептальной анестезии, имеющей выраженный сосудистый компонент? Естественно, что традиционная инфильтрационная анестезия в аналогичных условиях будет сопоставлена с интрасептальной.

Материал и методы.

Проспективное контролируемое исследование выполнено на добровольцах: 86 студентах в возрасте 19-23 лет. Использовался 3% мепивакаин без эпинефрина в единой автоматической дозе 0,5 мл.

Инъекция проводилась компьютерным шприцем SleeperOne DHT–Франция с дозированной скоростью $\frac{1}{4}$ картриджа 30 сек, давлением и возможностью проведения аспирации. В контрольной группе 30 чел. проводилась инфильтрационная анестезия. В главной группе из 56 субъектов выполнялась в тех же условиях интрасептальная инъекция. В отличие от инфильтрационной анестезии, где положительная аспирация наблюдалась только в 2 случаях, при интрасептальной наблюдалась чаще: с положительной – 33 и с отрицательной 23 субъекта. Объектом исследования были передние зубы верхней челюсти почти всегда правые: 1.1; 1.2; 1.3. Исследуемым объектом был верхний боковой резец 1.2 в области которого проводилась инъекция.

Оценка обезболивания проводилась исходно, после инъекции через 2, 5, 10, 15, 20 мин. электроодонтометрически с помощью аппарата «ИВН-01Пульпотест-Про», где в качестве стимулятора применялся постепенно нарастающий переменный ток в микроамперах (мкА). Субъект отключал шкалу аппарата при появлении болевого ощущения, фиксируя его.

Результаты и обсуждение.

Исходный уровень у 86 субъектов у всех исследуемых зубов колебался в пределах от 1 до 10 мкА. При инфильтрационной анестезии наблюдалось равномерное повышение болевого порога в среднем до $95(\pm 20)$ мкА к 5 мин, которое постепенно плавно снижалось к исходному уровню к 20 мин. При интрасептальной анестезии имело место на 2 мин пиковое однократное повышение болевого порога сразу после инъекции до $55(\pm 8,9)$ мкА, с последующим резким падением до исходного уровня (10 мкА) к 20 мин. Различие между

группами инфильтрационной и интрасептальной анестезий согласно критерию Стьюдента $t=2,4$; $p < 0,05$ является существенным.

При интрасептальной анестезии было прослежено разделение субъектов на 2 группы: с положительной аспирацией, и с отрицательной. Различия между интрасептальными группами обусловлены сложным распределением в тканях анестетика. Особенно это относится к группе где имеет место инфильтрационное распределение анестетика. Мы отнесли их к группе с несосудистым распределением - аспирация отрицательная. При положительной аспирации путь анестетика не был сложным. Инъекция выходила на главный пучок вен заканчиваясь положительной аспирацией.

Интрасептальная анестезия с отрицательной аспирацией составила в среднем $70,2(\pm 19,6)$ мкА, чем с положительной $45,1(\pm 10,4)$ мкА. Различие между этими показателями согласно критерию Стьюдента $t=1,4$; $p > 0,05$ является несущественным.

Таким образом, инфильтрационная и интрасептальная с отрицательной аспирацией анестезии имеют единый диффузный механизм действия. На второй минуте, когда еще происходил поиск мишени для перфорации тонких вен возможно близкое совмещение кончика иглы с общим сосудистым направлением. Это совмещение характеризует попадание анестетика в кровоток ($t=2,4$). Одновременно это доказательство сквозного неэффективного движения жидкости, минуя депо. Сосудистое введение означало прохождение анестетика мимо эффекта.

Введенный интрасептально мепивакаин не всегда нашел возможность прорваться в васкулярную сеть. Инфильтрационная анестезия, являясь чисто диффузной, четко отличается от интрасептальной. Это свидетельство разных механизмов самой анестезии.

Выводы.

1. Инфильтрационная анестезия 3% мепивакаином без адреналина превосходила интрасептальную по величине болевого порога. Она демонстрировала плавную постепенно нарастающую и постепенно равномерно угающую кривую эффект/время. Она обеспечивала достаточную рабочую величину (95мкА)

2. Кривая эффект/время сопоставляемой интрасептальной анестезии 3% мепивакаином без адреналина была представлена однократным пиковым повышением болевого порога сразу после инъекции с недостаточной рабочей величиной (55мкА)

3. Интрасептальная анестезия 3% мепивакаином без адреналина с отрицательной аспирацией демонстрирует соединительнотканый механизм распределения анестетика. Интрасептальная анестезия четко делима на диффузный и сосудистый компонент.

Список литературы.

1. Петрикас А.Ж., Медведев Д.В., Ефимова О.Е., Якупова Л.А., Честных Е.В. Дентальные региональные спонгиозные (внутрикостные) сосудистые анестезии [Электронный ресурс]: монография / А.Ж. Петрикас [и др.]. – Электрон. Дан. – Тверь, 2013 – Режим доступа: <http://www.tvergma.ru> – Загл. с экрана.

2. Петрикас А. Ж. Классификации способов местного обезболивания / А. Ж. Петрикас, Д. В. Медведев, Е. Б. Ольховская // Стоматология. — 2016. — № 4. — С. 4–8.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗЧАД У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА

Макарова М.В., Баалбаки Х., Кузнецова А.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Аномалии и деформации зубочелюстной системы в детском возрасте занимают одно из первых мест среди заболеваний челюстно-лицевой области (75%). У подобных больных наблюдается нарушение основных функций зубочелюстной системы: жевания, глотания, дыхания и речи. Тяжелые формы зубочелюстных аномалий и деформаций могут вызывать асимметрию лица, нарушать высоту нижней трети лица, нарушение прикуса. При нарушении внешнего вида лица всегда снижается социальная адаптация ребенка или подростка. В процессе изучения частоты возникновения болезней зубочелюстной системы среди детей и подростков рядом авторов было выявлено, что с возрастом увеличивается доля патологических состояний зубочелюстной системы [1].

Различие показателей частоты аномалий зубочелюстной системы может быть связано с изучением разных возрастных групп детей, экологической особенностью данной территории, характером питания и др.

Большинство зубочелюстных аномалий устраняется ортодонтическим или комплексным лечением. Некоторые из них выражены настолько слабо, что не приводят к существенным функциональным и эстетическим нарушениям. Нуждаемость детского и подросткового населения в ортодонтической помощи колеблется в пределах 55 - 75%.

Неправильное положение зубов, согласно данным литературы, составляет 60 - 89%. Одна из самых распространенных патологий - вестибулярно прорезывающиеся клыки. Сверхкомплектные зубы составляют 12 - 17% среди других аномалий [4].

Значительная роль в появлении ЗЧАД отводится вредным привычкам. Сочетание нескольких вредных привычек у дошкольников наблюдается в 73% случаев, но с возрастом уменьшается до 24%.

В период сменного прикуса (6-12 лет) увеличиваются показатели заболеваемости всех патологий: ортодонтической, терапевтической и хирургической.

Проявление ЗЧАД тесно связано с удалением зубов. Только у половины детей с удаленными временными молярами сохраняется ортогнатический прикус, у остальных детей выявляется дистальная и мезиальная окклюзии.

Высокая распространенность ЗЧАД, кариес зубов и сопутствующие им осложнения, определяют актуальность и значимость проблемы раннего выявления и профилактики всех видов патологии.

Цель исследования: Анализ распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей в период сменного прикуса.

Материалы и методы исследования: Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста были изучены медицинские карты 124 пациентов детского возраста от 6 до 12 лет с различными видами зубочелюстной системы.

Анализ результатов обследования дал нам возможность судить о частоте встречаемости тех или иных нарушений среди всех имеющихся видов зубочелюстных аномалий и деформаций.

Результаты исследования. Среди обследуемых детей, данной возрастной группы, имеющих зубочелюстные аномалии и деформации, большую распространенность составляют девочки (53%).

В процессе исследования был выявлен показатель распространенности аномалии прикуса 30%, с аномалией одного зубного ряда отмечается 25%, с аномалией группы зубов - 20%, с аномалией одного зуба - 25%.

На основании полученных данных можно сделать выводы:

1. В результате проведенного исследования мы отмечаем высокую частоту различных видов ортодонтической патологии, у детей данной возрастной группы (6-12 лет).

2. Наибольшую частоту $29,84 \pm 1,39\%$ составляла группа детей с аномалией прикуса. Второй, по встречаемости $25 \pm 1,58\%$ мы отмечали аномалии 1 зуба. Реже всего встречалась аномалия 1 зубного ряда - $24,19 \pm 1,62\%$ и группы зубов, которая составила $20,97 \pm 1,78\%$.

3. Учитывая данные нашего исследования, мы рекомендуем врачам-ортодонтам проводить диспансеризацию детей и подростков всех возрастных групп, с целью профилактики и раннего выявления зубочелюстных аномалий и деформаций. Для предупреждения появления факторов риска в развитии зубочелюстных аномалий и деформаций мы рекомендуем врачам-педиатрам детей после трех лет направлять на консультацию к врачу-ортодонт.

Список литературы.

1. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 541 с.
2. Персин Л.С. с соавт. Стоматология детского возраста, М.: Медицина, 2011. с. 639.
3. Водолацкий М.П. с соавт. Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний: Учебное пособие. – Ставрополь: Из-во СГМА, 2009.
4. Перова Е. Г., Левенец А.А., Бриль Е. А. Особенности влияния различных факторов на эффективность аппаратного лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков // Сибирское медицинское обозрение. – 2012.- С. 75-79.
5. Фадеев Р.А., Бобров А.П., Кисельникова Л.П. и др. Профилактика зубочелюстных аномалий как условие сохранения здоровья нации. Институт стоматологии. – 2009. – № 3. – С. 26-27.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАНОКОНСТРУИРОВАННОГО СОРБЕНТА "ЦЕЛОФОРМ-Н" ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Мусин Б.Т.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Ксембаев С.С.
Казанский государственный медицинский университет

Острые гнойно-воспалительные заболевания (ОГВЗ), которые включают в себя периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмону, перекоронарит, лимфаденит, одонтогенный гайморит составляют 95-98 % всех острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и представляет собой важную проблему в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, поскольку частота их высока, несмотря на разработку большого количества средств и методов лечения. Они тяжело протекают, при этом может развиваться грозные осложнения, как медиастинит, менингит, сепсис, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки, флебит и тд. Смертность при этом может составлять 28-50%, а при развитии осложнений - до 34-90% [1, 2, 4, 7].

Учащение и увеличение тяжести течения ОГВЗ приводит к значительному росту показателей временной нетрудоспособности, а в ряде случаев и к ранней инвалидности таких больных [2, 7]. Таким образом, данная проблема имеет и важное социально-экономическое значение.

В условиях «фармакологической перенасыщенности», снижения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, подавления иммунной защиты неблагоприятными экологическими факторами и аллергизации организма наблюдается снижение

эффективности традиционных методов. Почти в 30% случаев отмечается неэффективность антибактериальной терапии гнойно-воспалительных процессов ЧЛО. Все вышеуказанное свидетельствует о том, что проблема лечения ОГВЗ ЧЛО требует новых подходов [1, 2, 6].

В связи с этим поднимается проблема в необходимости поиска доступных и эффективных лекарственных средств и подходов к лечению ОГВЗ, отвечающих современным требованиям [4, 6].

С этих позиций преимущества имеют методы сорбционно-аппликационной терапии, направленные на скорейшее очищение ран от микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности и некротических тканей. Успешным направлением увеличения эффективности сорбционной терапии является разработка комбинированных лекарственных форм [2, 4, 5, 6, 7].

За последнее десятилетие в качестве антимикробных агентов перспективными считаются материалы наноразмерных величин. Наноматериалы легко образуют комплексные соединения с другими веществами, что связано с их высокой химической активностью. Образуемые комплексы обладают новыми свойствами. Особого внимания заслуживают металлы, которые исторически известны как средства, обладающие антибактериальным эффектом. В настоящее время осуществляется разработка нанопрепаратов, нанокристаллов, нанопорошков и других наноматериалов для использования в практической медицины. [3, 8, 9]

К наноматериалам относят объекты, созданные с использованием наночастиц и обладающие новыми свойствами. Размерность наночастиц составляет 100 нм и меньше [3, 8, 9].

Исходя из вышеперечисленного, можно сказать, что проблема лечения ОГВЗ ЧЛО является актуальной и требует разработки новых доступных и эффективных лекарственных средств воздействия на гнойный очаг, отвечающих современным требованиям.

Цель исследования: Разработка, применение и клиническое обоснование эффективности наноконструированного сорбента «Целоформ-Н» в комплексном лечении больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации.

Задачи исследования:

1. Разработать сорбент нового поколения из хлопковой целлюлозы путем добавления наночастиц.
2. Определить клиническую эффективность разработанного наноконструированного сорбента «Целоформ-Н» при комплексном лечении больных флегмонами челюстно-лицевой локализации.

Материалы исследования:

1. Наноконструированный сорбент «Целоформ-Н»
2. Больные воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой локализации

Методы исследования:

При выполнении исследования будут использованы и применены, физико-химический, микробиологический, статистический и клинический методы.

Заключение.

Создание высокоэффективных средств местного лечения гнойно-воспалительных заболеваний возможно при использовании сорбентов и металлических наночастиц. Поэтому нами ведется работа по созданию нового комплексного средства на основе сорбента "Целоформ" с добавлением наночастиц металлов.

Список литературы.

1. Абакумов, В.И. Применение региональной гидропрессивно-сорбционной терапии в комплексе лечения больных с гнойными ранами: автореф. дис. канд. мед. наук / В.И. Абакумов.—Воронеж, 2005.—24 с.

2. Галимов, Р.А. Клинико-морфологическое обоснование включения сорбента "Целоформ" в комплексное лечение больных одонтогенными флегмонами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.А. Галимов.—Казань, 2012.—23 с.
3. Егорова, Е. М. Биологические эффекты наночастиц металлов / Е. М. Егорова, А. А. Кубатияев, В. И. Швец. – М.: Наука, 2014. – 350 с.
4. Ксембаев, С.С. Разработка и использование «Целоформа» в медицинской практике /С.С. Ксембаев, И.Г. Ямашев, В.К. Половняк и др. – Казань, 2007. – 37 с.
5. Ксембаев, С.С. Сорбционно-апликационная терапия при острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваниях / Ксембаев С.С., Мусин И.Н., Нестеров О.В.-Казань, 2016. - 124 с
6. Нестеров, О.В. Сорбционно-апликационная терапия гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области /О.В. Нестеров, С.С. Ксембаев, Р.А. Галимов //Вестник Чувашского университета.—2014.—№ 2.—С.306—310.
7. Хадыева, М.Н. Обоснование применения сорбента Целоформ при лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / М.Н. Хадыева, Р.А. Галимов, С.С. Ксембаев // Казанский медицинский журнал.—2012.—№ 2.—С.315—317.
8. Шульгина Т. А. Изучение антимикробных свойств дисперсных систем на основе наночастиц серебра и меди и обоснование перспектив их использования: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.02.03 / Шульгина Татьяна Андреевна. – Саратов, Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, 2015. – 22 с.
9. Шульгина, Т.А. Теоретическое обоснование антибактериального действия наночастиц металлов / Т.А. Шульгина, Д.М. Пучиньян // Технологии оптимизации процесса репаративной регенерации в травматологии, ортопедии и нейрохирургии: материалы Всерос. науч.-практ. конф. - Саратов, 2013. - С. 118-119.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ОККЛЮЗИИ В ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ С ПОМОЩЬЮ РЕВЕРСИОННЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ДУГ

Нагорный И.И.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Зубочелюстные аномалии и деформации имеют высокую частоту распространения. Для эффективной реабилитации пациентов с подобной патологией зубочелюстной системы эффективно используют несъемную эджуайс-технику (брекет-систему). Одной из сложных ортодонтических патологий является наличие деформации в вертикальной плоскости - открытый и глубокий прикусы, которые имеют свои особенности в тактике лечения, связанные с использованием реверсионных дуг, способных стимулировать вертикальное движение зубов (экструзия и интрузия). Реверсивный - обратный, противоположный.

Цель исследования: лечение пациентов с нарушением окклюзии в вертикальной плоскости с помощью реверсионных ортодонтических дуг.

Материалы и методы: На базе кафедры детской стоматологии было проведено лечение 6 детей с нарушением окклюзии в вертикальной плоскости в возрасте от 13 до 18 лет. Открытый прикус наблюдался у 4 пациентов, у 2 - глубокий прикус. Пациентам было проведено клиническое обследование, рентген диагностика (боковая телерентгенограмма, ортопантомограмма). Статистическая обработка производилась с помощью программы StatSoftStatistica 10.

Всем пациентам было произведено приклеивание брекет-систем с техникой прямой дуги. Четверым пациентам с вертикальной дезокклюзией зубных рядов были установлены реверсионные 0,014 Ni-Ti дуги с целью экструзии фронтальных зубов и интрузии боковых

зубов. Двум пациентам с глубоким прикусом были установлены реверсионные 0,014 Ni-Ti дуги с целью интрузии передних зубов и экструзии боковых зубов.

Во время проводимого лечения в зависимости от степени тяжести вертикальной патологии 1 или 2 раза проводилась замена дуг. Каждая реверсионная дуга находилась полости рта пациента в течение 2-4 месяцев. После приведения зубов в ортогнатическую окклюзию, реверсионная дуга заменялась на прямую дугу круглого, прямоугольного или квадратного сечения (0,016 - 0,018) с целью фиксации достигнутого лечебного результата.

Результаты и обсуждение: в результате проведенного лечения 4 пациентов с открытым прикусом и 2-х с глубоким прикусом у всех был получен положительный лечебный результат. Ретенционный период у всех пациентов независимо от вида прикуса составил 8-14 месяцев.

Заключение и выводы: использование реверсионной дуги позволяет пациентам с вертикальной дезокклюзией зубных рядов эффективно устранить патологию в вертикальной плоскости и добиться максимального количества окклюзионных контактов.

Список литературы.

1. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Равиндра Нанда ; пер. с англ. - 2-е издание - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 386 с.
2. Комплексное лечение сочетанных аномалий окклюзий зубных рядов у детей и подростков / Водолацкий В.М. - Ставрополь: СтГМУ, 2017. - 125 с.
3. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций учебник / Л. С. Персин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с.
4. Ортодонтия: Учебное пособие. / М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, Б.Г. Бабанина, Ю.Д. Христофорандо - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2014 - 168 с.
5. Ортодонтия : учебное пособие / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов. - Москва :МЕДпресс-информ, 2008. - 423 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ С НЕПОЛНЫМ ВЫВИХОМ

Нагорный И.И., Михитаров Г.Л., Маргарян А.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Письменова Н.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Травмы челюстно-лицевой области составляют около 45% всех патологий челюстно-лицевой хирургии (Бахтеева Г.Р., Кузьми А.С., 2012). Значительная часть их сопровождается нарушением зубо-альвеолярного соединения, а именно вывихом зуба. В случаях неполного вывиха зуба имеется шанс на сохранение его в зубном ряду. В этих условиях актуальность приобретают исследования, направленные на совершенствование методов фиксации, в частности, шинирования, при неполном вывихе зуба

Цель исследования: сравнить традиционные методы шинирования с помощью бюгельного шинирования и вантовых шин и метод адгезивного шинирования с помощью современного отечественного стекловолоконного материала УКН-5000.

Материалы и методы: в качестве материала исследования были использованы статистические данные научной работы Седегова О.Н. 2016 г., основанной на результатах лечения 29 пациентов на базе кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России и научной работы Бронникова О.Н. 2005 г., основанной на результатах лечения 31 пациентов на базе «Клиники Лазерной медицины доктора Колесниченко» и отделения функциональной диагностики ФГУ «ЦНИИС Росздрава», посвященные исследованиям клинического применения изучаемых материалов. Больные были разделены на 3 группы: 1 группа, использовавшая адгезивные

шины, в количестве 29 человек; 2 группа, в которой применялись бюгельные шины, в количестве 14 человек; 3 группа, в которой фиксация проводилась с помощью вантового шинирования, в количестве 17 человек. Сравнительный анализ проводился по следующим критериям: 1) увеличение интенсивности регионарного кровообращения тканей периодонта на момент завершения лечения; 2) увеличение окклюзионной нагрузки на травмированный зуб на момент завершения лечения и 3) изменение индекса ОНI-S спустя месяц после шинирования. Последний индекс отражает возможность адекватной гигиены полости рта при нахождении в полости рта шинирующей конструкции. Все пациенты были предварительно обучены гигиене полости рта. Статистическая обработка производилась с помощью программы StatSoftStatistica 10.

Результаты и обсуждение: По завершении анализа данных были получены следующие результаты: 1) увеличение интенсивности регионарного кровообращения тканей периодонта на момент завершения лечения: адгезивное шинирование - в 1,8 раз; бюгельное шинирование - в 1,9 раз; вантовое шинирование - в 2,3 раз.

2) увеличение окклюзионной нагрузки на травмированный зуб на момент завершения лечения: адгезивное шинирование +38,7% окклюзионной нагрузки; бюгельное шинирование +10,7% окклюзионной нагрузки; вантовое шинирование +43,4% окклюзионной нагрузки.

3) изменение индекса ОНI-S: адгезивное шинирование - -44%; бюгельное шинирование - -45%; вантовое шинирование - -76%.

Закключение: по результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что приоритетным и наиболее эффективным методом шинирования следует признать вантовое шинирование, которое имеет преимущественно положительные лечебные результаты по всем пунктам. Метод адгезивного шинирования с помощью стекловолоконного материала УКН-5000 уступает методу вантового шинирования, но опережает метод бюгельного шинирования по 2 из 3 пунктов.

Список литературы.

1. Хирургическая стоматология: учебник / [Афанасьев В.В и др.] : под общ.ред. В.В. Афанасьева. - М. : ГЕОТАР-Медиа, 2011. - 880 с.
2. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. — 928 с.
3. Седегова О.Н. Экспериментально-клиническое обоснование применения углеродного композиционного волокна для шинирования подвижных зубов при генерализованном пародонтите / О.Н. Седегова. - Пермь, 2016. 21 с.
4. Бронников О.Н. Клинико-функциональная сравнительная оценка методов шинирования у больных хроническим генерализованным пародонтитом / О.Н. Бронников. - Москва, 2005. 24 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОГО ТРИОКСИДНОГО АГРЕГАТА И ГИДРОКСИДА КАЛЬЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО ПУЛЬПИТА (ЛАБОРАТОРНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Останина Д.А., Митронин А.В.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.
Евдокимова

Актуальность. Лечение заболеваний пульпы с целью сохранения её жизнеспособности до настоящего времени является актуальной проблемой. В настоящее

время для сохранения пульпы используются препараты гидроокиси кальция и материалы минералтриоксидагегата (МТА). Оценка эффективности применения данных препаратов в лечении начального пульпита представляет научно-практический интерес и целесообразна для изучения.

Цель. Оценить эффективность лечения начального пульпита с применением гидроксида кальция и препаратов МТА отечественного и зарубежного производства.

Материал и методы. Проведён социологический опрос 192 практикующих врачей из разных регионов России о использовании пульпосохраняющих методов лечения с помощью сервиса Google Forms. В лабораторное исследование были включены 3 материала отечественного производства (Триоксидент, Канал МТА, Рутдент) и 3 зарубежных аналога (ProRoot МТА, МТА Angelus Grey, МТА Angelus White). Физико-химические свойства материалов изучали с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ), энергодисперсионной рентгеновской спектроскопии (ЕДС) и рентгенологического исследования. Проведена рН-метрия и ионная хроматография, определено время твердения материалов. По результатам анализа был выбран препарат, обладающий наилучшими свойствами. В клиническом исследовании участвовали 22 пациента в возрасте от 7 до 20 лет с диагнозом начальный пульпит. Лечение осуществляли по традиционной методике, распределив участников на две группы. В первой группе пациентов при лечении начального пульпита в качестве лечебной прокладки использовали материал Триоксидент. Во второй группе пациентов использовали пасту на основе гидроокиси кальция. Мониторинг результатов лечения проводился через 7 дней, 1 месяц, 6 месяцев. Данные исследований обработаны статистически (SPSS).

Результаты и их обсуждение. Из анкетирования практикующих врачей выявлено, что 65,1% опрошенных применяют биологический метод лечения заболеваний пульпы. Анализ СЭМ показал, что все протестированные препараты МТА состоят из портландцемента. В состав материала Триоксидент включено соединение гидроокиси меди-кальция, которое повышает его бактериостатические свойства. Только у 2 материалов (ProRoot МТА и Триоксидент) были определены пики серы при ЕДС-анализе, что указывает на присутствие в материалах сульфатной фазы. Наибольшая пористость поверхности была выявлена у материала ProRoot МТА. Методом рН-метрии и ионной хроматографии было доказано, что материал Триоксидент имеет самый высокий показатель рН равный 12,8. Материалы МТА Angelus White и Триоксидент имели наименьшее начальное время отверждения. Все исследуемые материалы рентгеноконтрастны, однако рентгенопроницаемость препарата МТА Angelus White снижена за счет отсутствия в составе соединения оксид висмута. По результатам лабораторного анализа выбран материал Триоксидент для дальнейшего использования в клиническом исследовании. При лечении пациентов первой группы в 90% случаев отмечен успешный результат. Показатели ЭОД улучшились и через 30 дней с 20 мкА снизились до 5 – 8 мкА. Во второй группе пациентов успешный результат составил 63%. В ближайшие сроки после лечения зубов с применением препарата на основе гидроксида кальция осложнений не выявлено. Через 6 месяцев у четырех пациентов развилась воспалительная реакция. ЭОД снизилось до 70,0 мкА, что послужило основанием для эндодонтического лечения зубов. Процент осложнений за весь период лечения составил 37%.

Выводы.

1. Социологический опрос показал, что 56,1% практикующих врачей находят пульпосохраняющие методики эффективными.
2. По данным лабораторного исследования, российский аналог материалов МТА «Триоксидент» не только не уступает по своим положительным характеристикам зарубежным конкурентам, но и имеет перед ними ряд преимуществ.
3. Лечение начального пульпита с применением препарата «Триоксидент» были успешными в 90% случаев спустя 6 месяцев наблюдения. Применение препаратов на

основе гидроокиси кальция при лечении начального пульпита через 6 месяцев было успешным только в 63% случаев.

4. Критериями применения пульпосохраняющих методик являются тщательный сбор анамнеза, своевременность проведения процедуры, герметичность реставрации, рациональный выбор современных лечебных материалов.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПАРОДОНТА У ГРУППЫ КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОВ

Петров А.А., Косов С.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Введение. Одной из актуальных проблем в стоматологии являются заболевания пародонта, а именно его профилактика, диагностика и лечение. Для предупреждения возникновения заболеваний пародонта используются современные методы диагностики, одним из таких методов является ультразвуковая доплерография.

Ультразвуковая доплерография – это неинвазивный метод, позволяющий обнаружить ранние изменения в структуре пародонта на микроциркуляторном уровне до появления клинических симптомов в полости рта. Микроциркуляторное русло является наиболее чувствительным индикатором, реагирующим на патогенные факторы ещё до появления клинических симптомов воспаления [2].

Курение изменяет клиническую картину пародонтита, маскируя наличие хронического воспаления в тканях пародонта [1], для курильщиков не характерны гиперемия, кровоточивость при зондировании, экссудации из пародонтальных карманов, что является следствием вазоконстрикции периферических сосудов и увеличением объема кератинизированной десны [1, 3]. Никотин и его метаболиты способны к накоплению в тканях пародонта, вызывая сужение сосудов и приводят к процессу хронизации воспаления.

В ходе исследования необходимо провести сравнительный анализ влияния курения сигарет и кальяна на микроциркуляцию тканей пародонта у лиц молодого возраста с помощью метода ультразвуковой доплерографии.

Материалы и методы. Проведено обследование 60 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, не состоящих на диспансерном учете у врачей-специалистов. В ходе исследования пациенты разделены на следующие группы: контрольная (не курящие пациенты) – 6 человек; курящие сигареты – 18 человек; курящие кальян с никотином – 18 человек; курящие кальян без никотина – 18 человек. Все курящие пациенты были дифференцированы по стажу курения: менее 1 года; от года до пяти лет и более пяти лет. Всем пациентам была проведена ультразвуковая доплерография тканей пародонта.

Результаты и обсуждение. Исходные данные микроциркуляции тканей пародонта при проведении ультразвуковой доплерографии: наибольшая исходная максимальная систолическая скорость кровотока наблюдается у пациентов, курящих кальян с никотином, а наименьшая систолическая скорость кровотока – у курящих кальян с никотином более пяти лет.

Изменение микроциркуляции в тканях пародонта сразу после курения:

- у курящих сигареты менее 1 года преобладает замедление скорости кровотока, в последующих группах наблюдается тенденция к ускорению кровотока, а именно: у курящих сигареты более пяти лет одинаковое количество с ускоренным и замедленным кровотоком.

- у курящих кальян с никотином и без него со стажем менее 1 года – одинаковое количество с ускоренным и замедленным кровотоком, затем с увеличением стажа курения преобладает ускорение кровотока в тканях пародонта.

На кафедре стоматологии терапевтической ПСПБГМУ имени академика И.П. Павлова были выделены следующие типы реакции после проведения термических проб:

- Адекватная – к окончанию пробы восстановление исходных показателей; - Замедленная – к окончанию пробы снижение исходных показателей; - Монотонная – через 1,5 минуты и к окончанию пробы незначительное изменение гемодинамики; - Атипичная – отсутствие восстановления исходных величин.

После проведения холодовой пробы: у контрольной группы наблюдались все типы реакции (адекватная, замедленная, монотонная и атипичная), у курящих более 5 лет: сигареты и кальян без никотина – преобладали адекватная и замедленная реакции, а у курящих кальян с никотином – адекватная.

После проведения тепловой пробы: у контрольной группы преобладала адекватная реакция, у курящих более 5 лет: сигареты – преобладала адекватная реакция, а у курящих кальян с никотин и без него – монотонная.

Заключение. Ультразвуковая доплерография является информативным неинвазивным методом диагностики гемодинамических изменений до проявления характерных клинических признаков заболеваний пародонта. По результатам доплерографии с увеличением стажа курения наблюдается увеличение количества пациентов с ускоренным кровотоком в тканях пародонта, при этом реактивность сосудов снижается вне зависимости от способа курения.

Список литературы.

1. Орехова, Л. Ю. Некоторые аспекты патогенеза заболеваний пародонта курящих людей / Л. Ю. Орехова, Е. Д. Кучумова, Н. А. Лелеткина и др. // Пародонтология. -2011. - №4. – С. 17-22.
2. Орехова, Л.Ю. Прогнозирование состояния пародонта у курильщиков / Л. Ю. Орехова, М. В. Осипова // Пародонтология. -2012. -№1. -С. 42-47.
3. Giannopoulou, C. Effect of nicotine-treated epithelial cells on the proliferation and collage production of gingival fibroblasts / C. Giannopoulou, N. Roehrich, A. Mombelli // J. Clin. Periodontol. – 2001. – Vol. 28. -P. 769-775

РЕЧЕВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПОМОЩЬЮ МИОГИМНАСТИЧЕСКОГО АППАРАТА Печенкина Л. Ю.

Научные руководители: к.м.н., доцент Митин Н. Е., ассистент Мишин Д. Н.
Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

Введение: нарушения мозгового кровообращения занимают одно из первых мест среди причин инвалидизации населения, поэтому реабилитация постинсультных больных является актуальной медицинской и социальной проблемой современного здравоохранения. Вторым по значимости и распространенности постинсультным дефектом являются речевые нарушения. Афазии встречаются с частотой 25-30 % случаев перенесенного инсульта. Восстановление нарушений речи при афазиях у больных, перенесших инсульт, является чрезвычайно трудной задачей. Продолжительность восстановления речи при афазиях индивидуальна, зависит от множества факторов, но в большинстве случаев дефект речи носит стойкий характер, восстановление в среднем занимает от 2 до 6 лет и более. Динамика восстановления речевых функций в ряде случаев оказывается незначительной, несмотря на степень тяжести инсульта и сроки начала

логопедических занятий. Иногда больному удается достигнуть лишь стадии частичного улучшения в результате длительных систематических занятий. Материалы и методы: постинсультные речевые нарушения можно разделить на две основные группы: афазия и дизартрию. По данным Регистра инсульта НИИ неврологии РАМН (1985), к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35,9% больных, дизартрия у 13,4% больных. О.А. Валунов, Я.Н. Кушниренко (2001, 2009) диагностировали нарушения речи к концу острого периода у 23,9% пациентов (моторная афазия была у 68,5%, сенсорная - у 7,4%, сенсомоторная - у 11,1%, дизартрия - у 13%). По данным Л.В. Багирь, Т.Т. Батышевой, А.Н. Бойко с соавт. (2005) сенсорная афазия наблюдалась у 2,5% больных, моторная - у 15,8%, сенсо-моторная - у 4,2% больных, перенесших И. Речевые дефекты осложняют личную, семейную и социальную жизнь человека, вызывают значительную психическую и социальную дезадаптацию[3]. Для скорейшего восстановления речевой активности используется миогимнастика, включающая комплексы упражнений для тренировки мышц языка и аппаратный метод. Аппарат для миогимнастики состоит из небной пластинки с системой гнутых кламмеров и миогимнастического элемента (МЭ)[2]. Небная пластинка из медицинской гипоаллергенной пластмассы. Для удержания аппарата на зубах верхней челюсти используется система проволочных гнутых кламмеров. МЭ представляет собой отрезок кламмерной проволоки с сечением 1.0, сформированная по внеротовой траектории для каждого пациента индивидуально со скользящим по ней миогимнастическим шариком диаметром 0.5-0.7 см из стоматологической акриловой пластмассы. Миогимнастический элемент устанавливается в небную пластинку. Фиксация осуществляется в слепые отверстия базиса аппарата путем напряжения проволочного элемента.

Результаты и обсуждение: рассмотрим результаты на примере клинического случая. Пациент В. 1957 г.р. обратился в базовую стоматологическую поликлинику ФГБОУ ВО «РязГМУ Минздрава РФ» на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии с жалобами на сложности в общении с окружающими, вследствие затруднённого произношения слов и отдельных звуков. Из анамнеза жизни известно, что жалобы данного характера впервые были выявлены после перенесенного около полугода назад инсульта головного мозга. При обследовании было обнаружено следующее: объем движения языка осуществляется в полном объеме, нарушена координация движений языка и речевая функция. Данному пациенту рекомендована миогимнастика языка, направленная на восстановление координации. Перед изготовлением аппарата были проведены диагностические мероприятия (произношение проверочной скороговорки), данные обследования фиксируются[1]. Далее пациенту был изготовлен аппарат для реабилитации после перенесенного инсульта головного мозга и даны рекомендации по его использованию. Восстановление речевой функции оцениваются по чёткости и скорости произношения проверочной скороговорки.

Заключение: после курса аппаратной миогимнастики координация восстановилась в удовлетворительном объеме, что было подтверждено повторным прохождением диагностического обследования. Данная методика положительно повлияла на восстановление звукопроизношения. Результат лечения положительный, прогноз положительный. Таким образом, использование предложенного аппарата для реабилитации после инсульта дает возможность ускорить период восстановления пациентов и повысить дальнейшее качество жизни.

Список литературы.

1. Митин Н.Е. Восстановление нарушенной речевой функции: эффективность применения съёмных миогимнастических элементов в период послеоперационной реабилитации пациентов стоматологического профиля./ Митин Н.Е., Пономарев Е.О., Мишин Д.Н. //Российский стоматологический журнал.- 2015.- 19(4) - С.36-38.

2. Пат. Рос. Федерация, МПК – А 61 С 13/007. Аппарат для миогимнастики языка после гемиглоссэктомии. / Митин Н.Е., Мишин Д.Н.; РязГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 134044; заявл. 08.02.13; опубл. 10.11.13.

3. Шахпаронова Наталья Владимировна. Постинсультные нарушения высших функций: феноменология, прогноз, реабилитация: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.11 / Шахпаронова Наталья Владимировна; Государственное учреждение Научный центр неврологии. - Москва, 2012.- 169 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Попов В.В., Гришилова Е.Н., Ильина Е.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одним из наиболее перспективных направлений в лечении кариеса и его осложнений является максимально возможное сохранение зуба, что достигается, в том числе и с помощью эндодонтического лечения. При возросшем количестве совершаемых манипуляций в корневом канале возросло и количество осложнений эндодонтического лечения, таких как отлом эндодонтического инструмента в корневом канале. Однако работа с использованием существующих методов не позволяет извлечь отломок эндодонтического инструмента и по-прежнему приводит к невозможности проведения качественного эндодонтического лечения и, как итог, к удалению зуба.

Мировые исследования показывают, что отлом стальных инструментов в корневых каналах происходит от 5 до 26 % случаев. Даже у опытных эндодонтистов отлом никель-титановых инструментов колеблется от 1 % до 9% случаев. В борьбе за повышение качества эндодонтического лечения, мы разрабатываем экстрактор для удаления обломков эндодонтических инструментов из корневого канала в рамках работы над внутривузовским грантом СтГМУ, полученным в 2016 г. Первым этапом работы стало эпидемиологическое исследование, а также проведение маркетинговых исследований, направленных на изучение спроса на разрабатываемый прибор.

Цель исследования: изучение количества ошибок и осложнений эндодонтического лечения зубов по данным опрос-анкетирования врачей-стоматологов в клинической практике в Ставропольском крае.

Задачи:

1. Разработать специальные анкеты-опросники для врачей-стоматологов.

2. Исследовать количество осложнений эндодонтического лечения, в частности отлом эндодонтического инструмента в корневом канале вследствие некачественного эндодонтического лечения, в частных и государственных клиниках Ставропольского края.

Материалы и методы исследования. Научное исследование проводится на кафедре пропедевтики стоматологических заболеваний. Объектом исследования являются результаты опрос-анкетирования. В процессе исследования использован анализ показателей опрос-анкетирования. Разработаны специальные анкеты, включающие 10 вопросов, которые мы предложили заполнить врачам-стоматологам-эндодонтистам анонимно.

Результаты исследования. Получено и проанализировано всего 54 анкеты. Проводя исследование, мы столкнулись с проблемой, что врачи частных негосударственных клиник с удовольствием участвовали в опросе и задавали множество вопросов касательно создания нового прибора, проявляя интерес к нашему исследованию, в отличие от врачей государственных клиник. Среди общего числа опрошенных 44% врачей ответили, что никогда не ломали инструмент в корневых каналах, однако подавляющее большинство врачей – 56%, в практике которых встречался отлом инструмента в корневом канале.

Проанализировав анкеты врачей, которые никогда не ломали инструменты в корневом канале, мы пришли к выводу, что абсолютное большинство 75% врачей из них пользуются только ручными инструментами, а 25% врачей пользуются и ручными и машинными. Хотелось бы заметить, что на последний вопрос анкеты “хотели бы вы протестировать прибор для удаления отломка инструмента из корневого канала” все врачи ответили – да (даже те, кто ни разу не ломал инструмент в корневом канале).

Количество врачей пользующиеся машинными инструментами -46%, а количество врачей пользующиеся ручными -54%. Таким образом, практически половина всех опрошенных врачей работает как ручными, так и никель-титановыми инструментами, что говорит об использовании современных технологий в клинической практике.

Количество врачей, которые сталкивались чаще с отломом машинного инструмента больше на 14%, нежели с отломом ручного инструмента. Из возможных причин отлома машинного инструмента врачи указывали несоблюдение кратности использования инструмента вследствие их дороговизны.

Количество врачей, которые пытаются извлечь сломанный инструмент из корневого канала составило 91%, не пытаются извлечь сломанный инструмент – 9%. Таким образом, можно утверждать, что врачи нуждаются в разрабатываемом нами приборе для дальнейшего профессионального эндодонтического лечения, поскольку сломав инструмент в корневом канале абсолютное большинство эндодонтистов предпринимают попытки извлечь его.

Количество врачей, которым удастся извлечь сломанный инструмент из корневого канала – 75%, не удалось извлечь сломанный инструмент – 25%. Такой высокий процент успеха извлечения инструмента из корневого канала можно объяснить тем, что большинство опрошиваемых – врачи частных клиник, оснащенных современным оборудованием, в том числе операционным микроскопом, с помощью которого в некоторых случаях врачам удастся извлечь сломанный инструмент.

Количество врачей, которые отправили на удаление зуб после того, как сломали инструмент в канале, – 17%, решили не удалять зуб – 83%. Большинство врачей, зная, что произошел отлом инструмента и дальнейшее качественное эндодонтическое лечение невозможно, пломбируют корневые каналы традиционным способом, используя филлеры и силеры, или же импрегнационные методы, надеясь на положительный исход лечения.

В анкетах врачи также отметили длительность извлечения сломанного инструмента из корневого канала. Как отметили врачи, обычно попробовав извлечь инструмент и затратив 15 минут, от дальнейших попыток они отказываются, меньшее количество врачей тратят на попытки извлечь инструмент час и более.

И, наконец, количество врачей, которые с удовольствием хотели бы протестировать и приобрести прибор -100%. Врачи которые не хотели бы протестировать и приобрести - 0%.

Выводы. 1) Подавляющее большинство врачей, в практике которых встречался отлом инструмента в корневом канале; 2) количество врачей, которые сталкивались чаще с отломом машинного инструмента больше на 14%, нежели с отломом ручного инструмента, однако, независимо от того, какими инструментами пользуются врачи, около половины из них ломают инструменты в корневых каналах и все врачи хотели бы иметь в наличии прибор, позволяющий извлечь отломок инструмента из корневого канала.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С РЕТИНИРОВАННЫМИ ТРЕТЬИМИ МОЛЯРАМИ

Попова С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Частота встречаемости аномально расположенных третьих моляров неуклонно растёт.[4] Очевидные показания к их удалению обусловлены осложнениями, возникающими вследствие затруднённого прорезывания и необходимостью ортодонтического лечения.[1] В послеоперационном периоде нередко явления посттравматических болей, отёки, локальное воспаление и нарушение функциональной активности зубочелюстной системы. В результате качество жизни характеризуется отрицательными показателями.[3] Использование традиционных методов профилактики не всегда обосновано и оправдано, в связи, с чем остаётся актуальным вопрос о необходимости выполнения интраоперационных манипуляций, позволяющих минимизировать прогнозируемые осложнения.[5] В настоящее время активно изучаются и предлагаются к использованию синтетические остеопластические материалы, различные ксено- и аутооттрансплантаты, использование которых по экономическим соображениям не всегда оправдано.[2] Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью повышения эффективности хирургического лечения, снижения числа послеоперационных осложнений и оптимизацией качества жизни.

Цель исследования: провести сравнительный анализ критериев качества жизни после удаления ретинированных и дистопированных зубов нижней челюсти.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2017 г.г. под наблюдением находились 32 пациента в возрасте от 18 до 27 лет. В группах сравнения пациентам проведены односторонние оперативные доступы с отслоением слизисто-надкостничного лоскута, удалением костного капюшона. В основной группе лунку ушивали нитью «Кетгут 3,0» после получения кровяного сгустка. В случаях невозможности получения кровяного сгустка (у трёх пациентов) лунку рыхло тампонируют гемостатической губкой пропитанной кровью, полученной из периферического кровяного сгустка и ушивали края раны. В случаях обильного кровотечения (у трёх пациентов), лунку туго тампонируют гемостатической губкой до окончательной остановки кровотечения. Всем пациентам контрольной группы полость лунки заполняли А-PRF и ушивали края раны нитью «Кетгут 3,0».

Перед операцией проводили забор 10 мл венозной крови у каждого пациента и помещали в специальные пробирки. Далее их центрифугировали в течение 8 мин при 1500 об / мин. После центрифугирования А-PRF очищали примерно на 2 мм ниже его соединения с эритроцитарной массой, для включения оставшихся тромбоцитов. Полученный фибриновый сгусток помещался в лунку, края раны ушивались нитью «Кетгут 3,0».

Результаты и обсуждение. Для выявления определения показателей качества жизни и оценки их эффективности в контрольной и основных группах мы использовали систему Dental Impacton Daily Living – Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь (DIDL - Leao A., Sheiham A., 1996) Качество состояния индивидуума оценивалось по пяти позициям: внешний вид, боль, комфорт, общая функция, ограниченность питания В первые трое суток после операции у основной группы наблюдались припухлость щеки и отек мягких тканей, что приводило к снижению функции жевания и затруднению приема пищи. Исследование показало, что у группы контроля за счет быстрого восстановления и отсутствия болезненности в лунке удаленного зуба в полном объеме осуществлялась функция жевания на 6 сутки. Так же на этапе реабилитации у пациентов в группах сравнения установлено минимальное, менее чем у 10% пациентов основной группы нарушение функциональной активности со стороны жевательных мышц. В основной

группе у 87% пациентов нарушение функции сохранялось до одного месяца. Частота встречаемости локальных воспалительных осложнений в лунке удалённого зуба имела прямую зависимость. У пациентов с А-PRF она составила менее 5%, у пациентов контрольной группы более 48%.

Заключение. Внесение А-PRF в полость лунки удалённого зуба позволяет оптимизировать физические показатели качества жизни пациента в послеоперационном периоде, прежде всего за счёт снижения болезненных ощущений в лунке удалённого зуба. В ходе исследования обоснована необходимость заполнения лунки удалённых третьих моляров А-PRF, что значительно повышает показатели качества жизни пациента и эффективность хирургического лечения.

Список литературы.

1. Андреишев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): автореф. канд. мед. наук. – Санкт Петербург, 2005. – 25 с.
2. Ефимов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолитов // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов. – Волгоград, 2010. – С. 141–144.
3. Жабин, В.Е. Профилактика и лечение альвеолитов / В.Е. Жабин // Здравоохранение Белоруссии. – 1976. – № 1. – С. 61–63.
4. Иорданишвили А.К. Профилактика и лечение осложнений, возникших после операции удаления зуба // Стоматология. – 2001. – № 1. – С. 16–18.
5. Pell GJ, Gregory BT. Impacted mandibular third molars: classification and modified techniques for removal. Dent Digest. 1933. – p.330–338.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИЕЙ ДЕТЕЙ

Попова С.В., Аракелян Н.Г., Дзугоева А.Х.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Большую популярность приобретают научные направления, актуализирующие социальные и коммуникативные последствия патологий, нарушающих эстетику и функцию челюстно-лицевой области.

В ортодонтической стоматологии существует проблема сужения зубных рядов, которая, требует компетенции и уровня подготовки врачей-стоматологов. По литературным данным недоразвитие верхней и нижней челюстей является доминирующей патологией в ортодонтии и имеет большое количество клинических проявлений.

Целью исследования является определение корреляционной зависимости между ортодонтической патологией и социальной адаптацией детей в возрасте 6-11 лет.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре стоматологии детско-го возраста и базировалось на изучении 26 пациентов в возрасте 6-11 лет с разными нозологическими формами ортодонтических патологий. Проводилось анкетирование и опрос пациентов и их представителей, в результате которых были выявлены детали социального развития пациентов: коммуникабельность, тип характера, социальная адаптация, психоэмоциональное состояние.

Результаты и обсуждение. Изучив две ретроспективные статистики от 2008 и 2014 гг. мы выяснили, что вопрос связи между ортодонтической патологией и социальной адаптацией детей является глобальным. В результате вышеперечисленных исследований и информационно-консультативных бесед с пациентами и их представителями, было выяснено, что у пациентов с ортодонтическими патологиями, наблюдается снижение

коммуникативных навыков, склонность к нестабильности психоэмоционального состояния, интровертивный тип характера и сложная бытовая и досуговая адаптация.

Выводы. В данном исследовании продемонстрировано и доказано, что ортодонтическая патология является фактором социальной адаптации ребенка. В результате проведенного исследования мы определили корреляционную зависимость между ортодонтической патологией у детей в возрасте 6-11 лет и их социальной адаптацией. У пациентов с ортодонтическими патологиями, наблюдается снижение коммуникативных навыков, склонность к нестабильности психоэмоционального состояния, интровертивный тип характера и сложная бытовая и досуговая адаптация.

Список литературы.

1. Ортодонтия: учебное пособие. М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, Б.Г.Бабанина, Ю.Д. Христофорандо-Ставрополь. Изд-во: СтГМУ, 2014. – 168 с.
2. В.М. Водолацкий. Комплексное лечение сочетанных аномалий окклюзий зубных рядов у детей и подростков. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – 152 с., рис. 94, табл. 13, библиографический список – 151.
3. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии : учебное пособие / Л.С. Персин [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с.
4. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Уильям Р. Проффит ; пер. с англ. ; под ред. чл.-корр. РАН, проф. Л.С. Персина. – 4-е изд. - МЕДпресс-информ, 2017. – 560 с. 4. Персин Л.С. Стоматология детского возраста / Персин Л.С. [и др.]. Учебник: в 3 частях Том. Часть 3. Ортодонтия / М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Попова С.В., Кизинова Д.Э.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Новиков С.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс в массовой пропаганде гигиены ротовой полости, профилактических средств для поддержания ее здоровья, остается актуальным вопрос об эффективном лечении заболеваний пародонта. Подавляющее большинство патогенных процессов, связанных с пародонтом, являются воспалительными (гингивитом и пародонтитом).

Лечение различных заболеваний пародонта с использованием одних только противовоспалительных и антибактериальных препаратов на сегодняшний день недостаточно, в связи с чем необходимо снизить частоту рецидивов заболеваний и улучшить регенерацию тканей при помощи дополнительных методик.

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность метода Плазмолифтинг в комплексном лечении заболеваний пародонта.

Материалы и методы. В период с сентября 2017 по ноябрь 2017 г.г. под наблюдением находились 41 пациент в возрасте от 27 до 36 лет. В основной группе при лечении пародонтита методика Плазмолифтинг не применялась. У всех пациентов контрольной группы производился забор крови и получение плазмы, которая в дальнейшем применялась при лечении пародонтита.

Результаты.

В первое посещение (через месяц после начала лечения) в основной группе у 79% пациентов были жалобы на дискомфорт и кровоточивость десен, в контрольной - у 65%. Клинически в подавляющем большинстве случаев (>80%) в обеих группах выявлены гиперемия десен, отечность, рыхлая консистенция, кровоточивость при зондировании. Во

второе посещение (через три месяца) после проведенного повторного инструктажа по ИГПР с демонстрацией применения средств интердентальной гигиены, жалобы на кровоточивость десен предъявляли всего 14,7 % пациентов основной группы и 10 % - контрольной. В третье посещение у четверых пациентов контрольной группы (11,1%) выявлены значительная отечность, гиперемия, изменения в десне гипертрофического характера, троим из них был поставлен диагноз "Гипертрофический гингивит легкой степени".

Заключение. Проведенное исследование доказывает, что применение аутологичной плазмы в комплексном лечении заболеваний пародонта средней степени снижает частоту рецидивов и удлиняет стадию ремиссии, что улучшает клиническую картину и эффективность лечения.

РАЗРАБОТКА И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО БИОМАТЕРИАЛА НА ОСНОВЕ КОСТНОГО МИНЕРАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА

Семёнова Ю.А., Ивашкевич С.Г.

Научный руководитель: д.м.н. профессор, член-корреспондент РАН Иванов С.Ю.

Клинико-диагностический центр медицинского института РУДН

В настоящее время для оптимизации заживления костных дефектов в практике хирургической стоматологии используются различные биоматериалы, которые должны обладать целым набором свойств, основными из них являются низкая токсичность и антигенность, а также способность проявлять не только остеокондуктивную, но и остеоиндуктивную активность [1,2,5].

Благодаря стремительному развитию технологической промышленности все большее количество биоматериалов имеет ксеногенное происхождение. Среди подобных материалов широкое распространение получили материалы на основе костного минерального компонента (КМК) [3,4].

Цель настоящего исследования – разработка, экспериментальное и клиническое изучение влияния нового остеопластического материала на основе КМК и раствора гиалуроновой кислоты (ГК) с сульфатированными гликозаминогликанами (сГАГ) на регенерацию костной ткани при заполнении костных дефектов у пациентов в клинике хирургической стоматологии.

Материалы и методы исследования.

Для создания пасты крошку КМК с выраженным остеокондуктивным эффектом смешивали с раствором гиалуроновой кислоты с сульфатированными гликозаминогликанами (Bioiberica, Испания).

Полученный материал был исследован методом электронной сканирующей микроскопии, а также прошел токсикологические и санитарно-химические испытания.

Было проведено экспериментальное исследование особенностей регенерации костной ткани при заполнении дефектов кости лабораторных животных разработанным материалом.

В эксперименте использовали 30 половозрелых крыс линии Wistar, которых поделили на 2 группы — опытную и контрольную, в каждой из которых было по 15 животных. В первой (опытной) группе в созданный дефект имплантировали исследуемый материал, состоящий из КМК, гиалуроновой кислоты и сГАГ, во второй (контрольной) группе дефект заполняли чистым КМК (Bio-Oss, Geistlich). По 10 лабораторных животных выводили из эксперимента в следующие сроки: через 2 недели, через 1 месяц и через 2 месяца. Гистологические исследования проводили на базе кафедры патологической анатомии НижГМА.

На базе клинико-диагностического центра МИ Российского университета дружбы народов и стоматологической клиники ООО «НеоСтом» (г. Смоленск) было проведено комплексное стоматологическое обследование и лечение 60 больных.

С целью создания необходимого объема костной ткани для последующей дентальной имплантации и ортопедической реабилитации пациентам выполняли реконструктивные оперативные вмешательства с применением разработанного материала. Результаты оценивались рентгенологически.

Полученные в ходе работы данные подвергали статистической обработке. С помощью программ Microsoft Excel и Statistika 6.0 было выявлено, что все исследуемые данные характеризуются нормальным распределением.

Результаты и обсуждение

Данные сканирующей электронной микроскопии показали, что костный минеральный компонент губчатой кости имеет характерную пористо-ячеистую структуру, соответствующую аллотропной форме укладки минерализованного коллагенового остова.

По результатам лабораторных исследований разработанный материал по токсикологическим и санитарно-химическим показателям отвечает требованиям, предъявляемым к медицинским изделиям, длительно контактирующим с раневой поверхностью.

В протоколе исследования процесса регенерации критического дефекта в бедренной кости крысы было выявлено следующее:

- имплантация материала на основе КМК и раствора ГК с сГАГ не оказывает негативного воздействия на процессы регенерации кости в модели критического костного дефекта, разработанный материал устойчив к биораспаду и деградирует с участием гигантоклеточных инородных тел, а также не меняет вектора распространения фронта регенерации.

По результатам рентгенологического исследования уже через 3 месяца после имплантации остеопластического материала было обнаружено сокращение дефекта за счет регенеративного роста костной ткани от периферии к центру, а также первые признаки начавшегося остеогенеза.

Заключение.

В результате отработки методики получения композиции на основе КМК и раствора ГК с сГАГ разработан новый биоматериал в виде пасты, характеризующийся хорошей биосовместимостью. Морфологическое исследование показало, что материал проявляет выраженные остеокондуктивные и остеоиндуктивные свойства.

При использовании разработанного биоматериала в клинике хирургической стоматологии у пациентов во время проведения костных реконструкций во всех случаях образованная костная ткань по качеству и количеству была удовлетворительной для установки дентальных имплантатов в правильном положении с учетом будущей ортопедической конструкции.

Список литературы.

1. Иванов, С.Ю. Исследование влияния нового биокомпозиционного материала на основе гиалуроновой кислоты и недеминерализованного костного коллагена на восстановление костных дефектов / С.Ю. Иванов [и др.] // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2016. – Т. 2, № 34. – С. 21-30.
2. Иванов, С.Ю. Исследование нового биокомпозиционного остеопластического материала на основе костного минерального компонента, гиалуроновой кислоты и сульфатированных гликозаминогликанов / С.Ю. Иванов [и др.] // Российский вестник дентальной имплантологии. – 2015. – Т. 31, № 1. – С. 14-19.
3. Alfaro, F.H. Total reconstruction of the atrophic maxilla with intraoral bone grafts and biomaterials: a prospective clinical study with cone beam computed tomography validation /

F.H. Alfaro, M.S. Puchades, R.G. Martínez // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2013. – Vol. 28. – P. 241-251.

4. Chen, F.-M. A review on endogenous regenerative medicine / F.-M. Chen [et al.] // Biomaterials. – 2010. – Vol. 31, № 31. – P. 7892-7927.

5. Malhotra, N. Regenerative endodontics as a tissue engineering approach: past, current and future / N. Malhotra, K. Mala // Aust. Endod. J. – 2012. – Vol. 38, № 3. – P. 137-148.

ПРИМЕНЕНИЕ СЛОЖНЫХ БИОКОМПОЗИЦИОННЫХ МАТРИКСОВ ДЛЯ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ

Стамболиев И.А., Асфорв Т.Ф., Бонарцев А.П.

Российский Университет Дружбы Народов

Благодаря современному программному обеспечению, интегрирующему в себе возможность обработки данных компьютерной томографии и виртуального объемного (3D) моделирования, у исследователей и клиницистов появилась возможность проводить компьютерное планирование реконструктивных операций и получать модели костных имплантатов (КИ) полностью конгруэнтных воспринимающему ложе [1,2]. В данной работе описан метод изготовления и *in vivo* исследования КИ на основе ПОБ и альгината натрия методом двойного выщелачивания с использованием пресс-формы, изготовленной методом 3D-печати.

Цель исследования: Разработка технологии изготовления костных имплантатов на основе гибридной полимерной конструкции из поли-3-оксибутирата, гидроксиапатита и альгината для направленной костной регенерации с применением метода 3D печати.

Материалы и методы:

На 3D модели черепа крысы, построенной на основании компьютерной томографии, были смоделированы критические костные дефекты и 3D модели КИ для их устранения. Также были смоделированы пресс-формы по которым изготавливали сами КИ. Далее пресс-формы печатали на 3D принтере PrusaMendel v2.

Основу костных имплантатов выполнял матрикс из полиоксибутирата (ПОБ). В качестве порообразующих агентов при его изготовлении использовали карбоната аммония (40-94 мкм) и сахарозы (94-315мкм). Его изготавливали методом двойного выщелачивания в пресс-формах. Для исследований были подготовлены 4 вида КИ:

- 1) ПОБ с альгинатом (АГ);
- 2) ПОБ+АГ+гидроксиапатит(ГАП);
- 3)ПОБ+Симвастин;
- 4)ПОБ+АГ+ГАП+ мультипотентные стволовые клетки (МСК).

Для получения матриксов, содержащих ГАП, раствор ПОБ в трихлорметане диспергировали совместно с ГАП в соотношении ГАП к ПОБ составляло 1:10. Перед имплантацией матриксы заполняли 1% раствором альгината натрия (АГ) до полного насыщения и затем помещали в 5% раствор CaCl₂ до полного гелирования альгината в матриксе, после чего полученный гибридный матрикс промывали ФБС.

Далее проведено *in vivo* исследование регенерации критических дефектов черепа крыс [4,5] породы Wistar при имплантации КИ. В эксперимент были использованы 50 крыс весом до 400 гр, которые разделены на 5 групп (1-4 группы в соответствии к типом КИ, 5 группа - контроль) по 10 животных в каждой группе.

Под внутривенным наркозом «Золетил 100» в дозировке 125 мкг/кг производили поперечный и вертикальный разрезы кожи головы крысы, формируя треугольный лоскут, обнажали теменные кости. Посередине сагиттального шва формировали круглое отверстие диаметром 8 мм, избегая перфорации сагиттального венозного синуса. Костный дефект заполняли изготовленным КИ. Рану послойно

ушивали. Для оценки динамики неоостеогенеза на разных сроках проводили прижизненное тройное мечение новообразованной костной ткани тетрациклиновыми красителями по схеме 7-3-4-3-4-3-4 (три дня введения раствора доксициклина; раствора тетрациклина; ализарина красного чередовались с четырехдневными перерывами). Через 2 месяца крыс подвергали эфтаназии, материал отправляли на гистологическое исследование.

Результаты: При микроскопическом исследовании с использованием флуоресцентной микроскопии образцов костной ткани теменных костей крыс выявлено, что в группе с симвастином явления активного остеогенеза наблюдались в срок с 14 по 21 день недели наблюдений, что проявлялось с накоплением основного костного массива тетрациклином, в группе с МСК, по сравнению с другими группами явления активного остеогенеза наблюдались до 28 дня наблюдений, что проявилось накоплением ализарина в костной ткани. Тогда как в остальных группах прокрашивание ализарином практически не наблюдалось на этот срок, что свидетельствует о снижении регенерации костной ткани теменных костей к 3 недели после повреждения без дополнительного воздействия. В результате исследования выявлено, что трансплантация клеточной культуры приводит к продолжению процессов остеогенеза в критическом дефекте теменных костей по сравнению с физиологическими условиями.

Выводы:

- 1) разработана комплексная методика получения КИ заданной формы и микроструктуры
- 2) Полученные КИ представляют собой гибридную конструкцию из различных биосовместимых.
- 3) Основываясь на данных исследования гистологических срезов образцов костной ткани при помощи флуоресцентной микроскопии с раздельным окрашиванием флюорохромами было показано, что гибридный матрикс из ПОБ, ГА и АГ обладает ограничительной функцией, а в сочетании с симвастином и клеточной культурой обеспечивает благоприятные условия для стимуляции регенерации плоских костей черепа у крыс

Работа выполнена при поддержке гранта Российского Научного Фонда - Соглашение № 15-15-10014 от 01.05.2015 г.

Список литературы.

1. Jardini AL, Larosa MA, Maciel Filho R, Zavaglia CAdC, Bernardes LF, Lambert CS, Calderoni DR, Kharmandayan P, Cranial reconstruction: 3D biomodel and custom-built implant created using additive manufacturing, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery J Craniomaxillofac Surg.* 2014 Dec;42(8):1877-84. doi: 10.1016/j.jcms.2014.07.006. Epub 2014 Aug 6.
2. Мураев А.А., Короткова Н.Л., Кобец К.К., Иванов С.Ю., Дымников А.Б., Оптимизация метода планирования пластических операций в челюстно-лицевой области. *СТМ* 2013- том 5, №3, стр. 57-61
3. Spicer P.P. Evaluation of bone regeneration using the rat critical size calvarial defect / Spicer P.P., Kretlow J.D., Young S. [et al.] // *Nat Protoc.* — 2012. — Vol. 7 (10). — P. 1918-29.
4. Ivanov S.Y., Bonartsev A.P., Muraev A.A. Development and preclinical studies of insulating membranes based on poly-3-hydroxybutyrate-co-3-hydroxyvalerate for guided bone regeneration. *Biomed Khim* 2015; 61(6): 717-723, <https://doi.org/10.18097/PBMC20156106717>
5. Kundu J., Pati F., Hun Jeong Y., Cho D.-W. Biomaterials for biofabrication of 3D tissue scaffolds. In: *Biofabrication. Macro- and nano-fabrication , printing, patterning and assemblies.*Elvisier BV; 2013;p. 23-46, <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-2852-7.00002-0>

ОСОБЕННОСТИ СБОРА АНАМНЕЗА ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОК В ПЕРИОД МЕНСТРУАЦИИ

Судакова С.Е., Походенько-Чудакова И.О.

Белорусский государственный медицинский университет

Оказание адекватной помощи пациентам является основной задачей медицины. В каждой клинической ситуации необходимо учитывать возможные факторы риска и проводить мероприятия направленные на полное или частичное устранение данного фактора. Однако врач не всегда имеет для этого достаточно информации, часто операции приходится проводить в экстренном порядке, не смотря на возможные противопоказания, это касается и пациенток находящихся в первой фазе менструального цикла. Известно, что хирургическое вмешательство, выполненное в данный период, может способствовать развитию осложнений [4]. Дополнительными факторами риска у пациенток данной группы могут являться заболевания вызывающие дефицит витамина К [5], прием оральных антикоагулянтов, связанный с высоким риском развития артериального или венозного тромбоза [2], патологией сердечно-сосудистой системы [6], инфекционно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области и шеи как одонтогенного [3], так и неодонтогенного генеза [1, 10].

Цель работы – определить особенности сбора анамнеза при планировании выполнения экстренных хирургических стоматологических вмешательств у пациенток в период менструации.

Материалы и методы. В работе применялись социологические (анкетирование) и лабораторные (развернутая коагулограмма) методы исследования. Провед опрос 120 пациенток, в возрасте 20-55 лет и такого же числа врачей-стоматологов г. Минска. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0».

Результаты и обсуждение. Анализ анкет врачей-стоматологов показал, что 13,3% из них не интересуются наличием менструации у пациентки, так как не считают это необходимым; 6,7% - не делают это в связи с нехваткой времени, 40% - уверены, что пациентка должна сама владеть необходимой информацией и сообщать ее врачу. При этом только 11,1% пациенток делают это.

Анализ анкет пациенток, обратившихся за специализированной медицинской помощью на прием к стоматологу-хирургу, выявил, что доля лиц с повышенным риском развития осложнений от общего числа опрошенных, по причине обильных менструаций составила 26,7%. На основании данных лабораторных тестов была определена доля лиц с сопутствующими патологическими нарушениями гемостаза – 8,3%. У данной группы пациенток имелись патология желудочно-кишечного тракта (болезни печени, желчных путей, терминального отдела подвздошной кишки), аутоиммунные заболевания. На коагулограмме это проявлялось снижением фибриногена, снижением протромбинового индекса, увеличением тромбинового времени, наличием в крови волчаночного антикоагулянта. При этом 85,8% от общего числа опрошенных женщин, имеют пониженную свертываемость крови, а 50% - принимают эстрогенсодержащие контрацептивы, снижающие риск развития кровотечения, что согласуется с сообщениями специальной литературы [8, 9]. Кроме того, 10,8% из них используют эстрогенсодержащие препараты для контроля доброкачественных образований, что подтверждает данные D. Caserta et al. (2014) [7].

Также было выявлено число пациенток, которые осведомлены о возможных рисках при проведении оперативных стоматологических вмешательств в первую фазу менструального цикла. Данный показатель составил всего 15%. При этом частота возможных рисков кровотечения при проведении экстренных оперативных вмешательств

в челюстно-лицевой области у женщин в период менструации равняется 56,7%. А доля операций приходящихся на первую фазу менструального цикла составила 22,5%.

Заключение. Все перечисленные факты представляют собой объективное обоснование необходимости и целесообразности разработки системы мероприятий по прогнозированию и профилактике кровотечений при оказании экстренной хирургической стоматологической помощи женщинам в период менструации.

Список литературы.

1. Богатов, В. В. Новый подход к лечению фурункулов челюстно-лицевой области / В. В. Богатов, Н. М. Бурова // Рос. стоматология. - 2012. - № 5 (2). - С. 14-17.
2. Величко, Э. В. Применение мост-терапии в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологической практике / Э. В. Величко, Н. В. Стуров // Вестник РУНД. Медицина. - 2015. - № 1. - С. 102-106.
3. Кожуро, В. А. Оценка частоты встречаемости одонтогенного острого гнойного периостита (ООГП) челюстей и стандартного способа медикаментозного лечения в послеоперационном периоде / В. А. Кожуро // Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2015: сб. тез. докл. 69-й нвуч.-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием. - Минск: БГМУ, 2015. - С. 814.
4. Кулаков, А. А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Национальное руководство / А. А. Кулаков, Т. Г. Робустова, Л. И. Неробеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 928 с.
5. Нарушения гемостаза, обусловленные дефицитом витамин К-зависимых факторов свертывания крови – патогенез, способы коррекции и рекомендации по лечению / Г. М. Галстян // Гематол. и трансфузиол. -2012. – Т. 57, № 2. – С. 7-21.
6. Трансфузионная тактика при операциях на сердце и аорте / Н. А. Трекова [и др.] // Анестезиология и реаниматология. - 2014. - № 3. - С. 4-10.
7. Combined oral contraceptives: health benefits beyond contraception / D. Caserta[et al.] // Panminerva medica. -2014. - Vol. 56, № 3. - P. 233-244.
8. 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.
9. Thromboelastography identifies cyclic haemostatic variations in healthy women using oral contraceptives / E. K. Murray [et al.] // Thrombosisres. - 2015. - Vol. 136, № 5. - P. 1022-1026.
10. Watanabe, K. Furuncle of the nose / K. Watanabe, N. Toki // Acta otorrinolaringol. esp. - 2013. -Vol. 64, № 5. - P. 382.

СЛУЧАИ ДИРОФИЛЯРИОЗА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Томбулова Х. В., Петренко М. Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Дирофиляриоз (Dirofilarioses от лат.«diro, filum»- «злая нить»). Относится паразитарным заболеваниям и является природно-очаговым гельминтозом у домашних кошек, собак и животных, обитающих в природе. Человек является промежуточным хозяином, в его организме возбудитель находится в личиночной стадии. Окончательные «хозяева» дирофилярий, в организме которых паразиты размножаются – животные. Местами обитания возбудителя дирофиляриоза являются страны Средней Азии, Армения, Грузия, Азербайджан, южная часть России, Казахстан. В России и странах СНГ за период

1956—1995 годов инвазия *D. Repens* была выявлена у 91 человека, однако за 1996—2001 года в России выявлено 152 случая дирофиляриоза у жителей юга страны. Однако данные по российским случаям не являются вполне достоверными, так как дирофиляриоз не входит в число паразитов, подлежащих официальной регистрации. В Ростовской области ежегодно выявляется от 1 до 12 случаев. Данные за Ставропольский край отсутствуют. Переносчики дирофилярий - комары, которые кусают животных и заражают человека.

У человека заболевание имеет две клинические формы:

а) Глазная - паразит локализуется под конъюнктивой и кожей век.

б) Кожная форма является достаточно часто встречаемой формой у человека.

После укуса комара-носителя, появляется уплотнение, размером с просыаное зерно, возникает зуд (который является естественной реакцией на комариные ферменты). Вскоре уплотнение и зуд исчезают. А когда спустя некоторое время место поражения снова уплотняется и увеличивается, достигая размеров 0,5-4 см, человек уже не соотносит это явления с комариным укусом и попросту не обращает внимания до проявления болевых симптомов и других характерных признаков. Кожа в этом месте становится отечной и гиперемированной.

Инкубационный период составляет от 1 месяца до нескольких лет. Основной симптом- миграция паразита под кожей и шевеление паразита. После физиотерапии и согревающих компрессов скорость миграции гельминта возрастает. В связи с увеличивающейся частотой заболевания, трудностью диагностики и отсутствия достаточных знаний по данной нозологии у практикующих врачей тема дирофиляриоза в ЧЛО является актуальной.

Цель исследования- изучить частоту выявляемости дирофиляриоза человека по результатам работы ГБУЗ ГKB СМП г.Ставрополя и повысить эффективность лечения и профилактики.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах обследования пациентов ЧЛО и глазного отделения ГБУЗ ГKB СМП г. Ставрополя в период с 2015 по 2016 год. Возраст пациентов варьировал от 18 до 70 лет. Мужчин-6, женщин-5. У всех больных выяснялись основные жалобы и их систематизация, анамнез. У всех пациентов проводилось лабораторное: клиническое, биохимическое исследование (аппараты «Техникой» и «Спектрум») по общепринятой методике.

Результаты и их обсуждение. Человек является случайным хозяином паразита, в его организме не происходит развития червя до стадии микрофиляриемии, что не позволяет применять те же методы диагностики, что и для животных. Поэтому диагностика дирофиляриоза у человека основывается на комплексном анализе эпидемиолого-эпизоотологических данных, клинических и лабораторных исследований. За период 2015-2016 годы в отделении челюстно-лицевой хирургии находилось на лечении 6 человек. (2015-2 пациента; 2016-4 пациента). При визуальном осмотре диагностика оказывается малоэффективной. В зависимости от локализации патологического процесса больные обращаются к врачам самого разного профиля: хирургам, онкологам, окулистам, отоларингологам, инфекционистам, терапевтам и другим, которые оказываются недостаточно информированными в отношении дирофиляриоза. В результате после первичного приёма больным в отделении челюстно-лицевой хирургии выставлялся клинический диагноз, не связанный с паразитарной этиологией а именно: атерома-2 пациента, фиброма-2, фурункул-1, абсцесс-1 пациент. Локализация процесса была подглазничная область-2, височная-3, лобная-1. Пять случаев в отделении ЧЛХ были прооперированы по поводу других диагнозов. Лишь последний случай в виду накопленного опыта сразу появилось подозрение на дирофиляриоз. Пациентка изначально предъявляла жалобы на ощущение «ползания» под кожей лобной области. Из анамнеза впервые заметила узелок под кожей в октябре, что соответствовало инкубационному периоду после летнего укуса комара.

Диагностика заключается в сборе анамнеза (нахождение в эндемичной зоне), в анализе крови, в котором может отмечаться увеличение количества эозинофилов. Необходимо полное обследование пациента, так как дирофилярия может поражать внутренние органы (например, сердце, легкие). В таких случаях можно выявить заражение с помощью иммуногистохимического исследования и УЗИ. Лечение заключается в удалении гельминта хирургическим методом. Профилактика дирофиляриоза заключается в индивидуальной защите от кровососущих насекомых, особенно в периоды активности (май-июнь).

Выводы. На территории России гельминтоз встречается довольно редко, в большей степени его можно обнаружить в Краснодарском крае, Ростовской, Астраханской областях, в Крыму.

Для Ставропольского края данное заболевание является редким, но с тенденцией к постоянному росту и уже не является экзотическим заболеванием. Поэтому знания по данной патологии позволят диагностировать дирофиляриоз на ранних стадиях и вовремя прооперировать пациента.

ЛЕЧЕНИЕ МЕЗИАЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Хахова Э.З., Лобжанидзе Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Водолацкий В.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Мезиальный прикус среди детского населения колеблется в пределах 1,5-7%. Тяжесть мезиального соотношения челюстей проявляется в нарушении внешнего вида за счет увеличения нижней трети лица. Носогубные и губоподбородочные складки сглажены. В состоянии физиологического покоя ротовая щель зияет. В полости рта отмечается выдвижение нижних фронтальных зубов из под верхних и образования между ними промежутка. Соотношение верхних и нижних зубов соответствует третьему классу Энгля. Сагиттальная щель между режущими краями верхних и нижних резцов колеблется от нескольких до 15 мм. Под давлением натянутой щеки и выдвинутой вперед нижней губы фронтальные нижние зубы ретрусируются.

Своевременное лечение мезиального прикуса в дошкольном возрасте дает возможность обойтись в дальнейшем без длительного аппаратного и хирургического лечения и восстановить функциональную нагрузку.

В дошкольном возрасте происходит формирование скелетной мускулатуры лечение целесообразно начинать в этом возрасте. Лечение мезиального прикуса необходимо начинать с устранения вредных привычек, и проведения миогимнастики для восстановления миодинамического равновесия.

Аппаратурный метод применяется для расширения верхнего зубного ряда и восстановления ортогнатического соотношения зубных рядов. Аппарат Брюкля представляет из себя одночелюстной аппарат двучелюстного действия в конструкцию которого входит вестибулярная дуга и наклонная плоскость по которой верхние фронтальные зубы из мезиального соотношения переключаются вперед, формируя ортогнатический прикус.

В дошкольном возрасте для дополнения аппаратного лечения при мезиальном прикусе наиболее эффективно применение подбородочной пращи как при истинной прогении, так и при ложной прогении.

Цель исследования: изучение лечения мезиального соотношения зубных рядов в дошкольном возрасте.

Материал и методы: сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста СтГМУ было проведено комплексное обследование 6 детей в возрасте от 4 до 7 лет с мезиальным соотношением зубных рядов. У всех пациентов было проведено клиническое обследование, включающее опрос и осмотр лица и полости рта, исследование диагностических моделей челюстей по методам Пона, Герлаха и Хауэля-Гербера-Гербста. Для детализации нарушений размеров челюстных костей было проведено рентгенологическое исследование, включающее ортопантограмму и профильную рентгенограмму. Изучение соотношения углов SNA и SNB проводилось по методу Hasund.

Результаты и обсуждение: у всех пациентов наблюдалось нарушение внешнего вида лица за счет выдвижения нижней челюсти вперед. У 3 пациентов проводилось лечение аппаратом Брюкля и подбородочной пращи. У остальных 3 лечение проводилось только с помощью подбородочной пращи.

Заключение: результаты проведенного исследования позволили изучить лечение мезиального соотношения зубных рядов в дошкольном возрасте. Лечение было успешно на 100% как при использовании как аппарата Брюкля так и подбородочной пращи.

Список литературы.

1. Безруков, В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, В.И. Гунько. – М., 2000.
2. Герда, В.В. Осложнения при лечении мезиальной окклюзии внутриротовыми ортодонтическими аппаратами / В.В. Герда // III общероссийская науч.-практ. конф. детских стоматологов: тез. докл. – М., 2000.- С. 127-134.
3. Диав, М. Ортодонтические мероприятия при проведении костно-реконструктивных операций у пациентов с деформациями челюстей: дис. кан. мед. Наук. / М. Диав. – М., 2000. – 154 с.
4. Федотов, С.Н. Хирургическое лечение нижней макрогнатии / С.Н. Федотов, О.С. Федотов. – Архангельск, 2006. – 172 с.
5. Чепик, Е.А. Диагностический этап комплексной реабилитации пациентов с гнатической формой мезиальной окклюзии с учетом морфометрических и функциональных особенностей данной патологии / Е.А. Чепик, О.З. Топольницкий, Л.С. Персин // Ортодонтия. – 2007. – №3 – С. 27-65.
6. Bailey, L.J. Surgical Class III treatment long – term stability and patient perceptions of treatment outcome / L.J. Bailey, H.L. Duong, W.R. Proffit // Int. J. Adult Orthod. Orthognath. Surg. – 1998. – Vol. 13. – P. 35 – 44."

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Хахова Э.З., Эртуева А.А., Давыдова А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Болевой синдром в области сердца (стенокардия).

Клиника: боль за грудиной сжимающего, давящего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки, плечо; чувство жжения, удушья. Тахикардия, повышение артериального давления.

Неотложная помощь:

1. Нитроглицерин 1 таблетка (0,5 мг) под язык (можно 3 раза с интервалом 15 мин.)
2. Обеспечить доступ свежего воздуха.
3. Успокоить пациента, наблюдать за пациентом.

Профилактика:

1. Тщательно собрать анамнез.
2. Успокоить пациента.

3. Провести соответствующую премедикацию.
4. О начале манипуляции предупреждать пациента.
5. Избегать болезненности при манипуляциях.

Острый коронарный синдром.

Клиника: интенсивная давящая жгучая боль в покое или после эмоциональной нагрузки, длящаяся более 20 мин, иррадиирующая в левую руку, живот, нижнюю челюсть. Нитроглицерин боль не купирует, аритмия, снижение АД, акроцианоз.

Неотложная помощь:

1. Вызвать бригаду «скорой помощи»
2. Создать полный физический и психический покой
3. Усадить больного с опущенными ногами
4. Аспирин 250-325 мг - разжевать
5. Нитроглицерин 0,5 мг трижды с интервалом 3 мин. под язык
6. Пропранолол 20-40 мг сублингвально (при АД сист. > 200 мм.рт.ст., тахикардии)
7. При отсутствии эффекта - наркотические анальгетики (1 мл 1% морфина в/в)

Профилактика

1. Создать в кабинете спокойную обстановку.
2. Избегать болезненности при манипуляциях.
3. Не допускать, чтобы пациент видел окровавленный инструмент или перевязочный материал.
4. Предупредить пациента об уколе или начале своих действий.
5. Проводить премедикацию.
6. Тщательно собирать анамнез. Если после инфаркта прошло менее 6 месяцев, нельзя проводить манипуляцию амбулаторно.
7. Уменьшить дозу адреналина или полностью его исключить при обезболивании.
8. Наблюдать за пациентом во время манипуляции и после в течение 40 мин.

Обморок.

Клиника: тошнота, головокружение, слабость, бледность, потеря сознания, редкое поверхностное дыхание, пульс слабого наполнения, низкое артериальное давление, зрачки сужены.

Неотложная помощь:

1. Уложить больного со слегка поднятыми ногами.
2. Расстегнуть воротник.
3. Вдыхание паров нашатырного спирта.
4. Измерить АД
5. Ввести инъекционно:
 1. 10% кофеина 1,0 мл п/к
 2. 25% раствор кордиамина 1,0 мл п/к, в/м
 3. 1% раствор мезатона 1,0 п/к, в/м

Профилактика:

1. Тщательно собрать аллергоанамнез.
2. Проводить премедикацию после консультации соответствующим специалистом.
3. Избегать болезненных манипуляций.
4. О начале манипуляции предупреждать пациента.

Коллапс.

Клиника:

Аритмия, слабость, цианоз, липкий холодный пот, тахикардия, пульс слабого наполнения на сонной артерии, систолическое давление 80 мм рт. ст. и ниже, дыхание частое, поверхностное, сознание сохранено.

Неотложная помощь:

1. Горизонтальное положение.

2. Вдыхание 100% кислорода.
3. Внутримышечно: мезатон 1% - 2,0 мл и кордиамин 25% - 2,0 мл.
4. Внутривенно капельно: гидрокортизон 125-150 мг и 200 мл.

изотонического раствора натрия хлорида.

5. Вызов бригады «скорой помощи»

Анафилактический шок.

Клиника:

Через 0,5 -1 мин. после введения аллергена: кожный зуд, головная боль, головокружение, рвота, удушье, отек языка, потеря сознания, гиперемия кожи, пот, частый пульс слабого наполнения, падение АД, судороги, расширение зрачков.

Неотложная помощь:

1. Прекращение введение аллергена
2. Придание горизонтального положения больному, ИВЛ + массаж сердца.
3. Обкалывание места введения аллергена или в разные места по 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина в общей дозе не более 2 мг.
4. При недостаточной эффективности адреналина – ингаляционно сальбутамол 100-200 мкг (1-2 ингаляции).
5. Аминофиллин (эуфиллин) 240 мг в/в
6. Преднизолон 90-120 мг или гидрокортизон 600-800 мг. или дексаметазон 16-24 мг.
8. При необходимости - ввести воздуховод, прошить язык, произвести коникотомию, трахеостомию.

9. Вызов реанимационной бригады.

Профилактика:

5. Тщательно собрать аллергоанамнез.
6. Проводить премедикацию после консультации соответствующим специалистом.
7. Избегать болезненных манипуляций.
8. О начале манипуляции предупреждать пациента.

Эпилептический приступ.

Клиника: Потеря сознания, судорожные сокращения мышц, чувство страха, чувствительно-двигательные нарушения и т.д.

Неотложная помощь

1. Привести кресло в положение лёжа.
2. Под лопатки положить валик, освободить от стесняющей одежды, голову повернуть на бок.
3. Выдвинуть нижнюю челюсть, ввести шпатель между зубами, обернуть полотенцем, зафиксировать язык.
4. Ввести реланиум 0,5% раствор 2 мл в/в струйно, магния сульфат 25% раствор 10 мл в/м, преднизолон 30-60 мг в/в или в/м.

Профилактика:

1. Тщательно собрать анамнез.
2. Проводить премедикацию после консультации соответствующим специалистом.
3. О начале манипуляции предупреждать пациента.

Гипертонический криз

Клиника:

Резкая головная боль, головокружение, тошнота, рвота, ухудшение зрения, резкое повышение артериального давления.

Неотложная помощь:

1. Придать полусидячее положение
2. измерить АД
3. нифедипин 5-20 мг разжевать, при отсутствии эффекта через 30 мин дозу повторить или каптоприл 12,5-25-50 мг сублингвально
4. Клонидин (клофелин) 0,075-0,15 мг сублингвально

5. Вызвать бригаду скорой помощи.

Профилактика

1. Тщательно собирать анамнез.

2. При частых ГК проводить консультацию с терапевтом о премедикации.

3. Не применять адреналин для анестезии.

4. Проводить психологическую подготовку пациента.

Астматический статус.

Клиника: мучительный кашель без мокроты, нехватка воздуха, одышка с затрудненным выдохом (свистящее дыхание)

Как правило, больной самостоятельно снимает явления бронхоспазма за счет лекарственных средств, имеющихся при себе.

При неэффективности действия индивидуальных ингаляторов - неотложная помощь:

1. гидрокортизон 200 мг в/в или преднизолон 30-60 мг

2. аминофиллин (эуфиллин) в дозе 5-6 мг/кг в/в медленно на физиологическом растворе хлорида натрия

3. Оксигенотерапия

4. Срочная госпитализация больного.

Профилактика:

1. Тщательно собрать анамнез.

2. Успокоить пациента.

3. Провести соответствующую премедикацию.

4. О начале манипуляции предупреждать пациента.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Чагаров А. А., Абрамсон М. Г.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Письменова Н.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Заболевания слюнных желез занимают особое место в практической деятельности врача-стоматолога. Это связано с многообразием различных патологических процессов, протекающих в слюнных железах, большим количеством послеоперационных осложнений, проблемами диагностики заболеваний слюнных желез и сложностью лечения пациентов. Учитывая данные факты, возникает потребность в разработке новых, более информативных методов диагностики, и внедрения их в практику.

Цель работы: целью данной работы является изучение современных методов исследований слюнных желез.

Материалы и методы исследования:

В ходе работы:

- Изучены статистические данные результатов применения на практике современных методов исследований слюнных желез;

- Проведен сравнительный анализ эффективности методов сиалоэндоскопии и мультиспиральной компьютерной томографии.

Результаты исследования:

В ходе проведения исследовательской работы производилась сравнительная характеристика сиалоэндоскопии и мультиспиральной компьютерной томографии слюнных желез.

Сиалоэндоскопия-это инвазивный метод исследования слюнных желез с помощью гибких микроэндоскопов диаметром от 0,9 до 1,3 мм, позволяющий визуализировать вне-

и внутрижелезистую протоковую систему слюнных желез. Показаниями для применения этого современного малоинвазивного метода исследования и лечения являются:

- слюннокаменная болезнь;
- паренхиматозный и интерстициальный сиаладенит;
- обструктивные поражения слюнных желез (стриктуры, полипы);
- сиалозы (эндокринные, аутоиммунные, нейрогенные);
- синдром Шегрена.
- рецидивирующая болезненная и безболезненная припухлость крупных слюнных желез, которая является симптомом нарушения проходимости слюнного тракта слюнной железы.

Мультиспиральная компьютерная томография слюнных желез (МСКТ) –новый диагностический метод исследования СЖ, представляет собой разновидность компьютерной томографии (КТ). Отличительной особенностью МСКТ является использование усовершенствованного томографа, оборудованного несколькими параллельными матричными детекторами непрерывного спирального сканирования, позволяющего получить мультиспиральную и 3D реконструкцию изображений.

В ходе работы были определены диагностические возможности МСКТ слюнных желез, которые позволяют уточнить анатомо-топографические особенности протоковой системы слюнных желез, необходимые для планирования и выбора метода лечения, а также выявить особенности строения околоушных и поднижнечелюстных СЖ в виде дополнительных протоков, выходящих за пределы паренхимы СЖ.

Показаниями к выполнению МСКТ слюнных желез являются все виды патологий данной области.

Сиалозэндоскопия (по данным исследования 65 человек на базе Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, г. Москва. 2014)

МСКТ СЖ (по данным исследования 150 больных на базе МГМСУ, 2014)

диагностический спектр преимущественно:

- паренхиматозный и интерстициальный сиаладенит;
- слюннокаменная болезнь;
- обструктивные поражения слюнных желез (стриктуры, полипы);
- сиалозы (эндокринные, аутоиммунные, нейрогенные);
- синдром Шегрена.
- рецидивирующая болезненная и безболезненная припухлость крупных слюнных желез
- все виды патологии СЖ

Вывод: сравнивая оба метода, стоит сказать, что в настоящее время предпочтение отдается мультиспиральной компьютерной томографии, так как данный метод является высокоинформативным и неинвазивным методом диагностики заболеваний слюнных желез и не только. Диагностический спектр сиалозэндоскопии ограничивается рядом заболеваний, кроме того, абсолютным противопоказанием к этой процедуре является полная атрезия главного выводного протока больших слюнных желез, который непроходим для эндоскопа любого диаметра.

Список литературы.

1. В.В. Афанасьев. Хирургическая стоматология. ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 880 с
2. Золотухин С.Ю., Балин В.Н. Опыт проведения сиалозэндоскопии в условиях местной инфильтрационной анестезии //Онкохирургия- Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова, Москва, 2014. – 145 с.
3. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р. Атлас заболеваний и повреждений слюнных желез: Учеб. пос. М., 2008. - С. 192.

4. Васильев А.Ю., Тернов С.К., Лежнев Д.А. и др. Лучевая диагностика в стоматологии. Национальное руководство по лучевой диагностике и терапии под. ред.- М.: ГЕОТАР-МЕДИА, 2010. 288 с.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВЫХ МАТРИКСОВ ДЛЯ НАПРАВЛЕННОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Чагаров А.А., Дмитриенко А.В.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Долгалев А.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Разработка эффективных и безопасных методов и материалов для увеличения объема мягких тканей является важным разделом современной экспериментальной имплантологии и пародонтологии. Так ВОЗ в докладе “Глобальные цели стоматологии 2020” представила, восстановление приобретенных дефектов ЧЛО, важнейшей стратегической задачей современной стоматологии. Широкое внедрение в хирургическую стоматологию материалов для восстановления объема мягких тканей прежде всего вызвано их эстетической востребованностью.

Цель. Проведение сравнительной оценки различных видов ксеногенных коллагеновых матриксов для восстановления мягких тканей на различных экспериментальных моделях.

Задачи:

- провести исследования *invitro*;
- оценить полученные результаты цитотоксичности, митотической активности и динамики роста клеточной культуры;
- сделать выводы по исследованиям

Материалы и методы

В исследовании использовались три образца коллагенового матрикса производства компании «Кардиоплант» и контрольный образец «Mucograft®» производства «GeistlichPharma AG», диплоидные фибробласты человека и стромальные клетки костного мозга человека.

Изучалась цитотоксичность, митотическая активность и динамика роста клеточной культуры фибробластов. Клетки культивировались в питательной среде с добавлением телячьей сыворотки 40 мкг/мл сульфата гентамицина, при 37°C. Динамику численности клеток (кривые роста популяций) культивируемых на образцах оценивали по прямому подсчету числа клеток открепленных с поверхности образцов. Клетки открепляли от поверхности образцов с помощью коктейля Accutase, ресуспендировали в питательной среде L-15 с 1% эмбриональной телячьей сыворотки. Далее клетки окрашивали 0,4% раствором трипанового синего в течение 1 минуты. Подсчет количества клеток осуществляли с помощью автоматического счетчика клеток Countess. Число митотических клеток определяли с помощью флуоресцентной микроскопии, используя прижизненное окрашивание флуоресцентным ядерным красителем.

Определение количества живых и погибших клеток проводили с помощью окрашивания клеток флуоресцентными красителями кальцеином АМ (Sigma-Aldrich, США) и йодидом пропидия. Анализ живых и погибших клеток осуществляли с использованием проточного цитометра EPICS XL.

Результаты исследования

Изучение цитотоксичности экспериментальных образцов биоматериалов *invitro*.

Изучение цитотоксичности проводили через 24 часа 72 (для «Mucograft») и 96 часов после начала культивирования клеток на экспериментальных материалах. Результаты показывают, что экспериментальные образцы групп 1, 2, 3 и образцы контрольной группы

1 не обладали цитотоксичностью через 24 часа культивирования на них клеток. Через 96 часов культивирования, было показано повышение цитотоксического действия для образцов группы 3.

Изучение пролиферативной активности клеток культивируемых на поверхности экспериментальных образцов биоматериалов *in vitro*.

Изучение митотической активности проводили через 48 часа и 72 часа после начала культивирования клеток на экспериментальных материалах.

Данные показывают, что митотическая активность мезенхимальных стромальных клеток костного мозга человека, культивированных на образцах группы 3 значительно снижается уже через 48 часов. Наибольшая митотическая активность клеток была показана при культивировании на экспериментальных образцах групп 1 и 2, а так же на образцах контрольной группы 1.

Изучение динамики численности клеточных популяций культивируемых на поверхности экспериментальных образцов биоматериалов *in vitro*.

Изучение динамики численности клеточных популяций проводили путем регистрации количества клеток выросших на поверхности экспериментальных образцов биоматериалов каждые 24 часа в течение 7 суток культивирования.

Данные показывают, что мезенхимальнестромальные клетки костного мозга человека, культивированные на образцах группы 3, имеют незначительный прирост клеток до 5×10^4 клеток на квадратный сантиметр. На образцах группы 2 были получены сходные кривые роста клеток, с максимальным приростом клеток до $3,5 \times 10^4$ клеток на квадратный сантиметр. Наибольший прирост количества клеток был показан при культивировании на образцах контрольной группы 1 и экспериментальных образцах группы 1.

Выводы. По результатам проведенного исследования показано:

- повышение цитотоксического действия только для образцов группы 3, через 96 часов культивирования;
- наибольшей митотической активностью обладают образцы контрольной группы 1 и экспериментальной группы 1, а наименьшей – группы 3;
- наибольший прирост количества клеток в течение семи суток, наблюдался при культивировании на образцах контрольной группы 1 и экспериментальных образцах группы 1;
- с результатами образцов контрольной группы 1 наибольшее сходство имеют результаты экспериментальных образцов 1.

Список литературы.

1. Долгалев А.А. Применение аллоблоков при восстановлении дефектов альвеолярного отростка и при непосредственной имплантации / в соавт.. Бойко Е.М., // Российский вестник дентальной имплантологии, №2, 2015. С.11-16.
2. Бойко Е.М., Соболев Д.А., Долгалев А.А. Достижения оптимального эстетического результата при реабилитации пациентов с частичной и полной потерей зубов. //Медицинский алфавит, №9, 2016, С
3. Долгалев А.А. Восстановление дефектов альвеолярного отростка при непосредственной дентальной имплантации в условиях атрофии альвеолярного гребня Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ (под редакцией д.м.н., профессора Н. Н. Гаражи) - Ставрополь. Изд- во СтГМУ, 2016. – С.149.
4. Долгалев А.А. Экспериментально-гистологический анализ результатов гетеротопических имплантаций резорбируемых коллагеновых мембран /в соавт. В. А. Зеленский, Базиков И.А., Брусницын Д.А., Юдичева Ю.А., Бондаренко А.В., Парфенцев Р.А.//Медицинский алфавит, №9, 2016, С.52-56.

ПРОВЕДЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА РУЧНОЙ И МАШИННОЙ ТЕХНИКИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ

Шихвалиева Э.Х., Абакаров Б.Ш., Беков Т.П.

Ставропольский государственный медицинский университет

Эндодонтическое лечение является одной из самых прогрессивных стоматологических манипуляций. У врача должна быть уверенность в том, что он использует наиболее оптимальные продукты и новейшие технологические разработки, не просто соответствующие высоким требованиям и стандартам качества, а следуют концепции «эффективной эргономической эндодонтии».

Целью исследования является изучение и анализ данных по хронометрированию, возможным ошибкам и осложнениям инструментальной обработки корневых каналов ручным и машинным способами.

Материал и методы исследования: с использованием хронометра измерено время, которое было затрачено на прохождение и расширение искривленных корневых каналов пластиковых тренировочных блоков ручным способом с применением К-файлов и машинным – с помощью вращающихся NiTi файлов системы Mtwo и эндодонтического мотора. Обработка каналов проводилась согласно технике «Step Back».

Результаты: для безопасного препарирования канала ручными файлами использовались возвратно-поступательные движения. Время, затраченное на последовательное расширение канала от 015 (010) до 025 номера по Международному стандарту, составила 30 минут.

При препарировании корневых каналов NiTi инструментами применялась базовая последовательность 10.04, 15.05, 20.06, 25. 06 при скорости вращения 280 об/мин и торке 1,3-2,3 Нсм. Движения «пассивного опилования» чередовались с естественным постепенным расширением. Время на обработку каждым номером при минимизированном воздействии на стенки канала, составило чуть более 1 минуты.

При обработке ручным способом были совершены наиболее часто встречающиеся ошибки – образование уступа в стенке корневого канала и сформирован ложный ход.

Вывод: сравнительный анализ проведенного исследования доказывает явные преимущества машинного способа обработки каналов: простоту – одна последовательность на полную рабочую длину, эффективное и безопасное препарирование корневых каналов зубов любой анатомии при минимальной энергоемкости процесса.

Список литературы.

1. Беер Р. Иллюстрированный справочник по эндодонтологии / Рудольф Беер, Михаэль А. Бауман, Андрей М. Киельбаса; Пер. с нем.; Под ред. Е.А. Волкова. – М.: Медпресс-информ, 2006. – с. 110-162.
2. Луцкая И.К Эндодонтия. Практическое руководство. / И.К. Луцкая, И.Г. Чухрай, Н.В. Новак. – М.: Мед.лит., 2009 – с. 89-124.
3. Маланино В. Не соглашайтесь на меньшее! Пришло время Mtwo! В. Маланино // Фармгеокоминформ. – 2013. - №6.- с. 14-17.
4. Николаев А.И. Практическая терапевтическая стоматология: Учеб. Пособие / А. И. Николаев, Л. М. Цепов. – 9-е изд., перераб. и доп. – М.: МоДпресс – информ., 2010. – с. 575-635.

ЧАСТОТА ПОСЕЩЕНИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТЬМИ С РАЗНОЙ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ КАРИЕСА ЗУБОВ

Шкирмант Т.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Терехова Т.Н.
Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Цель работы является изучить взаимосвязь уровня интенсивности кариеса у школьников и регулярности посещения стоматолога методом стоматологического обследования и анкетирования.

Материал и методы исследования: Проблема своевременного лечения кариеса не теряет своей актуальности, несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии, патогенеза, клиники и лечения заболеваний твердых тканей зубов[3]. Часть населения избегает посещения стоматологического кабинета, что в свою очередь усугубляет течение заболевания. Высокую стоматологическую тревогу имеет 20% населения мира, а 5-10% испытывают фобию и вовсе избегают посещения стоматолога [5]. Поведение детей, отказывающихся от лечения у врача-стоматолога, по шкале Франкла оценено у 47,68% как абсолютно негативное и у 52,32% как негативное [4].

Значительное влияние на формирование боязни посещения стоматолога оказывают социальные характеристики семьи. Дети с признаками боязни значительно чаще, чем дети без них, проживают в удовлетворительной семейной обстановке(39,1%), воспитываются преимущественно мамами(93,5%), проживают в неполных семьях(20,7%) и с доходом ниже прожиточного минимума (25,3%). Существенную роль играет мать ребенка: возраст матери до 26 лет, отсутствие специального (медицинское, психологическое, педагогическое) образования, наличие страха посещения стоматолога, высокая личностная и ситуативная тревожность, недостаточная способность прогнозирования поведения ребенка.

У таких детей выявлена недостаточность социализации, они существенно реже посещают детские дошкольные учреждения (62,6%), чаще по причине болезни более шести раз в год (34,1%), трудно вступают в контакт со сверстниками (63,2%) и взрослыми (78,2%). Дети демонстрируют беспокойное поведение на приеме у врача-педиатра и других специалистов (24,4%), долго не успокаиваются после инвазивных медицинских процедур (53,7%).

Проблема боязни стоматолога заключается в отсутствии подготовки к посещению стоматологического кабинета (59,8%), информации о враче (62,1%), мотивации к хорошему поведению (24,1%) и тренировки к манипуляциям в полости рта (42,5%) [2].

Наличие эмоциональной реакции у пациентов на стоматологическом приёме является активно изучаемой проблемой, так как доказано, что тревога и страх обуславливают значительное ухудшение общего самочувствия, плохое состояние стоматологического здоровья (высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов), становятся причиной отказа от дальнейшего лечения и формирования избегающего поведения со стороны пациента [5]. По данным различных авторов, 50-80% населения всего мира испытывает чувство страха, которое различается значительно по интенсивности [3]. Лишь невыносимая зубная боль может заставить пациентов, испытывающих страх перед лечением зубов, обратиться за стоматологической помощью [6].

Проведено стоматологическое обследование 30 детей в возрасте от 6 до 15 лет в средней школе №7 г. Сморгони, изучен уровень интенсивности кариеса зубов с помощью карты регистрации стоматологического статуса детей (ВОЗ, 2013, модификация профессора П.А. Леуса, 2013) и выделены 2 группы. Группу детей с высокой интенсивностью кариеса составили 12 детей, с низкой интенсивностью кариеса – 6 детей.

Методом анкетирования изучены причины нерегулярного посещения детьми врача-стоматолога, наличие или отсутствие чувства страха перед посещением стоматолога,

условия, способствующие появлению чувства страха при лечении, а также регулярному посещению стоматологического кабинета, привычки детей по уходу за полостью рта.

Весь цифровой материал обработан статистически с использованием непараметрического критерия хи-квадрат (χ^2).

Результаты работы:

По результатам анкетирования и стоматологического обследования школьников было выявлено, что дети с высокой интенсивностью кариеса статистически значимо чаще ($\chi^2=5,2$ $p<0,05$) нерегулярно посещают стоматолога (92%), избегают приема стоматолога по причинам: боязни укола (42%), шума (25%), боли (50%), отрицательного опыта предыдущего лечения (58%) и идут на прием к врачу-стоматологу только при возникновении боли (83%). Дети с низкой интенсивностью кариеса в большинстве случаев (83%) регулярно посещают стоматолога, они не испытывают раздражения из-за долгого ожидания в поликлинике (67%) и 83% из них не имели отрицательного опыта посещения стоматологического кабинета. Избегают посещений стоматологического кабинета лишь 17% детей с низкой интенсивностью кариеса зубов.

Список литературы.

1. Васянина, А.А. Лечение зубов у детей с негативным отношением к стоматологическим манипуляциям: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – С-Пб., 2008. – 17 с.
2. Власова, Д.С. Стоматофобия как социальная проблема: факторы формирования и возможности профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2012. – 24 с.
3. Корчагина, В.В. Методы адаптации детей раннего возраста к стоматологическому лечению/В.В. Корчагина//Стоматология детского возраста и профилактика. - 2007 - №4. – С. 36 – 38.
4. Терехова, Т.Н. Стоматологический статус детей с разным уровнем тревоги к стоматологическим вмешательствам/ Т.Н. Терехова, О.М. Леонович //Современная стоматология. – 2016. –№1. – С. 56–60
5. Enkling, N., Hardt, K., Bayer, S., Hahn, T., Jöhren, P. Zahnbehandlungsphobie und Implantologie. Jahrestagung, Bergischer Zahnärzterein und AKPP, Wuppertal Schlütersche, Hannover, 2002.
6. Klingberg, G. & Broberg, A.G. (1998): Temperament and child dental fear. Pediatric Dentistry, 20(4), 237-243.

Раздел 5. ХИРУРГИЯ

РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАЗВИТИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Асланян Я.А., Лущик М.В.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

К настоящему времени не вызывает сомнений вовлеченность оксидативного стресса в патогенез целого ряда распространенных заболеваний, сопровождающихся тяжелыми медико-социальными последствиями [1]. Процессы свободнорадикального окисления (СРО) участвуют в уничтожении устаревших клеток, удалении токсинов из организма, в обновлении биомембран, предупреждают малигнизацию клеток. Избыточность данных процессов приводит к развитию оксидативного стресса, проявляющегося дисбалансом между интенсивной продукцией свободных радикалов (СР) и депрессией антиоксидантных систем (АОС) клеток. Поэтому изучение особенностей протекания реакций данных процессов является актуальным направлением медицины.

Целью данной работы стало исследование показателей оксидантной и антиоксидантной систем у хирургических больных спектрофотометрическим методом.

Материалы и методы. Исследования проводили на базах НИИ экспериментальной биологии и медицины (ВГМУ им. Н. Н. Бурденко, Воронежской городской клинической больницы № 3). Материал - ротовую жидкость, получали без стимуляции, сплевыванием в стерильные пробирки. Ротовую жидкость центрифугировали 15 минут при 6000 об/мин. В работе использовали надосадочную часть, которую исследовали на биохимическом анализаторе ClimaMC-15 (Испания).

Метод оценки окислительной модификации белков заключается во взаимодействии окисленных аминокислотных остатков с 2,4-динитрофенилгидразином с возникновением 2,4-динитрофенилгидразонов (ДНФГ). Полученные показатели указывали в единицах оптической плотности при длине волны 340 нм, отнесенных на 1 мл слюны. Активность супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГП) и глутатионредуктазы (ГР) определяли спектрофотометрически. Показатели выражали в ферментативных единицах в расчете на мл ротовой жидкости. Определение малонового диальдегида (МДА) проводили с 2-тиобарбитуровой кислотой, восстановленного глутатиона с 2-нитробензойной кислотой. Опыты проводили в 4-кратной биологической и 2-кратной аналитической повторностях. Результаты сравнивали с контролем. Данные обрабатывали с использованием t-критерия Стьюдента с вычислением среднего значения, стандартного отклонения, различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждения. Нами была проведена оценка содержания ДНФГ-производных в слюне в норме и при патологиях (хронический гастрит, хронический панкреатит, холецистэктомия, аппендэктомия, грыжесечение). Установлено, что при данных патологиях происходит развитие оксидативного стресса, сопровождающегося окислительной модификацией белков (ОМБ). Наибольшие значения концентрации ДНФГ-производных были выявлены у больных, с аппендэктомией и при хроническом панкреатите в 1,3 - 1,4 раза (0,92-0,99 Ед/мл) по сравнению с контролем. Из литературных данных известно, что одним из факторов формирования метаболических нарушений при хроническом панкреатите является развитие окислительного стресса [2]. Малоновый диальдегид является одним из ведущих маркеров пероксидного окисления липидов и развития оксидативного стресса. Нами установлено повышение этого показателя при хроническом гастрите и панкреатите, при аппендэктомии - в 1,8 раза (22,91-37,13 нмоль/мл) по сравнению с контрольными значениями. Повышение уровня продуктов

пероксидного окисления липидов оказывает неблагоприятное влияние на состояние клеток, вызывая в них процессы автолиза и самоокисления.

Нами были исследованы особенности функционирования СОД и ГП/ГР антиоксидантных систем. Установлено, что после холецистэктомии уровень СОД достоверно не отличается от контроля, но после аппендэктомии уменьшается в 1,7 раза (0,273-0,368 Ед/мл). Снижение активности СОД наблюдается при хроническом гастрите и панкреатите, после грыжесечения (0,368-0,447 Ед/мл). Снижение активности СОД при многих патологиях ЖКТ свидетельствуют об интенсификации СР процессов. В контроле за протеканием свободнорадикальных процессов в живых организмах важную роль играет глутатионпероксидазная/глутатионредуктазная (ГП/ГР) ферментативная АОС, работа которой зависит от скорости поставки НАДФН, используемого для восстановления глутатиона, окисленного в ходе реакций обезвреживания пероксидов [1]. Достоверно значимые отличия при исследовании активности ГП/ГР АОС в норме и у хирургических больных нами не обнаружены. Вероятно, сохранение активности данной АОС связано с тем, что организм продолжает бороться с оксидативным стрессом при данных заболеваниях.

Выводы. Нами установлено, что заболевания ЖКТ сопровождаются интенсификацией процессов СРО, и в частности пероксидного окисления липидов. Об этом свидетельствует снижение активности СОД, повышение концентрации в слюне больных МДА и развивающаяся оксидативная модификация белков. Устранение окислительного стресса поможет повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий у хирургических больных.

Список литературы.

1. Попова Т.Н. Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в печени крыс при развитии оксидативного стресса и применение различных видов хроматографии для получения фермента в очищенном виде с целью исследования его свойств / Т.Н. Попова, О.А. Сафонова, М.В. Лущик М.В., К.К. Шульгин, Е.Д. Крыльский, Т.И. Рахманова // Сорбционные и хроматографические процессы. - 2016. Т. 16. № 6. - С. 908-915.
2. Меринова Н.И. Показатели перекисного окисления липидов и глутатионовой антиоксидантной защиты у больных с обострением хронического панкреатита / Н.И. Меринова, Н.М. Козлова, Л.С. Колесниченко // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2013. Т. 9, № 2. С. 259-262.
3. Муравьева Л.Е. Окислительная модификация белков: проблемы и перспективы исследования / Л.Е. Муравьева, В.Б. Молотов-Лучанский, Д.А. Ключев, Р.А. Бакенова, Б.Ж. Култанов, Н.А. Танкибаева, В.В. Койков, Г.А. Омарова // Фундаментальные исследования. - 2011. - № 1. - С. 74-78.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ахматова А.Э.

Ставропольский государственный медицинский университет

По данным научного прогнозирования, заболеваемость органов желчевыводящей системы вырастет в ближайшие 15 лет в мире на 30-50%, что объясняется образом жизни и характером питания, наследственными факторами (Григорьева И.Н., 2010; Гальперин Э.И., Ветшев П.С., 2011). Цель работы – сравнить малоинвазивные методы лечения у больных с механической желтухой. Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни пациентов находившихся на лечении в ГБУЗ СККБ на базе

хирургического торакального отделения за 2013-2016 гг. Возраст больных варьировал от 23 до 86 лет, причем более 70 % составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Мужчин было 86 (35,83%), женщин 154 (64,14%). В комплекс инструментальных методов входили ультразвуковое брюшной полости, мультиспиральная компьютерная томография, МР-холангиография, лабораторные исследования. Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel». Результаты и их обсуждение. Причиной механической желтухи в 50,72 % холедохолитиаз, у 24,63% злокачественные заболевания, у 13,04% панкреатит и 8,69% стриктуры холедоха. Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) выполнено в 56,52%, а чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС) у 43,47%. Осложнения после ЧЧХС возникли у 4 (3,84%) пациентов: дислокация дренажа с желчеистечением у 3(2,88%), из них 1(0,96%) с летальным исходом, кровотечение у 1 (0,96%). У пациентов с ЭРХПГ И ПСТ диагностировано у 4 (2,91%) кровотечение из зоны ПСТ, у 2 (1,47%) постманипуляционный панкреатит, у 1(0,73%) холангит, у 1(0,73%) перфорация с летальным исходом и 3 (2,2%) – заклинивание корзинки Dormia. Выводы. Согласно нашим данным в случаях неудачных попыток эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке вследствие анатомических особенностей парафатеральной зоны и/или ранее перенесенных операций на желудочно-кишечном тракте проводили ЧЧХГ с ЧЧХС или чрескожные чреспеченочные холецистостомии (ЧЧХцС) с ЧЧХГ для превентивной разгрузки протоковой системы и последующей диагностики. Также достоверно выявлено значительное количество осложнений после ЭРХПГ И ПСТ, по сравнению с ЧЧХС или ЧЧХцС.

НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАСФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Адзеге Ф.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. На долю свищей прямой кишки приходится 15-45 % пациентов в структуре колоректальной патологии. Наиболее актуальной является проблема лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки, так как наиболее часто применяющиеся методики их ликвидации имеют ряд существенных недостатков, технически сложны, требуют высокой квалификации хирурга, а также отмечается высокий процент рецидивов, составляя по данным литературы 8-32%, анальная инконтиненция развивается у 5 - 83% оперированных.

Мужчины подвержены данной патологии значительно чаще, чем женщины. Соотношение колеблется от 2:1 до 5:1.

Цель работы: проанализировать собственный опыт лечения больных, страдающих экстрасфинктерными свищами прямой кишки различной степени сложности

Улучшить результаты лечения экстрасфинктерных свищей прямой кишки

Свищ прямой кишки или хронический парапроктит это гнойно-воспалительный процесс с вовлечением анальной крипты, межсфинктерного пространства и параректальной клетчатки, и приводящий к формированию свищевого хода.

Методы хирургического лечения экстрасфинктерных свищей.

Существуют следующие методики лечения:

- Лигатурный метод
- Иссечение свища и ушиванием сфинктера

- Метод Рыжиха
- Инвагинация свищевого хода в просвет кишки
- Перевод экстрасфинктерного свища в интрасфинктерный (подслизистый)
- Метод Джад-Робле, метод Блинничев
- LIFT Метод
- “Наш” метод

Выбор метода операции определяется следующими факторами:

- Локализация свищевого хода по отношению к наружному сфинктеру заднего прохода
- Степень развития рубцового процесса в стенке кишки, области внутреннего отверстия и по ходу свища
- Наличие гнойных полостей и инфильтратов в параректальной клетчатке.

Наш метод.

В основу метода положены свойства препарата «Тахокомб», которые позволяют полностью герметизировать внутреннее свищевое отверстие, не допуская, таким образом, проникновение кишечной флоры в параректальную клетчатку.

Преимущества тахокомба:

- Быстрый и надежный гемостаз
- Эффективное склеивание тканей
- Простота и безопасность применения
- Значительное уменьшение кровопотери
- Сокращение времени операции
- Полноценная репарация тканей
- Рассасывания препарата не происходит !!!
- Он постепенно замещается соединительной тканью и герметизирует внутреннее отверстие.
- В сроки от 30 до 60 дней препарат практически не идентифицируется макроскопически, а в микропрепаратах наблюдаются полная регенерация поврежденной ткани и отсутствие пластины препарата вследствие замещения ее соединительной тканью.
- Макроскопически в эти сроки препарат выглядит в виде участка соединительной ткани

Клинический Материал

В отделении колопроктологии второй городской больницы г. Ставрополя в период с 2003 по 2008 год на стационарном лечении по поводу экстрасфинктерных свищей прямой кишки находился 91 человек. Мужчин было 72, женщин 19 человек. Возраст колебался от 32 до 77 лет. Длительность заболевания варьировалась от 1,5 месяцев до 12 лет

В своей практике мы применяли лигатурный метод у 32 человек, метод Джад-Робле у 40 человек, метод Блиничева у 11 человек и наш метод у 8 человек. Рецидивы заболевания были отмечены у 11 человек: у 5 после иссечения свища с проведением лигатуры, у 4 человек после операции по методу Джад-Робле, у 2 после операции по методу Блиничева, рецидивов не было у тех которых были оперированы «наш метод».

Выводы.

При лечении больных с экстрасфинктерными свищами прямой кишки лигатурным методом число рецидивов составляет 21,1%, недостаточность анального сфинктера возникает у 60,5% больных. При использовании традиционных пластических методов закрытия внутреннего отверстия рецидивы возникают у 33,8% пациентов, а недостаточность у 10,1%.

Новый метод, благодаря свойствам препарата «тахокомб» создавать водо- и воздухонепроницаемый герметичный слой и устранять причину заболевания, позволяет

добиться снижения количества рецидивов заболевания до 2,8%, и полностью избежать недостаточности запирающего аппарата прямой кишки.

Результаты оценивались с учетом рецидивов и недостаточности анального сфинктера. Применение лигатурного способа позволяет добиться хороших результатов лечения в 18,2% случаев, использование традиционных пластических методик по Джад-Робле и Блиничеву у 55,9% больных, а выполнение предложенного метода операции позволяет достичь хороших результатов у 94,4% пациентов.

Заключение. Для снижения травмы анального сфинктера разработаны операции, позволяющие разобщить свищевой ход с минимальным риском развития послеоперационной инконтиненции. В том числе различные операции с применением биопластических материалов, применение которых позволяет уменьшить объем резецируемых тканей в области анального сфинктера. Именно поэтому удается уменьшить риск развития недостаточности анального сфинктера и даже полностью его исключить.

Применение биопластического материала позволяющего улучшить регенерацию тканей в области имплантации инициировало модернизацию способа имплантации и фиксации материала, необходимость более тщательной хирургической обработки свища и создание больших условий изоляции области имплантации от просвета прямой кишки.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕМЕННОМ КАНАТИКЕ ПРИ ПРОТЕЗИРУЮЩЕМ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ПО ПОВОДУ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Алиев В.Г., Гарипова Г.М., Конаков Я.Д.

Научный руководитель: Сонис А.Г.

Самарский государственный медицинский университет

Введение. Среди пациентов с наружными грыжами живота паховые грыжи занимают первое место и составляют примерно 80% [4]. В настоящее время, достигнут существенный прогресс в предупреждении рецидивов, частота которых в специализированных центрах составляет 0,5 – 1,5 %. Наибольшее распространение получил способ герниопластики I.L. Lichtenstein [1,5]. Проблема улучшения отдаленных результатов продолжает оставаться весьма актуальной. В настоящее время рядом исследований установлено, что в 45-59% случаев паховое грыжесечение приводит к достоверному нарушению сперматогенной и гормональной функции половой железы [2]. Это связано с тем, что большинство методик грыжесечения предполагают манипуляции с семенным канатиком. Известен способ профилактики рубцовых изменений в семенном канатике при лечении паховых грыж путем перемещения его в подкожную клетчатку [3]. Разработка способа профилактики данного осложнения имеет важное практическое значение. Проблема хирургического лечения паховых грыж, операция на сосудисто – нервном пучке яичка с применением сетчатых эндопротезов, является актуальной в хирургии и андрологии.

Цель исследования: улучшить функциональные результаты лечения пахового грыжесечения у мужчин за счет сохранения и улучшения генеративной функции.

Материалы и методы: произведен анализ лечения 76 больных с приобретенными вправимыми косыми паховыми грыжами, оперированных в ФГБОУ ВО СамГМУ в период с января 2016г. по март 2017г. Возраст пациентов от 22 лет до 78 лет. В основной группе (32 пациента) применен разработанный нами способ герниопластики для профилактики рубцовых изменений в семенном канатике с применением сетчатых эндопротезов (заявка на изобретение № 2106138659 от 29.09.2016, СамГМУ). В контрольной (44 пациента) применен способ герниопластики I.L. Lichtenstein.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. Отек мошонки наблюдался у 7 больных основной и 16 контрольной групп, причем, в основной группе он самостоятельно купировался в течение 7 дней, а в контрольной – продолжался по 11 дней, 3 пациента получали по этому поводу физиотерапевтическое лечение. Болевой синдром с иррадиацией болей по ходу семенного канатика был отмечен у 14 больных контрольной группы. Продолжительность болей достигала 1,5 мес. В основной группе случаев невралгии не наблюдалось. Отдаленные результаты изучены в сроки 6 – 12 месяцев. Рецидивов грыж не зафиксировано ни в основной, ни в контрольной группах. По данным анкетирования ухудшение половой функции после операции отмечено в основной группе у одного больного 58 лет и у 6 пациентов контрольной группы.

Выводы. Традиционная техника грыжесечения по I.L. Lichtenstein хотя надежно предупреждает развитие рецидивов грыжи, часто сопровождается развитием отека мошонки, невралгии семенного канатика и ухудшением половой функции. Предложенный подход при лечении больного с косой паховой грыжей позволяет сохранить все преимущества протезирующего грыжесечения с использованием полипропиленового сетчатого импланта и предотвратить развитие осложнений связанных с рубцовыми поражениями семенного канатика.

Список литературы.

1. Ачкасов Е.Е., Мельников П.В. Современные тенденции в хирургии паховых грыж: мировая практика. – Хирургия. 2015. - № 10. – С.88-92.
2. Бабурин А. Б. Выбор метода пластики при паховых грыжах у мужчин молодого возраста. Дисс. канд. мед. наук. - Нижний Новгород 2014. – 108 с.
3. Белоконев В.И., Пономарев О.А., Пономарев А.С., Чухров К.Ю., Ковалева З.В., Заводчиков Д.А., Подгорнова Р.Ф. Способ проведения грыжесечения при сложных паховых грыжах. Патента РФ № 2365340 от 27.08.2009
4. Современные методы хирургического лечения паховых грыж. А. В. Яковлев, С.И. Петрушко. КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра общей хирургии, зав. – д. м. н., проф. Ю. С. Винник.
5. Плотник, А.В. Выбор способа пластики при паховых грыжах. А.В. Плотник, В.С. Апостолов. Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011.
6. Кривошеков, Е.П. Хирургия вентральных грыж Е.П. Кривошеков. – Самара: «СамЛюксПринт», 2014.

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕН В КАЧЕСТВЕ КОНДУИТОВ ПРИ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Андала М.А., Бойко Е.Д.

Научный руководитель: Маркауцан П.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Длительное время лечение ишемической болезни сердца (ИБС) считалось терапевтической проблемой и действительно, разработка новых препаратов, существенно улучшающих коронарный кровоток и уменьшающих потребность миокарда в кислороде, что является основой тактики консервативного лечения ИБС, позволило улучшить качество жизни многим пациентам. Однако при стенозирующих, и особенно окклюзионных поражениях коронарных артерий, консервативное лечение оказывается малоэффективным. Сегодня одним из самых эффективных методов хирургического лечения ИБС является шунтирование коронарных артерий, позволяющее значительно улучшить качество жизни пациентов.

Целью нашего исследования было определить критерии выбора вида коронарного шунтирования (КШ): аортокоронарного шунтирования (АКШ) и маммарокоронарного шунтирования (МКШ).

Материалы и методы. Выполнен анализ историй болезней 136 пациентов, проходивших стационарное лечение в кардиохирургическом отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска за 2016 год.

Результаты и обсуждение. Критерием выбора проведения МКШ явилась патология передней межжелудочковой артерии (ПМЖА). Операция МКШ была выполнена 30 (22%) пациентам. 106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, критерием выбора которой явилась патология не только ПМЖА, но и других коронарных артерий.

Использование внутренней грудной артерии (ВГА) как кондуита в абсолютном большинстве случаев при операциях шунтирования коронарных артерий обосновывается рядом её важнейших преимуществ:

- соответствие диаметров внутренней грудной и коронарной артерии;
- анастомоз накладывают между артериальными тканями;
- накладывается только один анастомоз, и отпадает необходимость наложения проксимального анастомоза;
- внутренняя грудная артерия редко поражается атеросклерозом или спазмируется;
- отсутствие клапанов (в отличие от БПВ);
- тонус хорошо контролируется медикаментозно.

Комбинация уникальной биологии ВГА и хорошего оттока по ПМЖА обеспечивает чрезвычайно длительную нормальную функцию этого шунта. [2]

106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, где в качестве кондуитов была использована большая подкожная вена (БПВ) помимо ВГА. БПВ обладает меньшими потенциальными возможностями нормальной функции в отличие от артериальных кондуитов, т.к. в процессе артериализации способен к склерозу и раннему развитию атеросклероза, однако из-за доступности, относительной простоты забора и многосторонности в использовании остаётся наряду с ВГА основным кондуитом при коронарном шунтировании.

Выводы. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА. При необходимости шунтирования нескольких коронарных артерий (помимо ПМЖА) прибегают к использованию аутовенозных кондуитов (БПВ), несмотря на их значительно меньшие потенциальные возможности нормального функционирования в отличие от артериальных кондуитов. Аутоартериальные кондуиты используются реже из-за определённых затрат времени для забора, а также возможных послеоперационных осложнений.

Список литературы.

Островский Ю.П. / Хирургия сердца. Руководство / Островский Ю.П. – Минск, 2007 – 107 с.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МИАСТЕНИИ

Арутюнян К.А., Саркисян М.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Миастения – тяжелое нейромышечное заболевание, протекающее с утомлением разных групп поперечнополосатых мышц[4]. Генерализованная миастения имеет прогрессирующее течение и приводит к инвалидизации в 60% случаев, а при отсутствии адекватного лечения к смерти больных [2] [6].

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения генерализованной миастении.

Материал и методы. Патогенез генерализованной миастении тесно связан с вилочковой железой [1], в связи с этим хирургическое лечение в объеме тим(тимом)эктомии [1] [2] занимает ведущее место в комплексном лечении больных миастенией [1] [3] [5] [7].

В период с 2011 по 2016 гг. на базе ТАХО ГБУЗ СК СККБ выполнено 42 оперативных вмешательства по поводу генерализованной миастении. Изучены ближайшие результаты хирургического лечения больных с миастенией с помощью ретроспективного анализа историй болезни. Возраст пациентов составил $42,8 \pm 13,3$ лет (от 18 до 80 лет), из них до 50 лет - 79,8%. Среди больных с генерализованной миастенией большую часть составляют женщины наиболее активного трудового возраста - 62,2%.

Результаты и обсуждение. При ревизии во время операции и последующей гистологической верификации диагноза патология вилочковой железы выявлена у всех пациентов. При этом тимоме, в том числе с лимфоцитарной инфильтрацией – у 53,3%, тимолипоме – у 33,3%, гиперплазия тимуса – у 6,7% и лимфоэпителиальная тимоме с инвазивным ростом – у 6,7% пациентов.

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у 87% больных. После завершения оперативного вмешательства и прекращения введения миорелаксантов происходило самостоятельное восстановление дыхания в течение нескольких часов. Послеоперационные осложнения были выявлены у 13% больных – пневмоторакс и/или экссудативный плеврит, которые лечились консервативно дренажными методами. Летальных исходов в послеоперационном периоде не зафиксировано. В ближайшем послеоперационном периоде регресса отдельных симптомов миастении не зафиксировано у 13,3%, положительные результаты у 86,7% - мышечная слабость регрессировала у 73,3%, глазодвигательные нарушения у 33,3% пациентов. У 70,5% больных в послеоперационном периоде отмечено снижение дозы применяемых антихолинэстеразных препаратов (калимин).

Заключение. Хирургическое лечение в объеме тим(тимом)эктомии является целесообразным и обоснованным при лечении различных форм миастении. Своевременно выполненная операция снижает тяжесть клинических проявлений и дозу лекарственных препаратов уже в раннем послеоперационном периоде.

Список литературы.

1. Быков Ю.Н. Лечение и реабилитация больных миастенией/ Ю.Н. Быков, А.И. Смолин//Сибирский медицинский журнал. - 2013.- № 4-С. 7-10
2. Коновалов А.Н. Неврология и нейрохирургия / А.Н. Коновалов, А.В. Козлов ; Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова : учебник : - т. 1. - 2009. - 624 с.
3. Скворцов М.Б. Миастения. Хирургическое лечение и его эффективность/ М.Б. Скворцов, А.И. Смолин// ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ -2012.-№3-С.75-77.
4. Скворцов М.Б. Миастения. Эффективность тимэктомии. Демонстрация больного через 9 лет после операции тимэктомии по поводу генерализованной миастении с выраженными бульбарными проявлениями/Скворцов М.Б., Карасев В.П. // Вестн. АХИО. — 2010. - Вып. 10, Т. 2. - Иркутск, 2010. - С. 55-58.
5. Скворцов М.Б. Итоги и клинические результаты тимэктомии при лечении миастении/ Скворцов М.Б., Шинкарев Н.В. // Сиб. мед. журн. - Иркутск, 2009. -№ 5. - С. 61-72.
6. Скворцов М.Б. Тимэктомия в лечении миастении/ Скворцов М.Б., Шинкарев Н.В., Мошкова Е.С. // Сб. науч. статей междунар. медицинской науч. конф. между АРВМ КНР и Респ. Бурятия. - 2007. - С. 266-269.

7. Смолин А.П. Неврологическая оценка отдаленных результатов хирургического лечения миастении/Смолин А.П., Окладников В.И., Сковцов М.Б. // Сиб. мед. журн. - Иркутск, 2011. - № 7. - С. 12-14.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕРМАТОГЕНЕЗА У ПОДРОСТКОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Байчоров Э.Х., Панченко Р.И.

Научный руководитель: Байчоров Э.Х.

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевой клинический специализированный уроandroлогический центр

Введение. Варикоцеле – это патологическое расширение вен яичка в гроздевидном сплетении, вызванное венозным рефлюкс. По данным ВОЗ его выявляют у 15-20% подростков, и чаще поражение развивается слева (78-93% всех случаев). Проблемы фертильности появляются у 20% подростков с варикоцеле. У 70 % пациентов с варикоцеле II и III степени выявляют уменьшение объема левого яичка. [2]

На Всероссийском форуме 2001 г., посвящённом современным технологиям в оценке отдалённых результатов лечения урологической патологии у детей, А.Г. Пугачевым [1] был сформулирован ряд важных вопросов: каковы облигатные критерии отбора больных с варикоцеле для операции, как оценить состояние сперматогенеза у подростков и детей старшего возраста и показано ли лечение больным с субклинической формой заболевания с учётом профилактического принципа медицины. Целью данного исследования являлось определение динамики показателей сперматогенеза у подростков при хирургическом лечении варикоцеле.

Материал и методы. В основе исследования лежит анализ результатов хирургического лечения 65 пациентов в возрасте от 15 до 18 лет с варикоцеле в период с 2014 – 2017 гг. Показанием к операции являлось наличие нарушений сперматогенеза, болевого синдрома (болевой синдром отмечался у 40% пациентов) и признаков гипотрофии яичка.

Обследование пациентов проводилось согласно установленному в клинике диагностическому алгоритму, который включал: анализ эякулята, данные УЗИ органов мошонки, ультразвуковую доплерографию сосудов органов мошонки (УЗДГ), результаты иммуноферментного анализа крови (ИФА) на половые гормоны. Выбор оперативного вмешательства осуществлялся исходя из типа венозного рефлюкса, определяемого с помощью результатов УЗДГ: при реносперматическом рефлюксе проводилось лапароскопическое клипирование левой яичковой вены, при илеосперматическом венозном рефлюксе проводилась микрохирургическая прецизионная варикоцелэктомия по Мармар из субингвинального доступа. Динамика показателей спермограммы и состояние гениталий оценивались в послеоперационном периоде через 3, 6, 9 месяцев согласно принятому алгоритму.

Результаты и обсуждение. Через 6-9 месяцев у 92% пациентов нормализовались показатели эякулята. Болевой синдром купирован в 100% случаев. Чёткой корреляции нарушений гормонального профиля с динамикой показателей фертильности не выявлено. Рецидивов и других осложнений не отмечалось.

Выводы.

1. Выявлено, что варикоцеле являлось основной причиной нарушений сперматогенеза и наличием болевого синдрома у подростков 15-18 лет.

2. Оптимальный лечебно-диагностический алгоритм при варикоцеле у подростков позволяет в кратчайшие сроки без осложнений восстановить фертильность пациентов.

Список литературы.

1. Пугачев А.Г. Дискуссионные вопросы о варикоцеле и его лечении / А.Г. Пугачев. - Современные технологии в оценке отдалённых результатов лечения урологической патологии у детей. – Москва, 2008. – С. 30-31.
2. S. Tekgul, H. Riedmiller, E. Gerharz, P. Hoebeke, R. Kocvara, R. Nijman, Chr. Radmayr, R. Stein. Варикоцеле у детей и подростков//Клинические рекомендации европейской ассоциации урологов. – 2009. – С. 23-24.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бекетова В.В., Хубиева М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Несмотря на научно-технический прогресс, зависимость и смертность от эхинококкоза печени в последнее время неуклонно растет. Согласно данным Госсанэпиднадзора за последние несколько лет увеличилась в несколько раз. К сожалению, остается высокой частота рецидива заболевания, что вызывает вполне понятную неудовлетворенность хирургов результатами лечения.

Цель исследования - улучшение результатов лечения эхинококкоза печени.

Материалы и методы исследования. В СККБ в ТАХ за период 2013-2016 гг. находились 126 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет с эхинококкозом печени. Средние размеры эхинококковых кист составили $9,05 \pm 1,4$ см. Давность клинических проявлений от 1 месяца до 12 месяцев. Всем пациентам для уточнения размеров, числа и локализации очаговых образований, а также вариантов нормальной анатомии печени и ее изменений выполняли УЗИ, КТ и МРТ печени. Из серологических методов использовали иммуноферментный анализ (специфичность 79,5%, чувствительность 91,6%) при лабораторном исследовании в общем анализе крови выявлена эозинофилия у 61 (48,4 %) пациентов, лимфоцитоз у 21 (16,7%), повышение СОЭ у 94 (74,6%) и всех иммуноглобулинов 76 (60,3%). Были сформированы 2 группы больных. В основной группе 58 (46%) человек, которым выполняли атипичную резекцию сегментов печени с эхинококковой кистой. В контрольную группу вошли пациенты, которым выполнена открытая эхинококкэктомия 68 (54%). Все статистические процедуры проводили с использованием программ статистики С-6.

Результаты и их обсуждение. При анализе осложнений послеоперационного периода в контрольной и основной группах мы разделили на не воспалительные и инфекционно-воспалительные. В основной группе осложнения отмечались у 2 пациентов (3,45%) - спаечная кишечная непроходимость и сохранении остаточной полости в течение одного года. В контрольной группе отмечались осложнения в виде желтухи у 2 (2,94%), нагноение остаточной полости у 3 (5,17%) и свищи - у 2 (2,94%). Количество рецидивов в контрольной группе 4 (5,88%) случаев, в основной группе рецидивов эхинококкоза печени не выявлено.

Выводы. Согласно результатам исследования прослеживается связь между методами хирургического лечения и последующими осложнениями. В основной группе наблюдаются незначительные осложнения и нет рецидивов. В контрольной группе (открытая эхинококкэктомия) осложнений больше и есть рецидивы. Закрытая эхинококкэктомия более эффективный метод лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА РАН И МЕСТНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА С ОСОБЕННОСТЯМИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Белодурина А.Д. , Бивалькевич В.А.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Бархатова Н.А.
Южно-Уральский государственный медицинский университет

Введение. В наши дни сепсис является достаточно частой патологией с высоким показателем летальности и сохраняющимися проблемами полирезистентности возбудителей, обусловленными формированием внутригоспитальных штаммов возбудителей, комбинации различных патогенов и формированием биоплёнок, устойчивых к современным лекарственным средствам и антисептикам.

Цель. Провести анализ микробного состава ран при гнойно-некротических инфекциях мягких тканей и выявить взаимосвязь со степенью тяжести и продолжительностью сохранения синдрома системной воспалительной реакции.

Материалы методы. Был проведён анализ результатов лечения 314 пациентов с генерализованной формой гнойно-некротических инфекций мягких тканей, проходивших лечения в отделении гнойной хирургии МАУЗ ОТКЗ ГКБ№1. Все больные были разделены на две группы в зависимости от продолжительности сохранения синдрома системного воспалительного ответа более и менее 72 часов. Для оценки раневого процесса и его влияния на системный ответ использовали результаты бактериологических и цитологического исследования ран.

Результаты. Среди факторов риска продолжительного сохранения синдрома системного ответа отмечено наличие гнойно-некротических флегмон мягких тканей, сахарный диабет, синдром диабетической стопы и возраст старше 45 лет. Для компенсированного синдрома системного ответа было характерно преобладание моно-инфекции возбудителей, в 1,7-1,8 раза большая скорость переход в стадию регенерации, с высокими показателями активности фагоцитоза и фагоцитарного индекса.

Вывод. Наличие флегмон мягких тканей в сочетании с микст-инфекцией и низкими показателями местного иммунитета характерны для сепсиса, а наличие моно-инфекции и высокая активность фагоцитоза нейтрофилов чаще сопровождает компенсированный системный ответ.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ИСХОДЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гарибова Г. М., Алиев В. Г., Конаков Я. Д.

Научный руководитель: Сонис А.Г.
Самарский государственный медицинский университет

Введение. По данным ВОЗ цирроз печени является шестой по частоте причиной смерти.[1] Радикальным методом лечения декомпенсированных форм печеночной недостаточности во всем мире признана трансплантация печени. [2,3] Новый подход в лечении печеночной недостаточности представляет использование клеточных технологий, ввиду возрастающей нехватки донорских органов и констатируемого снижения восстановительных процессов в поврежденной печени, особенно при достижении в ней критической массы паренхимы. [4,5]

Целью работы: является разработка нового метода лечения терминальных стадий печеночной недостаточности путем внутриартериального селективного введения аутологичных мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани и внутривенного введения аллогенных моноклеарных клеток пуповинной крови.

Материалы и методы: За период с января 2014 г. по октябрь 2017 г. в Клиниках СамГМУ на базе хирургического отделения №1 проводилось обследование и лечение 90 пациентов с циррозом печени класса В по Child Pugh в исходе вирусных гепатитов «В» и «С» с использованием регенерационной клеточной технологии. Первую группу составили 30 пациентов, для лечения которых использовали внутриартериальное селективное введение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток собственной жировой ткани пациента. Вторую группу составили 30 пациентов, для лечения которых использовали внутривенное введение аллогенных моноклеарных клеток пуповинной крови. 30 пациентов составили контрольную группу, где применялась стандартная терапия печеночной недостаточности. Методы консервативного лечения во всех группах были аналогичными. В ходе исследования были использованы современные методы диагностики, применяемые при данной патологии в условиях многопрофильного лечебно-профилактического учреждения: общеклинические, физикальные, лабораторные, инструментальные исследования. Цветное доплеровское картирование и ангиография использована для оценки органного и портального кровотока. Ультразвуковое исследование. Степень развития фиброзных изменений оценивалось по результатам гистологического исследования пунктата печени и (или) эластометрии.

Культивирование мезенхимальных стволовых клеток, подбор моноклеарных клеток пуповинной крови выполнялось сотрудниками Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной центр планирования семьи и репродукции». Непосредственно само эндоваскулярное введение культуры клеток выполнялось в отделении РХМЛиД Клиник СамГМУ.

Результаты и обсуждение: Выявлено, что применение клеточных технологий значительно улучшает результаты лечения пациентов с печеночной недостаточностью за счет уменьшения выраженности эндогенной интоксикации, улучшения белково - синтетической функции печени, уменьшения выраженности признаков портальной гипертензии, признаков печеночной энцефалопатии, улучшение признаков когнитивной дисфункции. В первой группе достигнуто снижение уровня общего билирубина в среднем на 18.9 ± 7.4 мкмоль/л; рост содержания альбумина на 15.8 ± 6.2 г/л; регрессии асцита у 10 из 13 пациентов; сокращение времени теста Рейтана на 15.3 ± 4.0 сек. Во второй группе снижение уровня общего билирубина отмечено на 21.3 ± 4.8 мкмоль/л; рост содержания альбумина на 14.9 ± 7.5 г/л; регрессия асцита была у 12 из 14 пациентов; сокращение времени теста Рейтана на 15.4 ± 5.7 сек. В третьей группе общий билирубин снизился в среднем на 9.6 ± 6.4 мкмоль/л; альбумин плазмы вырос на 8.5 ± 2.8 г/л; регрессия асцита отмечена у 17 из 30 пациентов; сокращение времени теста Рейтана на 10.4 ± 4.2 сек.

Выводы:

1. Применение клеточных технологий значительно улучшает результаты комплексного лечения печеночной недостаточности у больных циррозом печени.
2. Эффективность обоих указанных методов сопоставима.

Список литературы:

1. Добронравов, А. В. Гепатиты и циррозы печени / А.В. Добронравов. - Москва: ИЛ, 2014. - 160 с.
2. Ивашкин, В. Т. Лечение осложнений цирроза печени / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская, Е.А. Федосина. - М.: Литтерра, 2011. - 259 с.
3. Черных Е. Р., Останин А. А., Пальцев А. И. Стволовые клетки в регенерации печени: новые подходы к лечению печеночной недостаточности // Гепатология 2009. Т. 5.
4. Dai LJ, Li HY, et al. The therapeutic potential of bone marrow- derived mesenchymal stem cells on hepatic cirrhosis. Stem Cell Res. 2009; 2(1).
5. Frei P, Geier A, Dutkowski P, M Ilhaupt B. Liver transplantation. Ther Umsch 2011; 68:219- 14.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО РЕКОНСТРУКТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СОННОЙ АРТЕРИИ

Гаспарян М.В., Краснов А.Ю., Чемурзиев Р.А., Белоконов О.С., Сазанов Г.В., Шнюков Р.В., Никифоров А.В.

Ставропольская краевая клиническая больница, Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. В структуре причин смертности в Российской Федерации первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания, из которых вторую позицию уверенно удерживают инсульты. По данным мировой статистики, в 40-45% случаев причиной инсульта является критическое поражение внутренней сонной артерии (ВСА) атеросклеротической бляшкой с возможным её разрывом и дальнейшей атеротромбоэмболией. Одними из методов профилактики атеротромботического инсульта является открытая хирургическая коррекция и каротидное стентирование.

Цель исследования. Оценить количество неврологических осложнений у пациентов после выполнения реконструктивной операции на сонной артерии открытым хирургическим и эндоваскулярным методами и сравнить полученные данные.

Материалы и методы. В 2016 году в ГБУЗ СК «Ставропольской краевой клинической больнице» было прооперировано 525 пациентов, по поводу клинически значимого атеросклероза каротидных артерий. Каротидное стентирование (КС) было выполнено 85 (16%) пациентам – 1 группа, Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) и протезирование ВСА были выполнены 440 (84%) пациентам – 2 группа. Мужчины составляли 68 % (357 человек), женщины 37% (168 человек). Средний возраст больных составил 62,3 года. Всем пациентам было выполнено дуплексное сканирование ВСА, которое давало представление о степени стеноза ВСА, протяженности и эмбологенности атеросклеротической бляшки. В обе группы в сопоставимой степени были включены пациенты со II-IV степенью сосудисто-мозговой недостаточности по классификации Покровского.

Результаты. В первой группе 70 (82,4%) пациентам было выполнено прямое КС, а в 15 (17,6%) случаях использовалась предиятияция. Доступ осуществлялся через правую лучевую артерию 59 (69,4%) пациентам, через правую бедренную артерию - 26 (30,6%). Использовались самораскрывающиеся стенты с установкой дистальной защиты в 98,9% случаях (84 пациентам) и проксимальной защитой в 1,1% случаях (1 пациенту). В течение недели наблюдения за пациентами в раннем послеоперационном периоде были зафиксированы: ишемический инсульт у 1 (1,1%) пациентов и так же был диагностирован один (1,1%) летальный исход в результате ОНМК. Суммарно процент неврологических осложнений составил 2,2. Во второй группе 410 (93,2%) пациентам была выполнена КЭАЭ, а ПВСА- 30 (6,4%) пациентам. В раннем послеоперационном периоде были зарегистрированы: ишемический инсульт у 4 (0,9%) пациентов, у 2 (0,45%) пациентов - транзиторная ишемическая атака, геморрагический инсульт - у 1 (0,2%) пациента, один (0,2%) летальный исход в результате ОНМК. Суммарно процент неврологических осложнений составил 1,75.

Выводы. На сегодняшний день, представленные виды оперативных вмешательств являются эффективными методами профилактики инсульта. Выбор хирургического пособия определяется показаниями и сложившейся клинической ситуацией.

ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОЗА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Гобеджишвили В.В., Лысенко О.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В исследование включены 316 пациентов с геморроем, у которых выявлена повышенная склонность к развитию избыточного рубцеобразования с использованием диагностического алгоритма, полученного в результате обследования больных со сформировавшимся стенозом анального канала. Возраст больных колебался от 19 до 70 лет. Среди оперированных больных преобладали лица в трудоспособном возрасте от 19 до 50 лет (238 - 75,3%). Средний возраст пациентов составил $43,7 \pm 9,4$ года. Из общего количества изучаемых больных женщин было 167 (52,8%), мужчин - 149 (47,2%). По форме заболевания внутренний геморрой диагностирован у 219 (69,3%) больных, комбинированный – в 97 (30,7%) случаях. Из 316 пациентов с геморроем различные сопутствующие заболевания, входящие в группу факторов риска, выявлены 231 раз у 196 (62,0%) больных. Чаще всего наблюдали заболевания желудочно-кишечного тракта – 87 (37,6%) раз. В 74 (32,1%) случаях зарегистрирована аллергия. Значительно реже встречались аутоиммунные заболевания – 31 (13,4%) раз. Наличие сращений в брюшной полости у 25 (10,8%) больных выявлено в анамнезе, а у 14 (6,1%) пациентов подтверждено рентгенологически, ультразвуковым исследованием.

Группу сравнения составили 168 (53,2%) пациентов, которым выполнена классическая геморроидэктомия в модификациях НИИ проктологии: I - 42 (13,3%) пациента, II - 126 (39,3%) больных. В основную группу отнесены 148 (46,8%) больных, перенесших подслизистую геморроидэктомию (патент № 2551943 от 28.04.16). Пациентам этой группы проводилась комплексная противорубцовая терапия. Обезболивание – спинномозговая анестезия.

В сроки 14, 28 и 42 суток пациентам хроническим геморроем проведены исследования реакция антигенного рубцового комплекса, с использованием магнo-иммуносорбентной тест-системы (МИС), с антителами сыворотки крови больных. У пациентов группы сравнения, перенесших геморроидэктомию, отмечалось незначительное снижение числа реакций МИС с антигенным рубцовым комплексом с антителами сыворотки крови. Так, в разведении 1: 80 к 14 суткам – на 10,2%, 28 суткам – на 21,4%, а к 42 суткам – на 32,1%. В разведении 1 : 320 к 14 суткам – на 11,4%, 28 суткам – на 21,9%, а к 42 суткам – на 31,7%. Для сравнения, у пациентов основной группы динамика снижения числа положительных реакций МИС с антигенным рубцовым комплексом с антителами сыворотки крови была существенно выраженной. Так, в разведении 1: 80 к 14 суткам – на 27,7%, 28 суткам – на 56,8%, а к 42 суткам – на 70,9%. В разведении 1 : 320 к 14 суткам – на 34,2%, 28 суткам – на 70,2%, а к 42 суткам – на 82,5%. Таким образом, на фоне дифференцированного лечения у больных хроническим геморроем вероятность развития патологического рубцеобразования снижалась в среднем в среднем в 2,7 раза (в разведении 1 : 80 – в 2,5 раза, а в разведении 1 : 320 – в 2,9 раза).

Растяжимость анального канала и начальные проявления его стенозирования в послеоперационном периоде у больных хроническим геморроем мы определяли на 14, 28 и 42 сутки дилатометрией. На 14 сутки после операции соответствовала нормальным показателям у 56 (33,3%) пациентов группы сравнения, а в основной группе – у 103 (69,6%) больных. К 42 суткам эти показатели равнялись 75,6% и 93,2% соответственно. Имелась тенденция с увеличением времени, прошедшего после операции, к нарастанию количества больных, у которых растяжимость анального канала соответствовала норме. Но в основной группе этот показатель был в 1,3 раза выше.

В тех случаях, когда по динамике аутоантителообразования число реакций МИС с антигенным рубцовым комплексом с антителами сыворотки крови в послеоперационном периоде снижалось медленно, а растяжимость анального канала к 28 суткам 3,3 см и

менее мы проводили профилактическое бужирование анального канала с гелем галодерм, используя буж для поэтапного бужирования собственной конструкции (патент №104791 от 25.08.2017). Такое бужирование осуществлено на 14 сутки при растяжимости анального канала 3,3-1,9 см 49 (29,1%) больным группы сравнения и 11 (7,4%) пациентам основной группы. Осуществляли его не реже 2 раз в сутки в течение 8-10 дней. Использовали бужи двух видов: в одном случае минимальный диаметр бужа - 0,7 см, в другом – 1,5 см. Профилактическое бужирование заканчивали, когда пациент сам беспрепятственно вводил часть бужа с диаметром 3,8 см. В тех случаях, когда растяжимость анального канала на 14 сутки составляла менее 1,8 см, консервативными мерами удалось предотвратить избыточное разрастание рубцовой ткани только в 4 случаях.

В ближайшие сроки после операции осложнения возникли у 36 (9,1%) больных: 29 (13,8%) контрольной и 7 (38%) пациентов основной групп. Выраженный болевой синдром более чем в 3 раза чаще встречался при классической геморроидэктомии. Кровотечение из раны в первые часы после операции наблюдали у 5 (1,6%) больных, задержку мочи и кала - у 21 (5,3%) больного. В основной группе это осложнение возникло у 5 (1,4%) человек, в контрольной - у 16 (3,3%) оперированных.

Рецидивов заболевания не отмечено. У 6 (3,6%) пациентов сформировался стеноз анального канала: первая степень сужения анального канала выявлена у 4 (1,27%) больных, вторая – у 2 (0,63%) пациентов. Все они в последующем подвергнуты оперативному лечению.

Выводы: 1. Данные, полученные использованием тест-системы на основе магносорбентов с иммобилизованным антигенным рубцовым комплексом позволяют с высокой эффективностью прогнозировать развитие избыточного рубцеобразования.

2. Сопоставление данных МИС и дилатометрии позволяет поставить показания к проведению профилактического бужирования с целью предупреждения развития стеноза анального канала.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИКРОРЕЛЬЕФА И АДГЕЗИИ ДВУХСЛОЙНЫХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕМБРАН С АНТИМИКРОБНЫМ ЭФФЕКТОМ

Гокин А.Г., Ярмamedов Д.М., Шуваева Т.И.

Курский государственный медицинский университет

Внедрение в широкую практику атомно-силовой микроскопии открыло возможность исследования параметров микрорельефа и адгезии медицинских имплантов, в том числе антибактериальных полимерных мембран, широко используемых в абдоминальной хирургии [1], причем выявленные характеристики позволяют определить наилучшие образцы из экспериментальной серии без использования живых организмов [3].

В связи с этим, целью нашего исследования было определение корреляционной связи показателей микрорельефа и адгезии серии антибактериальных полимерных мембран с антимикробным эффектом методом атомно-силовой микроскопии.

Материалы и методы: были исследованы 9 образцов двухслойных антибактериальных полимерных мембран, которые отличались способом изготовления и концентрацией антисептического вещества [2]. Для оценки степени адгезии, характера микрорельефа исследуемых образцов использовался сканирующий зондовый микроскоп NT-MDT Solver Next под управлением программы Image Analyses 3.0. В процессе изучения, использовались кантилеверы фирмы NT-MTD NSG01-A и NSC-19.

В процессе исследования были рассмотрены 9 основных параметров микрорельефа антибактериальных мембран, а также определена степень адгезии образцов с подложкой.

Статистическая обработка полученных данных производилась методом доверительных интервалов. Уровень адгезии образцов варьировал от $0,003 \pm 0,002$ нН до $0,21 \pm 0,051$ нН. При определении корреляционной связи выявлена обратная умеренная корреляционная связь параметров «среднее арифметическое абсолютных значений отклонений профиля» ($K_{кор} = -0,59$ нН), «длина выступов и впадин» ($K_{кор} = -0,69$ нН), «расстояние от средней линии до низшей точки профиля в пределах выборочной длины» ($K_{кор} = -0,7$ нН), обратная сильная корреляционная связь параметров «средняя шероховатость» ($K_{кор} = -0,93$ нН), «вертикальное расстояние между максимальной высотой и максимальной глубиной» ($K_{кор} = -0,83$ нН), «максимальная высота» ($K_{кор} = -0,75$ нН) и прямая умеренная корреляционная связь параметра «расстояние от средней линии до высшей точки профиля» ($K_{кор} = 0,45$ нН).

Таким образом, выявлена обратная умеренная и сильная корреляционная связь адгезии с большинством исследуемых параметров микрорельефа, т.е. степень адгезии двухслойных антибактериальных мембран с антимикробным эффектом напрямую зависит от их микрорельефа и обратно пропорциональна большинству известных параметров.

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., Ярмamedов 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.

АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКИХ И МЕХАНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДВУХСЛОЙНЫХ ПОЛИМЕРНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Давыдова А.В., Ярмamedов Д.М., Инархов М.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Липатов В.А.

Курский государственный медицинский университет

Несовершенство регенераторной способности тканей человека из-за различных факторов, таких как острые и хронические заболевания, травмы, ранения, а так же хирургические вмешательства в структуре клинической проблематики занимает не последнее место [1]. Самой частой причиной ограничения моторной функции кишечника и способности его смещаться относительно других органов брюшной полости являются спайки брюшины [3]. Двухслойные полимерные пленчатые имплантаты обеспечивают наиболее плотную и надежную фиксацию, благодаря тому, что одна из сторон обладает достаточно высокими адгезивными свойствами, в то время как другая сторона таких свойств не имеет [2].

Цель исследования: В условиях эксперимента *in vitro* в сравнительном аспекте изучить определенные свойства новых образцов полимерных пленчатых имплантатов для использования их при операциях на органах брюшной полости.

Материалы и Методы:

Материалом для данных экспериментальных исследований послужила серия опытных образцов: 1, 2, 3, 4, 5, 6, изготовленных на основе полимера целлюлозы, которые отличались друг от друга различными технологиями изготовления.

Для достижения поставленной цели было проведено микрофотографирование полимерных пленчатых имплантатов с помощью лабораторного микроскопа Levenhuk

D320L при увеличении $\times 80$. С помощью электронного микрометра iGaging 0-1»/0.00005 измерена толщина экспериментальных образцов. Мембраны размером 10×10 мм взвешены с помощью лабораторных весов. Были рассчитаны объем и плотность образцов размером 10×10 мм.

Результаты. По результатам проведенного исследования, было выявлено, что самым легким является образец размером 10×10 №6 с массой $4,72 \pm 0,11$ мг, а образец №5 обладает максимальным показателем по данному критерию, значение которого составило $69,1 \pm 0,31$ мг. По результатам анализа объема участков исследуемых образцов, было отмечено, что образец №5 имеет наибольшее значение $7,36 \pm 2,54$ мм, мм³. Наименьший показатель у образца № 6 и составил $4,22 \pm 0,36$ мм, мм³. Полимерный пленчатый имплантат №6, в свою очередь, оказался и самым тонким образцом, его толщина составила $0,042 \pm 0,01$ мм, напротив, самую большую толщину имеет полимер №5 $0,736 \pm 0,02$. Наибольшее значение плотности при изучении образцов соответствовало полимеру №3, что больше в 1,1 в сравнении с образцом №5. Результаты анализа плотности участков исследуемых образцов показали, что самая низкая плотность оказалась у образца №5, противоположным полимером стал образец №3. Разница в полученных значениях у данных образцов составляет 1,1 раза.

По итогам анализа толщины, массы и объема исследуемых мембран размером 10×10 мм, выявлено, что образец №6 является самым тонким, легким и обладает наименьшим объемом по сравнению с другими образцами. Образец №5 оказался противоположным предыдущему с наибольшим показателем плотности, массы и объема.

На основе сделанных выводов, можно утверждать, что образец №5 не подходит для дальнейшего клинического исследования, в связи со своими физическими свойствами. Из полученных данных анализа плотности исследуемых образцов, следует вывод, что полимеры №6 и №5 размером 10×10 мм обладают самой низкой плотностью. Обладатель самой высокой плотности является образец №3. На основании результатов можно сделать вывод, что только образцы № 6 и № 5 смогут обеспечить максимально плотную фиксацию к поврежденному участку.

Определение рельефа участков образцов размером 10×10 мм, производилось по микрофотографиям, сделанным при помощи лабораторного микроскопа Levenhuk D320L при увеличении $\times 80$. По результатам анализа микрофотографий исследуемых образцов было получено следующее: полимерные пленчатые имплантаты №1, №3, №6 обладают наибольшей площадью «высоких участков». Самая гладкая поверхность участков у образцов №2, №4, №5. На основе этих данных, можно сделать вывод, что имплантаты с наибольшей площадью «низких участков» отличаются лучшим контактом с поврежденным участком и благодаря возникшей адгезии, могут обеспечить максимальную герметичность, что является одним из важных характеристик образцов, которые в дальнейшем могут быть использованы во время оперативного вмешательства.

Таким образом, благодаря определению физико-механических свойств бикомпонентных пленчатых имплантатов, мы можем выбрать наиболее подходящие образцы для имплантации и введения дальнейшей научной исследовательской работы в условиях *in vivo*. Такими образцами стали №6, №1. Полученные результаты в будущем помогут открыть перспективы применения пленчатых полимерных имплантатов для лечения и профилактики различных заболеваний, связанных с хирургическим вмешательством.

Список литературы.

1. Инархов, М. А. К вопросу изучения физико-механических свойств и особенностей новых деградируемых полимерных пленочных имплантов для операций на органах брюшной полости / М. А. Инархов, В. А. Липатов, М. А. Затолокина, Д. М. Ярмамедов, С. В. Лазаренко // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2016. - №3. - С. 67-73.

2. Липатов, В.А. Исследование показателей рельефа и адгезии двухслойных антибактериальных мембран / В.А. Липатов, Д.М. Ярмamedов, А.Г. Гокин // Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. - Т.19. - № 3. - С. 48-50.

3. Saed, G.M. The Creation of a Model for Ex Vivo Development of Postoperative Adhesions / G. M. Saed, N. M. Fletcher, M. P. Diamond // Reprod. Sci. - 2016 May. - 23(5). 610-612.

ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ

Давыдчик А.С., Филиппева Н.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Минаев С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Краевая детская клиническая больница

Остеомиелит является одной из актуальных проблем в детской хирургии. В последние годы отмечается увеличение числа больных остеомиелитами, нередко наблюдается тяжёлое, прогрессирующее течение, осложняющееся воспалительными процессами. Несмотря на определенные успехи, в лечении остеомиелита, по-прежнему высок, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики, прогнозировании течения и эффективного лечения. Отмечается изменение клинической картины заболевания, особенно в начале развития, что создаёт диагностические трудности. Очевидно, что учащение и увеличение тяжести течения остеомиелита приводит к росту нетрудоспособности, а в ряде случаев к инвалидности. Таким образом, рассматриваемая проблема имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Цель работы: улучшение результатов лечения ОГО в детском возрасте.

За период 2013-2015 гг. в отделении гнойной хирургии краевой детской клинической больницы г. Ставрополя находилось на лечении 90 детей с острым гематогенным остеомиелитом костей. Мальчиков было 50 (55,6%), девочек – 40 (44,4%). По возрасту, пациенты распределились следующим образом: 3-5 лет – 16 детей (17,8%), 5-10 лет – 29 (32,2%), 10-15 лет – 45 (50,0%). Изолированное поражение кости отмечалось у 31 ребенка (34,4%), тазобедренный сустав был вовлечен в воспалительный процесс - у 26 (28,9%), коленный сустав - у 12 (13,3%), суставы другой локализации - у 21 (23,3%)

В ранние сроки (до 3-х суток) госпитализировано 29 детей (32,2%), в поздние сроки - 61 ребенок (67,8%). У детей первой группы септико-пиемических форм не было, у 16 детей (17,8%) из второй группы имела септико-пиемическая форма: септическая пневмония, множественный остеомиелит, обширные флегмоны бедра, голени, плеча, с затеками в смежные анатомические области. Большинство детей второй группы обратились за медицинской помощью к участковому педиатру в ранние сроки.

Всем детям, наряду с общепринятой предоперационной подготовкой, проводили предоперационную антибактериальную терапию по разработанным стандартам до верификации возбудителя. Оперативное вмешательство выполнено всем детям: 1) остеоперфорация пораженной кости - 90 (100%), 2) вскрытие флегмоны - 62 (68,9%), 3) пункция пораженных суставов - 59 (65,6%), 5) микроартротомия пораженных суставов - 19 (21,1%).

Адекватная техника оперативного вмешательства позволяет полноценно дренировать гнойный очаг и предотвратить пути распространения гнойных затеков.

Хронизации процесса у детей из первой и второй групп отмечено не было. Нормализация общего состояния и клинико-лабораторных данных было на 5 сутки у детей из первой группы и на 7-9 сутки из второй группы. Длительности госпитализации составила в среднем 21 койко день в группе 1 и 25 койко день в группе 2.

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о необходимости проведения раннего оперативного вмешательства (до 3 суток) у детей с ОГО, позволяющего избежать развития осложнений и хронизации воспалительного процесса.

Список литературы.

1. Минаев С.В., Моторина Р.А., Лескин В.В. Комплексное лечение острого гематогенного остеомиелита у детей // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2009. - №8. – С.41-44
2. Минаев С.В., Лескин В.В., Чуб О.С. Лечение острого гематогенного остеомиелита в детском возрасте // Детская хирургия. – 2010. -№2. – 6-9.
3. Стрелков Н.С. Кирьянов Н. А., Шкляев П. О. Особенности патоморфологии и минерального состава костной ткани при экспериментальном остеомиелите // Медицинский Вестник Северного Кавказа. -2015. - № 4. – С. 415-418
4. Cronin R., McMahon A.-M. Bone and joint infections // Pediatrics and Child Health. 2015. – V. 25, Is. 12. - P. 561-566.
5. Balassy C., Miller S. F. CT in children's bones and joints: When, how and common findings // European Journal of Radiology. – 2013. – V. 82, Is. 7. – P. 1126-1134.
6. Canavese F. Samba A., Rousset M. Pathological fractures in children: Diagnosis and treatment options // Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. – 2016. – V. - 102, Is. 1. – P. S149-S159.
7. Carlson E. R. Ghali G. E., Herb-Brower K. E. Diagnosis and management of pathological conditions // Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2012. – V. 70, Is. 11. - P. e232-e271.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Евдокимова Д.В.

Тульский государственный университет, Медицинский институт

Улучшение качества жизни и реабилитация больных доброкачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух путем разработки новых подходов к хирургическому лечению является актуальной проблемой для оториноларингологии. Целью исследования явилось изучение клиники доброкачественных новообразований полости носа и пазух, а также сравнение возможных вариантов диагностики и лечения у пациентов исследуемой группы.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в оториноларингологическое отделение ГУЗ ТГКБ СМП им. Д.Я. Ваныкина в период с 2010 по 2016 гг.

Результаты. За 2010-2016 гг. в ГУЗ ТГКБ СМП им. Д.Я. Ваныкина наблюдалось 7 больных с новообразованиями полости носа и околоносовых пазух (5 мужчин и 2 женщины, средний возраст $42,5 \pm 4,5$ лет). Все новообразования имели соединительнотканное происхождение: фиброаденома, ангиофиброма, гемангиома. Выявить первичную локализацию невозможно в связи с тем, что опухоль занимало большую часть носовой полости, верхнечелюстные и решетчатые пазухи. У трех больных произошло распространение новообразования в носоглотку, имитируя антрохоанальный полип. У одного пациента опухоль распространилась в глазницу, что привело к развитию экзофтальма и нарушению подвижности глазного яблока. Но у одной из этих больных развился амороз. Окончательный клинический диагноз удалось поставить только после предоперационной биопсии новообразований у всех семерых. Четверым пациентам

провели радикальное удаление опухоли экстраназальным доступом на верхнечелюстных и лобных пазухах в пределах здоровых тканей. Эндоназально с полным удалением новообразования провели троим пациентам. Больной с амаврозом была проведена травматическая операция Мура. После стационарного лечения все больные выписаны с выздоровлением.

Выводы. Расхождение предварительного и клинического диагнозов связано с распространением новообразований полости носа в околоносовые пазухи и соседние области (например, в глазницу), а также невозможностью выполнения биопсии. Более раннее выявление опухоли и определение характера ее роста обеспечивается полноценным обследованием, что включает сбор жалоб, анамнеза, осмотр, пальпацию, эндоскопию, рентгенографию, КТ, МРТ. Комплексное обследование обеспечивает точный план оптимального по объему и характеру лечения, метод которого должен быть подобран индивидуально. В случае наличия осложнений выполняется экстраназальное хирургическое вмешательство со вскрытием околоносовых пазух и глазницы, вовлеченных в процесс. Но наиболее рациональным считается эндоназальное удаление опухоли под эндоскопическим контролем, обеспечивающее наименьшую травматизацию структур носовой полости.

Список литературы:

1. Антонив В.Ф., Попадюк В.И., Антонив Т.В. Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии // Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции. — М., 2005. — С. 23-27.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Клиническое руководство. М., 2013. 478 с.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМЕРНЫХ МЕМБРАН ДЛЯ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ЛИНИИ ШВОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Захарова К.В., Ярмамедов Д.М., Инархов М.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Липатов В.А.

Курский государственный медицинский университет

В последние годы оперативные вмешательства стали ведущими методами лечения большинства заболеваний, в следствие чего, увеличилась частота послеоперационных осложнений [2]. Несостоятельность желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов является одной из главных проблем современной абдоминальной хирургии, по данным различных авторов доходит до 17,4% (Черноусов А.Ф. и соавт., 2005). Летальность при этом остается очень высокой и составляет 20-30% [3]. Появление новых шовных материалов, аппаратного шва, новых антибактериальных средств, укрепление позиций однорядного прецизионного кишечного шва, применение многочисленных биологических, синтетических и адгезивных композиций, в частности, модернизированных клеевых и пленочных материалов на рынке медицинских товаров позволили усилить прочность и герметичность кишечных швов, однако полного решения существующей проблемы достигнуто не было [1].

Цель: в условиях эксперимента на животных изучить эффективность герметизации при применении новых полимерных пленочных имплантов по линии швов толстокишечных анастомозов.

В качестве материала для экспериментального исследования был использован образец полимерной мембраны, изготовленный на основе полимера карбоксиметилцеллюлозы. Оперативные вмешательства проводили на половозрелых кроликах самцах породы Шиншилла (n = 60). Оперативные вмешательства проводили в

стерильных условиях, под наркозом с соблюдением правил проведения экспериментальных исследований на животных.

В качестве материала была использована петля слепой кишки. Формировали межкишечный анастомоз по типу «конец в конец». Было сформировано 3 группы исследования: 1 группа - контрольная группа – межкишечный анастомоз с использованием техники двурядного кишечного шва – шов Шмидена (первый ряд) и шов Матешука (второй ряд); 2 группа - контрольная группа – межкишечный анастомоз с использованием однорядного шва Шмидена; 3 группа - экспериментальная группа – межкишечный анастомоз с использованием однорядного шва Шмидена, герметизированный образцом полимерной мембраны. Механическая прочность на разных сроках эксперимента определялась методом пневмопрессии. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методики определения границ доверительного интервала.

По результатам полученных данных при изучении биологической герметичности и механической прочности толстокишечных анастомозов непосредственно после наложения швов (0 сут.) и на 1-е сутки эксперимента самые высокие значения получены в опытной группе (3 группа), так как для нарушения целостности и герметичности линии кишечных швов требовалось оказать достоверно статистически значимо большее максимальное давление ($109,2 \text{ мм рт. ст.} \pm 1,28$) в сравнении с контрольными группами 1 и 2. Во второй контрольной группе значение было равно - $82,7 \text{ мм рт. ст.} \pm 1,75$. Наименьшая степень герметичности и прочности наблюдалась в контрольной группе 1 и соответствовала - $64,3 \text{ мм рт. ст.} \pm 2,18$.

Благодаря использованию изучаемого полимерного пленочного импланта удастся предотвратить временное сообщение сквозных проколных каналов в зоне кишечного шва с брюшной полостью, повысив при этом степень биологической герметичности анастомоза за счет барьерного эффекта импланта, а также укрепить линию швов до полной регенерации тканей в зоне оперативного вмешательства.

Таким образом, на ранних сроках после наложения однорядного кишечного шва применение полимерной мембраны в качестве второго ряда швов повышает степень механической прочности толстокишечного анастомоза. Также полученные данные свидетельствуют о снижении повышенной проницаемости и повышении степени герметичности кишечного шва.

Список литературы:

1. Инархов, М. А. Экспериментальное обоснование эффективности применения новых полимерных мембран для герметизации линии швов при формировании толстокишечных анастомозов / М. А. Инархов, В. А. Липатов, М. А. Затолокина, Д. М. Ярмamedов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - №3 (32). - С. 209-213.
2. Инархов, М. А. К вопросу изучения физико-механических свойств и особенностей новых деградируемых полимерных пленочных имплантов для операций на органах брюшной полости / М. А. Инархов, В. А. Липатов, М. А. Затолокина, Д. М. Ярмamedов, С. В. Лазаренко // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2016. - №3. - С. 67-73.
3. Bakker, I. The C-seal trial: colorectal anastomosis protected by a biodegradable drain fixed to the anastomosis by a circular stapler, a multi-center randomized controlled trial / I. Bakker, A. Morks, H. C. Hoedemaker, J. Burgerhof, H. Leuvenink, R. Ploeg, K. Havenga // BMC Surgery. – 2012. - 12:23.

АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЧИВОСТИ ЭКСТРАОРГАННЫХ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Игнатъев В.С., Капацын Н.В., Сулейманов А.А., Тиссин К.К.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Иванова Л.И.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, Казахстан

Введение. Н.И.Пирогов доказал необходимость безукоризненного владения суммой анатомических знаний для всех без исключения врачей. В практической медицине нередко наблюдается несоответствие анатомии и топографии на операционном столе с той топографией, которая изложена в анатомических руководствах. Каждый организм сам по себе не является повторением другого, себе подобного, поэтому учение В.Н.Шевкуненко об изменчивости организма человека остается актуальным и в настоящее время. Целью исследования явились поиск и изучение вариаций экстраорганных почечных артерий.

Материалы и методы. Материалом служили 17 органокомплексов взрослого человека, полученных из хранилища натуральных препаратов кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией ЗКГМУ имени Марата Оспанова.

Топографо-анатомические особенности строения почечных артерий изучали с помощью классического анатомического метода исследования – препарирования. Использовали также морфометрические измерения, фотографирование, описание, статистическую обработку.

Результаты и обсуждение. Нами обнаружены наличие добавочных и множественных почечных артерий, удвоение с общим и раздельным отхождением, варианты ветвления. Анализ полученных результатов подтверждает многообразие вариантов архитектоники почечных артерий, что доказано нами в 23,5% наблюдений.

Закключение. Таким образом, выявленные нами вариации подтверждают и дополняют имеющиеся сведения о диапазоне изменчивости почечных артерий у человека, что имеет немаловажное значение, в частности, для хирурга, оказавшегося в нестандартной анатомической ситуации.

В клинической практике отклонения от классической анатомии осложняют диагностику, приводит к врачебным ошибкам, что заставляет врачей всегда творчески, а не стандартно подходить к лечению больных.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Изимов Э.Б., Канымбаева Н., Зиганьшина А.В., Смагул Т.Т.

Научные руководители: к.м.н. ассистент Байжаркинова А.Б., д.м.н. доцент Джаканов М.К.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата
Оспанова, Госпиталь - железнодорожная больница, г. Актобе, Казахстан

Актуальность проблемы. По данным разных авторов зарубежной литературы больных пожилого и старческого возраста с диагнозом острый аппендицит встречаются в 10% случаев. Клиника у них бывает атипичной, поэтому ошибки диагностики на догоспитальном этапе, в стационаре 3% -24,5%, летальность составляет 0,3-1%. Вопрос диагностики острого аппендицита пожилого и старческого возраста остается актуальным для своевременного лечения.

1935г С. С. Юдин писал: «при осложненной форме острого аппендицита у людей пожилого и старческого возраста клиника протекает как кишечная непроходимость ».

Запорам, тошнотам и рвотам больные этого возраста обычно не придают значения и поэтому поздняя обращаемость.

По разным литературным данным у пожилых и старых больных деструктивная форма острого аппендицита составляет-76%; встречаются формы: гангренозный аппендицит 34,9% - 44,1% и перфоративный - до 47,8%, а у молодых деструктивная форма -56%.

У пожилых и старых больных острый аппендицит с перитонитом - встречается - 34%, особенно старше 70 лет, чаще у мужчин -55%. Боли в животе 100% случаев аппендицита, а у пациентов пожилого и старческого возраста боли- 50%, а иногда жалоб нет. Симптом Кохера встречается в 6,8%, т.е. боли в эпигастрии встречается 1:4 случаях, при аппендиците с гангреной - 19%. Симптомы: Воскресенского ("рубашки" или "скольжения"), Ситковского –Ровзинга, Бартомье-Михельсона могут слабо выраженными и может не быть из-за слабости мышц брюшной стенки отростка,

Симптом раздражения брюшины: (defans), Щёткина - Блюмберга, который проверяется в последнюю очередь, может не определяться при атипичном (в малом тазу, в ретроцекальном или ретроперитонеальном). расположении отростка.

Симптомы Образцова и Каупа при ретроцекальном расположении проявляются так же не сразу. Разницы ректальной и аксилярной t° (симптом Краузе) нет. Лейкопения в место L-цитоза (например- $12 \times 10^9/\text{л.}$). Все симптомы могут появляться при развитии диффузного перитонита. При нормальной t° тела тахикардия и одышка - тревожный симптом для больных этих возрастов.

Острый аппендицит (подпеченочное расположение 2-5%) протекает как холецистит, при мезоцекальной лаколизации отростка 8-10% трудно отличить от кишечной непроходимости или от кишечной инфекции. Поэтому используя УЗИ , обзорную Р-графию брюшной полости, везикальное и ректальное обследование необходимо верифицировать диагноз острый аппендицит..

Цель и задачи исследования. Цель настоящей работы – изучение особенности клиники острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста, оперированных и выписанных из жд больницы за 5 лет в сравнении с показателями литературных данных по этой нозологии.

Материалы и методы. Для изучения взяты за 2012-16 гг 2012 истории болезней всех возрастов с дз острый аппендицит, среди них не оперированы 166 больных, а 1846 все истории болезней больных, выписанных после операции за 2012-16гг из хирургического отделения железнодорожной больницы с диагнозом острый аппендицит. Среди них отобраны истории болезни пожилого и старческого возраста с диагнозом острый аппендицит 184, возраст которых от 50-79 лет, среди всех аппендицитов их число составил почти 10%. У пожилых и старых пациентов клиника острого аппендицита была атипичной (из описания врачей) в отличии от больных (контрольная группа 185 больных молодого возраста с диагнозом острый аппендицит).У 138 великовозрастных больных были флегмонозные и гангренозные формы аппендицита в связи с поздним обращением ко врачу, 2 пациента с аппендикулярным инфильтратом, которые поступили через 72 часа после заболевания, только 46 больных 50- летнего возраста обратились своевременно..

Результаты и обсуждение. Все 184 больных пожилого и старческого возраста после экстренной аппендэктомии 182 выписаны с улучшением, 2 больных с инфильтратом получали консервативное лечение и оперированы через 3-4 месяца. Все направлены на амбулаторное лечение. Летальности нет. Результаты 184 исследуемых истории больных пожилого и старческого возраста обсуждены совместно с хирургами, заведующим отделением и научными руководителями среди интернов и студентов.

Заключение: из хирургического отделения железнодорожной больницы в 2012-2016г.г. по историям 184 выписанных больных пожилого и старческого возраста после аппендэктомии - 182, 2 с аппендикулярным инфильтратом, у них клиника острого аппендицита не соответствовала патологоанатомическим изменениям отростка, но все

выписаны с благоприятным исходом, осложнения инфицирование послеоперационных ран у 15 больных в связи с сопутствующим заболеванием - сахарный диабет.

Список литературы.

1. Bisharah M., Tulandi T. Laparoscopic surgery in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2012; 46(1): 92-97.
2. Под ред. В. Михайловича "Острый аппендицит у пожилых и старых людей" 2014г.
3. <http://www.dissercat.com/content/klinika-diagnostika-akusherskaya-i-khirurgicheskaya-taktika-u-beremennykh-s-ostrym-appendits#ixzz3Vxc259uj2017>
4. Архивные документы х/о жд больницы(статистические отчеты и истории болезни)

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДЕНИЙ ВАРИАбельНОСТИ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Капацын Н.В., Игнатьев В.С., Сулейманов А.А., Тамаев Я.М.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата
Оспанова, Казахстан

Научные руководители: к.м.н. доцент Иванова Л.И., д.м.н. профессор Жакиев Б.С.

Введение. Распространенность заболеваний желчных путей занимает в масштабах г.Актобе и области второе место после острого аппендицита, составляя 15-20% всех оперативных вмешательств и не имеет тенденции к снижению. Успешность выполнения хирургических вмешательств на органах гепатобилиарной зоны помимо факторов, связанных с общим состоянием пациента и основной патологией, во многом зависит от своевременного и четкого анализа анатомической ситуации выбранной области как в плане предварительного обследования, так и интраоперационно.

Отклонения от классической билиарной анатомии встречаются до 20%, что побуждает к поиску путей улучшения результатов хирургического лечения больных путем снижения рисков возможных повреждений сосудистых структур. Многовариантность печеночных артерий, строение и топография их ветвей имеет непосредственное отношение к работе хирурга. Поэтому изучение вариантной анатомии печеночных артерий остается актуальным, т.к. обнаруживаются все новые и новые их формы. Цель исследования – поиск и изучение анатомических вариаций печеночных артерий для расширения их диапазона в билиарной хирургии.

Материалы и методы. Материалом исследования служили 32 изолированных препарата печени с сохраненными воротными элементами и 17 органокомплексов взрослого человека, полученных из хранилища натуральных препаратов кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией ЗКГМУ имени Марата Оспанова.

Содержимое ворот печени и топографо-анатомические особенности строения экстраорганных печеночных артерий изучали с помощью классического анатомического метода исследования – препарирования. Использовали также морфометрические измерения, фотографирование, описание, статистическую обработку. В каждом наблюдении оценивали границы треугольника Calot.

Результаты и обсуждение. В ходе изучения нами выявлены вариации отхождения, ветвления, наличие добавочных ветвей, а также сочетанная форма вариаций печеночных артерий. Анализ полученных результатов подтверждает многообразие вариантов архитектоники печеночных артерий, что доказано нами в 36,7% наблюдений.

Закключение. В хирургической практике отклонения от классической анатомии осложняют диагностику и интраоперационную ориентировку, приводя к врачебным ошибкам. Таким образом, знание и учет анатомических вариаций архитектоники печеночных артерий у конкретного больного будет способствовать предотвращению риска осложнений.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Керимова Л.Н., Шалимова А.К.

Уральский государственный медицинский университет

Синдром диабетической стопы (СДС) – осложняет течение сахарного диабета (СД) у 4,6-25% пациентов. Результаты лечения СДС зависят, прежде всего, от правильной организации помощи этой категории пациентов, реализующей принципы мультидисциплинарного подхода [1]. На результаты лечения также существенное влияние оказывает спектр соматической патологии, определяемый индексом коморбидности, и комплаентность пациентов [2].

Цель исследования – изучение результатов комплексного лечения пациентов с синдромом диабетической стопы на базе гнойного хирургического отделения МАУ ГKB №40.

Материалы и методы исследования.

Проведено ретроспективное изучение медицинской документации пациентов с СДС, лечившихся на базе гнойного хирургического отделения МАУ ГKB №40 за 2013 – 2015 гг. Было выявлено 139 человек, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу СДС. В соответствии с возрастом все пациенты разделены на четыре группы.

Среди всех пациентов с СДС нейропатический тип зарегистрирован у 60 человек (43,2%), а нейроишемический – у 79 человек (56,8%).

Глубина и распространенность гнойно-некротического поражения стоп оценена дифференцированно в соответствии с типом СДС по классификации Wagner, которая основана на оценке глубины повреждения, степени его инфицирования, наличия некротических изменений [3].

Результаты исследования.

Трофические язвы (ТЯ) стоп зарегистрированы у 6 (10,0%) пациентов, при этом, поверхностные язвы (II степень по Wagner) без признаков инфицирования глубжележащих тканей имелись у 1, а глубокие язвы, достигающие костных структур (III степень), с признаками инфицирования – у 5. По поводу ТЯ у 5 пациентов было проведено иссечение язвы с некрэктомией, у 1 пациента была проведена экзартикуляция пальца. В 4 случаях исходом лечения была эпителизация ТЯ, у 2 пациентов развились осложнения с последующей ампутацией на уровне стопы.

У половины пациентов (n=30) с нейропатическим типом СДС были диагностированы флегмоны стоп различной степени распространенности. У 8 из них (26,6%) основой для развития флегмон были ТЯ.

Глубокие флегмоны, распространяющиеся под подошвенный апоневроз (III степень) выявлены у 25 пациентов (83,3%). При этом хирургическая обработка включала не только вскрытие и дренирование гнойника, но некрэктомию в 10 случаях (40,0%), экзартикуляцию у 12 пациентов (48,0%), ампутацию на уровне стопы в 3 (12,0%). У 15 пациентов исход операции благоприятный, произошло заживление ран. У 8 пациентов некроз прогрессировал, исход – у 6 пациентов малые ампутации, у 2 – заживление. 2

пациента оперированы повторно, выполнено вскрытие флегмон с последующим заживлением.

С явлениями гангрены стопы поступили 16 человек (26,7%), при этом $\frac{3}{4}$ пациентов имели влажный характер гангрены. Во всех случаях выполнены ампутации, из них 10 на уровне стопы (3 реампутации также на уровне стопы), 3 – на уровне голени, 3 – на уровне бедра. У поступивших в хирургический стационар пациентов с нейропатическим типом СДС в 88,3% были зарегистрированы тяжелые варианты гнойно-некротических осложнений.

Аналогичным образом были разделены на группы пациенты с нейроишемическим типом СДС:

ТЯ зарегистрированы у 6 (7,5%) пациентов, при этом, поверхностные язвы (II степень по Wagner) без признаков инфицирования подлежащих тканей имелись у 2, глубокие язвы, достигающие костных структур (III степень), с признаками инфицирования – у 4. По поводу ТЯ у 1 пациента было проведено иссечение язвы, у 3 иссечение язвы с некрэктомией и у 2 пациентов была проведена экзартикуляция. В 3 случаях исходом лечения стала эпителизация, у 3 пациентов некроз прогрессировал, что послужило поводом для малых ампутаций.

У 13 пациентов (16,5%) с нейроишемическим типом СДС были диагностированы гнойно-некротические флегмоны стоп различной степени распространенности. Поверхностные флегмоны (II степень по Wagner) диагностированы у 6 пациентов (46,1%), они были вскрыты и дренированы. Исход лечения в 4 случаях – эпителизация, в 2 случаях прогрессирование процесса (2 ампутации на уровне голени).

Глубокие флегмоны, распространяющиеся под подошвенный апоневроз (III степень) выявлены у 7 пациентов (53,8%). При этом хирургическая обработка включала не только вскрытие и дренирование гнойника, но некрэктомию в 4 случаях (57,1%), экзартикуляцию пальцев у 1 пациента (14,2%), ампутации – у 2 (28,5%). У 5 пациентов исход операции благоприятный, у 2 пациентов выполнены ампутации на уровне бедра.

Некротические поражения, включающие в себя гангрены и некрозы, встретились у 60 пациентов (75,9%). Гангрена на уровне пальцев выявлена у 21 пациента (26,6% от общего числа больных нейроишемического типа), на уровне стоп у 28 пациентов (35,4%), гангрена с распространением выше голеностопного сустава 11 пациентов (13,9%). У этой подгруппы пациентов выполнено 26 ампутаций и экзартикуляция на уровне пальцев, 7 – на уровне стопы, 11 – на уровне голени, 16 – на уровне бедра. Среди пациентов с нейроишемическим типом СДС в 87% случаев зарегистрированы распространенные и глубокие некротические процессы на стопах.

Выводы

1. У поступивших в хирургический стационар пациентов с нейропатическим типом СДС в 88,3% были зарегистрированы тяжелые варианты гнойно-некротических осложнений, а среди пациентов с нейроишемическим типом СДС в 87% случаев зарегистрированы распространенные и глубокие некротические процессы на стопах.

2. Благодаря внедрению комплексного подхода в лечении СДС наблюдается тенденция снижения количества больших ампутаций нижних конечностей (в 2014 году – 34,0%, в 2015 году – 21,2%).

Список литературы.

1. Мельситов В.А. Оптимизация оказания хирургической помощи больным с синдромом диабетической стопы / В.А. Мельситов // Саратов, 2014.– Библиогр.: С. 6-12.

2. Бурлева Е.П. Введение в ангиологию и сосудистую хирургию / Е.П. Бурлева, А.А. Фокин, В.Л. Ермолаев, Е.В. Иванов // Екатеринбург: Издательство Баско, 2015.– С. 232-258.

3. Давиденко О.П. Синдром диабетической стопы. Его роль и место в современной диабетологии / О.П. Давиденко // Сургут: Медицинские науки. 2014.– № 5. С. 14-28.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Коваленко А.И., Маликова М.И.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Лаврешин П.М.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Распространенность заболевания составляет 140-160 человек на 1000 взрослого населения. Его удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41 %, а среди заболеваний прямой кишки геморрой занимает ведущее место

Цель. Изучить и оценить влияние малоинвазивных методов лечения геморроя.

Был проведен статистический анализ по оценке методов лечения геморроя за период с 2013 по 2015 год.

Гемморой-патологическое увеличение геморроидальных узлов(внутренних узлов-внутренний, нуружных узлов-наружный геморрой).

Предрасполагающие факторы:

- Пожилой и старческий возраст
- Сидячая работа
- Малоподвижный образ жизни
- Неправильное питание
- Хронические или острые запоры
- Злоупотребление алкоголем
- Беременность, роды

Причиной патологического увеличения геморроидальных узлов является острое или хроническое нарушение кровообращения(застой крови) в кавернозных образований

Клиника

- Алая кровь из заднего прохода во время или после дефекации.
- Постоянные тупые боли в области заднего прохода
- Дискомфорт и анальный зуд (геморроидальная трещина)

Под действием патогенных факторов геморроидальные узлы увеличиваются, смещаются. Нарастают процессы дистрофии в удерживающем аппарате и геморроидальные узлы начинают выпадать из анального канала.

Классификация

- по течению
- по механизму возникновения
- по расположению геморроидальных узлов

Типичную геморойдэктмию (хирургический метод) проводят 20 % пациентам, остальные получают малоинвазивную терапию.

Малоинвазивные методы.

- Склеротерапия
- Лигирование латексными кольцами
- Дезартеризация геморроидальных узлов
- Инфракрасная фотокоагуляция

Инфракрасная фотокоагуляцияN=185 с помощью прибора излучающего тепловой поток энергии врач устраняет геморроидальный узел,юлокируя приток крови к нему

СклеротерапияN=35 это метод лечения геморроя, который заключается в том, что в просвет геморроидальных узлов вводится особое вещество – склерозант. Оно вызывает в просвете вены воспаление и процесс склерозирования. Стенки геморроидальной вены слипаются и зарастают. Метод склеротерапии обычно применяется на начальных стадиях геморроя (чаще всего на 1-2 стадии). В некоторых случаях склеротерапия геморроя может применяться и на 3-4 стадии для остановки кровотечения, когда планируется проведение оперативного вмешательства

Лигирование латексными кольцами N=663 заключается в набрасывании кольца на геморроидальный узел, после чего он отпадает вместе с кольцом. Иногда требуется несколько повторных сеансов для окончательного удаления узла. В 90% случаев достигается полное устранение симптомов. Считается эффективным и малотравматичным методом.

Дезартеризация геморроидальных узлов - это современнейший метод лечения геморроя без операции. Отличительная чертой данной процедуры от других методов является то, что дезартеризация позволяет не просто удалить существующий геморроидальный узел, но и препятствует образованию новых узлов. В основе методики лежит перевязка (шовное лигирование) геморроидальных артерий, которые снабжают геморроидальные узлы кровью, тем самым увеличивая их. Этот метод считается наиболее высокоэффективным еще и потому, что при помощи него безоперационное лечение геморроя возможно на любых стадиях болезни. Однако, успешность лечения наблюдается при геморрое начальной степени развития. Имеется противопоказание: при диагнозе геморрой с осложнениями (тромбоз узлов, парапроктит)

Профилактика

- Движение
- Режим труда и отдыха
- Отказ от вредных привычек
- Гигиена заднего прохода

Раннее обращение больных за медицинской помощью, широкое внедрение малоинвазивных вмешательств в амбулаторную и клиническую практику, выбор метода лечения с учетом стадии заболевания позволят изменить соотношение между геморроидэктомией и малоинвазивными вмешательствами в пользу последних.

В целом, преимущества малоинвазивных методов лечения геморроя очевидны. Они являются высокоэффективными и дают возможность излечить до 80% пациентов. Они достаточно просты, почти безболезненны и доступны. Несмотря на их разнообразие, принципы действия едины – снижение притока крови к геморроидальному узлу, фиксирование выпадающей слизистой оболочки. К сожалению, при запущенных формах заболевания данные способы не подходят.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Конаков Я.Д., Алиев В.Г., Гарибова Г.М.

Клиника пропедевтической хирургии №1 Самарского государственного медицинского университета

Введение: На сегодняшний день желчнокаменная болезнь (далее ЖКБ) является одним из самых распространенных заболеваний хирургического профиля и служит причиной госпитализации в стационар до 25% всех больных. Наибольшее распространение получила из оперативных методик получила лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). При этом недостатком этого метода является тот факт, что у больных с ожирением толщина жировой клетчатки может достигать до 20 см [3], что делает рану очень глубокой и манипуляции в области ее дна технически сложными. Известно, что оптимальный угол раны должен быть менее 250[4]. При этом длина разреза кожи теоретически может достигать 17 см, что повышает травматичность операции, увеличивает риск послеоперационных осложнений, ухудшает косметический эффект и фактически выводит данное вмешательство из категории малоинвазивных. Манипуляции

в глубине раны из короткого разреза у больных с ожирением приводят к техническим дефектам ушивания апоневроза с последующим образованием послеоперационных грыж (до 12%), травматизации тканей с последующим развитием нагноений (до 7%) и лигатурных свищей (до 0,6%) [5]. Целью исследования является оценить результаты лечения ЖКБ у больных с ожирением и усовершенствовать технику оперативного лечения.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ лечения 65 больных с ЖКБ, оперированных в ФГБОУ ВО СамГМУ клиники пропедевтической хирургии №1 в период с сентября 2016 по октябрь 2017 гг.. Возраст пациентов составил от 29 до 82 лет. Из них 73 женщины и 17 мужчин. Критериями включения в исследование были избыточная масса тела (ожирение II – IV степени), отсутствие противопоказаний для оперативного лечения, выполнение лапароскопической холецистэктомии (далее ЛХЭ) в течение первых 72 часов от момента госпитализации. Критериями исключения из исследования были отсутствие избыточной массы тела, выполнение альтернативных методик холецистэктомии (мини доступ, открытая холецистэктомия), выполнение ЛХЭ позднее 72 часов от момента госпитализации. Разработан способ открытой лапароскопии, позволяющий уменьшить глубину раны обеспечивающий условия для хирургической манипуляции в области ее дна без увеличения длины разреза. Выделены две группы пациентов: с хроническим калькулезным холециститом (I группа) и с острым калькулезным холециститом (II группа). В I группу вошло 25 пациентов, которым была выполнена ЛХЭ разработанным способом при хроническом холецистите. В контрольную группу вошло 35 пациентов, которым произвели ЛХЭ традиционным доступом при хроническом холецистите. Во II группу вошло 5 пациентов, которым выполнялась ЛХЭ по поводу острого холецистита с использованием разработанного метода. В контрольной группе было 10 пациентов, которым произвели ЛХЭ из традиционного доступа при остром холецистите.

Результаты и обсуждения. У пациентов из I и II группы с ожирением удалось избежать лишней травматичности и увеличения разреза кожи: максимальная длина разреза составила 3 см, при том что средняя глубина подкожно-жировой клетчатки была 20 см. В это же время в контрольных группах выполнялось дополнительное расширение доступа, и максимальная длина разреза составила 7 см. У пациентов из I группы послеоперационных осложнений не было. У 7 пациентов из контрольной группы периоде сформировалась серома, потребовавшая ее вскрытия, дренирования. У оставшихся пациентов послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. У пациентов II группы послеоперационных осложнений не было, раны зажили первичным натяжением. У 1 пациента из контрольной группы оперативное лечение осложнилось нагноение послеоперационной раны, заживление протекало путём вторичного натяжения, была назначена дополнительная антибактериальная терапия. Кроме того, у 1 пациента сформировалась послеоперационная грыжа, по поводу которой была произведена повторная госпитализация с целью оперативного лечения.

Выводы. 1. Традиционная техника при лапароскопии у больных с ожирением часто сопровождается местными септическими осложнениями, а манипуляции в глубине раны из короткого разреза у больных с ожирением может привести к техническим дефектам ушивания апоневроза с последующим образованием послеоперационных грыж.

2. Разработанный метод снижает риск послеоперационных осложнений, за счет уменьшить глубину раны и, тем самым, обеспечить условия для хирургических манипуляций в области ее дна без лишней травматичности тканей.

Список литературы.

1. Чернеховская Н.Е. Оперативная лапароскопия / Н.Е.Чернеховская, В.Г.Андреев, А.В.Поваляев. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 192 с..

2. Эндоскопическая хирургия: Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998, С.58..
3. М.М.Гинзбург, Г.С.Козупица, Н.Н. Крюков Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение. Самара 1999.
4. Созон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутринним органам. Л.:Медгиз.1954.
5. Белоконев В.И. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж: монография / В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, З.В. Ковалева и др.- Самара: ГП «Перспектива», 2005.

НОВЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЛОНИДАЛЬНЫХ КИСТ В СТАДИИ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Коханский Е.В., Малевич Р.О.

Научный руководитель: Маслакова Н.Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Пилонидальная киста (ПК) – это распространенная хирургическая патология, встречаемость которой составляет, по разным оценкам, от 1 до 2% общего числа хирургических заболеваний. В колопроктологической практике ПК встречается в 14-20% случаев [2]. Данной патологии преимущественно подвержены трудоспособные лица, чаще мужского пола (чаще в 2-4 раза, в сравнении с женщинами) [1]. Актуальность проблемы обусловлена неудовлетворительными результатами лечения, частота которых колеблется от 20 до 40 % в зависимости от метода хирургического лечения [3], часто возникающими лигатурными свищами и образованием вторичных полостей. При проведении клинического исследования ставилась цель изучить эффективность применения новой методики хирургического лечения ПК среди пациентов 18-27 лет, преимущественно мужского пола методом клинического наблюдения.

Материалы и методы. Предлагаемая новая двухэтапная хирургическая тактика лечения ПК в стадии острого воспаления подразумевает: на первом этапе - вскрытие абсцесса и лечение, направленное на купирование воспалительного процесса, затем, через 7-10 дней, иссечение ПК. Иссечение ПК проводится в пределах здоровых тканей до крестцовой фасции (КФ), после прокрашивания ходов метиленовым синим или бриллиантовым зеленым. Далее, при закрытии раны используем 2-этажный многостежковый вертикальный «возвратный» П-образный шов без захвата КФ. Вкол иглы (атравматическая лигатура, оптимально применение мононитей из полипропилена от USP 2 и более, игла длиной 45 мм и более) на расстоянии 1,5-2,0 см от одного из краев раны, затем следует выход иглы на середине глубины раны; далее отступая около 1/3 от глубины раны очередной вкол и проведение иглы на глубину до дна раны, но не вовлекая КФ в шов, следующий этап – переход на противоположную сторону раны и выполнение аналогичных действий в обратном порядке, не выкалывая иглу на коже противоположной стороны, проводим иглу на исходную сторону на расстоянии 0,5-0,7 см от края раны. Целесообразно наложение подобных швов в «шахматном порядке» по отношению к длиннику раны, данный прием обеспечивает хорошие условия трофики раны и гарантирует наилучшее заживление раны. Также данный метод подходит и для иссечения ПК вне острого воспаления, т.е. для одномоментной радикальной операции удаления ПК.

Результаты и обсуждения. Данный метод лечения ПК применялся на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» с 2011 по 2016 г. За данный период было прооперировано 132 пациента. Средняя время госпитализации – 10-12 дней. Раны заживали первичным натяжением,

рецидивов не зарегистрировано. Послеоперационные осложнения: 4 – краевой некроз, 3 – серома, 2 – нагноение раны.

Выводы. Изложенный нами способ закрытия раны с помощью двухэтажного шва максимально адаптирует края операционной раны, что предотвращает образование полостей и скопления в них экссудата, также техника описанного нами шва позволяет не оставлять в ране лигатуры, тем самым гарантируя отсутствие лигатурных свищей, а зашивание раны без вовлечения КФ – профилактика хронических послеоперационных болей в области рубца, которая улучшает качество жизни пациентов. Наложение швов в «шахматном» порядке позволяет создать наилучшие условия для трофики раны, тем самым обеспечивая адекватное заживление. Данная методика позволила изменить традиционную концепцию хирургического лечения за счет своей эффективности и простоты исполнения.

Список литературы.

1. Лаврешин, П.М. Диагностика и лечение эпителиального копчикового хода / П.М. Лаврешин [и др.] // Медицинский вестник северного кавказа – 2011. - №4 – С. 99-100.
2. Жданов, А.И. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода: клинко-анатомические аспекты / А.И. Жданов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии том VI, №3 2013 – С. 385-391.
3. Попков, О.В. Эпителиальный копчиковый ход. Методы хирургического лечения / О.В. Попков [и др.] // Обзоры и лекции 2016 – С. 101-106.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кулумбегов Г.Р., Ирасханов А.Ш., Ахмадов И.И.

Научный руководитель: к.м.н. Фарниев Т.Х.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Введение. Этиологическими факторами механической (обтурационной) желтухи являются патологии, нарушающие адекватный пассаж желчи на различных уровнях желчевыводящих путей. Чаще всего возникновение механической желтухи имеет билиарные причины (обтурация конкрементом, желчным сладжем), реже – опухоли панкреатобилиарной зоны, стриктуры и пороки развития внутри- и внепеченочных желчевыводящих путей, паразиты, увеличенные лимфоузлы. Отсутствие своевременного устранения холестаза может привести к острой печеночно-почечной недостаточности, печеночной энцефалопатии, холемициемическим кровотечениям и иным серьезным осложнениям. Целью работы является проведение анализа структуры заболеваемости, диагностики и лечения механической желтухи в клинике общей хирургии СОГМА.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании были проанализированы 52 истории болезни пациентов, проходивших лечение в клинике общей хирургии СОГМА в 2016-2017 гг. Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием пакета программ Statistica 10 и Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Среди проанализированных историй болезни лиц мужского пола - 19 человек (36,5 %), женского - 33 (63,5%). В возрастной группе 30-45 лет – 3 случая механической желтухи, 45-60 лет – 16 случаев, старше 60 лет – 33 случая, средний возраст – $64,8 \pm 12,9$ лет. По степени тяжести выявлено 35 случаев (67,3%) легкой и 17 случаев (32,7%) средней формы подпеченочной желтухи. Причинами обтурационной желтухи были: а) конкременты в желчных протоках (43 случая – 82,7%); б) желчный сладж с микролитами (3 случая – 5,8%); в) стриктура гепатикохоледоха (2 случая – 3,8%);

г) опухоль терминального отдела гепатикохоледоха (1 случай – 1,9%); д) опухоль головки поджелудочной железы (1 случай – 1,9%); е) гиперплазия фатерова сосочка (1 случай – 1,9%); ж) дислокация пластикового билиодуоденального стента (1 случай – 1,9%). Дополнительные методы обследования (ультразвуковое исследование и компьютерная томография) позволяли обнаружить в просвете общего желчного протока конкременты размером от 8 до 12 мм и/или микролиты, холедохэктазии до 9,5-17 мм и расширение внутрипеченочных желчных ходов. Пациенты поступали с повышенным уровнем содержания в крови общего и прямого билирубина (52 случая – 100%), щелочной фосфатазы (52 случая – 100%), общего холестерина (39 случаев – 75%). Малоинвазивные оперативные вмешательства выполнялись в объеме чрескожной чреспеченочной холангиографии с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (12 случаев), эндоскопической ретроградной холангиографии с применением йодсодержащего рентгеноконтрастного вещества Урографин 30%, эндоскопической папиллосфинктеротомии (50 случаев), билиодуоденального стентирования (21 случай), дренирования по Вишневскому (1 случай), ретроградной механической литотомии (7 случаев), экстракции конкрементов (43 случая). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 12 дней (минимальная – 8, максимальная – 19).

Выводы. 1) В случаях желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, средняя продолжительность времени с момента возникновения заболевания до момента обращения составила 2,5 года.

2) Профилактикой механической желтухи является оперативное лечение хронического калькулезного холецистита.

3) С целью раннего выявления желчнокаменной болезни рекомендуется проводить массовые профилактические обследования лиц трудоспособного и старшего возраста методами ультразвуковой диагностики гепатобилиарной зоны.

4) В настоящее время операциями выбора являются малоинвазивные методы лечения механической желтухи для декомпрессии желчных путей, которые сокращают период реабилитации больных и снижают количество осложнений (острый панкреатит – 5 случаев), приводят к быстрой нормализации биохимических показателей крови и мочи, являющихся «золотым стандартом» диагностики патологии гепатобилиарной системы.

Список литературы:

1. Брискин Б. С. Эндоскопическая санация общего желчного протока и холангиоэнтеросорбция при лечении холангита и механической желтухи / Б. С. Брискин, Д. А. Демидов // Эндоскопическая хирургия. – 2015. – т. 11, № 4. – С. 3–8.
2. Габриель С.А. Современные методы эндоскопической диагностики в лечении больных с механической желтухой / С.А. Габриель, В.Ю. Дынько, В.В. Гольфман. // Фундаментальные исследования – 2011 – № 11. – С. 272 – 276.
3. Елисеев С. М. Обоснование хирургической тактики при механической желтухе / С. М. Елисеев, Н. Г., Корнилов, С. П., Чикотеев [и др.] // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2016. – № 5(75). – С. 233 – 239.
4. Стяжкина С.Н. Актуальные проблемы механической желтухи в хирургии / С.Н. Стяжкина, А.Р. Истеева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 7. – С. 427-430.

СРАВНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПЛАСТИК ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кухарев Д.Ю., Сверхинская А.А., Говорунова Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Семенчук И.Д.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Большая распространенность заболевания, нерешенность вопроса о выборе оптимального способа лечения и высокая частота рецидивов паховой грыжи, способствует тому, что проблема данной патологии остается весьма актуальной. Паховые грыжи являются одними из самых распространенных хирургических заболеваний в мире. Заболеваемость данной патологией встречается часто в связи с анатомо-физиологическими факторами, поэтому актуальность данной проблемы остается высокой вне зависимости от социальных и экономических условий. Актуальной проблемой также является высокий процент осложнений и рецидивов после герниопластик. Целью работы являлись сравнительный анализ методов традиционной и лапароскопической герниопластики, изучение результатов проведенных операций, процент используемых методов герниопластики в 5 городской клинической больнице, оценка достоинств и недостатков используемых методов, анализ ближайших и отдаленных результатов лечения после различных вариантов герниопластик.

Материал и методы исследования. В ходе исследования на базе УЗ «5-ая ГКБ» г. Минска был проведен ретроспективный анализ 179 историй амбулаторных карт пациентов.

Результаты и обсуждения. Выделяют несколько способов герниопластики: традиционные и лапароскопические. Также выделяют «натяжные» методы, при которых используются местные ткани, окружающие паховые промежутки (Бассини, Жирара, Жирара-Спасокукоцкого), и «ненатяжные» - с использованием синтетических заплат или эндопротезов (Лихтенштейн). В зависимости от того, какая стенка пахового канала укрепляется, выделяют пластику передней стенки (Мартынова, Жирара, Жирара-Спасокукоцкого) и пластику задней стенки (Бассини).

При проведении изучения результатов оперативного лечения пациентов выявлено, что 93% составили мужчины, что можно объяснить особенностями строения у них пахового канала, а также большими физическими нагрузками. Средний возраст мужчин составил 59 лет. Женщины составили 7% оперативных вмешательств (средний возраст – 53 года). Выявлено, что лапароскопическая герниопластика использовалась только в 7,8% случаев, из традиционных методов в 59% был использован метод по Бассини, в 20,6% - по Постемскому, в 6,7% - по Лихтенштейну. Также использовались методы по Жирару-Спасокукоцкому, Шолдайсу, аутогерниопластика Десарта (4,3%). Основными достоинствами «традиционных» методов герниопластики являются: относительная простота выполнения, выполнение под местной/спинальной анестезией, меньшая стоимость операции. Недостатками являются высокий риск рецидивов (так как большинство методов являются натяжными), высокий риск осложнений, длительные послеоперационные боли.

При лапароскопической герниопластики имеется возможность обзорной лапароскопии органов брюшной полости до оперативного вмешательства для выявления сочетанной патологии, определения оптимального объема и методики герниопластики. Также к достоинствам следует отнести малоинвазивность, безнатяжную технологию операции, малую частоту рецидивов и осложнений. В послеоперационном периоде отмечается меньшая вероятность возникновения хронической боли. При лапароскопическом методе возможно выполнение герниопластики с обеих сторон одновременно без дополнительного доступа, что является наилучшим вариантом для пациентов с двусторонними паховыми грыжами. Также следует отметить высокостетичность метода, сокращение времени госпитализации и общих сроков нетрудоспособности пациентов.

Однако, несмотря на значительные достоинства, есть и недостатки: технические сложности, стоимость.

Выводы.

1. На сегодняшний день используется два способа закрытия грыжевого дефекта – открытое паховое грыжесечение и лапароскопическая герниопластика. Простота выполнения открытых операций, возможность её проведения без использования эндотрахеального наркоза, выполнение под местной или спинальной анестезией, несложность используемых хирургических инструментов, меньшая стоимость операции способствуют широкому распространению методики открытой операции во всех стационарах. Однако, уровень осложнений на разных этапах лечения, а также количество рецидивов остаётся достаточно высоким.

2. Наиболее часто паховые грыжи наблюдаются у мужчин (средний возраст – 59 лет).

3. Лапароскопическая герниопластика является минимально инвазивным способом хирургического лечения паховых грыж, пациент испытывает меньший дискомфорт после операции, минимальна опасность рецидива, минимальны сроки выздоровления.

4. Лапароскопическая методика использовалась лишь в 8% случаев, так как данный способ связан с большими финансовыми затратами, по сравнению с традиционными методами.

5. При достаточно тщательной дооперационной подготовке больного, выявлении и лечении скрытых гнойных очагов, подготовке операционного поля, тщательном проведении операции, строжайшей асептике и гемостазе, без обширной травматизации тканей, можно максимально снизить вероятность этих осложнений, в связи с чем открытое грыжесечение можно будет сопоставить с лапароскопической герниопластикой при выборе оптимального метода лечения.

Список литературы.

1. Ковалева, Н. М. Паховые грыжи и их лечение. – Смоленск, 1961. – 27с.
2. Кукуджанов, Н. И. Паховые грыжи. – М.: Медицина, 1969. – 440с.
3. Кукуджанов, Н. И. Прямые паховые грыжи и их оперативное лечение. – М.: Полиграфкнига, 1949. – 184с.
4. Стебунов, С. С. (род. 1966) Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки / С. С. Стебунов, Г. П. Рычагов. – Минск: БГМУ, 2005. – 30с.

ПУНКЦИЯ ПЕРИКАРДА

Ленковец А. С., Ковалевская Д. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. С внедрением в медицинскую практику новых технологий, как правило, меняются методы лечения различных заболеваний и техника выполнения медицинских вмешательств. Пункция перикарда не стала исключением.

Цель: изучить показания и технику проведения пункции перикарда.

Материалы и методы. Истории болезни 26 пациентов, находившихся на лечении в УЗ РНПЦ «Кардиология» за 2016 год, которым проводилась пункция перикарда. Полученные вычислительные данные обработаны при помощи программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. У 22 пациентов выполнялась пункция перикарда как под контролем ЭХО-КГ (17 пациентов), так и без этого исследования (5 пациентов) в точке Ларрея при тампонаде сердца и сепарации листков перикарда более 1 сантиметра со

скоплением жидкости в передненижнем синусе. При скоплении жидкости в косом синусе у 2 пациентов проводилась нижняя медиастинотомия. Также у 2 пациентов проводилась торакоскопическая фенестрация перикарда при быстро прогрессирующих экссудативных перикардитах.

Выводы. 1. ЭХО-КГ позволяет чётко визуализировать патологическое скопление жидкости в полости перикарда и выбрать наиболее рациональную точку пункции, а также уменьшить риск осложнений. 2. Фенестрация перикарда выполняется при быстро прогрессирующих экссудативных перикардитах. 3. Большинство пациентов с тампонадой сердца нетравматического генеза, нуждающихся в пункции перикарда, являются послеоперационными пациентами кардиохирургического профиля.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Лихолатов Н.Э., Зуев-Ратников С.Д., Кудашев Д.С.

Научные руководители: Кудашев Д.С., Зуев-Ратников С.Д.

Самарский государственный медицинский университет

Деформирующий остеоартроз является одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательной системы на планете. По данным статистики, в Российской Федерации распространенность остеоартроза за последние годы возросла на 48%, а ежегодная первичная заболеваемость – более чем на 20%, что связано с глобальным старением населения. Остеоартроз встречается у каждого третьего пациента в возрасте от 45 до 64 лет и у 60–70% – старше 65 лет, при этом соотношение мужчин и женщин составляет 1:3, а при остеоартрозе тазобедренных суставов – 1:7. По данным ВОЗ, остеоартроз коленных суставов находится на 4-м месте среди основных причин нетрудоспособности у женщин и на 8-м месте у мужчин наряду с сопутствующими ортопедическими заболеваниями нижних конечностей [4,6,7].

У больных деструктивно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава локальные дефекты гиалинового хряща суставных поверхностей бедренной и большеберцовой костей встречаются в 23-37% случаев и выступают в качестве одного из основных субстратов клинических проявлений и биомеханических нарушений [1,2,9].

Для лечения поражения суставного хряща в настоящее время применяют следующие оперативные вмешательства: дебридмент [8], абразивная артропластика, субхондральная туннелизация и микрофрактурирование [5,8], костно-хрящевая ауто- и аллопластика [1,2]. Особое значение это имеет в тех случаях, когда выполнение органосохраняющих оперативных вмешательств позволяет улучшить функцию коленного сустава и уменьшить интенсивность болевого синдрома, не прибегая к большим органозамещающим операциям.

Цель исследования: Провести анализ результатов оперативного лечения пациентов с деструктивно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения 118 пациентов с остеоартрозом коленного сустава II-III стадии, сопровождающимся наличием локальных дефектов суставной поверхности, проходивших стационарное лечение в травматолого-ортопедическом отделении №2 клиник СамГМУ в период с 2012 по 2016 год включительно. В исследовании преобладали женщины, доля которых составляла 61,9%; мужчин было 45 (38,1%). Средний возраст пациентов составил 67 лет.

Всем пациентам в качестве оперативного вмешательства применена лечебно-диагностическая видеоартроскопия. При обнаружении полнослойного дефекта хряща

суставной поверхности выполняли следующие оперативные вмешательства: дебридмент и абразивная артропластика (73 пациента), микрофрактурирование (45 пациентов). Абразивная артропластика, как правило, применялась при поражениях гиалинового хряща среднего (2-5 см²) и большого (более 5 см²) размеров. Микрофрактурирование применяли при дефектах малого (до 2 см²) и среднего размеров.

В послеоперационных периодах проводилась комплексная идентичная для всех реабилитация [3].

Результаты и их обсуждение. Клиническую оценку проводили на основании рекомендованных WOMAC-индекса, индекса Лекена, индекса Lysholm, а также данных биомеханического анализа походки. Результаты лечения оценивали, основываясь на принципах доказательной медицины.

Анализ результатов проведенного хирургического лечения выявил у 52 пациентов (44,1%) хороший клинический эффект в виде полного функционального восстановления коленного сустава и максимального снижения интенсивности болевого синдрома. В 39,8% наблюдений (47 пациента) были получены удовлетворительные клинические результаты, при которых отмечено восстановление функции сустава, однако сохранялись умеренные боли при нагрузке и движениях. Неудовлетворительные результаты получены у 19 пациентов (16,1%) и проявлялись в виде прогрессирования остеоартроза.

Выводы. Применение патогенетически обоснованных оперативных способов лечения пациентов с деструктивно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава, сопровождающимися наличием локальных дефектов суставной поверхности, обеспечивает оптимальное функциональное восстановление нижней конечности.

Список литературы

1. Котельников, Г.П. Мозаичная хондропластика в лечении больных с дефектами суставной поверхности коленного сустава – возможности и перспективы [Текст] / Г.П. Котельников, Ю.В. Ларцев, Д.С. Кудашев // Материалы X Юбилейного всерос. съезда травматологов-ортопедов. – СПб.: Человек и его здоровье, 2014. – С. 461.
2. Гаркави, А.В. Артроскопическая хондропластика мыщелков бедренной кости [Текст] / А.В. Гаркави, М.Ю. Блоков, Д.А. Гаркави // Сб. тез. и статей XI Конгресса РАО. – СПб.: Человек и его здоровье, 2015. – С. 35-36.
3. Котельников, Г.П., Ларцев, Ю.В., Кудашев, Д.С. Комплексный подход в реабилитации больных с деструктивно-дистрофическими и травматическими поражениями гиалинового хряща коленного сустава // Травматология и ортопедия (специальный выпуск 2 (20)). – 2011. – с. 387-390.
4. Котельников, Г.П. Наш опыт хирургического лечения пациентов с поперечной распластанностью переднего отдела стопы / Г.П. Котельников, Ю.В. Ларцев, Д.А. Распутин, А.А. Богданов // Тезис Всероссийской конференции с международным участием «Современная травматология, ортопедия и хирургия катастроф». – Москва, 2015. – с. 127.
5. Маланин, Д.А. Восстановление повреждений хряща в коленном суставе [Текст] / Д.А. Маланин, В.Б. Писарев, В.В. Новочадов. – Волгоград: Волгоградское науч. изд-во, 2010. – 454 с.
6. Насонова, Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология. / Е.Л. Насонова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011г. – 282 с.
7. Фоломеева, О.М. Распространенность и социальная значимость ревматических заболеваний в Российской Федерации / О.М. Фоломеева, Ш.Ф. Эрдес // Доктор (ревматология) – 2007 – № 10. – с. 3–12.
8. Arthroscopic debridement for knee osteoarthritis [Text] / W. Laupattarakasem, M. Laopaiboon, P. Laupattarakasem [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev. – 2008. – Vol. 23(1). – CD005118.

9. Clinical efficacy of the microfracture technique for articular cartilage repair in the knee: an evidence-based systematic analysis [Text] / K. Mithoefer, K. McAdams, R.J. Williams [et al.] // Am. J. Sports Med. – 2009. – Vol. 37(10). – P. 2053–2063.

СОЧЕТАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ

Махмудова С.Э., Войцеховский К.А.

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

Введение: Проблема хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости давно привлекает внимание специалистов разных областей. По данным ВОЗ, в связи с увеличением продолжительности жизни населения, неблагоприятным воздействием экологических факторов, нерациональностью питания, повышением уровня диагностики, в последние годы у 20-30% хирургических больных имеются два и более сочетанных заболевания, требующих оперативного лечения.

В научной литературе сообщения об этом встречаются редко, хотя на практике многие хирурги и гинекологи отмечают необходимость выполнения таких операций [1].

Количество таких больных увеличивается по мере улучшения технической базы и повышения информативности диагностических методов обследования на догоспитальном этапе, увеличения продолжительности жизни людей и повышения интереса населения к состоянию собственного здоровья.

Принцип одновременного избавления от нескольких заболеваний, несомненно, привлекателен для пациентов и является предметом активного обсуждения специалистов [2].

Симультанными принято называть операции, одновременно производимые на двух и более органах по поводу разных, не связанных между собой заболеваний. С середины 70-х годов XX века активно разрабатываются и внедряются различные комбинации симультанных операций при заболеваниях органов брюшной полости.

Авторы сообщают о целесообразности и высокой эффективности этих операций в лечении ряда сочетанных хирургических заболеваний. Полученные результаты сопоставимы с таковыми при выполнении традиционных операций на одном органе.

При этом внимание все-таки акцентируется на повышенной травматичности и технической сложности симультанных вмешательств, требующих участия квалифицированной бригады хирургов и проведения соответствующего комплексного лечения в раннем послеоперационном периоде [3].

Преимущества эндоскопических операций перед открытыми сегодня не вызывают сомнения. Малая травматичность, хороший обзор и доступ ко всем областям брюшной полости, минимальный болевой синдром в послеоперационном периоде, ранние сроки активизации больных – все это является серьезными предпосылками к использованию лапароскопической техники и при лечении сочетанных заболеваний органов брюшной полости [4].

В литературе появляются сообщения о симультанных лапароскопических операциях. Но чаще всего это описание либо отдельного наблюдения, либо сопутствующих основной тематической группе малочисленных вмешательств [5].

Целью данной работы является обобщение опыта проведенных симультанных операций, выявить эффективность в сравнении с другими методами оперативного лечения.

Для осуществления цели была исследована сущность симультанных операций, изучены их исходы, а также сравнены исходы с группой больных с теми же

хирургическими патологиями, которым не были проведены эндоскопические симультанные операции.

Для исследования данной темы был проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни лиц с сочетанной хирургической патологией на базе ГКБ № 2, а также ассистирование при данных операциях в хирургическом отделении на базе ГКБ №2.

Результаты и обсуждения. Средний возраст пациентов составил 36 лет. 100% всех симультанных операций были эндоскопическими. 65% – сочетанная абдоминальная патология, 25% – абдоминальная и гинекологическая патология, 10% – абдоминальная и хирургическая патология вен.

В 10% случаев операции были экстренными. В остальных 90% случаев больные были тщательно обследованы для того и подготовлены к предстоящему вмешательству.

По исходам лечения: в 55% было полное выздоровление, в 45% – частичное. В ходе сравнения больных с теми же хирургическими патологиями, которым не были проведены эндоскопические симультанные операции, установлено, что сроки восстановления жизненно важных функций и прооперированных органов совпали в 80%, что соответствует литературным данным.

Выводы:

1. Эндоскопические симультанные операции являются достаточно эффективным методом лечения сочетанных хирургических патологий.

2. Эндоскопические симультанные операции являются преимущественно плановыми операциями, не рекомендуется использовать экстренно, т.к. это может привести к ошибке в хирургической тактике.

3. Данный вид оперативного лечения оправдан в молодом и среднем возрасте с хорошей реактивностью организма при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии.

4. При сравнении с группой больных с теми же хирургическими патологиями, которым не были проведены эндоскопические симультанные операции, установлено, что сроки восстановления жизненно важных функций и прооперированных органов совпадают в большинстве случаев, что подтверждает оправданность данного метода лечения. Выполнение симультанных операций исключает необходимость повторных госпитализаций для хирургического лечения, что щадит психику больных, уменьшает суммарные сроки их социальной реабилитации, а потому дает существенный экономический эффект и делает такие виды вмешательств преимущественными.

Список литературы.

1. Розикова О. Ю. Симультанные эндохирургические операции на органах брюшной полости и малого таза: Автореф. дис...канд. мед. наук. Москва, 2004

2. Запорожан, В. Н., Татарчук Т. Ф., Дронов А. И. Симультанные операции при сочетании гинекологической и хирургической патологии // Репродуктивная эндокринология. – 2013.

3. Гордеева Т. В. Симультанные лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза у женщин: Автореф. дис... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2006.

4. Богданов Ю.В., Ткачук Е.Н., Богданов Д.Ю., Цой А.С. Опыт выполнения симультанных операций. // Эндохир., 2000, 2, с.10.

5. В.А., Непомнящая С.Л. Симультанные операции в эндовидеохирургии. // Тезисы докладов IV всероссийского съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 21-23 февраля 2001 года), 2001, с. 32.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Мащенко А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Лапароскопические операции в детской хирургии набирают большую распространённость из-за малотравматичности и быстрой реабилитации пациентов после операционном периоде. Применение современных электрохирургических аппаратов позволяет провести лапароскопические операции на эхинококковых кистах больших более 10 см при соблюдении всех основных канонов в хирургии эхинококкоза. Еще остается ряд не решённых проблем в хирургическом лечении эхинококковых кист больших размеров.

Цель: Оценка результатов лечения эхинококковых кист печени у детей за счет использования лапароскопического лечения.

Материалы и методы: При ретроспективном анализе историй болезней 81 ребенка, находившиеся на лечении в ДХО №1 ГБУЗ СК ДККБ г. Ставрополя, по поводу эхинококкоза печени и оперированных с 1990 – 2016 год. Мы разделили этих детей на две группы. Контрольная группа составила 60 детей оперированных лапаротомным доступом, основная группа 21 ребенок оперирована лапароскопически. В нашем исследовании у детей с эхинококкозом печени в основной и контрольной группах преобладали I тип кист (71,4 % и 58,3% соответственно), II тип кист встречался (19,1% и 25,0% случаев), III тип кист (9,5% и 16,7% соответственно). Для интерпретации сонографических данных в работе применяли классификацию типов кист по Н.А. Ghardi.

Исследование локализации эхинококковых кист в печени среди детей выявило доминирующее расположение паразитарных кист в правой доли печени в основной и контрольной группе (90,4% и 80,0%, соответственно). Распределение паразитарных кист по сегментам печени в основной и контрольной группах были сопоставимы. В нашем наблюдении эхинококковые кисты преобладали в правой доли печени в частности в основной и контрольной VIII сегменте (28,5% и 25% соответственно), в VII сегменте (33,3-28,4 соответственно). В контрольной группе мы использовали традиционную лапаротомию. В основной группе мы выполняли лапароскопию с использованием ультразвукового скальпеля «Гармоник» и биполярной коагуляции - Enseal artificial, производили вскрытие крышки кисты. Фиброзную капсулу обрабатываем аргноплазменным потоком. Остаточную полость мы ликвидируем при помощи оментопластики. Извлечение хитиновой оболочки производилось при помощи эндомешка, через 12 мм троакар.

Оценка общего состояния после оперативного вмешательства в основной группе достоверно выше (93,5% и 80,0%, соответственно). Сокращение времени болевого синдрома мы оценивали по шкале Хеопса, с применением анальгетиков в послеоперационном периоде, в основной группе было достоверно ниже в отличие от контрольной (89,5% и 75,4%). Время выполнения открытой эхинококкэктомии с применением электрокоагуляции и ультразвукового скальпеля составило $120 \pm 9,2$ минуты (основная группа), в то время как лапароскопическая операция в контрольной группе с использованием ультразвукового скальпеля занимала $90 \pm 9,0$ минут ($p < 0,05$). После проведенной эхинококкэктомии на 3, 10, 90, и 365 сутки операции проводили УЗИ для контроля объема остаточной полости, визуализации пряди сальника в остаточной полости. При анализе осложнений послеоперационного периода в контрольной и основной группах мы разделили осложнения на ранние и поздние осложнения. В контрольной группе частота осложнений была достоверно ($p < 0.05$) ниже, чем в основной группе (3 и 11 детей соответственно).

Заключение: Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия с обработкой остаточной полости аргноплазменной коагуляцией является эффективной операцией

выбора при эхинококкозе печени, при этом сокращается как время проведения операции так и снижается риск развития послеоперационных осложнений. Лапароскопическая эхинококкэктомия рекомендуется дальнейшему внедрению в клиническую хирургию.

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Мирзабеков С.Г.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Введение. В большинстве случаев во время лапароскопической холецистэктомии для выделения желчного пузыря и обработки его ложа на печени используют монополярную коагуляцию. У этой методики есть свои плюсы, это простота использования, высокая скорость рассечения тканей и достаточная надежность гемостаза [3]. Но, несмотря на применение современной электроаппаратуры, происходит неизбежное повышение температуры коагулируемых тканей выше критического уровня. В исходе наступает деструкция ткани печени в области ложа, возможны спонтанные ожоги, в среде углекислого газа образуются токсичные продукты коагуляции [1, 2]. Малотравматичные модификации лапароскопической холецистэктомии требуют поиска методик оценки их эффективности в сравнении со стандартным лапароскопическим вмешательством.

Цель исследования – изучить активности ферментов аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), уровни общего белка и общего билирубина в сыворотке крови и отделяемом из подпеченочного пространства, оценить их достоверность для оценки повреждения и функции печени у пациентов при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 55 пациентов после лапароскопической холецистэктомии в возрасте от 27 до 74 лет. Средний возраст составил $52,2 \pm 1,61$ года. Мужчин было 8 (15%) женщин 47 (85%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 40 (72%), острый – у 15 (28%). Всем пациентам проводились дооперационные стандартные общеклинические и лабораторные исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, фиброгастродуоденоскопия. Лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом выполнялась всем пациентам. Пациентам перед операцией, а также на 1-е сутки после операции в венозной крови и в отделяемом из подпеченочного пространства, полученном по дренажу через 24 часа после операции, исследовались активность АлАТ, АсАТ, ЩФ, ЛДГ, уровни общего белка и общего билирубина.

Результаты. Во время лапароскопической холецистэктомии в 6 случаях отмечены технические трудности. При этом в 2 (4%) случаях наблюдалось глубокое расположение желчного пузыря в печени, в 2 (4%) – склеротрофический «фарфоровый» желчный пузырь, в 2 (4%) – остаточные явления стихающего острого холецистита, воспалительный инфильтрат, который создавал трудности как на этапе диссекции в области треугольника Кало, так и при отделении желчного пузыря от его ложа. Дополнительный гемостаз ложа с помощью монополярной коагуляции понадобился в 7 (14%) случаях. Отмечалось статистически значимое повышение активностей АлАТ (на 71%), АсАТ (на 69%), ЩФ (на 48%) и уровня билирубина (на 23%). Таким образом, биохимический анализ крови отражает изменение функции печени в ответ на повреждение при электроэксцизии желчного пузыря, но в то же время этот метод является недостаточно чувствительным. В связи с этим целесообразно исследовать те же показатели в отделяемом из подпеченочного пространства после лапароскопической холецистэктомии. Было выявлено значительное превышение в сравнении с референтными значениями для сыворотки крови

активностей АлАТ, ЛДГ, АсАТ, ЩФ и уровня общего белка. При сравнении в группах с техническими трудностями при лапароскопической холецистэктомии с дополнительным гемостазом ложа желчного пузыря и без технических трудностей и дополнительного гемостаза отмечено статистически значимое различие активности аланинаминотрансферазы ($p < 0,01$) в отделяемом. Данные показатели могут служить индикаторами травматичности операции.

Выводы. Параллельное изучение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы, уровня билирубина и общего белка в сыворотке крови и отделяемом из подпеченочного пространства позволяет оценить степень повреждения и функции печени при стандартных и модифицированных оперативных вмешательствах на гепатобилиарной системе.

Список литературы.

1. Некоторые закономерности морфологических изменений ткани печени при электровоздействии / В.М. Седов [и др.] // Вестник хирургии. – 2001. – № 4. – С. 27–31.
2. Пряхин, А.Н. Методы обработки ложа желчного пузыря после малоинвазивных холецистэктомий: учебно-методическое пособие / А.Н. Пряхин, Ж.А. Ревель-Муроз, В.В. Сазанов; под ред. С.А. Савцова, А.И. Козеля. – Челябинск: Челябинский гос. инсти- тут. – 2002. – 32 с.
3. Федоров, И.В. Клиническая электрохирургия / И.В. Федоров, А.Г. Никитин. – М., 1997. – С. 32–33.

КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ Мирзабеков С.Г.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Климашевич В.Ю.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Введение. Острый панкреатит (ОП), патология при которой в организме происходят глубокие метаболические нарушения. Поскольку в настоящее время отсутствуют эффективные методы коррекции метаболических нарушений при деструктивных формах панкреатита (ОДП), разработка таких методов является актуальной.

Цель исследования: поиск эффективных методов метаболической коррекции в терапии острого панкреатита.

Материалы и методы. Мы включили в исследование 62 больных с диагнозом ОДП, возраст которых составлял от 31 до 77 лет. В контрольную группу вошли 27 больных, в том числе 7 больных после операций, 11 больным с диагнозом деструктивный панкреатит, ферментативный перитонит проводилась диагностическая лапароскопия, которая завершалась лапароскопическим дренированием брюшной полости; остальным больным (9) проводилось обычное консервативное комплексное лечение. Методика метаболической коррекции применена у 35 больных ОДП. Из них 16 больных были после операций. 13 больных были с деструктивным панкреатитом, ферментативным перитонином, которым проводилась лапароскопия. Остальные больные (6) получали консервативное лечение. Показатели количества свободных аминокислот сравнивались с таковыми у 109 здоровых доноров. При этом наряду с общеклиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями, мы исследовали фонд свободных аминокислот и их производных в плазме крови [2]. Для определения свободных аминокислот кровь забирали в день поступления больных, при выписке, а у больных, которым применялась метаболическая коррекция – через 5 и 15 сутки после её начала.

Методом ионообменной хроматографии определяли содержание свободных аминокислот и их производных в хлорнокислых экстрактах плазмы крови и тканях.

Результаты. В группе больных, в которой была проведена коррекция аминокислотами (полиамин, по 400 мл в течение 5 суток), весьма редко определяется фибриноген В. У больных, которые получали стандартное лечение, протромбиновый индекс находился на верхней границе нормы, в то время как у больных получавших полиамин он был достоверно ниже. Уровень альфа-амилазы крови через 3 суток после начала лечения уменьшался, по сравнению с традиционным лечением (табл.), а активность диастазы мочи, как правило, нормализовывалась через 5–6 дней при применении полиамина, в то время больные с традиционным лечением имели повышенную диастазу до 10 суток. Кроме этого, по сравнению с больными получающими традиционное лечение, больные, получавшие полиамин, имели быстрое снижение проявлений эндотоксикоза (уровень мочевины крови, постепенно нарастало содержание белка в плазме крови, снижалась температура тела, увеличивался диурез). Длительность лечения больных ОДП в стационаре после применения полиамина уменьшалась на 10–12%.

У больных ОДП имел место выраженный аминокислотный дисбаланс: был снижен уровень таурина при повышенном уровне предшественника – цистеиновой кислоты; уровни треонина, серина, глутамата, глицина, метионина, ароматических аминокислот, орнитина и лизина и мочевины, но повышен уровень глутамина в плазме крови. Основываясь на этих показателях можно предположить угнетение мочевинообразования, возрастание относительной значимости синтеза глутамина в обезвреживании аммиака. Несмотря на наличие массивной катаболической реакции, обращает на себя внимание тенденция к общему обеднению аминокислотного фонда плазмы крови. У больных как при поступлении, так и при выписке были снижены уровни аминокислот с разветвленной углеводородной цепью (валина, лейцина и изолейцина). У больных ОДП которым вводился полиамин отмечалось повышение уровня орнитина в плазме крови, что может свидетельствовать об активации цикла мочевинообразования. Концентрация глутамина к концу лечения вернулась к норме, чего не наблюдалось после традиционного лечения. Концентрации цистина, треонина, валина, изолейцина, глицина и серина также возвращались к норме в конце лечения. Концентрации аланина, глутаминовой кислоты, этаноламина и гистидина имели тенденцию к повышению к концу лечения. Применение полиамина нормализовало также уровни серосодержащих аминокислот: цистина и метионина.

Выводы. Клиническая эффективность при применении полиамина у больных ОДП заключается в улучшении показателей гемостаза, уменьшении симптомов эндогенной интоксикации и тромбоопасности [3], а также оказывает корректирующее влияние на основные звенья аминокислотного дисбаланса, имеющегося при ОДП, и уменьшает сроки пребывания больных в стационаре.

Список литературы.

1. Гарелик, П.В., Жандаров, К.Н., Савицкий, С.Э. и др. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение: методические рекомендации. – Гродно, 2008. – 32 с.
2. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. // N.Y.: Escom, 1990. – 1196 p.
3. Морфологические изменения в поджелудочной железе и аминокислотный дисбаланс при остром панкреатите /П.М. Ложко, Л.И. Нефёдов, И.Г. Жук, В.Ю. Смирнов, Е.М. Дорошенко, М.Н. Курбат // Здоровоохранение. – 1997. – No 2. – С. 17–19.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ И УЗИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Мирзабеков С.Г.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Климашевич В.Ю.
Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Введение. Прецизионные методы диагностики острого аппендицита являются одними из основных в своевременной постановке диагноза. Новейшие технологии позволяют избежать позднюю диагностику деструктивного процесса при одновременном отказе от напрасной аппендэктомии.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики деструктивного аппендицита с помощью новых технологий.

Материалы и методы. С 2010 по 2017г. у 190 больных в возрасте от 16 до 80 лет при подозрении на острый аппендицит мы использовали лапароскопию и видеолапароскопию. Среди пациентов было 98 мужчин и 92 женщин.

Результаты. У 110 пациентов была выполнена лапароскопия, после которой была выполнена аппендэктомия: в 100 случаях отмечался деструктивный аппендицит; 5 случаев - прогрессирующий катаральный аппендицит; 3 случая - хронический аппендицит; в 2 случаях отросток был недоступен осмотру. Таким образом отросток без деструктивных изменений был удален только в 10 случаях, что не превысило 10% от общего числа аппендэктомий.

У 80 больных после лапароскопии операция не потребовалась. Причиной этому явилось: в 10 случаях abortивное течение болезни, когда выявлялась инъеция сосудов аппендикса без признаков его напряжения; в 61 случае - поверхностные изменения имели вторичный характер, связанный с другой патологией в брюшной полости; в 9 случаях - аппендикс оказался абсолютно неизменным. При этом в тех случаях, когда от удаления червеобразного отростка отказались, перехода поверхностных форм в деструктивные не отмечалось. По нашим данным острый аппендицит с помощью лапароскопии распознается в 98% случаев. Осложнений при её проведении не было.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости в диагностике острого аппендицита использовано в 2016-2017г. у 106 больных в возрасте от 18 до 57 лет. Среди них было 86 мужчин и 20 женщин. У 10 из них визуализировать червеобразный отросток не удалось, в связи с этим дальнейшая тактика определялась по клинической картине и по данным лапароскопии (в 8 случаях от операции воздержались, в 2 случаях после лапароскопии была выполнена аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита).

Ультразвуковые признаки деструктивного аппендицита были обнаружены у 9 человек, которым после УЗИ было проведено оперативное вмешательство. Во время вмешательства деструкция в ЧО была подтверждена во всех случаях. У остальных 87 больных был обнаружен неизменный или незначительноизмененный ЧО, поэтому им операция не выполнялась (только в 2 х случаях при остающихся сомнениях ОА был дополнительно исключен с помощью лапароскопии).

В ходе нашего исследования мы выяснили что эффективность эхо-диагностики ОА достигает 92%. УЗИ позволяет с большой точностью распознать деструктивные формы заболевания и в большинстве случаев исключить этот диагноз при отсутствии признаков воспаления в ЧО. Кроме того в 2-х случаях были обнаружены конкременты в нижней трети правого мочеточника и в 2-х случаях — правосторонний аднексит, которые и явились истинной причиной боли в правой подвздошной области.

Выводы. Таким образом, при подозрении на ОА целесообразно использовать УЗИ и лапароскопию, что позволит провести раннее оперативное вмешательство при деструктивной форме аппендицита. Кроме того, эти методы позволяют минимизировать частоту напрасных оперативных вмешательств и распознать многие заболевания, сопровождающиеся псевдоаппендикулярной болью в животе.

Список литературы.

1. Русаков В.И., Поляк А.И., Перескоков С.В. Современные представления о патогенезе аппендицита. Хирургия 1990; 3: 118-122.
2. Дыскин Е.А. Анатомо-физиологические особенности илеоцекального отдела кишечника и их клиническое значение. Л: Медицина 1965.
3. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Ю., Андреев А.Д. и др. Первый опыт лапароскопической аппендэктомии. Хирургия 1994; 4: 18-20.
4. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш., Ким И.А. Эндохирургические вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости. Казань 1996.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОПЕРЕЧНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Мирошниченко А.В., Распутин Д.А., Богданов А.А.

Научный руководитель: Распутин Д.А.

Самарский государственный медицинский университет

Поперечная распластанному переднего отдела стопы различной степени в Российской Федерации встречается у 55,2 % женщин и у 38,1% мужчин. В настоящее время предложено более 400 способов коррекции данной деформации, но несмотря на это до сих пор окончательно не выработан единый подход к ведению пациентов с данной патологией. Объясняется это как разностью подходов к выбору способа операции, так и различными подходами к послеоперационному периоду.

Все разработанные на сегодняшний день операции можно разделить на два основных вида: паллиативные и радикальные. Паллиативные вмешательства обеспечивают устранение только некоторых элементов деформации; радикальные – восстанавливают не только форму, но и функцию поперечного свода стопы.

Целью нашей работы являлось улучшение результатов оперативного лечения пациентов с поперечным плоскостопием за счёт совершенствования послеоперационного периода.

Объектом исследования являлись 33 пациента, находившихся на стационарном лечении в отделении травматологии и ортопедии №2 клиник СамГМУ. Все они были прооперированы по поводу поперечного плоскостопия с вальгусным отклонением первого пальца стопы в период с 2015 по 2017 год. Больным проведена операция стяжки первой и второй плюсневой кости с гофрированием капсулы первого плюснефалангового сустава (Патент РФ №2195892 от 10.01.2003).

Все пациенты были нами разделены случайным образом на две клинические группы.

Первую группу (группа сравнения) составили 16 пациентов, которым в послеоперационном периоде применяли общепринятый подход к послеоперационному ведению пациентов после выполнения такой операции, а именно наложение гипсовой повязки на срок 6 недель с полным исключением нагрузки на оперированную стопу.

Вторую клиническую группу (основная группа) составили 17 пациентов, которым в послеоперационном периоде применяли послеоперационную ортопедическую обувь с разгрузкой переднего отдела стопы. Нагрузку на оперированную стопу разрешали на следующий день после операции.

Результаты оценивали по общепринятой шкале AOFAS, данным рентгенографии и функциональных методов исследования: фотоплантографии и электромиографии.

В ближайшем послеоперационном периоде (3 месяца с дня операции) нами были проанализированы данные клинических и дополнительных методов исследований, а также результаты анкетирования пациентов по шкале AOFAS.

В первой группе пациентов (группа сравнения) получены следующие результаты: «отлично» - 1 человек (6,2%); «хорошо» - 10 (62,5%); «удовлетворительно» - 3 (18,8%); «неудовлетворительно» - 2 (12,5%).

Во второй клинической группе (основная группа) получены следующие результаты: «отлично» - 3 человека (17,6%); «хорошо» - 12 (70,6%); «удовлетворительно» - 2 (11,8%); «неудовлетворительно» - 0 (0%).

На наш взгляд основным недостатком стандартного послеоперационного периода является поздняя активизация пациентов, невозможность одномоментной операции на двух ногах, гипотрофия мышц, контрактура суставов.

Проведя сравнительный анализ полученных данных, мы сделали следующие выводы:

1) Применение усовершенствованного подхода к послеоперационному ведению пациентов позволило получить достоверно лучшие результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде (3 месяца с дня операции).

2) Применение в послеоперационном периоде ортопедической обуви с разгрузкой переднего отдела стопы позволило выполнять операцию на двух стопах одномоментно.

3) Ранняя нагрузка на оперированные стопы в послеоперационной обуви является значимым фактором в профилактике контрактур суставов стопы и гипотрофии мышц голени и стопы.

ТЕРАПИЯ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ И ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

Норка А. О., Перова М.В.

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецова Р.Н.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова

При успехах современной медицины гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей продолжают занимать одно из ведущих мест в хирургической практике, при этом сохраняется тенденция к хронизации заболеваний с непрерывно рецидивирующим течением и толерантностью к проводимой терапии.

Стандартное лечение локализованных гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки включает системную антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроорганизмов, физические и хирургические методы лечения. Но нет сомнений, что помимо традиционных методов лечения, необходимо включение в базисную терапию иммуностропных средств, направленных на восстановление нарушенного иммунитета. Однако при этом актуальной становится проблема обоснования назначения и разработки критериев эффективного использования средств иммунотерапии при разных видах и вариантах патологии, в том числе и гнойно-воспалительных.

Целью данного исследования является разработка клинко-иммунологических показателей для дифференцированного подхода в лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кожи и подкожно-жировой клетчатки разной степени тяжести с использованием иммуностропных средств.

Материалы и методы. Всего было обследовано 31 пациент в возрасте от 18-ти до 45 лет. Среди них были выделены 2 группы: группа пациентов, страдающая хроническим рецидивирующим фурункулезом, получающая иммуностропную терапию в виде сочетания Ликопида (10 мг/сут. в течение 10 дней). Контрольную группу составили 29 условно здоровых доноров.

Для оценки иммунологического статуса определяли концентрацию сывороточных иммуноглобулинов методом турбидиметрии с использованием коммерческих тест-систем Вектор-Бест, фенотипирование лимфоцитов проводилось методом проточной цитофлюориметрии.

В контрольную группу мы включили 36 относительно здоровых лиц (мужчины 21 человек, женщины 15 человек).

Для статистической обработки материала использовали GraphPadPrism 5.0.

Обследование пациентов проводилось в стадии обострения фурункулеза.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований было выделено 2 клинические группы пациентов с хроническим рецидивирующим фурункулезом (ХРФ):

1. Больные ХРФ, средней степени тяжести (кратность обострений 5 р/год - 18 человек);

2. Больные ХРФ, тяжелой степени тяжести (кратность обострений более 5 р/год - 13 человек).

Было установлено, что у пациентов с ХРФ было достоверное повышение относительного и абсолютного количества НК- клеток ($p < 0,05$) и дубль-позитивных Т-лимфоцитов ($p < 0,05$).

Анализ применения иммуностропных средств показал, что в группе пациентов с положительной клинической динамикой после проведенного лечения было выявлено достоверное снижение относительного и абсолютного количества НК- клеток ($p < 0,05$) и дубль-позитивных Т-лимфоцитов ($p < 0,05$).

Заключение. В результате приема Ронколейкина и Ликопида у пациентов с ХРФ наблюдалось изменение показателей клеточного звена — тенденция к нормализации показателей состава субпопуляции лимфоцитов.

Анализ проведенных исследований на данном этапе позволил нам предположить, что основными клинико-иммунологическими критериями применения препаратов Ликопид и Ронколейкин являются гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки, в данном случае хронический рецидивирующий фурункулез средней и тяжелой степени тяжести с изменениями в иммунной системе, в виде повышения относительного и абсолютного количества НК - клеток и дубль-позитивных Т-лимфоцитов.

Список литературы.

1. Гомоляко А.В., Новикова И.А. Показатели иммунного статуса у больных с хроническим рецидивирующим фурункулезом в стадии ремиссии // Медицинская иммунология. — 2010. — №3. — С.241-245.

2. В. Ю. Никольский, Имбрюков К.В. Фурункулы и карбункулы лица // Российский стоматологический журнал. — 2013. — № 5. — С. 52-55.

3. Сетдикова Н.Х. Принципы диагностики и лечения хронического рецидивирующего фурункулеза // Лечащий врач. — 2005. — № 6. — С. 44-47.

4. Новикова И.А., Гомоляко А.В., Устинова М.В. Саливончик А.П. Клинико-иммунологические особенности хронических рецидивирующих гнойных инфекций кожи // Проблемы здоровья и экологии. — 2008. — № 4. — С. 78-82.

МОДИФИКАЦИЯ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГИДРОЦЕФАЛИИ (ГЦ) У ДЕТЕЙ

Нурмухамедов Т.Н., Садырбаева А.Р., Котова Ю.С.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Мыкыев К.М.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызстан

Введение. Гидроцефалия является одним из самых распространенных нейрохирургических заболеваний у детей. Согласно статистическим исследованиям, врожденная гидроцефалия составляет 1-4 случая на 1000 родившихся детей.

При выраженной гидроцефалии и прогрессировании процесса показано хирургическое лечение. Характер операции зависит от формы гидроцефалии и вызвавшей ее причины. Несмотря на совершенствование операций при гидроцефалии, процент послеоперационных осложнений, особенно в раннем детском возрасте достигает 40-70%.

Цель и задачи: изучить причины и оптимизировать метод лечения при гидроцефалии у детей.

Материалы и методы: нами изучены 41 детей с гидроцефалией, пролеченных в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) в 2009-2016г. Изучены общеклинические анализы, УЗИ внутренних органов, головного мозга, ЭХОГ, КТ, МРТ.

Результаты и обсуждения: В результате выявлено мальчики 20 (48,8%), девочки 21 (51,2%) случаев. В возрастном аспекте: до 1 года—26 (63,4%), 2-6 лет 13(31,7%), 7-10лет 2 (4,9%) больных. Клинически у детей грудного возраста отмечалось: увеличение большого родничка, объема черепа у всех больных, а также выраженный венозный рисунок головы, отставание в психомоторном развитии. При нарастающей окклюзии у 7 (17,1%) детей наблюдался срыгивание, рвота, вялость, адинамия и истощение. У детей старшего возраста клинически прогрессирование симптомов внутричерепной гипертензии (головная боль, рвота, снижение зрения). У 51,3% больных отмечено симптом «заходящего солнца». После спинномозговой грыжи гидроцефалия наблюдался у 56,1%, после гнойно-воспалительных заболеваний 14,6%, врожденного генеза— у 29,3%. У 7 больных в возрасте до 1 года УЗИ отмечено крайняя степень изменения, остается тонкая пластинка мозгового вещества. КТ и МРТ проведено у 36,6% больных. Установлены формы гидроцефалии: окклюзивно-прогрессирующая—30 (73,2%), смешанная 8(19,5%), резорбтивная—4(9,7%), обтурационная—2 (4,9%) больных. У ранее оперированных больных с гидроцефалией при динамическом наблюдении у 25,7% выявлено несостоятельность вентрикуло-перитонеального шунта, ухудшения клинических данных. Учитывая это в отделении нейрохирургии ГДКБ СМП усовершенствована метод вентрикуло-перитонеального шунтирования. Техника метода заключается, что при туннелизации дренажной трубки в брюшную полость проводится тройное прокалывание брюшины, краевая фиксация к брюшине. Осложнений в отдаленном периоде нет.

Выводы:

1. Гидроцефалий у детей с врожденными спинно-мозговыми грыжами (85,4%).
2. Усовершенствованный метод шунтирующих операций при ГЦ предотвращает осложнений.

Список литературы:

1. Бадалян, Л.О. Детская неврология / Л.О. Бадалян.- М.: Медицина 1984.-576с.
2. Майтиков К.К. Сравнительная характеристика сроков и хирургических методов лечения спинномозговых грыж у детей: Автореф. дисс. Канд.мед.наук/ К.К. Майтиков Новосибирск. 1993.-17с.
3. Симерницкий Б.П. Лечение гидроцефалии у детей при помощи специальных дренажных систем.// Автореф.дис.докт.мед.наук.-1989. —С.36.

4. Bondurant CP, Jimenez DF. Epidemiology of cerebrospinal fluid shunting. *Pediatr Neurosurg.* 1995;23 (5):254-8; discussion 259.
5. Stein S.C., Feldman J.G., Apfel S., Kohl S.G., Casey G. The epidemiology of congenital hydrocephalus. A study in Brooklyn N. Y. 1968/1976. *Child's Brain.* 1981. – Vol. 8. - № 4. – pp. 253-262.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА

Орехова В.В., Верещако А.В., Драгун Р.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Верещако А.В.

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

Введение. Среди заболеваний, поражающих позвоночник, дегенеративные заболевания встречаются значительно чаще, чем новообразования, инфекционные, воспалительные заболевания или патология развития. В связи с этим дегенеративные заболевания приобретают первостепенное клиническое значение [3, 4]. На данный момент описаны различные методы хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника, но по-прежнему остается актуальным вопрос о выборе той или иной тактики оперативного лечения при данном заболевании.

Целью исследования: являлось проанализировать две методики хирургического лечения (микрохирургический и эндоскопический доступы) у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника в зависимости от характера, степени поражения и локализации патологического процесса и выявить наиболее благоприятные способы оперативного лечения.

Материалы и методы: Научно-исследовательская работа проведена среди 100 пациентов, на базе Ленинградской областной клинической больницы, госпитализированных с 2011 по 2017 гг. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне с использованием микрохирургической и эндоскопической дискэктомии. Микрохирургическая дискэктомия без кюретажа диска (1-ая группа) была проведена у 37 пациентов, средний возраст которых $43,4 \pm 1,9$ года, соотношение женщин и мужчин – 15:22. Эндоскопическая дискэктомия (2-ая группа) была произведена у 31 пациента, средний возраст которых $38,7 \pm 1,7$ года, соотношение женщин и мужчин – 11:20. Микрохирургическая дискэктомия с кюретажем диска (3-я группа), была проведена у 32 пациента, средний возраст которых $41,7 \pm 1,6$ года, соотношение женщин и мужчин – 9:23. Для оценки выраженности и динамики корешкового болевого синдрома, использовалась шкала болевого аудита, оценка и динамика качества жизни пациента производились по Европейскому опроснику качества жизни, а также использовались неврологический, клинико-anamnestический, рентгенологический и другие методы исследования. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакета прикладных программ Biostat. Сравнение показателей в основной группе и в группе сравнения проводилась по средним величинам ($M \pm m$). При оценке внутригрупповой динамики показателей и межгрупповых отличий применен парный t-критерий Стьюдента.

Результаты. Уменьшение болевого синдрома после эндоскопических операций выявлено- $48,29 \pm 2,47$ до операции, и $6,10 \pm 1,26$ после операции. Регресс после микрохирургической дискэктомии без кюретажа диска: $46,00 \pm 1,92$ до операции, и $8,03 \pm$

1,31 после операции. Регресс после микрохирургической дискэктомии с кюретажем диска: $49,32 \pm 2,63$ до операции и $5,83 \pm 1,12$ после операции. Таким образом, практически все пациенты отмечали снижение болевого синдрома после проведенного оперативного вмешательства. Стоит отметить, что пациенты во второй группе, отмечали отсутствие болевого синдрома, а так же отсутствие неврологического дефицита сразу в день операции, в то время как у пациентов первой и третьей групп выявлено постепенное улучшение состояния после операции. Средний койко-день у больных, оперированных эндоскопически, составил $4,54 \pm 0,27$, а у оперированных микрохирургически – $6,35 \pm 0,19$, то есть эндоскопический метод существенно сокращает время лечения в стационаре ($P = 0,001$). Болевой синдром регрессировал у 35 (94,6%) пациентов в первой группе, у 31 (100%) во второй и у 31 (96,9%) в третьей.

В ходе работы мы столкнулись с интраоперационными осложнениями. У 1 пациента (2,7%) первой группы отмечалось трансдуральное расположение секвестра. Стеноз позвоночного канала наблюдался у 10 (27%) пациентов в первой группе и 9 (28,1%) в третьей. В течение одного года после оперативного вмешательства, было выявлено 4 (10,8%) в первой группе, и 1 (3,1%) в третьей группе случаев рецидивирования грыжи диска. В группе пациентов эндоскопического удаления рецидивов не было.

Выводы: На основании полученных данных в ходе исследования можно сделать заключение, что эндоскопическая микродискэктомия является эффективным способом лечения межпозвоночных грыж пояснично – крестцового отдела позвоночника, так как положительный результат был достигнут у 93% пациентов. Также было установлено, что сразу в день операции у всех пациентов (100%) данной группы исследования отмечалось отсутствие болевого синдрома, а так же отсутствие неврологического дефицита. Но следует отметить, что при лечении секвестрированных грыж, мигрирующих в краниальном или каудальном направлении, стенозе позвоночного канала более эффективна стандартная поясничная микродискэктомия.

Список литературы.

1. Бикмуллин В.Н., Клиценко О.А., Шулёв Ю.А., Щербань А.Е. Оценка достоверности и надежности пятисоставной визуально-аналоговой шкалы оценки боли у пациентов после поясничной микродискэктомии. Российский нейрохирургический журнал им. Профессора А.Л.Поленова. - 2012, №2. – с.37-44.
2. Вершинин, А.В. Пункционный эндоскопический метод лечения острого компрессионного корешкового болевого синдрома / А.В. Вершинин, А.О. Гуца, С.О. Арестов // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2015. – Т.9. – №. 2. – С. 16-19.
3. Гуца А.О., Арестов С.О. Эндоскопическая спинальная хирургия.Руководство //М.: Издательство Гэотар-Медиа, 2010. С.13-15, 22-34.
4. Кремер Ю. Заболевания межпозвонковых дисков / Юрген Кремер ; пер. с англ.; под общ. ред. проф. В.А.Широкова. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. – С.11.
5. Schmoelz W. Dynamic stabilization of the lumbar spine and its effects on adjacent segments: an in vitro experiment / Huber J.F, Nydegger T, Claes L // Eur Spine J., 2010 – P.257-260.

МОДИФИКАЦИЯ ТЕХНОЛОГИИ ВЕДЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Петросянц С.В., Бурковская О. Г., Зинченко Д.О.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Проблема гнойной инфекции до сих пор остается актуальной в хирургии и требует дальнейшего совершенствования ввиду нарастания устойчивости бактериальной флоры, появления суперагрессивных штаммов микроорганизмов, контаминирующих рану, технологического прогресса и перспективных разработок в хирургии ран.

Материалы и методы. С целью изучения влияния биологических и физических факторов воздействия на раневой процесс при гнойных ранах, на базе ГБУЗ ГКБ №2 г. Ставрополя, отделения ожогово-гнойной хирургии было проведено проспективное контролируемое клиническое исследование у 60 пациентов. Критерии включения в исследование: Возраст от 50 до 62 лет (в среднем $56,7 \pm 1,9$ лет), наличие острой гнойной раны мягких тканей (боковая поверхность груди, живота, спина, плечо, предплечье, кисть, бедро, голень, стопа), возможность сопоставления краев раны без чрезмерного натяжения. Критерии исключения: анаэробная инфекция, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, системные заболевания соединительной ткани, онкологическая патология в анамнезе, беременность, отказ пациента или невозможность выполнения протокола исследования. Клинико-лабораторные исследования: бактериологический контроль раневой флоры, общий анализ крови, биохимический анализ крови. Мониторинг раневого процесса проводился по шкале BYRP. Средняя изначальная характеристика раневого процесса у всех пациентов – B2Y1R0P0. Качество жизни оценивалось по параметрам опросника SP-36. При помощи генератора случайных чисел, все пациенты были разделены на 2 группы. I группа исследования (n=30) получала местное лечение в 1 и 2 фазу раневого процесса – повязки, содержащие повидон-йод, а в 3 фазу – повязки, содержащие гидролизат крови теленка (гель); II группа пациентов (n=30) получала местное лечение, в 1 фазу раневого процесса ультрализин+мирамистин с наложением вакуум-ассистированной повязки (система Suprasorb CNP, Lohmann & Rauscher, Германия) при давлении -125 мм.рт.ст. и установкой в рану PU-губки (полиуретановый спонж, с размером пор от 400 до 2000 мкм), и введением в рану препарата «Пиофаг» (Россия). Наложённая повязка работала в режиме VIT (Vacuum Instillation Therapy). Для промывания использовался 0,9% натрия хлорид. С целью повышения надежности герметичности системы наносили по периметру раны пасту «Стомагезив». Во вторую фазу раневого процесса повязка работала в режиме CVS (Closed vacuum system), также осуществлялось введение экстафагов, со сменой повязки на хлорамфеникол+метилурацил. В 3 фазу раневого процесса применяли повязки, содержащие гидролизат крови теленка (гель) и вакуум покрытие раны в режиме CVS

Все пациенты получали идентичное общее лечение: цефтриаксон 1 г в/м 2 раза в сутки, пентоксифиллин 500 мг в/в 1 раз в сутки, кетопрофен 100 мг в/м 1-2 раза в сутки, омепразол 20 мг внутрь 2 раза в сутки.

Качество жизни оценивалось при помощи системы SP-36. Уровень боли регистрировался по индексу ВАШ.

Статистический анализ данных на этапах исследования проводился с использованием многофакторного дисперсионного анализа, межгрупповые различия оценивались с использованием критерия U Манна-Уитни при помощи пакета «BIOSTAT 2009 5.8.3.0».

Результаты и обсуждение. По фазам раневого процесса в I группе исследования на 3 сутки значения соответствовали B1Y1R0P0, во II группе B0Y2R1P0 ($p < 0,05$). На 6 сутки I группа – B0Y2R1P0, II группа – B0 Y1R2P1 ($p < 0,05$). На 9 сутки в I группе исследования раневой процесс соответствовал значениям B0Y2R2P0, а во II группе исследования B0Y0R1P2 ($p < 0,05$). По данным бактериологического исследования раневого отделяемого

изначальное значение индекса контаминации соответствовало 10^9 . На 3 сутки в I и во II группе составляли по 10^7 и 10^5 ($p < 0,05$) соответственно. На 6 сутки достигнута полная деконтаминация ран во II группе исследования, в I группе значения бактериологического исследования составляли 10^4 ($p < 0,05$). Бактериологически подтвержденная деконтаминация раны в I группе достигнута к 7 дню лечения. Основными возбудителями гнойного процесса по данным микробиологического контроля в обеих группах исследования являлись *S. aureus*, *S. pyogenes*, *P. aeruginosa*. Среднее время до появления фокусов эпителизации ран в I группе исследования – 9-10 сутки, во II группе исследования – 6-7 ($p < 0,05$).

В течение лечения был произведен контроль индекса качества жизни при помощи опросника SP-36. Усредненные результаты оценки качества жизни пациентов I группы: соматический компонент составил 26 баллов, психологический компонент – 26 баллов, социальный компонент – 20 баллов. Общий показатель качества жизни у больных первой группы исследования составил 76 баллов. При сопоставлении субъективной оценки качества жизни самими пациентами и объективной оценки лечащим персоналом была установлена адекватная оценка качества жизни. Пациенты II группы исследования охарактеризовали уровень качества жизни следующими значениями: соматический компонент составил 18 баллов (среднее), психологический компонент – 26 баллов (выше среднего), социальный компонент – 25 баллов (среднее). Общий показатель качества жизни у больных первой группы исследования составил 86 баллов (среднее) ($p < 0,05$). При сопоставлении субъективной и объективной оценок качества жизни была установлена адекватная оценка качества жизни.

Индекс ВАШ у пациентов I группы исследования в среднем составил 6,5 – 6,7. У пациентов II группы индексы ВАШ имели значения баллов 4,7-4,8 ($p < 0,05$).

Выводы. Применение комбинации антипигментных бактериофагов и вакуум-ассистированных повязок ускоряют течение раневого процесса в среднем на 30% , способствуют более быстрой деконтаминации раны, ускоряют сроки реабилитации пациентов, создают условия для более ранней реконструкции, что в свою очередь способствует сокращению койко-дней и оптимизации экономического аспекта ведения больных с гнойными ранами. Отмечается более высокий индекс качества жизни при применении предлагаемой методики ведения больных.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Петушкова А. А., Дубина А. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. По выборочным данным, заболеваемость рожистым воспалением в последние годы составляет от 40,0 до 200,0 на 100 тысяч населения и занимает 4 место по распространенности среди инфекционных заболеваний, уступая лишь гриппу, вирусному гепатиту, дизентерии. Одна из основных воспаления – развитие рецидивов, наблюдающихся в 16--50 % случаев.

Цель исследования. Оптимизировать тактику консервативного и хирургического лечения за 2014 год пациентов с рожистым воспалением 5 ГКБ города Минска.

Материалы и методы

1. Ретроспективно изучили 157 историй болезни пациентов, страдающих рожистым воспалением преимущественно нижних конечностей, которые получали лечение во 2-ом хирургическом отделении 5 ГКБ города Минска.

2. Было проведено анкетирование пациентов с рожистым воспалением, получавших лечение в 2014 году в 5 ГКБ.

Результаты. В ходе выполнения научной работы, в итоге анализа 157 историй болезни и результатов анкетирования пациентов, страдающих рожистым воспалением, было выявлено следующее:

1. Среди пациентов соотношение мужчин и женщин составляет 51% и 49% соответственно.

2. Распределение пациентов по возрасту следующее: <40 лет - 12%, 41--50 лет - 13%, 51--60 лет - 19%, 61--70 лет - 21%, >70 лет - 35%.

3. Соотношение форм рожистого воспаления: эритематозная и гнойно-некротические формы

- 63% и 37% соответственно. Из гнойно--некротических форм буллезная составляет 26%, флегмонозная - 16%, некротическая - 8% и гангренозная - 3%.

4. Была определена частота длительности пребывания пациентов в стационаре: <5 дней - 14%, 6--10 дней - 47%, 11--20 дней - 29%, >20 дней - 10%.

5. Отмечена тактика лечения пациентов с рожистым воспалением, где консервативному лечению подверглось 100% пациентов: использовалась антибактериальная терапия, перевязки с местными анестетиками, детоксикационная и симптоматическая терапия. Оперативному лечению было подвергнуто 37% пациентов, проводились следующие операции: вскрытие и дренирование булл и флегмон, некрэктомия, ампутация.

6. Выявлены основные сопутствующие заболевания при рожистом воспалении: ИБС, атеросклероз, сахарный диабет, цирроз печени и другие.

Выводы.

1. Выявлена частота встречаемости разных форм рожистого воспаления у пациентов 2--ого хирургического отделения 5 ГКБ.

2. Определено, что рожистое воспаление склонно к рецидивированию: у 25% пациентов заболевание возобновилось.

3. Необходима преимущество амбулаторного лечения после стационара, что значительно уменьшит риск развития рецидива.

ЗНАЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Плоткин Д.А., Турцевич Д. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Острый панкреатит (ОП) по-прежнему остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Частота неблагоприятных исходов лечения ОП тяжелого течения по данным литературы составляет от 10 до 30%. А при развитии инфицированного панкреонекроза летальность достигает 40%. В настоящее время в публикациях, посвященных этой проблеме, нет единого мнения авторов касательно эффективности применения антибиотикопрофилактики развития инфицированного некротизирующего панкреатита.

Несмотря на то, что в теории антибиотики могут предотвратить или снизить уровень инфицирования некроза, результаты публикуемых работ, посвященных данной проблеме, свидетельствуют об обратном и не поддерживают такое мнение [1-9].

Целью научной работы является оценка роли антибиотиков в профилактике развития инфицированного панкреонекроза у пациентов с тяжелым острым некротизирующим панкреатитом, руководствуясь данными историй болезни.

Материал и методы.

Выполнен ретроспективный разбор результатов лечения 43 пациентов на базе УЗ “Городская клиническая БСМП” г. Минска. Пациенты распределены по группам: 1-я – инфицированный панкреонекроз (25 человек), 2-я – стерильный панкреонекроз (18 человек). Изучались следующие показатели: пол, возраст, балл тяжести по Balthazar, исход, сроки лечения, посевы материала на стерильность, чувствительность высеваемой флоры. С целью определения степени тяжести поражения поджелудочной железы использовались КТ - критерии по шкале Balthazar. Для анализа данных использовались методы непараметрической статистики χ^2 –тест, Mann-Whitney-тест, а так же 1, 2, 3 квантили (Me[25-75]) и 90 процентиль (90P).

Результаты и обсуждение.

Среди исследуемых пациентов преобладали мужчины (69,8%). Статистически значимых различий среди групп по полу не выявлено. По возрасту для пациентов 1 группы Me[25-75]=54[37-62], 90P=82,8 лет, для пациентов 2 группы – Me[25-75]=45[34,5-61], 90P=65 лет, однако статистическая значимость этого не выявлена ($p>0,05$). По шкале тяжести Balthazar (в баллах) для 1 группы Me[25-75]=8[8-10], для 2 группы – Me[25-75]=7,5[6-10] ($p>0,05$). Была отмечена статистически значимая связь неблагоприятного исхода заболевания с развитием у пациентов инфицированного панкреонекроза ($p<0,05$): так, среди пациентов 1 группы выписанных пациентов было 55,6%, среди пациентов 2 группы – 84%.

По срокам лечения для 1 группы Me[25-75]=37[24-65,75], 90P=90,9 дней, для 2 группы – Me[25-75]=19[14-33] и 90P=46,2 дней соответственно. В данном случае была обнаружена статистически значимая связь увеличения сроков лечения пациентов и наличия инфицирования панкреонекроза ($p=0,006$).

Посевы крови на стерильность выполнялись у 41,8 % пролеченных пациентов, из ран и дренажей – у 55,8%. Они проводились в 14 случаях (77,8%) инфицированного панкреонекроза. В 2 группе роста не было. Среди микроорганизмов в крови пациентов 1 группы выявлялись: *Ac. baumannii* – 35,7%, *Kl. pneumoniae* и *P. aeruginosa* по 14,3%, *Staph. epidermidis* – 7,1%, в 28,6% случаев роста не было. В ране и из дренажа: *Ac. baumannii* – 50,0%, *Kl. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *Staph. haemolyticus* – по 14,3%, в 7,1% случаев роста не было. Статистически значимых отличий в сроках посевов крови между группами выявлено не было. Отмечена статистически значимая связь между инфицированным панкреонекрозом и сроками посевов из раны/дренажа ($p=0,07$). При анализе чувствительности флоры к антибиотикам отмечено, что наиболее часто высеваемые *Ac. baumannii* и *Kl. pneumoniae* являются полирезистентными к наиболее используемой стартовой комбинации антибиотиков (цефалоспорин+фторхинолон+метронидазол) в 100% и 76% случаях соответственно.

Заключение.

Возникновение инфицированного панкреонекроза является неблагоприятным прогностическим признаком при тяжелом остром некротизирующем панкреатите и статистически значимо увеличивает сроки лечения пациентов в стационаре.

Высокий уровень резистентности флоры к стартовым антибиотикам ставит под сомнение практическую эффективность их использования для профилактики при тяжелом остром некротизирующем панкреатите.

Список литературы.

1. A double-blind, placebo-controlled trial of ciprofloxacin prophylaxis in patients with acute necrotizing pancreatitis / A. García-Barrasa [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2009. – Vol. 13. – P. 768-774.
2. A randomized multicenter clinical trial of antibiotic prophylaxis of septic complications in acute necrotizing pancreatitis with imipenem / P. Pederzoli [et al.] // Surg. Gynecol. Obstet. – 1993. – Vol. 176. – P. 480-483.

3. Controlled clinical trial of perfloxacin versus imipenem in severe acute pancreatitis / C. Bassi [et al.] // Gastroenterology – 1998. – Vol. 115. – P. 1513-1517.
4. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study / E. P. Dellinger [et al.] // Ann. Surg. – 2007. – Vol. 245. – P. 674-683.
5. Effect of antibiotic prophylaxis on acute necrotizing pancreatitis: results of a randomized controlled trial / P. Xue [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2009. – Vol. 24. – P. 736-742.
6. Early treatment of severe pancreatitis with imipenem: a prospective randomized clinical trial / O. Røkke [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 42. – P. 771-776.
7. Prophylactic antibiotics cannot reduce infected pancreatic necrosis and mortality in acute necrotizing pancreatitis: evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials / Y. Bai, J. Gao, D. W. Zou // Am. J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 103. – P. 104-110.
8. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial / R. Isenmann [et al.] // Gastroenterology – 2004. – Vol. 126. – P. 997-1004.
9. Role of antibiotic prophylaxis in necrotizing pancreatitis: a meta-analysis / C. L. Lim [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2015. – Vol. 19. – P. 480-491.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО ШУНТИРОВАНИЯ АУТОВЕНОЙ И БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ

Полянский Д.В.

Научный руководитель: Суковатых Б.С.

Курский государственный медицинский университет

Бедренно-подколенное шунтирование (БПШ) – это хирургическое вмешательство, направленное на восстановление тока крови в обход закупоренного участка бедренной артерии. Операция показана при окклюзии бедренной артерии, причиной которой в большинстве случаев является развитие атеросклероза. При облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей на стенках бедренной артерии образуются бляшки, которые, увеличиваясь, перекрывают кровоток. В результате нижняя часть ноги испытывает недостаток обогащенной кислородом крови, развиваются ишемические изменения, которые клинически проявляются болью в ногах при физической нагрузке, а также перемежающейся хромоте, когда человек из-за боли вынужден прерывать ходьбу. На поздней стадии могут развиваться язвенно-некротические изменения. Существует БПШ с применением аутовены или биологического протеза.

Цель работы: оценить качество жизни больных хронической ишемией нижних конечностей после БПШ аутовеной и биологическим протезом.

Материалы и методы. Проведен анализ обследования 40 больных хронической ишемией нижних конечностей, которые находились на лечении в Курской областной клинической больнице (ОБУЗ КОКБ) за период с 2014 по 2017 год. Основным этиологическим фактором был атеросклероз 38 пациентов (95%), в том числе в 5 случаях в сочетании с сахарным диабетом, в 1 случаях с тромбангиитом, изолированно тромбангиит встречался в 2 случаях (5%). Мужчин было 34 (85%) и женщин – 6 (15%). Возраст больных колебался от 23 до 75 лет, средний возраст $52 \pm 1,6$ лет. По степени ишемии больные распределились следующим образом: IIб стадию по классификации Фонтена-Покровского имели 28 больных (70%), III-8 (20%) и IV стадию 4 (10%).

Всем были проведены предоперационные общеклинические исследования, РВГ н/к, УЗИ артерий н/к. Все больные подлежали разделению на 2 группы по 20 человек (n=20) в зависимости от хирургического лечения: БПШ биологическим протезом (1 группа), БПШ аутовеной (2 группа).

Изучение качества жизни отобранных больных проводилось с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey». Полученные данные были обработаны с помощью программы BioStat.

Результаты. Показатели КЖ до БПШ в обеих группах были достоверно ниже, чем у здоровых лиц, а также сопоставимы между собой. КЖ до БПШ в первой группе: физический фактор $38,4 \pm 2,1$; ролевой фактор $33,2 \pm 2,8$; фактор боли $29,7 \pm 1,6$; общее ощущение здоровья $31,6 \pm 4,3$; жизненная активность $39,3 \pm 3,2$; социальный фактор $41,4 \pm 5,1$; психическое здоровье $42,5 \pm 3,7$; эмоциональная роль $43,1 \pm 2,9$; физический компонент здоровья $30,2 \pm 2,5$; психический компонент здоровья $40,2 \pm 0,8$. КЖ до БПШ во второй группе соответственно: $36,9 \pm 2,1$; $29,9 \pm 3,2$; $30,1 \pm 1,7$; $32,4 \pm 4,4$; $41,2 \pm 2,4$; $39,5 \pm 6,1$; $43,1 \pm 2,2$; $40,9 \pm 1,4$; $42,3 \pm 2,1$; $30,7 \pm 0,8$; $39,3 \pm 1,8$.

После БПШ проводилась повторная оценка показателей КЖ. Первая группа: физический фактор $54,2 \pm 2,4$; ролевой фактор $51,3 \pm 1,7$; фактор боли $50,6 \pm 3,6$; общее ощущение здоровья $53,4 \pm 1,9$; жизненная активность $57,1 \pm 0,9$; социальный фактор $61,7 \pm 1,3$; психическое здоровье $62,1 \pm 2,4$; эмоциональная роль $61,5 \pm 2,7$; физический компонент здоровья $54,7 \pm 1,6$; психический компонент здоровья $63,9 \pm 2,0$. Вторая группа соответственно: $62,8 \pm 2,1$; $61,2 \pm 1,7$; $59,4 \pm 4,9$; $65,2 \pm 3,3$; $60,8 \pm 2,4$; $61,3 \pm 1,2$; $64,9 \pm 6,3$; $59,5 \pm 2,9$; $60,6 \pm 1,4$; $66,7 \pm 2,1$.

Отмечалось повышение показателей КЖ по всем шкалам физического и психического компонентов. Во второй группе КЖ выше по всем показателям физического компонента по сравнению с первой группой: физический фактор – на 19%, ролевой фактор – на 17,4%, общее ощущение здоровья – на 14,2%, жизненная активность – на 16,1%.

Выводы. Таким образом, показатели КЖ пациентов с хронической ишемией конечностей после БПШ были выше во второй группе (БПШ с применением аутовены). Особенно выраженные различия имел интегральный показатель: физический компонент здоровья был выше на 15,6%. С целью улучшения качества жизни пациентов рекомендуется выполнение БПШ с применением аутовены.

Список литературы.

1. Результаты бедренно-подколенных шунтирований / К.Г. Абалмасов [и др.] // Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. - 2004. - Т. 5, № 11. - С. 132.
2. Результаты лечения хронической ишемии нижних конечностей / Б.М. Миролубов [и др.] // Вестн. совр. клин. медицины. - 2017. - Т. 10, № 4. - С. 43-47.
3. Результаты хирургического лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей / В.С. Аракелян [и др.] // Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. - 2006. - Т. 7, № S3. - С. 71.
4. Швальб, П.Г. Результаты бедренно-подколенного шунтирования у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / П.Г. Швальб, Р.Е. Калинин, И.А. Сучков // Материалы ежегодной науч. конф. РязГМУ им. акад. И.П. Павлова. - 2011. - С. 66-68.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД МАММОПЛАСТИКИ СИЛИКОНОВЫМИ ИМПЛАНТАМИ

Пугачева В.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Каждая женщина – это индивидуальность, которая несет в себе личные особенности, связанные с возрастом, состоянием мягких тканей, антропометрическими данными. Тело – это все же не пластилин, оно живёт по физиологическим законам, поэтому мы не можем вылепить женщине любую фигуру, которую она себе представляет, но применение современных технологий в пластической хирургии позволяет нам совершенствовать женские тела и неким образом обманывать природу. Сегодня пластические хирурги действительно используют щадящие, нетравматичные методы и материалы, которые имеют пожизненную гарантию. Это позволяет нам утверждать, что импланты молочной железы в течение десятков лет не только не принесут вреда, но и сохраняют свою контурную функцию.

Эндопротезирование молочных желез в наше время является самой распространенной пластической операцией у женщин. Ежедневно сотни женщин в разных странах мира ложатся на операционный стол, чтобы улучшить форму или размер молочных желез, поэтому вопрос о том, что представляют собой имплантаты груди, как их изготавливают и устанавливают интересует многих.

Маммопластика (пластическая операция по увеличению груди) – одна из наиболее популярных операций в пластической хирургии на сегодняшний день. Частота случаев имплантации груди во всем мире составляет. В 2011 году выполнено 65,8760 операций. В 2012 году выполнено 178 043 операций. В 2013 году выполнено 330 0890 операций.

Показания для операции по установке имплантов молочных желез:

1. Восстановление объема и формы груди после беременности.
2. Гипомастия (уменьшение) и амастия (отсутствие молочных желез).
3. Состояние после мастэктомии (удаление молочных желез).
4. Незначительная степень птоза (провисания) молочных желез.
5. Состояние после различных операций, которые привели к уменьшению обеих молочных желез.

Противопоказания для выполнения операции:

1. Онкологические заболевания и опухолевые процессы в молочной железе.
2. Беременность и грудное вскармливание.
3. Хронические заболевания в период обострения или декомпенсации.
4. Острые заболевания (герпес).
5. Заболевания крови.

Французская компания «Laboratoires Arion» выпускает грудные биоимпланты для эстетической и реконструктивной хирургии, изготовленные по собственной технологии. Компания успешно присутствует на рынке медицинских товаров уже более 40 лет. «Arion» обладают 4 био-характеристиками: имеет биологическое происхождение, обладает биорассасываемостью, биосовместимостью (отсутствие токсического, аллергического, тератогенного действия на ткани организма), биоинертность (не взаимодействует с клетками организма и стойко к действию микроорганизмов).

Ход операции: Операция проводится под общей внутривенной анестезией (короткосрочная общая анестезия). Время операции – 1,5 часа. Вся процедура проводится под точнейшим и строжайшим контролем медиков и аппаратуры. Наложение швов делается таким образом, чтобы шрам остался наименее заметным и наиболее эстетичным. Хирургический дренаж не используется.

Послеоперационный период: Врач назначает пациенткам антибиотики, противовоспалительные и противоотечные препараты для приема. Послеоперационный болевой синдром не сильно выражен и, как правило, проходит уже на третьи сутки, при

необходимости, снимается обычными обезболивающими препаратами. То же касается синяков и отечности, которые также хорошо контролируются медикаментами. В течение первых 14 дней запрещено выполнять руками любую физическую нагрузку, в том числе и водить автомобиль. Запрещено активно поднимать руки выше плеч, особенно резко. После истечения 2-х дней можно выполнять обычную бытовую нагрузку на руки и поднимать их. Спортивные занятия можно с осторожностью возобновить не ранее чем через 2 месяца после операции, а затем постепенно увеличивать нагрузку. Через 1 год после маммопластики рубец уже практически не виден. Пациентка выписывается из стационара на следующие сутки. Повязка и швы сменяются на 10-й день после операции. Запрещено массировать грудь в течение 2-х месяцев, посещать баню, сауну, бассейн в течение того же времени. Принимать душ и ванны можно не ранее, чем на 14-й день после маммопластики. Рекомендуются пройти реабилитационный курс для уменьшения отека, синяков – назначаются индивидуально физиотерапевтические процедуры.

Выводы: В выборе наилучшего способа пластической операции маммопластики с максимальным косметическим эффектом следует остановиться на модифицированном методе маммопластики через периареолярный косметический доступ с установкой силиконового импланта субмускулярно

После исследуемых выполненных операций маммопластики осложнений не наблюдалось, отдалённые результаты хорошие

Биоимпланты «Agion» признаны лучшими и безопасными для выполнения операций маммопластики.

СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ КОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Расулов Н.А, Ганиева Л.С

Научный руководитель: к.м.н. доцент Аблаев Э.Э

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

Введение. За последние годы понятие «узловые образования» или «узловой зоб» щитовидной железы (ЩЖ) стал вызывать значительный интерес в эндокринной хирургии. Во-первых, это связано с высокой распространенностью, так у 5% лиц, узловые образования удается выявить при пальпации, а при ультразвуковом исследовании в 5-10 раз чаще [1]. Во-вторых, риском малигнизации. Долгое время подобный подход приводил к огульному и необоснованному оперативному вмешательству. Исследования последних лет и совершенствование методов диагностики позволили систематизировать полученные данные и создать «Клинические рекомендации по диагностике и лечению узлового зоба» [1]. На основании рекомендаций предложен ряд показаний для оперативного лечения узловых образований ЩЖ. Одним из таких показаний является компрессионный синдром, при котором длительный бессимптомный рост узловых образований приводит к сдавлению соседних органов и сосудов с развитием соответствующей симптоматики.

Цель. Изучить особенности проявления компрессионного синдрома и провести анализ хирургического лечения при узловых образованиях ЩЖ.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 113 больных с узловыми образованиями щитовидной железы, которые находились на лечении в условиях хирургического отделения Клинического медицинского многопрофильного центра Святителя Луки г. Симферополя за 2013-2016 гг. Медина возраста 55,03 (от 24 до 80 лет), мужчин и женщин - 1:13,1. Степень увеличения щитовидной железы определяли по классификации О.В. Николаева 1995 года [2]. Постановка первичного диагноза осуществлялась по сбору жалоб, анамнеза, результатов УЗИ щитовидной железы с

последующей ТАПБ (тонкоигольной аспирационной биопсии) узлового образования для исследования цитоморфологической структуры и решения выбора оперативного вмешательства; а функциональное состояние железы оценивали по уровню гормонов в крови (ТТГ, Т4, кальцитонина и паратгормона). Окончательный диагноз устанавливался в послеоперационном периоде по результатам гистологического или иммуногистохимического исследований. Признаки компрессионного синдрома определялись субъективно (по жалобам больных, при пальпации), по результатам УЗИ и интраоперационно. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета программ Microsoft Office 2010, Statistica-10.

Результаты исследования. Большинство пациентов (82,3%, n=93) с узловыми образованиями щитовидной железы имели различные проявления синдрома сдавления, другая часть – 20 человек (17,7%) имели жалобы на косметический дефект из-за опухолевидного образования в области железы или ее асимметрии. При этом не всегда значимое увеличение объема железы или какой-то доли играет решающую роль в развитии синдрома сдавления. Так, у одной пациентки с объемом железы в 33,26 см³ с папиллярным раком (фолликулярная форма) на фоне многоузлового конгломератного эутиреоидного признаки подтвердились интраоперационно, где прослеживалась девиация трахеи влево и компрессия внутренней яремной вены. В случае, когда объем составлял 89,3 см³ при многоузловом конгломератном эутиреоидном зобе, во время операции не удалось подтвердить явных признаков компрессии.

В морфологической структуре узловых образований преобладали пациенты с многоузловым зобом – 52 (46,0%), узловой зоб – 27 (23,9%), токсическая аденома выявлена в 8,0% случаев (n=9), аутоиммунный тиреоидит – 10 больных (8,8%). Рак щитовидной железы был подтвержден гистологически у 15 пациентов (13,3%), при этом у большинства из них (n=12), колонии атипических клеток были обнаружены на фоне картины многоузлового зоба.

Экстрафасциальная тиреоидэктомия – применялась нами как основной метод оперативного вмешательства: 79 больных (69,9%), при этом у 18 пациентов (15,9%) объем операции был дополнен центральной лимфодиссекцией шеи. Экстрафасциальная гемитиреоидэктомия была выполнена у 16 (14,2%) больных при односторонней локализации узловых образований. Послеоперационный период осложнился развитием временного пареза гортани развился у 2 больных (2,3%) и у 1 пациента в виде гематомы послеоперационной раны. Через месяц на контрольном осмотре все больные отмечали улучшение состояния и отсутствии симптомов компрессионного синдрома.

Выводы. Одним из распространенных, при синдроме сдавления, являются жалобы со стороны пищевода и трахеи – дисфагия, кашель, одышка. Появление компрессионного синдрома у больных с узловыми образованиями ЩЖ является абсолютным показанием к оперативному вмешательству. Наиболее оправданной, по нашим результатам, является экстрафасциальная тиреоидэктомия. Несмотря на радикальный подход данный метод позволяет устранить возникшее осложнение, при меньшей доле послеоперационных осложнений. Перспективным, на наш взгляд, выглядит дальнейшее исследование по влиянию синдрома сдавления на магистральные сосуды шеи.

Список литературы.

1. Статьи журналов: Фадеев В.В. Узловой зоб: дискуссионные проблемы и негативные тенденции клинической практики.//Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2007.— №2. — Т.3. — С.5-14.
2. Монография: Николаев О.В. «Эндемический зоб» М, Медгиз. - 1995 г. С.257
3. Статьи журналов: Ланцов Д.С. Узловой зоб в сочетании с микрокарциномой щитовидной железы.//Диагностика и лечение узлового зоба. — М. - 2004. — С.187.
4. Статьи журналов: Cappellani A., di Vita M., Zanghi A. The recurrent goiter: prevention and management // Ann. Ital. Chir. 2008. V. 79. N4. P. 247–253.

5. Статьи журналов: Vincen G. Thyroidectomy over a quarter of a century in the Belgian Ardennes: a retrospective study of 1207 patients // Acta Chir. Belg. 2008. V. 108. N5. P. 542–547

ВЫБОР АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Расулов Н.А., Савинов И.С.

Медицинская академия им. С.И. Гергиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Введение. Эндовенозная лазерная коагуляция (ЭВЛК) с каждым годом находит свое широкое применение во флебологической практике [5]. Достоинством метода стала возможность его использования при осложненных формах варикозной болезни (ВБ) с клиническими классами С4-С6 [5]. Пункционный доступ к магистральным венам нижних конечностей без традиционных разрезов под ультразвуковым дуплексным контролем - делает метод не только менее травматичным, но и эффективным. Усовершенствование эндовасальной методики оперативного вмешательства и внедрение в клиническую практику, делает необходимым обеспечение адекватной анестезии [1]. Однако во флебологической среде данный вопрос продолжает оставаться открытым, как показано в работе Jaiswal V., 2016 г.: «...Работы, посвященные выбору методов анестезии при оперативных вмешательствах флебологического профиля, малочисленны ...» [4]. Оптимизация анестезиологического пособия позволит снизить болевую нагрузку во время операции у пациентов с осложнёнными формами ВБ и в послеоперационном периоде, а также ускорит социальную реабилитацию в отдаленном периоде.

Цель работы. Дать сравнительную клиническую оценку туменесцентной (ТА) и комбинации ТА и эхоконтролируемой блокады бедренного нерва (ЭКББН) при миниинвазивных методах оперативного вмешательства в лечении осложненных форм ВБ.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 175 больных с ВБ, распределение которых по клиническому классу ХЗВ составило: С4 – 116 пациентов, С5 – 20 пациентов, С6 – 38 пациентов. Больные были разделены на 5 групп согласно применяемым методам анестезии: группа I (36 человек) – ТА с 0,1% раствором Кляйна, скорость автоматической помпы (АП) 250 мл/мин; группа II (36) – применялся модифицированный раствор Кляйна в концентрации 0,04% и 0,06% (для ТА в фасциальном футляре большой подкожной вены (БПВ) использовали 0,04% раствор, в зоне минифлебэктомии (МФЭ) для ТА – 0,06% раствор), скорость АП 250 мл/мин; группа III (35) – применялся модифицированный раствор Кляйна по методике, аналогичной группе II, но скорость АП 100 мл/мин (быстрое нагнетание анестетика может усилить боль у пациентов); группа IV (34) – метод выполнялся аналогично группе II, дополнительно применена ЭКББН с дозировкой лидокаина 200 мг; группа V (35) – аналогично группе IV и дозировкой лидокаина 400 мг. Больные всех групп идентичны по основным когортным признакам. Всем пациентам выполнялось хирургическое вмешательство в объеме ЭВЛК ствола БПВ на бедре, с последующей МФЭ и резекцией несостоятельных перфорантов на пораженной конечности. При наличии показания выполняли «foam-form» эхосклеротерапию.

Для оценки интенсивности боли во время хирургического вмешательства использовали цифровую рейтинговую шкалу (NRS). Больные оценивали интенсивность боли на 3 этапах: во время выполнения ТА в фасциальном футляре БПВ перед ЭВЛК, во время выполнения ТА перед выполнением МФЭ и во время выполнения МФЭ. Для оценки снижения двигательной активности в группах IV и V мы применяли собственную шкалу: 0 – нет двигательных расстройств, 1 балл – имеются незначительные двигательные

расстройства, не влияющие на активность пациента, 2 балла – передвижение возможно, но требуется протезирование палкой/ходунками, 3 балла – больной не может опираться на ногу, требуется длительный постельный режим.

Результаты. По результатам оценки интенсивности боли во время оперативного вмешательства на 3 этапах, получены следующие данные: в I группе $2,8 \pm 0,3$, $5,3 \pm 0,4^{**}$, $2,8 \pm 0,3$; в II группе $3,1 \pm 0,3$, $5,0 \pm 0,4^{**}$, $3,0 \pm 0,3$; в III группе $2,8 \pm 0,3$, $5,0 \pm 0,3^{**}$, $2,9 \pm 0,3$; в IV группе $1,8 \pm 0,3^*$, $2,9 \pm 0,3^*$, $1,6 \pm 0,2^*$; в V группе $1,8 \pm 0,4^*$, $3,0 \pm 0,3^*$, $1,6 \pm 0,3^*$ (* – достоверная разница между группами с применением проводниковой анестезии и группами без нее, ** – достоверная разница между показателями в пределах группы в разные моменты операции).

Показатель снижения двигательной активности в IV и V группах составил $0,4 \pm 0,1$ и $0,8 \pm 0,2$ соответственно ($p < 0,05$), таким образом выраженность двигательных расстройств в группе V больше, чем в группе IV, что свидетельствует о более высокой частоте моторного блока при одинаковом обезболивающем эффекте. Это подтверждает отсутствие необходимости в увеличении дозировки анестетика для ЭКББН более 200 мг.

Развитие гипотонических состояний было зафиксировано у 3 пациентов в I группе (8,3%), у 1 пациента в III и IV группах (2,9% в каждой группе) и у 2 пациентов в V группе (5,7%).

Выводы.

1. Комбинация ТА и ЭКББН позволяет достоверно снизить интенсивность боли во время операции у пациентов с осложненными формами ВБ.

2. При применении модифицированного раствора Кляйна наблюдается меньшее количество гипотонических состояний.

3. Достоверной разницы в эффективности анестезии между применением дозировки 200 мг и 400 мг для ЭКББН не выявлено, но при выполнении ЭКББН с дозой 400 мг наблюдается увеличение риска развития гипотонических состояний и достоверное увеличение моторного блока по сравнению с дозой 200 мг, что препятствует ранней активизации пациентов после оперативного вмешательства.

Список литературы.

1. Гельфанд Б.Р., Гриненко Т.Ф., Кириенко П.А., Борзенко А.Г., Шмаков И.А./ Унилатеральная субарахноидальная анестезия при операциях на венах нижних конечностей.// Вестник РГМУ. - 2011. - №3. С. 39-42.

2. Хафизов А.Р., Минигалиева Э.Р., Иванов А.В., Галимов Т.Р., Олейник Б.А./Тумесцентная анестезия при ЭВЛО и минифлебэктомии./ 8-й Санкт-Петербургский венозный форум «Актуальные вопросы флебологии», 4 декабря, 2015, Санкт-Петербург. С.64-65.

3. Руководство для врачей. Флебология./ Под ред. акад. В.С. Савельева. М.: Издательство Медицина – 2001.: С. 164-175

4. Gelfand B.R., Grinenko T.F., Kirienko P.A., Borzenko A.G., Shmakov I.A./ Unilateral spinal anesthesia for lower extremities veins surgery/. Herald of Pirogov Russian State Medical University. – 2011; №3. С. 39-42.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

Самурганов Н.О., Филиппева Н.В.

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 объем медицинской помощи при ожогах пищевода у детей.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе ГБУЗ СКОЛЬКО «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополь, отделение гнойной хирургии. Под нашим наблюдением находилось 64 пациента с 2015- 2016 гг. с ожогами пищевода с различными степенями тяжести и локализации из них 11 пациентов со структурами пищевода. Возраст пациентов составляет от 1 года до 7 лет. Мальчиков 41 (64,1%), девочек 23 (35,9%).

Проводилось бужирование данных пациентов. Определена схема бужирования пищевода по степеням: при 1 степени производился осмотр через 1 месяц с решением вопроса о бужировании, при ожогах 2 степени производился осмотр через 2 недели; при 3 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 года до 3 лет (52,85%), чуть менее дети с 4 до 7 лет (47,15%). Наибольшая частота ожогов пищевода обусловлена воздействием кислот - 30 случаев (46,9%). Отравление щелочами - 14 случаев (21,8%). Другие вещества - 20 случаев (31,3%). Ожог пищевода легкой степени (1 степени) встречается наиболее часто - 28 пациентов (43,7%).

У 25 исследуемых средняя степень тяжести (2 степень). Ожог пищевода тяжелой степени (3 степени) у 11 пациентов (17,2%).

В связи с агрессивностью жидкостей отмечено, что в 76,6% развились осложнения в виде рубцовых структур, что обуславливало неоднократную госпитализацию детей для проведения этапного бужирования пищевода. Эффективность бужирования отмечалась в 96,9% случаев, неэффективность в 3,1%. При неэффективности бужирования пациентам было выполнено стентирование пищевода.

Выводы. Химическим ожогам пищевода наиболее подвержены дети в возрасте от 1 года до 3 лет (52,85%). Наибольшая частота ожогов пищевода обусловлено воздействием кислот (46,9%). Предлагаемый подход в раннем бужировании пищевода позволил в 96,9% достигнуть положительного эффекта.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ И МЕТОДОВ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Санина А.А., Сечина Ю.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Бондаренко А.Г.
Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. Лечение больных острым холециститом, отягощенных выраженной сопутствующей патологией, остается одной из ведущих проблем абдоминальной хирургии. Общепринятой на сегодняшний день является тактика, которая предусматривает двухэтапность лечения [2]. В качестве первого этапа больным с высоким операционно-анестезиологическим риском выполняется чрескожная чреспеченочная

холецистостомия (ЧЧХС) под контролем УЗИ, как минимальное по объему вмешательство, направленное на декомпрессию желчного пузыря [1].

Фактору острой блокады пузырного протока хирурги придают ведущее значение. В 1971 году Д.Л. Пиковский выделил особую форму холецистита – острый обтурационный холецистит.

Целью исследования явилось сравнение результатов лечения острого обтурационного холецистита в зависимости от сроков и методов выполнения ЧЧХС.

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения ЧЧХС у 133 больных с острым обтурационным холециститом, находившихся на лечении в период с 2008 по 2015 гг. В зависимости от сроков выполнения ЧЧХС было выделено две группы пациентов. В основной группе (64 человека) ЧЧХС выполнялась сразу же по истечении первых суток от начала заболевания. В контрольной группе – 69 человек, ЧЧХС выполнялась в стандартные сроки, то есть через 48-72 часа с момента заболевания.

Результаты и обсуждение. Значительные размеры желчного пузыря у больных с острым холециститом и небольшая глубина его расположения позволяет выполнить ЧЧХС под УЗИ наведением. Пункция и дренирование желчного пузыря чаще всего осуществлялось при помощи устройства для дренирования полостных образований (УДПО) Ившина и фиксирующего дренаж типа «pig tail» (81% случаев).

УЗИ картина перед дренированием основной и контрольной групп: увеличение размеров желчного пузыря (в среднем 110-120х37-42мм), толщина стенки 4-5мм, с участками слоистости. Содержимое неоднородно за счет мелкодисперсной взвеси в области шейки. Там же фиксированный конкремент. Свободная жидкость не определяется. Паренхима печени в области ложа пузыря не изменена.

УЗИ картина перед дренированием контрольной группы: увеличение размеров желчного пузыря (в среднем 118-134х39-47мм), толщина стенки до 6мм, двойной контур. Содержимое неоднородно за счет взвеси во всех отделах пузыря, УЗИ признаки гепатизации. В области шейки фиксированная гиперэхогенная структура. Свободная жидкость в незначительном количестве по контуру пузыря. Отек паренхимы печени в области ложа пузыря.

Появление желчи по холецистостомической трубке является свидетельством истинного деблокирования желчного пузыря.

В основной группе у 87,5±4,1% пациентов появление желчи отмечалось в первые сутки. У 9,4±3,6% отмечалось появление желчи к исходу вторых суток. В 3,1±2,1% случаев истинного деблокирования желчного пузыря не произошло.

В контрольной группе у 55,2±6,2% появление желчи отмечалось в первые сутки. У 15,1±4,5% отмечалось появление желчи к исходу вторых суток. На третьи сутки деблокирование пузыря произошло еще у 12,3±4,1%. В 12,4±4,1% случаев истинного деблокирования желчного пузыря не произошло.

Вторым этапом у 90,6% пациентов основной группы и у 88,4% контрольной группы выполнялась лапароскопическая холецистэктомия.

Оперативное вмешательство выполнено на 18-21 сутки с момента наложения холецистостомы.

В основной группе у 78% больных при видеолaparоскопии: умеренно выраженный спаечный процесс в области шейки. Спайки легко разделяются тупым путем и коагуляционной препаровкой. Дифференцировка пузырного протока и артерии сохранена. Субсерозно желчный пузырь достаточно легко выделяется из ложа. Продолжительность оперативного вмешательства от 55 минут до 1ч 40мин. В среднем 1ч 10мин.

В контрольной группе у 67% больных при видеолaparоскопии: спаечный процесс в подпеченочном пространстве. Висцеральные спайки по всему периметру пузыря, дифференцировка пузырного протока и пузырной артерии затруднена. При выделении пузыря повышенная кровоточивость тканей. Продолжительность оперативного вмешательства от 1ч05 минут до 2ч10мин. В среднем 1ч 40 мин.

В основной группе у 77% по данным гистологии: относительно негустые инфильтраты из нейтрофильных лейкоцитов с лимфоидными и макрофагальными клетками. Строма пузыря отечная. В серозном покрове полнокровие кровеносных сосудов. Изменения соответствуют регрессирующему катаральному воспалению.

В контрольной группе у 63% по данным гистологии: достаточно выраженная диффузная инфильтрация стенки нейтрофильными полиморфно-ядерными лейкоцитами, выраженное расстройство кровообращения: полнокровие, отек, стазы, тромбы. Мелкоочаговый некроз слизистой оболочки и выпадения в этих областях грубодисперсного фибринозного экссудата. Признаки перенесенного флегмонозного воспаления.

Выводы. Выполненная в ранние сроки (до суток) ЧЧХС вне зависимости от метода способствует: раннему истинному деблокированию желчного пузыря, более быстрому стиханию воспаления, более благоприятным интраоперационным условиям.

Список литературы.

1. Архипов О.И., Бондаренко А.Г., Цациев Д.А. Результаты лечения больных острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском посредством ЧЧХС под УЗ-контролем/ Материалы II съезда хирургов ЮФО, Пятигорск 8-9 октября 2009г.- Ростов-на-Дону: ГОУ ВПО РостГМУ Росздрава, 2009.- С. 121.
2. Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Архипов О.И., Демьянова В.Н. Результаты лечения больных с острым холециститом посредством ЧЧХС под УЗ-контролем с острым холециститом посредством ЧЧХС под УЗ-контролем. /Материалы научно-практической конференции врачей России с международным участием. - Тверь ,2012. - С.103-104.

ИЗУЧЕНИЕ КРИТЕРИЕВ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА РЕЛАКСАЦИИ ДИАФРАГМЫ ПОСЛЕ ЕЕ ПЕРВИЧНОЙ КОРРЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Свирский А. А., Замотин И.Д., Житкова Н.С.

Белорусский государственный медицинский университет

Лечение врожденных пороков сердца у детей актуальная и сложная проблема современной кардиохирургии. Одним из осложнений данных вмешательств может стать релаксация диафрагмы, существенно ухудшающая состояние пациента в послеоперационном периоде. В свою очередь после выполненной повторной торакотомии и пликация диафрагмы наблюдаются рецидивы релаксации диафрагмы, подразумевающие выполнение повторного оперативного вмешательства. Целью работы является выявление критериев риска развития рецидива релаксации диафрагмы после ее первичной коррекции у детей методом статистического анализа дооперационных и послеоперационных показателей.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов РНПЦ детской хирургии г. Минска Республика Беларусь, за период с 01.08.2006 по 01.01.2017г. Были проанализированы следующие параметры: срок гестации, вес пациента, пол, метод хирургической коррекции, время нахождения на ИВЛ, параметры ИВЛ, длительность временного интервала, прошедшего от установления релаксации до операции. Обработка данных была произведена в программе: «MedCalc» Version 17.6.

Результаты и обсуждение: После первичной коррекции релаксации у 12 из 120 (10%) пациентов наблюдался рецидив, что потребовало повторно пластики. Статистический анализ данных позволил заключить, что срок гестации, вес пациентов, пол, возраст и время от постановки диагноза до первичной коррекции не влияют на частоту рецидива. В зависимости от способа выбранной первичной пластики релаксации диафрагмы – п-

образными швами без прокладок, п-образными швами на прокладках, а также единым гофрирующим швом, все пациенты были распределены на 3 группы, соответственно. Последующий статистический анализ данных показал достоверное увеличение числа рецидивов в группе пациентов, которым была выполнена пластика п-образными швами на прокладках. На основании особенностей послеоперационного ведения пациентов после первичной коррекции релаксации, таких как длительность ИВЛ, все пациенты так же были разделены на 3 группы. В группе пациентов №1, переведенных на спонтанное дыхание в первые 12 часов после операции рецидивов не наблюдалось, в группе №2 (время, проведенное на ИВЛ от 12 часов до 72 часов) риск развития рецидива снижался в 1,3 раза, по сравнению с группой №3, у которых искусственная вентиляция легких превышала 72 часа. (Двусторонняя вероятность $P = 0,0007$, Mann-Whitney $U = 242,00$; Z-тест для зависимых величин (corrected for ties) $3,392$). Также, режимы ИВЛ были условно разделены на 2 категории: «мягкий» и «жесткий». Разделение было проведено на основании следующих параметров: режим работы аппарата (BiPAP, CPAP), FiO₂, PEEP, P_{in}. В группе №1 («мягкий режим») рецидивы были диагностированы в 4 раза реже. (F-тест для равных отклонений: $0,049$; разница внутри групп сравнения составила: $0,4833$; стандартная ошибка: $0,1474$; 95% CI of difference: $0,1908$ to $0,7758$; двусторонняя вероятность: $0,0014$).

Закключение: Анализ полученных данных свидетельствует, что рецидивы релаксации диафрагмы достоверно чаще наблюдались у пациентов, находящихся на «жестких» режимах ИВЛ. Выявлена прямая пропорциональная зависимость между длительностью нахождения пациента на ИВЛ и вероятностью возникновения рецидива релаксации после ее коррекции. Рассчитанные показатели отношения шансов вероятности рецидива в зависимости от способа коррекции, свидетельствуют о большем риске применения П-образного шва на прокладках, по сравнению с другими способами пластики. Частота рецидивов в различных источниках колеблется от 0% до 27%. [4, 5, 6, 9]. В нашем исследовании этот показатель составил 10%. В современной литературе не описано зависимости между вероятностью развития рецидива релаксации диафрагмы и особенностями хирургической коррекции первичной релаксации. [6]. В настоящем исследовании показаны данные, связывающие выбор метода пластики диафрагмы при ее релаксации, с риском развития рецидива.

Список литературы.

1. Abad P, Lloret J, Martinez Ibanez V, Patino B, Boix-Ochoa J. Diaphragmatic paralysis: Pathology at the reach of the pediatric surgeon. *Circ Pediatr*. 2001;14:21–4.
2. Dagan O, Nimri R, Katz Y, Birk E, Vidne B. Bilateral diaphragm paralysis following cardiac surgery in children: 10 year's experience. *Intensive Care Med*. 2006;32:1222–6.
3. Lemmer J, Stiller B, Heise G, Hubler M, Alexi-Meskishvili V, Weng Y, et al. Postoperative phrenic nerve palsy: Early clinical implications and management. *Intensive Care Med*. 2006;32:1227–33.
4. Akay TH, Ozkan S, Gultekin B, Uguz E, Varan B, Sezgin A, et al. Diaphragmatic paralysis after cardiac surgery in children: Incidence, prognosis and surgical management. *Pediatr Surg Int*. 2006;22:341–6.
5. Joho-Arreola AL, Bauersfeld U, Stauffer UG, Baenziger O, Bernet V. Incidence and treatment of diaphragmatic paralysis after cardiac surgery in children. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005;27:53–7.
6. Amin Z, McElhinney DB, Strawn JK, Kugler JD, Duncan KF, Reddy VM, et al. Hemidiaphragmatic paralysis increases postoperative morbidity after a modified Fontan operation. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2001;122:856–62.
7. Ovroutski S, Alexi-Meskishvili V, Stiller B, Ewert P, Abdul-Khalik H, Lemmer J, et al. Paralysis of the phrenic nerve as a risk factor for suboptimal Fontan hemodynamics. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005;27:561–5.

8. Joho-Arreola AL, Bauersfeld U, Stauffer UG, Baenziger O, Bernet V. Incidence and treatment of diaphragmatic paralysis after cardiac surgery in children. Eur J Cardiothorac Surg. 2005;27:53
9. Zhang YB, Wang X, Li SJ, Yang KM, Sheng XD, Yan J. Postoperative diaphragmatic paralysis after cardiac surgery in management. Chin Med J (Engl). 2013 Nov;126(21):4083-6
10. Bruno-Pierre Dubé, Martin Dres Diaphragm Dysfunction: Diagnostic Approaches and Management Strategies. J Clin Med. 2016 Dec; 5(12): 113

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ СИМУЛЬТАННОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

Студеникин Л.В.

Научный руководитель: Бондаревский И.Я.

Южно-Уральский государственный медицинский университет

Введение. По обобщенным данным, после плановой эндоскопической холецистэктомии в 5% – 40% случаев развивается постхолецистэктомический синдром [5,7,8]. Установлена взаимосвязь патологических изменений моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки с развитием холецистолитиаза и с нарушениями желчеотделения [2,3]. Доказано, что отсутствие коррекции дуоденальной дискинезии – одна из ведущих причин неудовлетворительных результатов операций на желчевыводящих путях [4].

Общепринятые методы хирургической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) требуют лапаротомного доступа, являются калечащими для пациента и провоцируют развитие нежелательного адгезиогенеза брюшины, увеличивающего экономические потери [1].

Все это обуславливает актуальность и цель нашей работы– улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) за счет разработки и внедрения в клиническую практику эффективной органосохраняющей симультанной технологии эндоскопической коррекции ХНДП при выполнении плановых видеолапароскопических холецистэктомий по поводу хронического калькулезного холецистита.

Материал и методы. На базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» были обследованы 130 человек, готовящихся к плановой эндоскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита. Амбулаторное обследование больных было дополнено рентгеноскопией желудка и двенадцатиперстной кишки. Трактовка результатов рентгеноскопии проводилась согласно классификации хронической дуоденальной непроходимости Я.Д. Витебского.

Из больных с доказанными ХНДП сформированы 2 опытных группы, не имеющие значимых отличий по полу, возрасту, сопутствующей соматической патологии. Группу исследования составили 33 человека (пациенты, подвергшиеся симультанной оперативной коррекции дуоденальной патологии при эндоскопической холецистэктомии). Группу сравнения ретроспективно составили 25 человек (пациенты с выявленной дискинезией двенадцатиперстной кишки без ее коррекции, которым была выполнена лишь холецистэктомия). Коррекция ХНДП производилась в объеме мобилизации дуоденоюнального перехода путем рассечения брюшины в данной области с последующим низведением перехода.

В послеоперационном периоде через 1 и 12 месяцев проведены оценка качества жизни с помощью опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) и контрольное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Статистическая

обработка результатов проводилась с помощью программы StatSoft Statistica v.6.0, с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. В исследовании всего участвовало 130 человек: 35 мужчин (28,3%) и 95 женщин (71,7%). Средний возраст исследуемой популяции составил 53,1 года. Среди пациентов, страдающих ЖКБ, рентген-признаки дискинезии двенадцатиперстной кишки выявлены в 55,2% случаев. 1 стадия (компенсации) моторных нарушений была выявлена у 15 больных желчнокаменной болезнью (20%); 2 стадия (субкомпенсации) диагностирована у 48 человек (67%). Стадия декомпенсации хронических нарушений дуоденальной проходимости выявлена у 10 больных (13%).

Выявленное соотношение степеней дуоденостаза соответствует данным, полученным при проведении поэтажной манометрии у 290 пациентов на протяжении 10 лет после холецистэктомии [6] и не имеет статистически значимых различий ($p > 0,05$). Это подтверждает достоверность рентгенологического исследования. Видеолапароскопическая холецистэктомия, дополненная симультанной мобилизацией дуоденоюнального перехода, выполнена 33 пациентам с субкомпенсированной стадией дискинезии. Преимущества данной мобилизации: отсутствие вскрытия просвета кишки, техническая простота, позволяющая выполнять его эндоскопически, с помощью стандартного набора видеолапароскопических инструментов.

Результаты оценки качества жизни пациентов из группы исследования соответствовали удовлетворительному результату лечения.

Закключение. Высокая распространенность ХНДП среди людей, страдающих ЖКБ, является показанием для их коррекции, улучшения пассажа по кишечнику и профилактики постхолецистэктомических осложнений. Симультанная мобилизация дуоденоюнального перехода в случае субкомпенсированных ХНДП- оправданный метод профилактики постхолецистэктомического синдрома.

Список литературы.

1. Бондаревский, И.Я. Оценка эффективности средств профилактики послеоперационного адгезиогенеза брюшины в эксперименте / И.Я. Бондаревский, М.С. Шалмагамбетов, В.Н. Бордуновский // Клин. и эксперимент. хир. Журн. им. акад. Б.В. Петровского. – 2017. – №2. – С. 33-39.
2. Галиев, Ш.З. Нарушения сократительной функции желчного пузыря как фактор развития рефлюкс-гастрита при заболеваниях желчевыводящей системы / Ш.З. Галиев, Н.Б. Амиров, О.А. Баранова и др. // Санкт-Петербург – Гастро-2016, тезисы / Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2016. – № 1-2. – С. М8-М8а.
3. Еремина, Е.Ю. Клинические варианты билиарной патологии / Е.Ю. Еремина // Медицинский алфавит. – 2016. – №5, том 1, Практическая гастроэнтерология. – С. 25-31.
4. Магомедов, А.Г. Хирургическое лечение хронического нарушения дуоденальной проходимости в профилактике постхолецистэктомического синдрома / А.Г. Магомедов, К.Х. Омаров // Анналы хирургии. – 2007. – №5. – С. 46-50.
5. Нечай, А.И. Постхолецистэктомический синдром / А.И. Нечай // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – №1. – С. 28-33.
6. Рыбачков, В.В. Оценка влияния холецистэктомии на уровень желчных кислот в плазме крови и давление в желудке и двенадцатиперстной кишке / В.В. Рыбачков, А.М. Медведев // Бюллетень экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – №21. – С. 455-459.
7. Jaunoo, S.S. Postcholecystectomy syndrome (PCS). Review. / S. S. Jaunoo, S. Mohandas, L.M. Almond // International Journal of Surgery. – 2010. – Volume 8, Issue 1. – P. 15–17. doi:10.1016/j.ijssu.2009.10.008.
8. Radu, D. Diet and Postcholecystectomy Syndrome (PCS) / D. Radu, D. Georgescu, M. Teodorescu // Journal of Agroalimentary Processes and Technologies. – 2012. – №18 (3). – P. 219-222.

ПРИМЕНЕНИЕ СИЛИКОНОВЫХ ПОВЯЗОК ПОСЛЕ КРИОДЕСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ

Сулейманова С.Ф., Ивченко А.А., Ивченко Г.С.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Минаев С.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Цель исследования: улучшение отдаленных результатов лечения рубцов кожных покровов в детском возрасте путем применения силиконовых повязок после криодеструкции.

Материал и методы:

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница» г. Ставрополь, ДХО-1. Под нашим наблюдением находилось 158 детей с быстрорастущими инфантильными гемангиомами малых и средних размеров в возрасте от 1 до 6 месяцев. Мальчиков было 93, девочек – 64.

Всем детям выполнялась криодеструкция гемангиом площадью до 10 см². В качестве хладагента использовали жидкий азот (-196 °C). После выполнения криодеструкции образуется патологический рубец. Появление патологического рубцевания всегда является проблемой. В рубцовой ткани больше коллагена и меньше эластина, что влияет на эластичность ткани. После заживления ран они были осмотрены и разделены на 2 группы. В основной группе было 38 детей, которым выполнялась криодеструкция с последующим наложением силиконовой повязки, в контрольной группе 120 пациентов, которым после криовоздействия проводили динамическое наблюдение. Все пациенты осматривались через 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты:

В основной группе отмечалось достоверное улучшение результатов при сравнении с контрольной группой (пигментация 0-1 балл, высота 1-2 балла, эластичность 0-1, суммарная оценка 1 балл; пигментация 0-3 балла, высота 0-1 балла, эластичность 1-2, суммарная оценка 4 балла соответственно).

Выводы:

Таким образом, применение силиконовых покрытий для лечения рубцовых деформаций с 10 суток после криодеструкции на протяжении 6-12 месяцев обеспечивает достоверно лучшие косметические результаты лечения детей.

ЛЕЧЕНИЕ ИМПЛАНТАССОЦИИРОВАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА И НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ

Сытый А.А., Ракович Д.Ю.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Нечипоренко А.Н.
Гродненский государственный медицинский университет

Одними из наиболее частых так называемых имплантассоциированных осложнений (ИАО), которые возникают после коррекции генитального пролапса с помощью сетчатых протезов, являются миграция протеза в мочевого пузырь (МП), эрозия слизистой влагалища с обнажением фрагмента протеза [1].

Материал и методы исследования. В клинике урологии ГрГМУ с 2007 по 2016 год на лечении по поводу ИАО находилось 11 женщин после хирургической коррекции ГП

методом влагалищной внебрюшинной кольпопексии синтетическими сетчатыми протезами по принципу Prolift anterior.

Результаты. Клинические проявления ИАО, диагностика и их лечение отличаются особенностями в зависимости от характера осложнения. Поэтому клинику, диагностику и лечение пациенток с ИАО рассматриваем по конкретным осложнениям.

1. Миграция фрагмента протеза в МП. Через 2-4 месяца после операции появились дизурические расстройства, интенсивность которых постепенно нарастала. В анализах мочи отмечалась лейкоцитурия. В ходе цистоскопии был выявлен дефект слизистой на задней стенке МП, дном которого являлся фрагмент сетчатого протеза инкрустированный солями. Обеим пациенткам после кольпопексии была выполнена МРТ таза для уточнения состояния мочевого пузыря и положения имплантированного протеза. Все женщины с миграцией фрагмента протеза в МП оперированы чреспузырным доступом.

2. Эрозия слизистой влагалища после кольпопексии протезами по принципу Prolift клинически проявлялась незначительными болями во влагалище и скудными кровянистыми выделениями из влагалища [2]. Эти клинические проявления стали отмечать через 2-5 месяцев после операции. Сохраняющиеся расстройства заставили обратиться за медицинской помощью. При влагалищном исследовании пальпаторно определялся язвенный дефект на слизистой передней стенке влагалища у 3 пациенток и на задней - у 2. При осмотре в зеркалах определялась эрозия слизистой на стенке влагалища с гранулирующими краями, дном эрозии являлся фрагмент сетчатого протеза.

Все женщины с эрозией слизистой влагалища и обнаженным фрагментом сетчатого протеза оперированы. Выполнялась кольпотомия продольным разрезом окаймляющим обнаженную часть протеза. Весь выделенный фрагмент протеза иссекался. Через 1 и 3 месяца после операции пациентки осмотрены. Рецидива эрозии и ГП нет.

Заключение. 1. У женщин с миграцией протезов в МП сразу после операции отмечались дизурические расстройства, а в анализах мочи имела место эритроцитурия (8-10 эритроцитов в п/з). Можно с большой долей вероятности говорить о том, что во время операции имело место проведение сегмента рукава протеза через стенку МП может быть даже и без перфорации слизистой пузыря. Таким образом «миграция» протеза в МП или уретру является результатом дефекта операции в виде интраоперационного повреждения МП или уретры проведением сегмента протеза через стенку этих органов.

2. Эрозия слизистой влагалища однозначно является результатом нарушения техники имплантации протезов Prolift в виде расположения протеза не под влагалищной фасцией, а под слизистой оболочкой или протез непосредственно контактирует со швами наложенными на кольпотомическую рану.

Список литературы.

1. Нечипоренко, А.Н. Поздние осложнения трансвагинальной хирургической коррекции генитального пролапса и стрессового недержания мочи у женщин / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко // Здоровоохранение. – 2013. – № 2. – С. 8-11.

2. Нечипоренко, А.Н. Эрозии слизистой влагалища, мочевого пузыря и уретры после трансвагинальной коррекции генитального пролапса и стрессового недержания мочи с использованием синтетических материалов / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко // Урология. – 2013. – № 4. – С. 12-15.

ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ И ПОЛА

Усенбаев Т.Н., Асанов Б.Б., Ибрагимов М.Я.

Научные руководители: старший преподаватель Габайдулин А.В., доцент Бейсембаев А.А.
Кыргызско-Российский Славянский университет, Киргизия

Флегмона забрюшинной клетчатки обычно развивается у больных с ретроцекальным и ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка[1]. У тучных пациентов после аппендэктомии возникает больший процент послеоперационных осложнений [3]. Однако зависит ли это напрямую с анатомическими особенностями развития клетчатки именно в этой зоне и являлось целью данного исследования. В задачи исследования входило провести анализ частоты гнойных осложнений после аппендэктомии.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач нами исследован кадаверный материал лиц, умерших ненасильственной смертью и не связанной с патологией брюшной полости и забрюшинного пространства. Топографо-анатомическое изучение полученного материала проводилось с использованием цифровой фото-видеосъемки. Сонографические исследования были проведены у 86 пациентов в возрасте от 17 до 78 лет, у которых патология брюшной полости не была выявлена. Частота гнойных осложнений после аппендэктомии изучалась по данным историй болезни пациентов ЧООБ. Статистическая обработка полученного цифрового материала проводилась методами вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. Во время исследования пластиналов обнаружено, что средняя толщина межфасциального клетчаточного пространства на серийных срезах пластинационных препаратов забрюшинного комплекса у разных типов телосложения составляет: у астеников 2,81 мм; у нормостеников 6,05 мм; у гиперстеников 10,24 мм. В процессе обработки сонограмм выявлены схожие закономерности. Толщина клетчаточного слоя у астеников - 3,6 мм; у нормостеников - 6,3 мм; у гиперстеников - 11,3 мм. Размеры клетчатки в группе исследуемых старше 50 лет, больше чем размеры в группе младше 50 лет. Средний показатель толщины клетчатки у мужчин в 1,25 раза больше, чем у женщин. Количество гнойных осложнений после аппендэктомии увеличивается прямо пропорционально толщине жировой клетчатки.

Таким образом, жировая клетчатка находится в тесном анатомо-физиологическом взаимодействии с внутренними органами в силу наличия широкой сосудистой сети коллатералей и лимфатических сосудов находящихся в непосредственном контакте с органом [2]. Поэтому патологические процессы в регионе слепой кишки ведут к изменениям параколярной клетчатки. Для правильного прогноза исхода операции необходимо проводить УЗ исследование [5].

Поскольку аппендэктомия, как хирургическая травма, всегда приводит к временному отеку интерстиция, то на наш взгляд предотвратить или хотя бы уменьшить эти объективные процессы можно лишь воздействуя на лимфатический регион, используя лимфотокстимулирующую коррекцию [4]. Пациенты с брахиморфным типом телосложения попадают в группу риска по развитию гнойных осложнений.

Список литературы.

1. Берещенко, В. В. Острый аппендицит и его осложнения / В. В. Берещенко.- Гомель: учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2012.- 48с.
2. Городов, С. Ю. Эффективность лимфогенных методов при перитонитах с различной степенью выраженности интоксикации / С. Ю. Городов, В. И. Вторенко, М. Ю. Богодаров// Хирургия.- 2008.- №7.- С. 35-39.
3. Клиническая хирургия: национальное рук.: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.- Т.2.

4. Мусаев, А. И. Влияние непрямой лимфотропной терапии на показатели синдрома системной воспалительной реакции / А. И. Мусаев, У. Э. Усубакунов // Врач-аспирант. - 2015.- №5.- С. 287–294.

5. Wong, K. K. Diagnosing acute appendicitis: are we overusing radiologic investigations? / K. K. Wong, T. W. Cheung, P. K. Tam et al.// J. Pediatr Surg.- 2008.- Vol. 43.- № 12. - P. 2239-2241.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО АДГЕЗИОГЕНЕЗА БРЮШИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шалмагамбетов М.С., Бондаревский И.Я.

Научный руководитель: Бондаревский И.Я.

Южно-Уральский государственный медицинский университет

В последние годы происходит рост количества оперативных вмешательств, призванных устранить экстренную хирургическую патологию. Так, например, в США ежегодно по экстренным хирургическим показаниям госпитализируется свыше 3 миллионов больных [6,8]. Увеличивается и число послеоперационных осложнений [1], самым распространенным из которых является спаечная болезнь брюшины [5,7]. Такие больные нуждаются в повторной госпитализации и оперативном лечении, что зачастую способствует рецидиву заболевания [4]. Поиск средств профилактики данного осложнения продолжается на протяжении последних двух столетий, предложено множество способов. Тем не менее универсального средства борьбы с послеоперационным адгезиогенезом брюшины не предложено [4]. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности противоспаечной коллагеновой мембраны Колгара в снижении случаев послеоперационного спаечного процесса у лабораторных животных.

2. Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено экспериментальное, проспективное, рандомизированное контролируемое, слепое исследование на лабораторных животных.

Объектом исследования были крысы линии Wistar обоих полов массой 200-250 г. общим количеством 53 животных.

Операции проводились в 2 этапа. На первом этапе моделировался спаечный процесс асептическим травматическим способом [2]. На десерозированную париетальную брюшину правой мезогастральной области накладывался сетчатый эндопротез размером 1,5*2 см. Prolen, Ethicon [3]. Через 21 день производилась релапаротомия, изучались морфологические изменения брюшины. Затем отбирались животные у которых развился спаечный процесс (n=46), им производился тотальный адгезиолизис и повторное десерозирование брюшины. В контрольной группе на этом этапе рана послойно ушивалась (n=23), а во второй группе помещалась мембрана КолГара в правую мезогастральную область (n=23).

Спустя 21 день производилась аутопсия, изучались морфологические изменения в брюшной полости с использованием визуально-описательного метода.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью SPSS Statistics 20.0, используя непараметрический критерий Манна-Уитни. Статистически значимыми считали различия с $p < 0,05$.

Результаты. Из 53 лабораторных животных у 7 (14%) произошло восстановление поврежденного мезотелия. У других 46 (86%) крыс развился спаечный процесс, и они были поделены на 2 группы. На втором этапе: в контрольной группе (n=23, Me=8,00, [5,00;8,00]) адгезиогенез произошел у всех животных и был представлен спаечными сращениями в виде формирования конгломератов, состоящих из тонкой кишки и

сальника, фиксированных к вентральной стенке в месте расположения сетчатого эндопротеза. Во второй группе (n=23, Me=5,00, [0,00;8,00]) развитие спаечного процесса произошло у 14 (61%) животных. Восстановление десерозированного мезотелия наблюдалось у 9 экспериментальных моделей данной группы.

Сравнив результаты между 2-мя группами, получено статистически значимое различие (p=0,001).

Послеоперационный спаечный процесс характеризуется не равномерным распределением среди животных. У 14% животных произошла полная регенерация поврежденного мезотелия, без формирования сращений соседних листков. Механизм действия мембраны КолГара основанный на разобщение десерозированных смежных областей брюшины, способствовал достижению ремезотелизации поврежденных участков только в области применения. Но в смежных анатомических областях предшествующего оперативного вмешательства, степень распространенности и выраженности адгезиогенеза была сопоставима с контрольной группой. Что, конечно, является недостатком способа профилактики спаек при выборе барьерных средств. С другой стороны, распространенность случаев вовлечения послеоперационного рубца и сальника в спаечный процесс, являющийся непосредственной причиной спаечной болезни брюшины в форме острой кишечной непроходимости, установленную по результатам многих исследований [3], использование барьерных противоспаечных средств имеет свою специфическую область применения.

Заключение. Использование для профилактики адгезиогенеза барьерной противоспаечной мембраны КолГАРА является эффективным способом профилактики экспериментального адгезиогенеза брюшины.

Список литературы.

1. Петлах, В.И. /Морфология формирования послеоперационных внутрибрюшных спаек. / В.И. Петлах, В.А. Липатов, Е.С. Елецкая, А.В. Сергеев // Детская хирургия. – 2014. - №1. – С. 42 – 46.
2. Студеникин, Л.В. /Операция Клермона как метод профилактики постхолецистэктомических осложнений. / Л.В. Студеникин, И.Я. Бондаревский // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т.11. - № 3. – С. 341 – 345.
3. Бондаревский, И.Я. / Оценка эффективности средств профилактики послеоперационного адгезиогенеза брюшины в эксперименте / И.Я. Бондаревский, М.С. Шалмагамбетов, В.Н. Бордуновский // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского. – 2017. – Т.5. - №2 (16). – С. 33 – 39.
4. Christopher T. Aquina, MD, MPH; Adan Z. Becerra, BA et al. Patients with Adhesive Small Bowel Obstruction Should Be Primarily Managed by a Surgical Team. *Annals of Surg.* 2016. Vol. 264. No 3. P 437-447.
5. Catena F., Ansaloni L., Di Saverio S., Pinna A.D. Prevention of postoperative abdominal adhesions by icodextrin 4% solution after laparotomy for adhesive small bowel obstruction. A prospective randomized controlled trial. *J Gastrointest Surg* 2012;16:382–388.
6. Havens J.M., Peetz A.B., Do W.S., et al. The excess morbidity and mortality of emergency general surgery. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015;78(2):306 311.
7. Herrmann A., De Wilde R.L. Adhesions are the major cause of complications in operative gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016; 35:71–83.
8. Scott J.W., Olufajo O.A., Brat G.A., Rose J.A., Zogg C.K., Haider A.H., Salim A., Havens J.M. Use of National Burden to Define Operative Emergency General Surgery. *JAMA Surg.* 2016 Jun 15;151(6):e160480.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО РАКА ПОЧКИ

Шевченко Н.А.

Научный руководитель: Харин Л.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Актуальность и научная новизна. Рак почки является широко распространенной онкологической патологией, в структуре общей заболеваемости населения Российской Федерации занимает 10-е место, что составляет 3,9 %. Смертность от рака почки в общей структуре составляет 2,93 на 100. тыс населения. Ежегодно в мире регистрируется около 250 тыс. новых случаев заболевания [1].

Научная гипотеза. Внедрение в клиническую практику современных неинвазивных методов диагностики сделало возможным выявление почечноклеточного рака на ранних стадиях, при которых выполнение органосохраняющего лечения согласно современным литературным данным сопоставимо по эффективности и радикальности с «золотым стандартом» - нефрэктомией.

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющего лечения рака почки.

Материалы и методы. В отделении урологии РНИОИ наблюдаются 39 пациентов с раком почки T1-2N0M0, получивших органосохраняющее лечение в период с 2012 по 2016 гг. По количеству опухолевых очагов – у 31 (79,5%) больного выявлен 1 опухолевый узел, у 6 (15,4%) – 2, и у 2-х пациентов (5,1%) – 3 опухолевых узла. Размеры опухолевых очагов варьировали от 14 до 51 мм, составив в среднем 36 ± 12 мм. У 20 (51,3 %) больных выявлялся преимущественно экстраренальный тип роста опухоли, у 5 (12,8 %) - интратренальный рост, у 14 (35,9 %) - опухоль имела смешанный характер роста. По данным морфологического исследования в 27 (69,2 %) случаях выявлен светлоклеточный вариант рака почки, в 5 (12,8%) – темно-клеточный вариант, в 7 (18 %) смешанно-клеточный вариант. Во всех случаях осуществлялась морфологическая оценка хирургического края, при этом ни в одном случае по линии резекции не найдено опухолевых клеток. Нами использовались следующие варианты хирургического органосохраняющего лечения: энуклеация опухолевого узла, клиновидная резекция почки, резекция полюса, геминефрэктомия. Выбор способа хирургического вмешательства зависел от размеров, характера и типа роста опухолевого узла. При любом виде резекции соблюдались общепринятые принципы: контроль за почечными сосудами, минимальное время ишемии, удаление опухоли в пределах здоровых тканей, герметичное ушивание вскрытой собирательной системы почки, тщательный гемостаз и укрывание дефекта почечной паренхимы мышечно-фасциальным, жировым или брюшинным лоскутом. Хирургическое вмешательство всем больным осуществлялось люмботомическим доступом в положении на боку [2]. Время операции колебалось от 85 до 165 минут, составив в среднем 110 ± 17 минут. Кровопотеря, по данным протоколов анестезии, в большинстве случаев оценивалась как незначительная, и лишь в двух случаях достигла 500 мл. Время тепловой ишемии колебалось от 5 до 13 минут и в среднем составляло 7,5 минуты.

Результаты. Среди ранних осложнений послеоперационного периода у больных после резекции почки наблюдались гнойно-воспалительные процессы в зоне послеоперационной раны (нагноение или заживление вторичным натяжением у 3 (7,7 %) пациентов. Консервативное лечение местных раневых осложнений имело успех во всех наблюдениях. Резорбтивная лихорадка наблюдалась у 7 (17,8 %) пациентов, обострение хронического пиелонефрита у 2 (5,1%), кровотечение по забрюшинным дренажам, установленным к зоне резекции почки, наблюдалось у 2-х (5,1 %) пациентов, почечное кровотечение, проявляющееся макрогематурией – у 1 (2,6 %) пациента. При УЗИ - контроле на 7 сутки после операции ни в одном случае не было отмечено забрюшинных гематом в зоне резекции почки, что обусловлено адекватным дренированием и

антибактериальной терапией. При оценке азотвыделительной функции почек у 15 (38,5%) пациентов отмечалась гиперазотемия в раннем послеоперационном периоде (креатинин $145,3 \pm 22,4$ $\mu\text{mol/l}$, мочевины $9,3 \pm 2,3$ mmol/l). Однако, на фоне проводимого нефропротекторного лечения к 7-10 суткам после операции у всех больных удалось добиться нормализации биохимических показателей крови, при этом ни в одном случае мы не применяли ни один из эфферентных методов лечения в виду отсутствия к этому показаний. Местный рецидив опухоли в зоне резекции почки развился у 1 (2,6 %) пациента через 18 месяцев после операции и потребовал выполнения нефрэктомии, У 2-х (5,1 %) больных отмечено замедление секреторной функции оперированной почки по данным реносцинтиграфии при сохраненном адекватном диурезе и нормальных биохимических показателях крови. Полной потери функции почки не было зафиксировано ни в одном случае. Также не выявлено ни одного случая прогрессирования опухолевого процесса или летального исхода. Показатель специфической выживаемости в течение 2-х лет равен 100 %.

Вывод. Хорошие ближайшие и отдаленные результаты органосохраняющего лечения при раке почки убеждают в том, что подобные операции являются эффективным методом лечения и не снижают показателей выживаемости.

Список литературы.

1. А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) – 2017 г, Москва.
2. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология – 2011 г, Москва.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕЛЬВИПЕРИТОНИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ **Шидаков И.Х.**

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

Введение. Заболевания органов малого таза различного генеза у девочек, протекающие под маской «острого живота», остаются одной из актуальных проблем urgentной хирургии детского возраста. Запоздалая диагностика и нерациональная тактика могут привести к разнообразным осложнениям с последующим нарушением репродуктивной функции. Актуальность проблемы подтверждается увеличением числа женщин, страдающих различными формами бесплодия, причинами которого могут стать инфекционно-воспалительные заболевания брюшной полости и полости малого таза, перенесённые в детском возрасте.

Дифференциальная диагностика острого аппендицита (наиболее частого хирургического заболевания у детей) с гинекологическими заболеваниями часто очень сложна. Анатомическая близость червеобразного отростка и гениталий, а также вариативность проявлений заболеваний этих органов нередко приводят к диагностическим ошибкам.

Материалы и методы.

С января 2013 г. по октябрь 2017 г. в детском хирургическом отделении КЧРКБ находилось на лечении 19 девочек с диагнозом: Пельвиоперитонит. Возраст больных составлял от 3 до 14 лет, средний возраст 8 лет. Все пациенты поступали из дома: самостоятельно либо бригадой скорой помощи. Длительность заболевания до обращения в стационар в среднем равнялась 16 ч 30 минут. Наиболее раннее поступление отмечено спустя 3 часа с момента появления первых жалоб. Одна пациентка обратилась за медицинской помощью через 88 часов от начала заболевания. Повторная госпитализация также отмечена в 1 случае.

У всех больных проводилась оценка жалоб, динамики объективных симптомов. Из дополнительных методов обследования были изучены данные ультразвукового исследования брюшной полости и малого таза, а также общеклинического анализа крови (ОАК).

Результаты и обсуждение.

Заболевание чаще всего начиналось остро, с внезапных болей в животе (94,7%). Пациенты указывали на боли в околопупочной области и во всех отделах живота, позже боль локализовалась, как правило, в правой подвздошной области, напоминая «кохеровское» начало аппендицита. Лишь у 2 девочек (10,5%) боль изначально сместилась в гипогастрий. Позже, у 12 девочек (68,4%) к жалобам присоединилась гипертермия со средней температурой 37,9 С. Рвота в дебюте заболевания наблюдалась у 12 больных (68,4%). У 8 детей (42%) заболевание манифестировало всеми тремя признаками. В 78,9% случаев в ОАК имелся умеренно выраженный лейкоцитоз со средними цифрами $19,4 \cdot 10^9/\text{л}$, увеличение СОЭ наблюдалось лишь у 4 детей (21%). Все девочки перед госпитализацией в детское хирургическое отделение консультировались гинекологами – острая хирургическая патология исключалась.

Типичные слизистые выделения из половых путей, описываемые в литературе мы наблюдали лишь у 1 больного, который впоследствии вёлся консервативно. Остальным 18 девочкам было проведено оперативное вмешательство через лапаротомию. Средняя длительность предоперационного периода (с момента поступления до операции) составила 8 часов 6 минут. Перед операцией выставлялись диагнозы: острый аппендицит (73,6%), перитонит (10,5%). У 3 детей показания к операции выставлялись в связи с невозможность исключения острой хирургической патологии в брюшной полости.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 40 минут. У 94,4% оперированных детей в полости брюшины и малого таза имелся мутный, липкий выпот серозного характера, у одной девочки, оперированной повторно по поводу пельвиоперитонита, содержимое было гнойное. Со стороны женских половых органов изменения были в виде гиперемии, отёчности маточных труб, у 1 больной был обнаружен разрыв кисты яичника. Сочетание с деструктивными формами аппендицита – «аппендикулярно-генитальный синдром» - отмечено у 2 девочек. Несмотря на это, аппендэктомия проводилась всем оперированным детям. У остальных 88,8% гистологическое исследование показывало катаральный аппендицит, у 1 больного в просвете червеобразного отростка имелись фрагменты гельминтов. Операционная рана ушивалась наглухо.

В послеоперационном периоде всем детям проводилась антибактериальная терапия. В большинстве случаев (68,4%) использовалось сочетание цефалоспоринов 2 – 3 поколения с аминогликозидами, только цефалоспорины – в 21% случаев. У 3 больных (15,7%) применялся метронидазол. Средняя продолжительность противомикробной терапии составила 8 суток. Болевой синдром нивелировался у большинства больных, сразу после операции. Температура тела нормализовалась к 2 суткам после операции. Средняя продолжительность госпитализации составила 9,2 койко – дней.

Выводы.

Пельвиоперитонит у девочек является одним из частых хирургических заболеваний. Неспецифическая симптоматика, схожесть клинических проявлений с острым аппендицитом, затрудняет дифференциальную диагностику, и может привести к неоправданным оперативным вмешательствам. Только взаимодействие детских хирургов и гинекологов позволит предупредить развитие поздних осложнений и нарушений репродуктивной функции.

Список литературы.

1. Петлах, В.И. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в практике детского хирурга. / В.И. Петлах, А.И. Коновалов, И.М. Константинова, А.Н. Сергеев, О.А. Беяева // Врач. - 2012. - № 1. - С. 3 – 7.

2. Петлах, В.И. Лечебно-диагностический алгоритм при абдоминальном болевом синдроме у девочек. / В.И. Петлах, А.И. Коновалов, И.М. Константинова, А.Н. Сергеев, О.А. Беляева, Окулов Е.А. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2012. - № 1. - С. 65 – 72.

3. Фаткина, О.А. Алгоритм обследования и лечения девочек с аппендикулярно-генитальным синдромом. / О.А. Фаткина, Е.В.Сибирская, И.В. Поддубный, Т.М. Глыбина. // Проблемы репродукции. - 2014. - № 1. - С. 33–40.

4. Чундокова, М.А. Пельвиоперитонит и сальпингит у девочек при синдроме «острого живота». / М.А. Чундокова, А.Н. Смирнов, А.Ф.Дронов и др. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2013. - №1. С. 32 – 33.

ОСЛОЖНЕНИЕ ПРЕБЫВАНИЯ МАГНИТНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ЖКТ У ДЕТЕЙ

Шидаков И.Х., Калниязов Б.М.

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

Введение. Инородные тела ЖКТ у детей встречаются довольно часто, однако в последние годы лечение таких больных значительно усложнилось в связи с появлением нового типа объектов – магнитных деталей конструкторов и игрушек. Даже при проглатывании множества таких элементов никаких характерных ранних симптомов (дисфагия, кашель, гиперсаливация) не возникает, и родители часто остаются в неведении относительно причины последующего постепенного ухудшения состояния ребенка. Ключевой особенностью магнитных инородных тел (МИТ) является их активное взаимодействие между собой и с магнитными объектами внешней среды. За счет сил взаимного притяжения МИТ рано начинают мигрировать в брюшной полости, вызывая перфорации кишечной стенки и приводя к серьезным осложнениям.

Клинический случай.

Ребёнок М., 6 лет заболел 17.09.17., когда на фоне полного здоровья, начали беспокоить боли в области живота. Болевой синдром носил непостоянный характер, за медицинской помощью не обращались. 18.09.17. болевой синдром усилился, ребёнок стал вялым, температура тела повысилась до 37.3С. Мать с ребёнком обратились в приёмное отделение КЧРКБ, осмотрены детским хирургом. На момент осмотра состояние больного средней степени тяжести. Ребёнок активный, самостоятельно передвигается, в сознании, на осмотр реагирует адекватно. По жизненным функциям ребёнок компенсирован, субфебрильная лихорадка до 37.4 С, тахикардия до 98 /мин. Язык влажный, чистый. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания всеми отделами. Живот не вздут, симметричный, правильной формы. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в правой и левой подвздошных областях, патологические объёмные образования не определяются. Признаков перитонита нет. Печень не увеличена. Селезенка и почки не пальпируются. Перистальтика активная. Поколачивание по поясничным областям безболезненное. Стула не было в течение суток. Мочеиспускание не нарушено.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости - без патологических данных. Несмотря на отсутствие чёткой клинической картины острого патологического процесса в брюшной полости, сохранение болевого синдрома в течение суток вызвало настороженность, ребёнок был госпитализирован в детское хирургическое отделение в 09:16 18.09.17. с предварительным диагнозом: Острый аппендицит. В отделении сохранялась гипертермия 37.3-37.5 С, умеренно выраженный болевой синдром. При объективном осмотре локальный статус значительно не изменился: сохранялась болезненность при пальпации в правой подвздошной области, без чётких признаков

Образцова, Бартомье-Михельсона и симптомов раздражения брюшины. Учитывая длительность заболевания более 1 суток, сохраняющийся болевой синдром, на фоне проводимой терапии, ввиду невозможности исключения острой хирургической патологии в брюшной полости, принято решение об операции.

18.09.17. в 13:20 ребёнок оперирован. Из точки McBurney доступом по Волковичу-Дьяконову послойно вскрыта брюшная полость. В рану прилежат петли тонко кишки, выпота нет. При ревизии установлено, что купол слепой кишки не выводится в рану, червеобразный отросток расположен типично в медиальном направлении, незначительно гиперемирован. При осмотре аппендикса обнаружено, что у основания отростка имеются два круглых инородных тела (магниты), диаметром до 3мм, сцепленные друг с другом через стенку аппендикса (один в просвете отростка, другой – на серозной оболочке), без явного нарушения целостности кишечной стенки. Инородные тела удалены, с выполнением аппендэктомии кистетным способом. Дальнейший осмотр кишечника выявил следующее: на передней стенке подвздошной кишки в 25-30 см от илеоцекального угла имелось перфоративное отверстие округлой формы, диаметром до 3-4 мм, без налёта фибрина и выделения кишечного содержимого из просвета кишки. Данный дефект оценен как вероятное место изначального нахождения одного магнита (по типу «целующихся» магнитов). Целостность кишки восстановлена наложением узловых швов в поперечном направлении. Другой патологии не установлено, гнойных и каловых затёков нет. Контроль на гемостаз, инородные тела. Операционная рана послойно ушита наглухо. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал благополучно, без осложнений. Антибактериальная терапия (цефтриаксон + амикацин) проводилась в течение 7 дней. Ребёнок был выписан с выздоровлением на 8-е послеоперационные сутки.

Результаты и обсуждение.

Анализируя данный случай после операции, была проведена предметная беседа с матерью, во время которой разъяснился полный анамнез заболевания. Около 7 дней назад родственники подарили ребёнку игрушечные бусы, которые соединялись друг с другом с помощью магнитов. При отсутствии должного контроля ребёнок, видимо, проглотил во время игры два магнитных элемента с определённым интервалом времени. Далее, продвигаясь по желудочно-кишечному тракту, они мигрировали до попадания одного МИТ в червеобразный отросток слепой кишки, где оно «заклинилось». Затем при совпадении кишечных петель друг на друга во время перистальтики, инородные тела соединились, началась ишемия кишечной стенки, с последующим некрозом и выходом одного из магнитов в брюшную полость. Относительно небольшие размеры инородного тела и длительный процесс разрушения кишечной стенки привели к малому диаметру перфоративного отверстия, прикрывшегося петлями кишки, и не привели к развитию гнойного перитонита.

Выводы.

Таким образом, проглоченные МИТ в количестве двух и более активно взаимодействуют между собой и с объектами внешней среды, мигрируют с различной скоростью по отделам пищеварительного тракта и вызывают различного рода осложнения: перфорацию кишечной стенки, непроходимость кишечника, кровотечения, перитонит. Результаты клинических наблюдений свидетельствуют о том, что отсутствие четких алгоритмов действия при инородных телах желудочно-кишечного тракта приводят либо к необоснованной выжидательной тактике и, как следствие, возникновению осложнений, либо к неоправданному расширению хирургических вмешательств.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛЕНОЧНЫХ ИМПЛАНТОВ ДЛЯ УКРЫТИЯ ДЕСЕРОЗИРОВАННЫХ УЧАСТКОВ СТЕНКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ярмамедов Д.М., Захарова К.В. Инархов М.А.

Научные руководители: д.м.н. доцент Липатов В.А., д.м.н. доцент Затолокина М.А.
Курский государственный медицинский университет

В абдоминальной хирургии число как плановых, так и экстренных оперативных вмешательств не имеет тенденции к снижению. Также высока частота возникновения спаечного процесса в брюшной полости в послеоперационном периоде (около 80% случаев) [2]. Патоморфология и патогенез спаечного процесса до сих пор является предметом обсуждения в клинической и фундаментальной медицине [3]. Среди большого спектра выбора различных полимерных имплантов, значимое место занимают биodeградируемые мембраны, принцип действия которых основан на возникновении барьера между раневой поверхностью оперированного органа и окружающими его интактными тканями [1].

Цель: в сравнительном аспекте в условиях эксперимента «in vivo» изучить эффективность использования новых полимерных мембран для укрытия десерозированного участка стенки толстой кишки.

В качестве материала для экспериментального исследования были использованы: образцы полимерных мембран с медленными темпами биodeградации и высокой степенью адгезии: № 1, № 2 и № 3.

В эксперименте было сформировано 4 группы исследования: в контрольной группе дефект кишечника не укрывался полимерной мембраной, в остальных группах десерозированный участок кишки укрывался одним образцом из трех пленчатых имплантатов: образец № 1 (опытная группа 1), образец № 2 (опытная группа 2), образец № 3 (опытная группа 3), соответственно.

Для моделирования травмы использовали петлю слепой кишки с последующим удалением серозного слоя площадью 1 см² после инъекционного субсерозного введения 2 мл физиологического раствора. Образованная полость была иссечена скальпелем. На травмированный участок был наложен полимерный имплант размером 2×2 см. После фиксации мембраны к стенке кишки за счет адгезивных свойств, оперированную петлю кишки погружали в брюшную полость. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методики определения границ доверительного интервала.

Результаты исследования. При аутопсии животных контрольной группы на 14-е сутки эксперимента были выявлены следующие схожие между собой изменения. Выпот в брюшной полости носил серозно-геморрагический характер и составлял $12,34 \pm 2,13$ мл. В зоне локализации смоделированной травмы визуализировали сформированный соединительнотканый рубец, вокруг которого отмечались реактивные изменения. В области десерозированного участка определялись висцеро-париетальные и висцеро-висцеральные спайки между петлями тонкого кишечника и прядью сальника. Петля слепой кишки не была деформирована и гипертрофирована, проходимость ее не нарушена.

При аутопсии животных опытной группы 1 на 14-е сутки изменения брюшной полости состояли в следующем. У всех животных выпот в брюшной полости носил серозный характер ($5,28 \pm 1,26$ мл). В месте локализации травмы образован соединительнотканый рубец, размерами не превышающий площадь изначального десерозированного участка. Визуализировались единичные висцеро-париетальные спайки. В области моделированной травмы стенка кишки не истончена, выпячивания внутренних слоев не отмечалось, незначительное количество организовавшегося фибрина. Петля слепой кишки не гипертрофирована, не деформирована, без визуально определяемого стеноза кишечника.

На 14-е сутки при аутопсии животных, входящих в опытные группы 2 и 3 в месте локализации дефекта образован соединительнотканый рубец, в 1,5 раза превышающий площадь десерозированного участка смоделированного во время операции. Выпот в брюшной полости серозно-геморрагический ($7,34 \pm 1,82$ мл). В области десерозированного участка имели место висцеро-висцеральные спайки между петлями тонкого кишечника. Отмечалось истончение стенки кишки в зоне сформированной травмы и незначительное выпячивание ее внутренних слоев. Травмированный участок петли слепой кишки без видимой деформации, кишечная проходимость не нарушена. Спаечный процесс в сравнении с контрольной группой меньшей выраженности и распространенности.

Вывод: Образец полимерного пленочного импланта № 1 по данным исследования является наиболее эффективным при операциях на полых органах брюшной полости в сравнении с образцами № 2 и 3, в большей степени снижает выраженность послеоперационного спаечного процесса, создавая благоприятные условия для регенерации тканей толстого кишечника.

Список литературы.

1. Инархов, М. А. Изучение особенностей реактивных изменений тканей на подкожную имплантацию новых рассасывающихся мембран на основе карбоксиметилцеллюлозы в экспериментах «in vivo» / М. А. Инархов, В. А. Липатов, М. А. Затолокина, Д. М. Ярмамедов // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25189> (дата обращения: 27.09.2016).
2. Инархов, М. А. К вопросу изучения физико-механических свойств и особенностей новых деградируемых полимерных пленочных имплантов для операций на органах брюшной полости / М. А. Инархов, В. А. Липатов, М. А. Затолокина, Д. М. Ярмамедов, С. В. Лазаренко // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". - 2016. - №3. - С. 67-73.
3. Хоменко, Т. И. Осложнение после лапаротомии на фоне послеоперационного спаечного процесса / Т.И. Хоменко // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4. – № 4. – С. 260.

Раздел 6. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ ОБЫЧНЫХ И ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА МОРФОЛОГИЮ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Баясхаланова Ц. Б., Власова Н.В., Чимбуева А.Б.

Научные руководители: к.м.н. Обыденко В.И., к.м.н. Баранчугова Л.М

Читинская государственная медицинская академия

В современном мире проблема курения является социальной проблемой[2,4], так по данным ВОЗ каждый год в мире от курения умирает 5,4 миллиона человек. К 2030 году эта цифра превысит 8 миллионов смертей, причем более 80% ассоциированных с табаком смертей произойдут в развивающихся странах. В XX веке табачная эпидемия убила 100 миллионов человек, а в течение XXI века она убьет 1 триллион человек. В последние 5 лет популярными среди молодежи стали электронные сигареты – вейпы[1]. Доставка никотина в данном виде сигарет осуществляется с помощью парогенератора. Производители электронных сигарет в рекламе позиционируют свой продукт, как способ избавления от вредной привычки. Однако, до настоящего времени открытых клинических исследований по данной проблематике произведено не было. Поэтому представляет огромный интерес сравнить два таких вида сигарет, выяснить их влияние на репродуктивную систему, органы иммуногенеза, органы дыхательной системы.

Цель исследования: провести сравнительный анализ морфологических изменений селезенки, семенников и легких у экспериментальных животных под влиянием электронных и обычных сигарет.

Материалы и методы: Эксперимент проводился в течение 4 месяцев на 30 беспородных крысах-самцах. Возраст экспериментальных животных 6 месяцев. В ходе эксперимента животные были разделены на 3 группы по 10 крыс в каждой: первая группа находилась под воздействием пассивного курения обычными сигаретами, вторая группа «опаривалась» электронными сигаретами, третья группа – контрольные животные. Экспериментальные животные 1-ой и 2-ой групп находились в помещениях площадью по 20 м², где пять раз в сутки подвергались воздействию сигарет исследуемых видов по 20 минут. Концентрация никотина в обычных сигаретах при пассивном курении животных 1-ой группы составила 0,7 мг/сиг расход сигарет за 1 сеанс - 3 шт. При «опаривании» животных 2-ой группы использовалась жидкость для вейпа на пропиленгликоль-глицериновой основе с никотином в дозировке 0,2 мг/мл. Расход жидкости на один сеанс 1,0 мл. Забор материала для гистологического исследования осуществлялся под хлороформным наркозом с соблюдением всех правил работы с лабораторными животными. В качестве исследуемого материала использовались семенники, селезенка и легкие 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 Манна-Уитни.

Результаты исследования: Уже на первой неделе эксперимента у первой группы обращало на себя внимание увеличение размеров семенников, их гиперемия и отек. В конце эксперимента крысы первой и второй групп стали терять шерсть, перестали заниматься грумингом, вели себя апатично и заторможено. При гистологическом исследовании были обнаружены изменения морфологической структуры в двух исследуемых группах. В паренхиме селезенки, в составе белой пульпы у животных первой

группы отмечалось уменьшение размеров лимфоидных фолликулов. Их площадь в среднем составила 3653 ± 120 мкм², в то время как в контроле 89432 ± 345 мкм². У животных второй группы лимфоидные фолликулы были видоизменены и имели гантелеобразную форму, либо вид ветвящихся тяжей, что говорит о развитии реактивной гиперплазии. В семенниках животных 1-ой группы в интерстициальной ткани между извитыми семенными канальцами отмечалось снижение количества и размеров клеток Лейдига по сравнению с контролем. При этом наблюдалась атрофия соединительнотканного компонента с замещением его на однородную гомогенную оксифильную массу. Диаметр извитых семенных канальцев составил 2010 ± 103 мкм, в то время как в контроле 2717 ± 96 мкм., а у животных 2-ой группы 2113 ± 87 мкм. Кроме того, у животных 2-ой группы в извитых семенных канальцах происходило отторжение сперматогенного эпителия, повреждение клеток Сертоли, хотя сперматогонии и сперматциты первого порядка сохранялись.

Изменения морфологии органов дыхательной системы у курильщиков традиционных сигарет изучены и описаны достаточно подробно[3]. Наше внимание привлекло исследование структуры легких под действием электронных сигарет. В легких крыс второй группы при гистологическом исследовании наблюдались участки ателектаза, компенсаторно расширенные участки легочной ткани, напоминающие картину эмфиземы, также обращали на себя внимание участки лимфоидной инфильтрации вокруг бронхов и в паренхиме легкого.

Выводы. Сравнительный анализ гистологических изменений при воздействии двух видов сигарет показал, что курение, как обычных, так и электронных сигарет, оказывают негативное влияние. В частности, при курении обычных сигарет происходят атрофические процессы в семенниках, при курении же электронных сигарет мы наблюдали отторжение сперматогенного эпителия, что в обоих случаях позволяет нам сделать вывод о нарушении их репродуктивной функции. Под влиянием электронных сигарет в легких происходят изменения, приводящие к развитию патологического процесса. Изменения морфологии селезенки, наблюдаемые в ходе эксперимента, повлекут за собой изменения реактивности организма в целом.

Список литературы.

1. Асанов Т.М., Скубилина Е.А., Дружинина Т.В., Бекезин В.В. Современные данные об использовании вейп-девайсов подростками и функциональных особенностях респираторной системы у них // Смоленский медицинский альманах. 2017. №3. С.75-80
2. Варганян Ф. Е., Шаховский К. П. ВОЗ и борьба с курением в мире: стратегии и тенденции // Наркология. – 2003. – Т. 4. – С. 2-4.
3. Невзорова В. А., Гилицанов Е. А., Тилик Т. В. Курение табака и функционально-морфологическое ремоделирование слизистой оболочки верхних и нижних дыхательных путей // Российская оториноларингология. – 2010. – №. 4. – С. 115-120.
4. Chung K. F., Adcock I. M. Multifaceted mechanisms in COPD: inflammation, immunity, and tissue repair and destruction // European Respiratory Journal. – 2008. – Т. 31. – №. 6. – С. 1334-1356"

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ПИЩЕВОДА

Загалова М.Х.

Краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Ставрополь

Актуальность. Сегодня широко используются в электронных детских игрушках и гаджетах «таблеточные» («монетоподобные», «кнопочные») батарейки. Эти блестящие

предметы диаметром от 10 до 20 мм интересны и привлекательны для детей. Родители зачастую не подозревают о потенциальных рисках, которые могут возникнуть при проглатывании этих предметов. Наиболее часто электрохимические повреждения пищевода возникают у детей в возрасте 2-4 года, что связано с активностью ребенка, небрежностью и недосмотром взрослых.

Пищевод наиболее восприимчив к удержанию инородных тел из-за его анатомических сужений и слабой перистальтики. Электрохимическая травма пищевода обусловлена генерацией внешнего электролитического тока «таблеточной» батареей, которая гидролизует тканевые жидкости. Согласно литературным данным, утечка содержимого батареи не является условием образования данного вида повреждений, а физическое давление на соседние ткани морфологически не значимо. Наиболее выраженные изменения возникают на отрицательном полюсе «монетоподобной» батареи в виде развития колликативного некроза тканей. В стенке пищевода это проявляется образованием острых эрозий и язв, вплоть до перфорации органа и развитием гнойного медиастинита.

Цель исследования: определить морфологические изменения при электрохимической травме пищевода.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ судебно-медицинской экспертизы трупа ребенка при электрохимической травме пищевода.

Результаты: были изучены обстоятельства дела и представленные медицинские документы в полном объеме. Девочка М. в возрасте 11 месяцев госпитализирована в детскую клиническую больницу с жалобами на частый продуктивный кашель, насморк, повышение температуры тела до 38,0°C, беспокойство. На рентгенограммах органов грудной и брюшной полости определяется инородное тело пищевода (монета? батарейка?). Из анамнеза заболевания: ребёнок болен 4-й день, когда проглотил монету или батарейку. У девочки М. появились рвота, частый продуктивный кашель и лихорадка. Первые дни ребёнок получал амбулаторное лечение по поводу острой респираторно-вирусной инфекции с использованием противовирусной и дезинтоксикационной терапии.

Из записей медицинской карты стационарного больного известно, что в день поступления девочки М. в детскую клиническую больницу ей выполнена эзофагоскопия с удалением инородного тела пищевода с техническими трудностями. Инородное тело (батарейка) было фиксировано и прикрыто грануляционной тканью. В месте стояния батарейки выявлен дефект передней стенки пищевода с формированием пищеводно-трахеальной фистулы. На следующий день ребёнку выполнена гастростомия по Кадеру. При этом на обзорных рентгенограммах органов грудной клетки - признаки двусторонней полисегментарной пневмонии и медиастенита. Состояние ребёнка – тяжелое. На 3-й день стационарного лечения у девочки М. развилось аррозивное трахеопищеводное кровотечение. В этот же день - 7-й день после проглатывания «таблеточной» батарейки и 3-й день стационарного лечения - на фоне проводимых реанимационных мероприятий и нарастающей брадикардии наступила остановка сердца, была констатирована биологическая смерть ребёнка.

При проведения судебно-медицинского вскрытия трупа ребёнка на передней стенке пищевода обнаружен дефект ткани на участке 2,5x4 см, который свободно сообщался с задней стенкой трахеи. Пищевод и мембранозная часть трахеи в этой зоне «спаяны». Клетчатка средостения пропитана грязно-зеленой сливкообразной жидкостью. На разрезе ткань лёгкого неравномерно темно-красного цвета, пестрая, из пересеченных бронхов всех калибров стекает большое количество желтовато-серой слизи. Кусочки легких, взятые из верхней и средней долей справа, при погружении в воду тонут, из остальных отделов плавают ниже уровня жидкости. На разрезах миокард - красно-коричневый, малокровный; ткань почек - бледно-коричневая, малокровная, граница между корковым и мозговым веществом сохранена; ткань печени - коричневого цвета с мелкоточечными тёмно-красными вкраплениями. В желудке около 70 мл темно-красных сгустков крови.

Селезенка - несколько дряблая, с умеренным соскобом пульпы. Отек и полнокровие вещества мозга и мягкой мозговой оболочки. При судебно-гистологическом исследовании в стенке трахеопищеводного свища – разрастания грануляционной ткани, обильная лейколимфоцитарная инфильтрация, распространяющаяся на окружающую клетчатку с формированием гнойного медиастенита, серозно-гнойная бронхопневмония, отёк головного мозга и мягкой мозговой оболочки, выраженные дистрофические изменения паренхиматозных органов. При исследовании органов иммуногенеза обнаружены признаки иммунодефицитного состояния. Несмотря на сильнейшую антигенную стимуляцию, в паратрахеальных лимфоузлах лимфоидные фолликулы отсутствовали, в селезёнке они были мелкие и без реактивных центров, в вилочковой железе отмечена акцидентальная трансформация 3 степени. Выявленное иммунодефицитное состояние являлось неблагоприятным преморбидным фоном в течение травмы.

Выводы.

1. Прижизненная диагностика повреждений пищевода должна основываться не только на клинических симптомах, но прежде всего на данных объективного исследования – рентгенографии органов грудной клетки и фиброэзофагогастроскопии.

2. Перфорация пищевода при электрохимической травме возникает в результате гидролитического воздействия отрицательного анода «монетоподобной» батарейки вследствие развития колликационного некроза.

3. В зоне повреждения (альтерации) закономерно развиваются воспалительная (экссудативная) реакция, а при давности более 3-5 дней репаративные процессы с образованием грануляционной ткани.

4. В области трахеопищеводного свища не наблюдается микроскопической картины колликационного некроза, что связано с давностью повреждения (в нашем случае 7 дней от момента попадания батарейки в пищевод) и развитием воспалительно-пролиферативных изменений.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ERG-ПОЗИТИВНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Летковская Т. А., Корсик В. Ю., Колыско Д. В.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Рак предстательной железы в Беларуси, как и во всем мире, становится самым распространённым злокачественным новообразованием у мужчин. Примерно в половине случаев в клетках данной опухоли определяется химерный ген TMPRSS2-ERG. Продукт данного гена, белок ERG, можно определять иммуногистохимически. До настоящего времени диагностическое и прогностическое значение экспрессии ERG в РПЖ окончательно не установлено.

Целью исследования явилось изучение морфологических особенностей рака предстательной железы у пациентов с наличием в опухоли химерного гена TMPRSS2-ERG.

Материалы и методы. Изучены морфологические признаки 89 ERG-позитивных карцином, выявленных иммуногистохимически в материале 196 мультифокальных биопсий пациентов с РПЖ. Результаты исследования обработаны непараметрическими методами вариационной статистики. При всех видах статистического анализа критическое значение уровня значимости принимали как равное 5%.

Результаты и их обсуждение. Частота выявления экспрессии белка в материале 196 образцов мультифокальных биопсий РПЖ составила 45%, что согласуется с данными большинства исследований. Нами не найдено различий в возрасте, объеме опухоли,

исходном значении простат-специфического антигена между группами пациентов в зависимости от наличия или отсутствия в опухоли белка ERG. При сравнительном анализе морфологических особенностей РПЖ в зависимости от статуса химерного гена TMPRSS2-ERG, было установлено, что в ERG-позитивном РПЖ достоверно чаще ($p < 0,05$) выявляется базофильный муцин в просвете раковых желез, крибриформный паттерн роста, коллагеновые микроузелки и внутрипротоковое распространение опухоли. Также достоверно чаще у пациентов с ERG-позитивным РПЖ обнаружены 4 и 5 паттерны Глисона. Нами также изучено прогностическое значение ERG-статуса опухоли в группе 144 пациентов, которым была выполнена радикальная простатэктомия. Установлено, что выраженная (3 балла) экспрессия ERG в образцах биопсий РПЖ позволяет прогнозировать высокий риск развития биохимического рецидива и/или клинического прогрессирования.

Выводы.

Морфологическими признаками, ассоциированными с наличием химерного гена TMPRSS2:ERG в РПЖ являются базофильный муцин в просвете раковых желез, крибриформный паттерн роста, коллагеновые микроузелки и внутрипротоковое распространение опухоли.

Выраженная экспрессия ERG в образцах биопсий РПЖ имеет значение для прогнозирования развития биохимического рецидива и/или клинического прогрессирования болезни.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА КРЫС ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК «ГЕЙНЕР» И «ПРОТЕИН»

Маргарян А.А., Михитаров Г.Л., Нагорный И.И.

Научный руководитель: Стадник Н.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема применения пищевых добавок, в частности "Гейнер" и "Протеин", актуальна в данный момент. Это связано ростом популярности данной группы веществ среди молодого населения, а так же с возможностью применения их в медицине. Тенденции в мире современного спорта диктуют необходимость исследования данной группы препаратов и особенностей влияния ее на организм. Эти препараты представляют определенную опасность из-за того, что в большинстве случаев применение "Протеина" и "Гейнера" не контролируемо со стороны врача.

Цель данного исследования: изучение макро- и микроскопических изменений в сердце крыс при приеме препаратов «Гейнер» и «Протеин»

Материалы и методы. На базе кафедры патологической анатомии СтГМУ был проведен научный эксперимент. Для эксперимента были отобраны белые лабораторные крысы в количестве 20 штук. Одной половине давался «Протеин», другой половине "Гейнер". Препараты перед введением растворяли в молоке.

Расчет дозы "Протеина" проводился исходя из эквивалентов человеческой дозе: 1 кг. веса - 2 г. «Протеина» в сутки(доза для человека) - 300 г. веса—0.6 г. «Протеина» в сутки(доза для крысы).

Расчет дозы «Гейнера» проводился аналогично: 1 кг.—1,42 г. «Гейнера» в сутки(доза для человека) - 300 г. - 0.43 г. «Гейнера» в сутки(доза для крысы).

Исследование проводилось в виварии СтГМУ, по длительности продолжалось три месяца. Материал для исследования получали после декапитации животных, после чего их вскрывали и брали необходимые органы для исследования. Первое вскрытие произвели на

20 сутки, второе на 34, третье на 48, и четвертое на 62. После взятия, материал пронумеровывали согласно дню вскрытия и помещали в емкости с раствором формалина.

Для гистологического исследования брали кусочек сердца, фиксировали в 10% формалине в течение 10 суток, после чего промывали проточной водой, проводили через спирты возрастающей крепости, заливали парафином и готовили слой толщиной 5-6 микрон. Полученные срезы окрашивали гематоксилином-эозином.

Для исследования макроскопических изменений в тканях использовались методы наблюдения и измерения. Для исследования микроскопических изменений использовался метод микроскопии. Статистическая обработка производилась с помощью программы StatSoftStatistica 10.

Результаты и обсуждение: при вскрытии макроскопические наблюдались изменения сердца. На 20 сутки исследования размеры сердца (в см.): длина 1,5; ширина 0,7; толщина 0,5. Консистенция плотно-эластическая. Со стороны перикарда имеются кровоизлияния, занимающие примерно 20 % поверхности сердца, сердце выглядит отечным. На разрезе: камеры и клапаны сердца визуально не изменены.

На 34 сутки исследования размеры сердца незначительно увеличены (в см.): длина 1,7; ширина 0,8; толщина 0,6. Консистенция плотно-эластическая. Визуально наблюдается прогрессирование изменений, более выражен отек, и очаги кровоизлияний. На разрезе: камеры сердца незначительно растянуты, особенно на правой половине сердца.

На 48 сутки размеры сердца увеличены (в см.): длина 1,8, ширина 0,9, толщина 0,7, консистенция приобретает дряблость и теряет эластичность. Визуально: увеличиваются очаги кровоизлияний, занимают примерно 40 % наружной поверхности сердца. На разрезе: камеры сердца растянуты, особенно на правой половине сердца (правый желудочек).

62 сутки: размеры сердца увеличены (в см.): длина 2, ширина 1, толщина 0,8. Консистенция дряблая. Очаги патологических изменений приобретают диффузный характер. Сердце темного-красного цвета. На разрезе камеры сердца растянуты, отмечается их гипертрофия миокарда, преимущественно правого желудочка.

Кроме того, с 40-х суток исследования, были обнаружены опухолевые новообразования, на брюшках у 5 крыс.

Микроскопические изменения: на 20 сутки от начала эксперимента в миокарде отмечаются признаки начинающегося отека стромы, сосудистые нарушения в виде полнокровия, стазов, межмышечных диапедезных кровотечений. В отдельных кардиомиоцитах определяются признаки начинающейся гидропической дистрофии, в цитоплазме видны мелкие вакуоли, заполненные тканевой жидкостью. В строме миокарда обнаруживаются очаговые лимфоцитарные инфильтраты.

На 34 сутки: сосудистые нарушения в миокарде усиливаются, нарастает интенсивность отека, увеличивается количество инфильтратов в строме, гидропическая дистрофия приобретает диффузный характер, на этом фоне появляются участки балонной дистрофии, цитоплазма кардиомиоцитов подвергается цитолизу, ядро сморщивается (кариопикноз) и разрушается (кариорексис). Обнаруживаются очаги миоцитолита с образованием полостей.

На 48 сутки: описанные выше морфологические изменения становятся более распространенными, усиливается интенсивность отеков и сосудистых нарушений. В миокарде увеличивается количество и размеры очагов миоцитолита.

На 62 сутки: обнаруживаются крупные очаги цитолиза.

Закключение и выводы: в результате исследования были выявлены макроскопические и микроскопические патологические изменения сердца 100% животных при приеме данных препаратов. Изменения увеличивались с течением эксперимента.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Носенко П.К., Невская А.П.

Тверской государственной медицинский университет

Введение. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП, НПВС) – это группа лекарственных средств, действие которых направлено на симптоматическое лечение (обезболивание, снятие воспаления и понижения температуры) при острых и хронических заболеваниях. Основное действие нестероидных препаратов направлено на блокировку ЦОГ1 и ЦОГ2 ферментов, отвечающих за запуск механизма появления простагландинов, что в свою очередь приводит к торможению выработки простагландинов, которые повышают чувствительность ноцицептивных рецепторов, отвечающие за боль. Следовательно, купируются болезненные ощущения, приносящие человеку страдания неприятные ощущения.

Данные препараты используются в одинаковой степени в клинической практике и в доступной форме среди населения, поскольку они имеют обширное распространение. В настоящее время целый ряд анальгетиков используются при лечении как хронических заболеваний, так и при острых послеоперационных болевых синдромов, сердечно-сосудистых заболеваниях и др.

В своем исследовании мы сравнили три наиболее часто назначаемых, по данным областной клинической больницы г.Тверь, препарата. Первый из них — Кеторолак, пирролопиррольное производное арилуксусной кислоты, нестероидный противовоспалительный препарат с анальгезирующим, противовоспалительным и жаропонижающим действием. Действующее вещество — Кеторолак. Второе лекарственное средство — Мовалис, производное эноловой кислоты, так же нестероидный противовоспалительный препарат с анальгезирующим, противовоспалительным и жаропонижающим действием. Его действующее вещество — Мелоксикам. Третий анальгетик — Перфалган, относящийся аналогично к нестероидным препаратам, имеющий жаропонижающее и анальгезирующее действие, однако содержащий в своем составе действующее вещество — парацетамол, что характеризует его несколько отличные от других препаратов фармакодинамические и фармакокинетические свойства.

Целью нашей экспериментальной работы являлось сравнительное исследование влияния выбранных нами анальгетиков на слизистую стенки пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки крыс.

Материалы и методы.

Эксперимент проводили на 24-х белых беспородных половозрелых крысах, подобранных по принципу аналогов с учетом массы тела (200-230 г.), пола (самки) и возраста (6-8 мес.)

Животных разделили на четыре группы по шесть особей в каждой: первой группе (контрольной) вводили 0,9% раствор NaCl инъекционно подкожно; второй группе - «Кеторолак» по 0,5 мг/сут внутримышечно; третьей группе - «Мовалис» по 0,3 мг/сут внутримышечно; четвертой группе - «Перфалган» по 5 мг/сут внутривентрально. Препараты вводили ежедневно в течение 10-и суток. На 3-ий, 7-ой и 10-ый день проводили забор по 2 биоптата слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Из 96-ти биоптатов изготавливали гистологические препараты и окрашивали гематоксилином и эозином по стандартной методике. Каждый из микропрепаратов изучали под световым микроскопом Olympus CX21 (об.10, ок.10, ок.40) в 10 полях зрения и фотографировали с помощью видеокамеры MC-10. На работу получено разрешение Этического комитета ТГМУ № число.

Результаты.

При изучении препаратов контрольной группы видимых изменений слизистой оболочки не было обнаружено. На 3-ий день введения «Кеторолака» и «Мовалиса» в подслизистой основе были обнаружены лейкоцитарные инфильтраты с преобладанием агранулоцитов (лимфоцитов, моноцитов).

Исследование слизистой оболочки ЖКТ животных группы, получавшей «Перфалган», демонстрировало ее типичную структуру без видимых патологических изменений. Микроскопирование гистологических препаратов, полученных на 7-ой день введения «Кеторолака» и «Мовалиса» выявило эндотелиоз и плазморрагии, сопровождавшиеся очаговой воспалительной инфильтрацией из лимфоцитов, плазмоцитов и единичных гистиоцитов, а также очаговой гиперплазией и вакуольной дистрофией клеток эпителия, наблюдался выраженный отек и полнокровие сосудов.

При исследовании срезов, полученных после введения препарата «Кеторолак» в течение 10 дней, была обнаружена диффузная лимфоплазмоцитарная инфильтрация слизистой, что сопровождалось разволокнением, гиалинозом, склерозом волокон соединительной ткани в строме и очаговой гиперплазией с участками геморрагий.

У умершего на 9 день эксперимента животного из группы, получавшей «Кеторолак», на момент смерти наблюдались многочисленные лейкоцитарные инфильтрации диффузного и очагового характера, а также эрозивные изменения слизистой оболочки желудка первого типа со стазом эритроцитов в сосудах и отеком окружающих тканей. Микроскопирование гистологических препаратов второй группы («Мовалис») выявило наличие лейкоцитарной инфильтрации слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ диффузного и очагового характера.

При исследовании срезов третьей группы («Перфалган») были найдены единичные очаговые лейкоцитарные инфильтрации.

Вывод. Введение препаратов «Кеторолак» и «Мовалис» вызывает сходные патоморфологические изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, тогда как «Перфалган» обладает меньшим повреждающим эффектом в отношении исследуемых отделов слизистой оболочки ЖКТ. По результатам исследования Перфалган может быть рекомендован в качестве приоритетного использования в клинической практике именно в постоперационный период.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Пахотин С.В., Тринько Н.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время под АИТ понимают хроническое органоспецифическое заболевание щитовидной железы, характеризующееся лимфоидной инфильтрацией ее ткани, возникающей за счет аутоиммунных факторов.

Этиология

Не вызывает сомнения, что АИТ – это генетически обусловленное заболевание, реализующееся при воздействии факторов окружающей среды.

Считается, что Зоб Хашимото встречается у 1 человека из 100, причем мужчины болеют в 4 раза реже, чем женщины. Чаще всего это заболевание диагностируется после 40 лет, но в некоторых случаях оно развивается уже и после 30 лет.

Существенную роль в развитии АИТ играют факторы внешней и внутренней среды: потребление избыточного количества йода; проведенные ранее операции на щитовидной железе; наличие любых аутоиммунных болезней; хронические воспалительные процессы и инфекции и др.

Патогенез.

АИТ соответствует пяти классическим критериям аутоиммунной болезни, сформулированными Ф. Милгтон и Е. Витебский. К ним относятся:

1. Наличие в крови больного органоспецифических аутоантител, либо подтверждение клеточно – опосредованной цитотоксичности.

2. Идентификация специфического аутоантигена, вызывающего иммунопатологическую реакцию.

3. Экспериментальное подтверждение иммуноагрессии к данному антигену, то есть создание экспериментальной модели данной болезни или синдрома.

4. Наличие специфических для данной болезни (синдрома) клинико – лабораторных симптомов и патоморфологических изменений в соответствующих органах и тканях.

5. Возможность «трансплантации» болезни донору в результате введения ему сыворотки с антителами или стимулированными лимфоцитами.

Клиническая картина

Клиническими симптомами аутоиммунного тиреоидита выступает увеличение щитовидной железы, что является ведущим признаком, а также ее характерная бугристость. Железа увеличена диффузно, но не всегда симметрично.

Аутоиммунный тиреоидит, как правило, развивается постепенно. Иногда сначала проявляются признаки тиреотоксикоза, который или появляется вследствие разрушения фолликулов, или объясняется сочетанием аутоиммунного тиреоидита и диффузного токсического зоба. Часто позднее развивается гипотиреоз.

Клинические проявления гипотиреоза прогрессируют постепенно. Нередко вначале обращают внимание лишь на так называемые субъективные жалобы на усталость, быструю утомляемость и снижение физической или умственной активности. Восприимчивость к холоду заставляет излишне тепло одеваться. Наблюдаются сопутствующие нарушения в других органах и системах, к примеру, нарушение развития тканей ЦНС; нарушение кровообращения различных степеней в зависимости от степени гипотиреоза; одними из характерных проявлений гипотиреоза являются функциональные и морфологические изменения желудочно – кишечного тракта; частота и выраженность поражения печени прямо зависит от тяжести гипотиреоза.

Цель нашего исследования: определить распространённость заболеваний щитовидной железы, в частности болезни «Хашимото» (Аутоиммунный тиреоидит).

Материалы и методы исследования: был проведён анализ статистических данных больных, лечившихся стационарно в период с 2012- 2016 года в «Городской клинической больнице» г. Пятигорска в отделении общей хирургии.

Результаты и обсуждение: В период 2012-2016 гг на стационарном лечении в отделении «общая хирургия» находилось:

10523 человека, из них: (625(6% от всех больных) находились на лечении с заболеваниями щитовидной железы.)

Из 625 больных, женщин 513, что составляет 82% от общего числа больных зобом, и 112 мужчины(18%)

Среди 625 случаев были зафиксированы следующие виды заболевания щитовидной железы:

- Узловой (многоузловой) зоб;
- Диффузно-токсический зоб;
- Аутоиммунный тиреоидит (болезнь Хашимото);
- Аденома щитовидной железы;
- Киста щитовидной железы;
- Диффузно-коллоидный зоб;

Аутоиммунный тиреоидит составляет 120 случаев из всех 625, что составляет 19% от всех случаев. Из них 78 женщин (65%) и 42 мужчин (35%).

Среди случаев зоба, аутоиммунный тиреоидит занимает 2 место.

Узловой (многоузловой) зоб - 210 случаев (ж-198, м-12)
Аутоиммунный тиреоидит (болезнь Хасимото) – 120 случаев (ж-78, м-42)
Диффузно-токсический зоб - 54 случаев (ж-36, м-18)
Диффузно-коллоидный зоб- 42 (ж)
Киста щитовидной железы -6 (ж)
Аденома щитовидной железы -6(ж)

Признаки, характерные для аутоиммунного Тиреоидита:

- 1.Атрофические дольки.
- 2.Уплотнение фолликулярного эпителия.
- 3.Лимфоцитарные инфильтраты.
- 4.Лимфоидные фолликулы.
- 5.Разрастание соединительной ткани.
- 6.Оксифильно-клеточная трансформация.
- 7.Б-клетки.

Выводы: В результате проведенного исследования выявлено, что в г.Пятигорске АИТ составляет 19% среди тиреоидной патологии, что значительно выше со среднероссийскими показателями. В нашем материале преобладают лица женского пола в возрасте 50-65 лет, по результатам гистологического исследования преобладают диффузная форма АИТ с атрофией паренхимы. Несмотря на эндемичность района по содержанию йода, процент заболевания выше среднего по стране.

Список литературы.

1. Аметов, А.С. Аутоиммунный тиреоидит(тиреоидит Хасимото,лимфоматозная струма Хасимото)/А.С.Аметов//Амбулаторная хирургия.-2001.-№4.-С.12-14.
2. Болотская, Л.А. Клинико-иммунологическая характеристика больных аутоиммунным тиреоидитом / Л.А.Болотская, Т.П.Маркова // Иммунопатология и клинич.иммунология.-2002.-№4.-С.175-177.
3. Боташева В.С Комплексное Гистологическое и иммуногистохимическое исследование В-клеток при аутоиммунном тиреоидите неопластических процессах щитовидной железы/ В.С.Боташева, Г.Д.Джикаев, О.И.Севрюкова //Фундаментальные исследования.-2014.-№4-1.-С.48-50.
4. Петунина Н.А.Клиника,диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита/Н.А.Петунина//Пробл.эндокринологии.-2002.-№6.-С.16-21.
5. Хмельницкий О.К. Тиреоидиты Хашимото и де Кервена/О.К.Хмельницкий, Н.А.Елисеева//Арх.патологии.-2003.-№6.-С.44-48.

КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПЛОДА ПРИ КЛЕБСИЕЛЛЕЗНОМ РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Чаплыгин Р.А.

Научный руководитель: Ермакова О.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

В структуре инфекционных заболеваний новорожденных ведущее место занимает сепсис, что связано с высокой распространенностью в данной возрастной группе, тяжелыми клиническими проявлениями и сохраняющейся высокой летальностью при этой нозологии. Этиология неонатального сепсиса разнообразна и в значительной мере определяется сроками развития заболевания с момента рождения ребенка.[2]

По данным мировой статистики, в 3-20% случаев причиной развития неонатального сепсиса являются клебсиеллы, бактерии рода *Enterobacteriaceae*. Наибольшее

эпидемиологическое значение имеет *Klebsiella pneumoniae*, на долю, которой приходится 75-86% всех случаев клебсиеллеза. Среди новорожденных группу риска по данному заболеванию составляют недоношенные, родившиеся с очень низкой или экстремально низкой массой, дети. Это объясняется низкой выраженностью их иммунного ответа по сравнению с доношенными детьми. [3]

Целью исследования является изучение клинико-патоморфологических изменений в организме плода при развитии клебсиеллезного раннего неонатального сепсиса путем анализа секционного, гистологического и бактериологического исследований.

Материал и методы:

Было исследовано 7 умерших новорожденных с клиническим диагнозом «клебсиеллезный ранний неонатальный сепсис» методами секционного исследования, описания полученных гистологических препаратов и бактериологического исследования фрагментов тканей.

Результаты и обсуждение:

Среди исследуемых 4 ребенка родились путем операции Кесарева сечения; 2 при самопроизвольных преждевременных родах; в одном случае была проведена вакуум-экстракция плода. Недоношенными родились 5 детей, причем 2 в сроке гестации до 30 недель, 2 в сроке гестации 30 недель, и 1 в сроке гестации 33 недели. В 1 случае отмечалась очень низкая масса тела новорожденного.

Органная патология была выявлена у 100% детей.

У 6 детей обнаружилось поражение легочной системы в виде пневмонии, причем у 5 двусторонняя полисегментарная, у 1 двусторонняя нижне-долевая. Поражения легких имели серозно-фибринозный (2), фибринозный (1), фибринозно-геморрагический (2) и фибринозно-гнойный (1) характер [1]. В 3 случаях была выявлена аспирация околоплодными водами, что позволяет предположить вероятный путь инфицирования у данных детей.

В 7 случаях были обнаружены поражения ЦНС в виде менингита: серозно-гнойного (2), серозно-геморрагического (2), серозного (3).

Патология ЖКТ была выявлена у 4 детей в виде язвенного гастрита (3), в одном из случаев осложнившегося перитонитом; энтерита (1), панкреатита (2), гепатита (3).

В 3 случаях сепсис, вызванный *K. pneumoniae*, осложнился септическим шоком, чаще у недоношенных (2), чем у доношенных (1).

В 5 случаях клебсиеллезный сепсис осложнился ДВС-синдромом. При этом обнаруживались кровоизлияния в мягкую мозговую оболочку (1), твердую мозговую оболочку (1), миндалину мозжечка (1); внутрижелудочковые кровоизлияния (1), легочные (3) и желудочные (2) кровотечения. В 2 случаях наблюдался венозный тромбоз мезентериальных сосудов, в 1 случае – тромбоз сагиттального синуса. ДВС синдром сопровождался геморрагическим некрозом надпочечников (3), печени (2); некротическим нефрозом в шоковой стадии (4).

Степень акцидентальной инволюции тимуса колебалась от 2 стадии (1) до 3-4 стадий (2).

Проводилось посмертное бактериологическое исследование фрагментов головного мозга (4) и легких (6). При этом в легких высевались клебсиеллы в количестве 10^5 (3) и 10^6 , причем в одном случае бактерии продуцировали бета-лактамазы расширенного спектра действия. Из головного мозга в количестве 10^3 (1) и 10^5 (3), в двух случаях продуцировали бета-лактамазы расширенного спектра действия.

Во всех случаях основным диагнозом был поставлен клебсиеллезный ранний неонатальный сепсис, причем в 2 случаях имелись конкурирующие заболевания: двусторонняя фибринозно-геморрагическая пневмония на фоне аспирации элементами околоплодных вод и генерализованная внутриутробная инфекция.

Время жизни колебалось от 2 до 8-ми суток.

Механизм танатогенеза: мозговой (1) и легочный (6).

Следует отметить, что у 5 из 7 матерей, наблюдались патологии во время беременности такие как уреоплазменный кольпит; вирусный гепатит В; маловодие; преждевременный разрыв плодных оболочек; гестационная АГ; угроза прерывания беременности; хронический пиелонефрит.

В 4 случаях наблюдались признаки воспаления плаценты, у 1 ребенка фибринозный плацентит явился причиной развития сепсиса. У 2 женщин обнаружилась плацентарная недостаточность в стадии субкомпенсации. В 1 случае наблюдались признаки краевой отслойки плаценты с наличием инфицированной гематомы.

Выводы. К.рнеumonіае является одной из наиболее распространенных причин развития раннего неонатального сепсиса. Многочисленные данные, отраженные в научных источниках, и наши наблюдения указывают на то, что недоношенность является предрасполагающим фактором его развития, наряду с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом матери, и отличается более значимыми патологическими процессами. Клебсиеллезный ранний неонатальный сепсис влечет полиорганные поражения всех органов и систем с летальным исходом. Основными органами мишенями закономерно считать органы дыхательной, пищеварительной и нервной систем, а основным синдромом, наблюдавшимся у большинства детей, определившим тяжесть состояния и оказавшим влияние на исход, был ДВС-синдром.

Список литературы.

1. Кузнецова И.В. Клинико-морфологическая картина респираторного дистресс синдрома на фоне сепсиса новорожденных / Кузнецова И.В, Ушаков И.Ю., Попов А.А. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 3-2. – С. 201-204.
2. Самсыгина, Г.А. Неонатальный сепсис / Г.А. Самсыгина. – Москва, 2014. - 173с.
3. Самсыгина, Г.А. О предрасполагающих факторах и факторах риска развития неонатального сепсиса и о современных подходах его лечения / Самсыгина, Г.А. // Педиатрия. – 2012.–№3.–32-37.

Раздел 7. ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАКРОСТРУКТУРЫ КОСТЕЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Абдурашидова Х.Б., Примова Г.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан

Введение. Сахарный диабет является одним из самых распространенных заболеваний, как среди взрослого, так и среди детского населения [3,5]. В мире распространенность данного заболевания варьирует от 8,7% до 16,1% в зависимости от местности проживания [1,4]. При этом среди детского населения города встречаемость сахарного диабета на 2,5 раза выше, чем у детей из сельской местности [2].

Сахарный диабет типа 1 (СД типа 1) - болезнь, обусловленная разрушением b-клеток островков поджелудочной железы характеризуется абсолютным дефицитом инсулина, нарушением утилизации глюкозы и другими метаболическими сдвигами.

Ежегодно на лечение одного больного сахарным диабетом типа 1 (включая амбулаторную и стационарную помощь) в разных странах расходуется в среднем от 300 долларов (в Индии) до 10 000 долларов (в США) [6].

Но при этом, несмотря на множество исследований, изучение патогенных изменений в костной структуре больных метаболическими нарушениями, в частности сахарным диабетом, остаётся актуальным направлением в современной медицине.

Цель. Изучение особенностей патоморфологические макроструктурные изменения тканей костей стопы у больных с сахарным диабетом типа 1.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы особенности патоморфологических изменений строения 35 единиц костей стопы, в частности изучены по 5 единиц - oss. calcaneus, talus, naviculare, cuneiformia, cuboideum, и по 10 единиц ossa metatarsi и ossa digitorum. Методами исследования являлись: общий осмотр препаратов с антропометрическим измерением (в миллиметрах), определение их макроструктуральных изменений, с последующим сопоставлением результатов с данными костей от здоровых реципиентов, также была изучена плотность костей с помощью дихроматической костной денситометрии.

Результаты. Как показали наши исследования, отмечаются специфические поражения костей стопы при сахарном диабете в виде остеолит и остеопороза. В частности, дистальные метафизы метатарзальных костей (ossa metatarsi) и проксимальные метафизы фаланг стоп (ossa digitorum) были более истончены (остеолит), но 60% (3 единицы) tuberositas ossis metatarsalis V были утолщены по отношению к костям от здоровых реципиентов, являющиеся признаком диабетической остеоартропатии.

При этом, у 3 единиц (60%) os naviculare и 2 единиц (40%) os cuboideum были отмечены пареоцеллярные обызвествления. У всех os. calcaneus (5 единиц) были определены множество пустых остеоцитарных лагун, окруженных участками сильного обызвествления.

Данные изменения можно характеризовать дистрофическими изменениями характерными для сахарного диабета, которые протекают с нарушениями кровообращения в нижних конечностях. Возможно, такие костные поражения объясняются нарушениями обменных процессов при диабете. Одновременно, был отмечен остеопороз костей вторичного характера, то есть остеопароз развивался как осложнение основной болезни. Данное изменение можно охарактеризовать высоким уровнем сахара и недостатком инсулина в крови, что приводит к ухудшению процесса

минерализации костной ткани, с одновременным ухудшением синтеза белка, коллагена, что также отрицательно сказывается на процессах образования костной ткани.

Одновременно следует учесть, что у больных с сахарным диабетом нарушается баланс между остеокластами (клетками, разрушающими костную ткань) и остеобластами (клетками, формирующими кость).

Вывод. В костях стопы у больных с сахарным диабетом типа 1 отмечается остеолит и остеопороз, с образованием множества пустых остеонных лагун, окруженных участками сильного обызвествления, при этом в 60% случаев отмечается утолщение *tuberositas ossis metatarsalis V* по отношению к костям от здоровых реципиентов, являющиеся признаком диабетической остеоартропатии.

Список литературы.

1. Бордан Н.С., Яшков Ю.И. Эволюция билиопанкреатического шунтирования в лечении морбидного ожирения и сахарного диабета 2 типа // Сахарный диабет. 2017. - №3. - С.201-209.
2. Дедов И.И., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Яшков Ю.И. Обмен кальция и витамина d при морбидном ожирении, в том числе у больных, перенесших билиопанкреатическое шунтирование // Пробл. эндокр., 2011. - №5. - С.3-8.
3. Матвеева М.В., Самойлова Ю.Г., Жукова Н.Г., Олейник О.А., Ротканк М.А. Таупатия и когнитивные нарушения при экспериментальном сахарном диабете // Сахарный диабет. 2017. - №3. - С.181-184.
4. Меликян И.А., Чернышова Т.Е. Клинико-патогенетические аспекты эффективности лечения метаболического синдрома // Вестник современной клинической медицины. 2017. - №3. - С.31-35.
5. Мельниченко Г.А., Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Огнева Н.А., Яшков Ю.И. Развитие тяжелой остеопении после билиопанкреатического шунтирования по поводу морбидного ожирения: клинический случай // Пробл. эндокр.. 2012. - №3. - С.16-21.
6. Meltzer D, Eggleston B, Stoffel D, Dasbach E: Effect of future costs on cost-effectiveness of medical interventions among young adults: the example of intensive therapy for type 1 diabetes mellitus. Med Care. 2000;38:679-685.

ХАРАКТЕР ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТРОЙ НИКОТИНОВОЙ ПРОБЫ

Абовян А.А., Абовян А.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Тараканов А.В.
Ростовский государственный медицинский университет

Введение. Большая распространенность табакокурения продолжает оставаться одной из важных причин заболеваемости и преждевременной смертности населения [1]. Курение оказывает отрицательное воздействие не только на организм одного индивидуума, но и на здоровье нации в целом. В связи с этим актуальность данного вопроса остается неоспоримой с 1560 г., когда впервые ввез табак во Францию француз Жан Нико [3]. Однако сам никотин мало влияет на развитие заболеваний, тогда как его способность вызывать зависимость лежит в основе причин, по которым в мире продолжается использование табачных изделий. В связи с этим, изучение фармакологических эффектов никотина является важной вехой на пути к пониманию механизмов формирования никотиновой зависимости и методов борьбы с ней [2]. Вместе с тем известны и благотворные эффекты никотина: успокаивающее действие, улучшение настроения и памяти, возможность в критических ситуациях собраться, способность

дольше обходиться без сна, лучше переносить боль, избегать лишнего веса. Действие никотина реализуется через его взаимодействие с мишенью - никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами [4]. Именно поэтому понимание механизмов формирования никотиновой зависимости крайне важно для лечения этой категории больных людей [2].

Цель: изучить индивидуальные особенности изменения вегетативного статуса при выполнении никотиновой пробы.

Материал и методы: исследования выполнены у 69 человек различного возраста от 17 до 68 лет, со стажем курения от 1 до 50 лет. Для оценки вариабельности сердечного ритма использовался кардиоанализатор АНКАР -131 (г. Таганрог). Запись проводилась в течение 5 минут с соблюдением всех рекомендуемых стандартных условий проведения процедуры записи. Оценивались следующие показатели вариационной пульсометрии: Мода (Мо) - начальное значение диапазона наиболее часто встречающихся RR - интервалов; амплитуда Моды (АМо) - количество кардиоинтервалов (КИ), соответствующих диапазону Моды, выраженное в % от общего количества КИ; вариационный размах (ВР) – разница значений максимального и минимального КИ; ИН - индекс напряжения регуляторных систем; ТР - общая спектральная мощность (отражает суммарный эффект воздействия на сердечный ритм всех уровней регуляции). Проводилось исследование фоновой КИГ и второе исследование сразу после выкуренной сигареты с привычной для пациента дозой никотина. Данные анализировались. Статистическая обработка данных проводилась с помощью набора прикладных программ «STATISTICA 6.0».

Результаты и обсуждение: после выкуренной сигареты и второй пробы КИГ все курильщики были разделены на 3 группы в зависимости от изменения вариационного размаха. В 1 группу вошли 33 курильщика, где ВР с 0,34 с уменьшался до 0,25 с ($P<0,05$). У них отмечалось учащение ритма сердца, повышение АМо, увеличение ИН более чем в два раза и ТР в 3 раза от исходного. Эти изменения позволяют предположить, что привычная доза никотина у представителей данной группы оказывает влияние преимущественно на никотиновые холинергические рецепторы надпочечников, стимулируя выброс катехоламинов. Во 2 группу вошли 22 курильщика, где ВР с 0,25 с увеличивался до 0,29 с ($P<0,05$). У них отмечалось меньшее учащение ритма сердца, снижение АМо, снижение ИН на 56 Ед и повышение ТР только в 2 раза от исходного. Данные изменения указывают на преимущественную активацию парасимпатических вагусных влияний на регуляцию работы сердца. В 3 группу вошли 14 курильщиков, у которых ВР оставался стабильным до и после курения и составил 0,19 с. У них также отмечалось незначительное учащение ритма сердца, АМо, ИН и ТР практически не менялись. Отсутствие выраженных изменений со стороны сердечной деятельности после выкуренной сигареты с привычным содержанием никотина позволяют предположить, что формирование никотиновой зависимости у исследуемых данной группы не связано с влиянием никотина на периферическую вегетативную нервную систему.

Закключение: При длительном отсутствии поступления никотина в организм появляются симптомы абстиненции - раздражительность, вялость, апатия, агрессия, плохое настроение, снижение работоспособности и др. Выраженность проявлений абстинентного синдрома и его характер могут быть различными и зависят от индивидуальных особенностей организма, психологического типа личности, степени зависимости от табака [2]. Так, зная особенности влияния никотина на вегетативную нервную систему, можно предложить каждой группе свою программу терапии никотиновой зависимости. Например, в 1 группе, в связи с негативным влиянием никотина как экзогенного медиатора, можно предложить полный отказ от курения, психотерапию, занятие активными видами спорта (для дополнительной выработки катехоламинов). Во 2 группе можно порекомендовать никотиновый пластырь, что позволит избавить организм от вредного влияния остальных компонентов табачного

дыма. В 3 группе – психотерапия, аутотренинг для полного отказа от курения в связи с «бесполезностью» применения никотина в качестве экзогенного медиатора.

Список литературы.

1. Арльт А.В., Ивашев М.Н., Савенко И.А. Влияние никотина на кровообращение мозга / А.В. Арльт, М.Н. Ивашев, И.А. Савенко / Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2013. - № 11. - С. 90-91.
2. Кукес В., Маринин В., Гаврисюк Е. Механизмы формирования никотиновой зависимости / В. Кукес, В. Маринин, Е. Гаврисюк / Врач. - 2011. - №3. - С.14-18.
3. Тиляева А.М., Жылкичиева Ч.С. К вопросу о механизме воздействия никотина на живой организм / А.М. Тиляева, Ч.С. Жылкичиева / Известия вузов. - 2010. - № 3. - С. 63-67.
4. Цетлин В.И., Кашеверов И.Е. Никотин и его рецепторы - о вредном и полезном / В.И.Цетлин, И.Е. Кашеверов / Природа. - 2012. - № 4. – С. 23-30.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ГОМЕОСТАЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ РЕЗЕРПИНОВОЙ МОДЕЛИ СТРЕССА У КРЫС В УСЛОВИЯХ ГОРНОГО КЛИМАТА (1600 М. НАД УРОВНЕМ МОРЯ)

Абушкина В., Аликбарова Е., Волосатых В.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Киргизия

Введение: Стресс-ситуации в условиях среднегорья и особенности их возникновения и течения изучены недостаточно, поскольку сама по себе адаптация к экстремальным факторам среды протекает по типу стресс-реакции, то мы изучали особенности возникновения медикаментозно-индуцированных стресс ситуаций в условиях среднегорья (поб. Оз.. Иссык-Куль, 1600м.)

Материал и методы: Опыты проводились на белых крысах-самцах весом 180-200г. Резерпиновый «стресс – предтромбоз» моделировали по В.Т. Зорян [2]. Содержание ионов натрия и калия определяли с помощью пламенной фотометрии в коре больших полушарий [3]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: При резерпиновой модели стресса на 10-й день адаптации (после инъекции 2 мг/кг рауседила) уровень ионов натрия в коре больших полушарий снизился до 14.5 мэкв/100г, что свидетельствует о развитии тормозного состояния. В период «переходной» фазы (20-й день адаптации) картина натри-калиевого статуса почки не изменилась. С формированием « устойчивой фазы» адаптации(40-й день) в силу стабилизации нового гомеостатического уровня электролитов прежней реакции, то есть снижения уровня натрия в коре больших полушарий уже не наблюдается, а наоборот, концентрация ионов резко увеличивается (до 56,в мэкв/ 100г), т.е.происходит как бы «опережающая реакция» возбуждения.

С 40-го дня адаптации кумуляция и фиксация ионов калия в мозговых структурах проявляется в угнетении памятных следов условных реакций [1]

Выводы: Таким образом, резерпиновый стресс у адаптированных(40 дней) крыс сопровождается адаптивным аккумулярованием ионов натрия в мозговых структурах, что в известной мере ограничивает фиксацию ионов калия в них, и сдвигает сроки наступления резепиновой депрессии. Но такой эффект натриевого статуса носит кратковременный характер, т.к. в конечном итоге резерпин-индуцированное стрессорное состояние сопровождается накоплением ионов калия в коре больших полушарий.

Список литературы

1. Алиев, М.А. Гипертония и горный климат / М.А.Алиев.- Фрунзе, Илим, 1966.- 314 с.
2. Зорян, В.Г. Влияние ипразида, индопана и резерпина на гипофизарно-адреналовую систему. Автореф. дисс...канд.мед.наук.- М., 1966.- 15с.
3. Руммель, А.Г. Методика определения натрия калия и хлора в биологических жидкостях и тканях / А.Г.Руммель, А.Ф.Боженкова // Кортикостероидная регуляция водно-солевого гомеостаза. – Новосибирск: Наука,1967. – С. 234 – 243.

АНАЛИЗ РЫНКА КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РОССИИ

Аликов А.В.

Научный руководитель: Трегубов В.Н.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Введение. В течении уже ряда лет Россия считается одним из привлекательных регионов для проведения клинических исследований (КИ) лекарственных средств (ЛС). Эксперты отмечают, что преимущество России определяется высокой скоростью набора пациентов и умеренной стоимостью проведения клинического исследования. При этом качество проводимых исследований остается на высоком уровне, что обусловлено высоким потенциалом специалистов исследовательских центров.

Цель исследования. Анализ динамики рынка клинических исследований в России за период 2007 -2016 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с использованием аналитического и логического методов.

Результаты. Анализ последних 10 лет показал рост количества проводимых исследований в России. Так, количество выданных разрешений на проведение КИ заметно выросло на 76,9% с 507 в 2006 году до 897 разрешений в 2016 году. Однако, данный рост не всегда имел прогрессирующий характер.

2010 год выдался единственным, в котором количество КИ остановилась на отметке ниже 2006 года (498 разрешений против 577 в 2007 г.). Данный спад был связан с вступлением в силу закона «Об обращении лекарственных средств» и подзаконных актов. Из-за проблем переходного периода в первые месяцы действия закона разрешения практически не выдавались. В результате в 2010 году Россия недополучила не менее 100 международных исследований, что составляло порядка 25% годового объема рынка. [1]

Однако анализируя результаты 2011 г., можно сделать вывод, что кризис 2010 г., вызванный перестройкой регуляторной системы и передачей полномочий из Росздравнадзора в Минздравсоцразвития, был преодолен. Более того, 2012 год стал рекордным для России по количеству выданных разрешений на проведение КИ (916 разрешений).

Если рассмотреть структуру и динамику проводимых КИ по видам, то стоит отметить, что международные многоцентровые клинические исследования (ММКИ), неизменно занимают первое место. И остаются в диапазоне от 300 до 400 КИ в год.

Анализируя количество исследований биоэквивалентности, мы наблюдаем резкое увеличение исследований биоэквивалентности в последние несколько лет. До 2012 года, количество исследований биоэквивалентности не превышало 90 в год, однако в последующие 4 года данный показатель не опускался ниже 265 в год. Так, количество исследований биоэквивалентности в России в связи с выходом закона “Об обращении лекарственных средств” выросло на 344 % (с 68 в 2007 г. до 302 в 2016 г.).

На ряду с исследованиями биоэквивалентности, наблюдается тенденция роста количества локальных КИ на 134%. В отличие от 2007г., когда было выдано 118 разрешений, в 2016 г., этот показатель составил 276. .

Проведенный анализ структуры КИ по фазам, показал низкий уровень исследований первой фазы. Доля исследований первой фазы не превышает рекордных 14 % в 2016 г. Данный показатель предопределен тем, что 76% исследований I фазы во всем мире проводится в трех странах - США, Канаде и Нидерландах. К тому же, в России закон «Об обращении лекарственных средств», вовсе запрещает проведение на территории России исследований I фазы зарубежных препаратов с участием здоровых добровольцев.

Касательно исследований второй фазы, отмечается почти двукратный спад с 33% в 2007 году до 15% в 2016.

Безусловным лидером среди всех фаз КИ, проводимых на территории России являются исследования 3 фазы. Их доля ежегодно составляет более 50 %, а за период с 2011 по 2016гг. их доля составила более 65%.

Как и исследования 2-й фазы, так и исследования 4-й фазы показывают спад доли проводимых КИ с 13% 2007 году до 6% в 2016 году.

При анализе структуры рынка по терапевтическим областям с 2008 по 2016 гг., было отмечено, что на первом месте по количеству КИ, стоят исследования в области онкологии (926 КИ). Второе место занимают препараты для лечения эндокринных расстройств (448 КИ) и дыхательной системы (523 КИ). На третьем месте идут исследования сердечно-сосудистых заболеваний (386 КИ) и опорно-двигательной системы (354 КИ). За ними ЛС для лечения инфекционных заболеваний (330). Болезни нервной системы на пятом месте (303).

На ряду с показателями количества, фаз и видов, были проанализировали результаты проверок FDA (Food and Drug Administration) и Росздравнадзора.

С 1995 по конец 2016 года в России FDA было произведено 82 инспекции. В 24 случаях по результатам инспекции не было выявлено отклонений (No Action Indicated, NAI), в 35 случаях - незначительные нарушения (Voluntary Action Indicated, VAI), и всего в 2-х случаях были предприняты административные меры (Official Action Indicated, OAI).

На ряду с FDA, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор), начиная с 2010 года, ежегодно производит проверки аккредитованных учреждений на соответствие деятельности учреждения действующему законодательству и Правилам клинической практики. Так за 6 лет Росздравнадзором было проведено 659 проверок, из которых в 169 случаях были выявлены нарушения правил GCP.

Заключение.

Таким образом, рынок клинических исследований для России, несмотря на длительный исторический период развития, находится еще в стадии научного обоснования и практического становления. Тенденция к росту количества клинических исследований, свидетельствует о развитии данной области. Заметно значительное увеличение количества исследований биоэквивалентности и локальных исследований, по сравнению с ММКИ. Неизменным лидером среди фаз, являются исследования 3 фазы. Анализ терапевтических областей показал, что, наиболее актуальными исследованиями, являются исследования в области онкологии, эндокринных заболеваний и дыхательной системы. Результаты проверок регуляторными органами показали, что только в 25% случаев, были выявлены нарушения правил GCP.

Список литературы.

1. Российский фармацевтический рынок. Итоги 2010 года. // Ремедиум. – 2011. - С. 153-159

СТРУКТУРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СУБЭПИКАРДИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕН СЕРДЦА У ЛЮДЕЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРАВОВЕНЕЧНОМ ВАРИАНТЕ ВЕТВЛЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Алышева Е.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Коробкеев А.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Исследования сосудистого русла сердца продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой, как в практическом здравоохранении, так и в морфокардиологии. В последние годы наблюдается увеличение заболеваемости и смертности у людей от сердечно-сосудистых заболеваний, расширяется возрастной диапазон операций на сердце, что требует более конкретных морфологических данных о сосудах сердца в различные возрастные периоды.

Цель: представить субэпикардальную ангиоархитектонику артерий и вен сердца, с учетом их морфофункциональных и топографо-анатомических взаимоотношений, у юношей, при левовенечном варианте ветвления венечных артерий.

Задачи работы. Установить характер взаимоотношений сосудов сердца, расположенных на протяжении передней межжелудочковой борозды (ПМЖБ) у людей юношеского возраста с левовенечным вариантом ветвления венечных артерий, выявить закономерности топографических взаимоотношений субэпикардального артериального и венозного русел.

Материал и методы. Изучение 12 сердец людей юношеского возраста проводилось с помощью комплексной методики, которая включала в себя: поэтапное инъецирование сначала артерий, затем вен сердца, рентгенографию сосудов в четырех проекциях, с последующим сканированием рентгенограмм и введением их изображений в компьютерные программы, расчет морфофункциональных показателей с помощью программы «Video-Test-Morpho». Статистическая обработка результатов проведена в программе «Statistica 6,0».

Полученные результаты. Верхняя треть ПМЖБ характеризуется преобладающим количеством, располагающихся здесь артериальных сосудистых разветвлений, по сравнению с сосудистыми слияниями основных притоков большой вены сердца (БВС). Субэпикардальный отдел передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) образует на большинстве исследованных сердец 4 ± 1 генерации. Тогда как субэпикардальный отдел БВС включает 2 ± 1 уровня слияния (УС). В ее верхних отделах формируются правый приток, являющийся начальным отделом ПМЖВ, и левый приток, дающий начало левой краевой ветви (ЛКВ). В средних и нижних отделах верхней трети ПМЖВ два уровня деления ПМЖВ и начальные отделы ЛКВ. Конечный отдел основного ствола БВС располагается поверхностно над отмеченными здесь артериальными сосудами, пересекая их слева направо с последующим изгибом в область формирования ВС.

На протяжении средней трети ПМЖБ располагается основной ствол II УД ПМЖВ, разделяющийся в ее нижних отделах на правый и левый притоки III УД. Параллельно основному стволу правого притока II УД ПМЖВ слева располагаются два основных ствола двух уровней слияния БВС.

Нижняя треть ПМЖБ представлена довольно протяженной праводочерней ветвью II УД ПМЖВ и менее выраженной левой ветвью III УД ПМЖВ, формирующей IV УД ПМЖВ с образованием правой и левой дочерних ветвей.

В верхних отделах нижней трети ПМЖБ берут начало два притока I УС БВС, располагающиеся поверхностно над правым и левым притоками III УД ПМЖВ и принимающие участие в образовании I УС БВС.

Заключение: представленная морфофункциональная организация субэпикардального сосудистого русла характеризует пространственное взаимоотношение артерий и вен сердца у юношей на различных уровнях ПМЖБ.

Список литературы.

1. Алышева, Е.В. Пространственное взаиморасположение коронарных артерий и вен сердца / Е.В. Алышева, О.Ю. Лежнина, А.А. Коробкеев, И.А. Монастырская // Морфология. – 2016. – Т. 149, № 3. – С. 17.
2. Лежнина, О.Ю. Динамика изменения морфофункциональных параметров правой венечной артерии в норме и при инфаркте миокарда / О.Ю. Лежнина, А.А. Коробкеев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11, №1. – С. 554-556. doi: <https://doi.org/10.14300/mnnc.2016.11041>.

ВЛИЯНИЕ РЕЗЕРПИНА НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ГОМЕОСТАЗ МИОКАРДА КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ СТРЕССУ, В УСЛОВИЯХ ГОРНОГО КЛИМАТА (1600 М.НАД УРОВНЕМ МОРЯ)

Аматова Н., Мухтарбек С., Сагындыкова Т.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Киргизия

Введение: Ионы играют большую роль в регуляции депонирования катехоламинов в сердечной мышце. Дефицит натрия или повышенное содержание калия приводит к снижению концентрации катехоламинов в клетке[1]. Экзогенное влияние катехоламинов дополнительно к стрессу на электролитный гомеостаз сердца было предметом специального исследования.

Материал и методы: Нами изучалось влияние резерпина – либератора катехоламинов и стимулятора гипофиз – адренокортикальной системы [1] на электролитный гомеостаз миокарда у крыс, подвергнутых стрессу в условиях горного климата Иссык – Куля /1600м/. Резерпиновая стресс реакция моделировалась путем инъекции резерпина /2мг/кг подкожно/. Через 3 ч после введения резерпина в миокарде определяли содержание ионов натрия и калия методом пламенной фотометрии [2]. Статистическую обработку данных проводили по Ойвину, с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: Исходное содержание ионов натрия у “равнинных” крыс составляло $37,7 \pm 1,1$, а ионов калия – $14,8 \pm 0,2$ мэкв/100 г. 10 – й день адаптации к горному климату Иссык – Куля характеризовался снижением концентрации ионов натрия до $20,19 \pm 0,9$ и увеличением содержания ионов калия до $26,9 \pm 1,1$, что само по себе является признаком адаптации и положительным явлением. Через 3 часа после введения резерпина на фоне такой адаптации, содержание ионов натрия умеренно увеличивается/ до $26,4$ против исходного $20,1$ /.

В условиях г. Бишкек за этот промежуток времени натрий - калиевый градиент существенно не изменился.

На начальном этапе / 10 – й день / адаптации к горному климату /1600 м/, характеризующимся адаптивными изменениям ионов натрия и увеличением калия в миокарде, дополнительное действие стрессора /горный климат +резерпин/ нарушает обычный ход формирующихся адаптивных процессов в сердце крыс и вызывает неадекватное для горной адаптации и нежелательное для организма увеличение концентрации натрия и уменьшение ионов калия в миокарде. При оптимальных сроках адаптации / 20, 30 –й дни/, когда новый гомеостатический уровень электролитов в миокарде приобретает устойчивый характер, действие стрессора переносится легче и оно не вызывает существенных изменений в содержании ионов натрия и калия в сердце.

На промежуточном этапе адаптации /20 – й день / изменения содержания ионов натрия в предсердиях носит уже другой характер: вместо резкого увеличения через 3 ч после инъекции резерпина появляется тенденция к его снижению по сравнению с исходным уровнем / $14,4 \pm 1,29$ против $21,3 \pm 1,3$ /. Такая предварительная 20 – дневная

адаптация к климату Иссык – Куля, предшествующая действию стрессора, рассматривается нами как положительное явление.

Что касается калиевого гомеостаза, то он в те же сроки адаптации, оказывался более резистентным и содержание его существенно не изменилось. Такой устойчивый натрий – калиевый гомеостаз предсердий отчетливо проявляется при оптимальном сроке адаптации /30 дней/.

Выводы: Таким образом, изучение динамики электролитов натрия и калия в предсердиях крыс при моделировании стресс – ситуаций на трех различных фазах адаптации /10 – й, 20 – й, 30 – й дни/ дало возможность установить две закономерности. Во - первых, сама по себе горная адаптация сопровождается изменением ионного равновесия миокарда, т.е. уменьшением концентрации ионов натрия и увеличением ионов калия. Такое новое, адаптивное равновесие ионов носит чисто приспособительный характер. Во – вторых, ход адаптации /на начальном её этапе/ можно легко нарушить путем однократной инъекции стрессового раздражителя/ резерпина /. Когда новый уровень гомеостаза электролитов еще не приобрел устойчивый характер, стрессор может вызвать неадекватное для адаптации изменение соотношений электролитов, но в более поздние оптимальные сроки адаптации /20 - 30 – й дни/ гомеостатический уровень электролитов проявляет устойчивость к стрессу, что указывает на повышение устойчивости сердца в целом у адаптированных животных.

Список литературы.

1. Алиев, М.А. Гипертония и горный климат / М.А.Алиев.- Фрунзе, Илим, 1966.- 314 с.
2. Руммель, А.Г. Методика определения натрия, калия и хлора в биологических жидкостях и тканях /А.Г.Руммель, А.Ф.Бажанова // Кортикостероидная регуляция водно-солевого гомеостаза. – Новосибирск, Наука, 1967. – С. 234 – 243.

ВЛИЯНИЕ МОНООКСИДА УГЛЕРОДА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ ЗОНДА 1,8-АНС, ВВЕДЕННОГО В ЛИМФОЦИТЫ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА

Аникина И.В.

Научные руководители: д.б.н. профессор Артюхов В.Г., к.б.н. Тюнина О.И
Воронежский государственный университет

В течение многих десятилетий монооксид углерода (СО) описывался как токсичный газ, оказывающий повреждающий эффект на организм человека [3]. В настоящее время известно, что СО эндогенно синтезируется и является сигнальной молекулой, выполняющий паракринную регуляцию во многих системах организма [5]. По своей природе СО липофилен и, проникая внутрь клетки, взаимодействует с гем-содержащими белками, а также с ионными каналами цитоплазматической мембраны [7]. В свою очередь известно, что выполнение специфичных функций клетками крови определяется во многом именно функционированием их мембран.

Целью работы явилось изучение влияния СО (время экспозиции 5, 10, 15, 20 и 25 мин.) на интенсивность флуоресценции зонда 1- анилинафталин-8-сульфонат, введенного в лимфоциты крови условно здоровых доноров.

Материал и методы.

Лимфоциты выделяли из гепаринизированной крови человека в градиенте плотности фиколл-урографина ($\rho=1,077 \text{ г/см}^3$) по методу А. Воуи [6]. Монооксид углерода получали лабораторным способом по химической реакции между концентрированными

серной и муравьиной кислотами в колбе с закрытой крышкой и газоотводной трубкой [1]. Воздействие монооксида углерода на суспензию лимфоцитов длилось 5, 10, 15, 20 и 25 мин. Величину мембранного потенциала оценивали по интенсивности флуоресценции отрицательно заряженного поверхностного зонда 1,8-АНС («Sigma», США). Для регистрации спектров флуоресценции зонда 1,8-АНС при длине волн 470-490 нм в комплексе с контрольными и СО-модифицированными лимфоцитами использовали установку спектрофлуориметра «Shimadzu RF-501» (Япония). Определяли среднее значение показателей, стандартное отклонение и доверительный интервал. Достоверность различий контрольных и опытных значений сравниваемых показателей рассчитывали по t-критерию Стьюдента при 5 %-ном уровне значимости вероятности ошибки.

Результаты и обсуждение.

Интенсивность флуоресценции зонда 1,8-АНС нативных лимфоцитов крови человека в диапазоне длин волн 460-490 нм составила от $12,1 \pm 2,82$ до $15,0 \pm 2,62$ опт. ед. Установлено, что для их спектров флуоресценции характерен пик в области $470 \pm 0,26$ нм. После 5 мин. инкубации лимфоцитов в атмосфере СО значения интенсивности флуоресценции зонда 1,8-АНС статистически достоверно увеличились на 39,7-52,0% по сравнению с контрольными образцами. Кроме того, после воздействия монооксида углерода в течение 5 мин. на иммуноциты наблюдался сдвиг максимума спектра флуоресценции зонда в более коротковолновую область до значения $462 \pm 0,33$ нм, что может свидетельствовать об изменении микроокружения зонда с полярного на более гидрофобное и повышении микровязкости липидного бислоя мембраны [2]. Во время экспозиции иммунокомпетентных клеток в присутствии СО в течение 10, 15, 20 и 25 мин. наблюдалось статистически значимое снижение исследуемого параметра в среднем на 18,5% относительно образцов, инкубированных в течение 5 мин. в атмосфере СО.

Повышение интенсивности флуоресценции зонда через 5 мин. инкубации в присутствии монооксида углерода свидетельствует о снижении величины мембранного потенциала лимфоцитов крови человека. Наблюдаемое уменьшение исследуемого показателя через 10 мин. после экспозиции лимфоидных клеток в атмосфере СО свидетельствует либо о перестройках в центрах связывания зонда с мембраной, либо, вероятнее всего, о тушении флуоресценции АНС (свободными радикалами ненасыщенных жирных кислот или молекулами воды) [8].

Заключение.

Данные, полученные с помощью флуоресцентного зонда 1,8-АНС, указывают на процессы модификации структурного состояния лимфоцитарных мембран после воздействия СО в течение 5÷25 мин., что, в свою очередь, может отразиться на уровне экспрессии поверхностных рецепторов, их локализации и переориентировки в мембране, и будет вносить вклад в модуляцию функциональной активности лимфоцитарных клеток [4].

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости развития данного направления с целью выявления структурно-функциональных изменений мембран лимфоцитов после воздействия монооксида углерода в используемом интервале времени (5÷25 мин.).

Список литературы.

1. Грандберг И.И. Органическая химия- Москва: Дрофа, 2002 – 672 с.
2. Добрецов Г.Е. Флуоресцентные зонды в исследовании клеток, мембран и липопротеинов / Москва, Изд-во- Наука, 1989. – С. 7–11.
3. Загоскин П.П. Новые данные о физиологической роли монооксида углерода / П.П. Загоскин // Нижегородский Медицинский Журнал. – 2008. – № 3. – С. 103–110.
4. Исследование структурно-функциональных признаков (индикаторов) апоптоза лимфоцитов крови человека в условиях воздействия монооксида углерода и

ультрафиолетового (УФ)-света / В.Г. Артюхов [и др.] // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2014. – Т. 54, №3. – С. 1–8.

5. Коржов В.И. Монооксид углерода (обзор литературы) / В.И. Коржов, А.В. Видмаченко, М.В. Коржов // Журнал АМН Украины. – 2010. – Т. 16, № 1. – С. 23–37.

6. Кэтти Д. Антитела. Методы : в 2 кн. – Москва : Мир, 1991. – Кн. 2. – 380 с.

7. Ситдикова Г.Ф. Газомедиаторы: от токсических эффектов к регуляции клеточных функций и использованию в клинике / Г.Ф. Ситдикова, А.В. Яковлев, А.Л. Зефирова // Проблемы физиологии. – 2014. – Т. 13, №6. – С. 185–200.

8. Флуоресцентные методы в исследовании УФ-индуцированных изменений структурно-функционального состояния лимфоцитов крови человека / В.Г. Артюхов [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2012. – Т. 153, № 6. – С. 891– 895.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Асаева З.М., Долгашова А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Атеросклероз широко распространён среди населения стран Европы и Северной Америки. Проявления и осложнения атеросклероза являются наиболее частыми причинами смертности и инвалидности.

Цель исследования – изучить морфологические особенности атеросклероза артерий различных органов.

Материалы и методы. Изучение русскоязычных и иностранных источников литературы.

Результаты и обсуждение. В зависимости от этиологических, патогенетических и морфологических признаков различают метаболический артериосклероз, гиалиноз, воспалительный, аллергический, токсический артериосклерозы, первичный кальциноз средней оболочки артерий (медиакальциноз Менкеберга), возрастной (старческий) артериосклероз. В развитии атеросклероза наибольшее значение имеют обменные факторы, гормональные изменения, гемодинамический, нервный и сосудистый факторы, а также наследственные и этнические особенности.

При макроскопическом исследовании различают атеросклеротические изменения, отражающие динамику процесса: жировые пятна или полосы; фиброзные бляшки; осложнённые поражения, представленные фиброзными бляшками с изъязвлением, кровоизлияниями и наложениями тромботических масс; кальциноз, или атерокальциноз.

Различные виды атеросклеротических изменений нередко сочетаются в одном и том же сосуде, например в аорте, можно видеть одновременно жировые пятна и полосы, фиброзные бляшки, атероматозные язвы с тромбами и участки атерокальциноза, что свидетельствует о волнообразном течении атеросклероза.

Микроскопическое исследование позволяет уточнить и дополнить характер и последовательность развития изменений, свойственных атеросклерозу, соответствующие стадиям морфогенеза атеросклероза: долипидная, липоидоз, липосклероз, атероматоз, изъязвление, атерокальциноз. В зависимости от преимущественной локализации атеросклероза в том или ином сосудистом бассейне, осложнений и исходов, к которым он ведёт, выделяют следующие клинко-анатомические формы атеросклероза: аорты, венечных артерий сердца, артерий головного мозга, почек, кишечника, артерий нижних конечностей.

Заключение. При каждой клинко-анатомической форме атеросклероза могут наблюдаться двоякие изменения. Медленное атеросклеротическое сужение питающей артерии и хроническая недостаточность кровообращения приводят к ишемическим

изменениям — дистрофии и атрофии паренхимы, диффузному или мелкоочаговому склерозу стромы. При острой окклюзии питающей артерии и острой недостаточности кровоснабжения возникают изменения другого рода. Эти некротические изменения, проявляющиеся инфарктами, гангреной, кровоизлияниями, отмечаются обычно при прогрессирующем атеросклерозе.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ МЕТОД ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАГРУЗОК НА ДЕФОРМИРОВАННЫЙ ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ

Бабчина П.И., Петрова Е.М., Некрасов И.А.

Санкт-Петербургский государственный электротехнический университет «ЛЭТИ» им. В.И.Ульянова (Ленина)

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата во всем мире страдает около 80% трудоспособного населения в возрасте 30-50 лет. Заболевания, встречающиеся наиболее часто, связаны с деформациями позвоночника. При искривлениях грудного отдела позвоночника вводятся ограничения физической активности, которые основываются на профессиональном опыте специалистов и литературных источниках.

Целью данной работы является разработка метода исследования состояния деформированного грудного отдела позвоночника при нагрузках для последующей персонализации ограничений физической активности.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: провести анализ деформированного состояния грудного отдела позвоночника при искривлениях; разработать алгоритм исследования состояния структур грудного отдела позвоночника для определения оптимальных и максимально допустимых нагрузок.

Методы исследования: На основе результатов, полученных с помощью медицинских исследований, построена биомеханическая компьютерная модель, максимально приближенная к реальной структуре по форме и биомеханическим характеристикам.

Технология построения трехмерной биомеханической модели включает в себя несколько этапов: постановка задачи и выбор сегмента моделирования позвоночника в рамках поставленной задачи; создание содержательной модели; создание трехмерной геометрической модели сегмента в программе «Mimics»; обработка модели в программе AutoCAD путем перевода модели в вид поверхностей NURBS; импорт модели в программу Solid Works; оценка погрешности результатов измерений; проведение экспериментов нагружения. Для исследования модели при имитации физической активности различного вида использовалась программа Solid Works с приложением Simulation. Исследования были проведены для статических и динамических нагрузок. Оценка результатов проводилась путем анализа эпюр напряжений и деформации модели. Эпюры имеют числовую и цветовую градацию результатов.

Результаты: С использованием модели проведены исследования некоторых упражнений адаптивной физической культуры, направленных на улучшение состояния деформированного грудного отдела позвоночника. Упражнения были смоделированы для человека весом от 50 до 80 килограмм.

Были рассмотрены следующие виды физической активности, относящиеся как к адаптивной физической культуре, так и к повседневной жизни:

- упражнение с валиком для увеличения подвижности и уменьшения искривления грудного отдела позвоночника;

- упражнение «Свеча» в промежуточном положении группировки с перекатом и конечном положении упражнения;
- игры с мячом.

В ходе исследований, проводимых на биомеханической модели были получены следующие выводы для каждого из упражнений.

Упражнения с валиком являются безопасными при диаметре валика

7 сантиметров в диапазоне веса человека от 50 до 80 килограмм. Однако, при диаметре валика 10 сантиметров упражнение является безопасным только для человека весом от 50 до 70 килограмм. При большем весе валик окажет негативное воздействие на межпозвоночные диски, что может спровоцировать новые патологии.

Упражнение свеча может считаться безопасным только в случае сильного мышечного корсета спины и пресса, а также при весе человека до 60 килограмм. Кроме того, при выполнении упражнения свеча следует свести к минимуму перекатывания на спине и выполнять их минимальное количество раз, необходимое для принятия конечного положения упражнения «Свеча».

Так же были рассмотрены последствия попадания футбольного и волейбольного мяча в переднюю и боковую поверхности тела человека. Было выявлено, что при попадании в переднюю поверхность тела человека мяч не оказывает негативного воздействия непосредственно на позвоночник, однако, оно не исключено для внутренних органов. А при попадании мяча в боковую поверхность максимальному воздействию подвергнется наиболее искривленный сегмент грудного отдела позвоночника и несмотря на то, что разрушающего воздействия на тела позвонков оказано не будет, боковое попадание может привести к деформации межпозвоночных дисков.

Безопасность выполнения упражнения зависит не только от точности соблюдения выполнения техники упражнения, но также и от веса человека. Таким образом, экспериментально подтверждена возможность проведения экспериментов нагружения на полученной биомеханической модели. Эксперименты нагружения могут носить статический характер, как в случае с упражнением с валиком, или динамический, как при попадании мяча. Возможность имитации различных воздействий предоставляет возможность анализа большого объема различных видов физической активности как в адаптивной физической культуре при поддержании состояния деформированного грудного отдела позвоночника и в период реабилитации, так и в реальной жизни. Анализ полученных результатов происходит по эпюрам напряжения и перемещения модели после воздействия с цветовой и, соответствующей ей, числовой градацией. Разработана технология проведения биомеханического исследования для проведения биомеханического метода определения допустимых нагрузок при деформациях грудного отдела позвоночника.

Выводы: Разработан метод прогнозирования состояния деформированного грудного отдела позвоночника при различных нагрузках. Метод основывается на комбинированном использовании медицинских и инженерных программных пакетов. Кроме того, в основе метода лежит создание биомеханической модели по данным компьютерной томографии пациента, что обеспечивает персональный подход с учетом индивидуальных особенностей. Экспериментально доказано, что на полученной модели можно проводить статические и динамические эксперименты нагружения, что позволяет имитировать различные виды физической активности. Разработана технология проведения биомеханического исследования для определения допустимых нагрузок при деформациях грудного отдела позвоночника и, соответственно, прогнозирования состояния грудного отдела позвоночника при выполнении соответствующей нагрузки.

МАКСИМАЛЬНАЯ ОСТРОТА ЗРЕНИЯ, И ОТ ЧЕГО ОНА ЗАВИСИТ

Багамалиев А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставропольская краевая
клиническая больница

Данная тема представляет теоретический и практический интерес, потому что во все времена человечества были люди с рекордными показателями остроты зрения, которые никто не мог объяснить. В октябре 1972 года Университет Штутгарта (Западная Германия) сообщил об уникальном случае остроты зрения, а именно о рекорде. Одна из студенток Вероника Сейдер (1951 года рождения) продемонстрировала остроту зрения в 20 раз превышающую среднее зрение человека. Она смогла узнать человека (идентифицировать по лицу) с расстояния больше 1 600 метров. Dennis M. Levi (США, штат Техас) попал в книгу рекордов Гинесса как человек, который обладает рекордной остротой зрения человека. В апреле 1984 года он сумел несколько раз отличить положение отрезка тонкой зеленой линии с точностью 0,85 дуговой секунды. Говоря простым языком, это все равно, что увидеть смещение линии на 6 мм с расстояния полтора километра. В книге Е.И. Сидоренко (офтальмология стр.90) описывается любопытный случай, когда острота зрения составляет 60 единиц, что позволяет таким людям считать спутники планеты Юпитер.

К тому же нас интересует почему у хищных птиц такая высокая острота зрения, и как мы можем использовать эти данные в современном мире. Общепринято, что разрешающая способность глаза определяется плотность упаковки рецепторов сетчатки, расположенных в горизонтальной плоскости. Она, для человеческого глаза, составляет 1 угловую минуту (при диаметре колбочек 0,04 мкм). Однако известно, что острота зрения у птиц достигает 10 единиц, или 6 угловых секунд. Причины такого зрения объясняют более плотной упаковкой фоторецепторов, которая маловероятна по природе одинакового строения рецепторов глаза человека и птиц. Единственное отличие глаза птицы – наличие 2-х макулярных областей. В тоже время имеются данные, что более 10% людей имеют остроту зрения 2,0 и даже более (например 60 единиц – 6000%).

Причины высокой остроты зрения не исследовались и не осмысливались, а это имеет определенное значение для диагностики, лечения, оценки динамики заболеваний, экспертных исследований, и создания оптических устройств с высокой разрешающей способностью (фотоаппараты, видеокамеры, телескопы).

Цель. Выяснить от чего зависит максимальная острота зрения у «зорких» людей и хищных птиц.

Материалы и методы исследований.

В работе использовались добровольцы из студенческой группы (3-е испытуемых). В контрольную группу вошли пациенты КМХГ, обследуемые на предмет патологии сетчатки (10 человек). Проводилась визометрия, рефрактометрия, уточняющая коррекция аномалии рефракции стандартным набором стекол, оптическая когерентная томография сетчатки (ОКТ).

Результаты и обсуждение.

В 2010 году кафедра офтальмологии Калифорнийского медицинского университета провела впервые в мире исследование по изучению структуры строения сетчатки хищных птиц с помощью аппарата оптической когерентной томографии (ОКТ).

Выяснилось, что у хищных птиц имеется острый угол (40-45 град.) конуса центральной ямки сетчатки, и благодаря этому световые лучи взаимодействуют одновременно с большим количеством фоторецепторных клеток. Интересно так же и то, что соотношение нервных ганглиев к рецепторам выражено в большей степени чем у человека. У птиц этот показатель очень высок и составляет примерно 100 000 ганглионарных клеток на 120 000 фоторецепторов, а у человека на 100 000 фоторецепторных клеток приходится всего 1000 ганглионарных клеток.

По результатам ОКТ выявлено достоверное наличие воронкообразного углубления макулярной зоны (МЗ) до 130 градусов у испытуемых с остротой зрения в 2,0. При остроте зрения в 1,0 - угол углубления превышал 140 градусов.

Выводы

1. Чем уже угол конуса центральной ямки сетчатки, тем выше максимальная острота зрения.
2. Максимальная острота зрения не зависит от аномалии рефракции.
3. Плотность упаковки колбочек макулярной зоны не влияет на остроту зрения.
4. ОКТ можно использовать для выявления аггравации или симуляции, в экспертизе нетрудоспособности, судебно-медицинской практике.
5. Изготовление фотоматриц с заданной кривизной поверхности (возможно гибкой), с соответствующей программной обработкой кадра, может повысить разрешение видео - и фотоустройств, многократно превышающие современные образцы фототехники.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ САМОК-КРЫС В ТЕСТЕ "ОТКРЫТОЕ ПОЛЕ" В УСЛОВИЯХ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА ПРИ ВЛИЯНИИ ЛИПОФИЛЬНОЙ ФРАКЦИИ ПЧЕЛИНОЙ ОБНОЖКИ

Баковецкая О.В., Степура Е.Е., Дармограев Д.

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

Стресс – это комплекс универсальных неспецифических реакций на агенты, угрожающие жизни и благополучию целостного организма, реализуемых при участии нейроэндокринной системы. Установлено, что в результате стресса наблюдается нарушение оксидантной системы, в связи с этим необходимо использовать средства для ее коррекции, которые обладают антиоксидантным действием [1, 3]. К средствам, обладающим антиоксидантной активностью, и как следствие адаптогенными свойствами, можно отнести продукты пчеловодства. Особое значение может иметь пчелиная обножка и инновационный продукт на ее основе – липофильная фракция пчелиной обножки (ЛФПО), которая в своем составе содержит большое количество биологически активных компонентов [2].

В этой связи цель наших исследований заключалась в изучении влияния ЛФПО на функциональное состояние центральной нервной системы по поведенческим реакциям крыс-самок в условиях иммобилизационного стресса.

Материал и методика исследования. В качестве биологического тест-объекта в работе использовали самок белых половозрелых крыс стока Vister массой 200-250 г. Эксперимент по моделированию стресса путем иммобилизации в пеналах проводился в течение 21 дня. Первая группа интактная (n=5), которая не подвергалась стрессу и не получала ЛФПО. Контрольная группа (n=5) получала 3-х часовой иммобилизационный стресс на протяжении 21 дня. Опытная группа (n=5) в течение 21 дня каждый день на фоне иммобилизационного стресса перорально получала суспензию ЛФПО в дозировке 1,5 мг/кг. Поведенческие показатели исследуемых животных оценивали на основании теста «Открытое поле». Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Microsoft Excel 2012.

Результаты и их обсуждение.

Анализ данных показал, что горизонтальная и вертикальная активность крыс контрольной группы была ниже ($15,3 \pm 1,8$ и $8,3 \pm 1,2$), чем у интактной ($17,0 \pm 1,6$ и $10,6 \pm 1,8$) и опытной групп ($19,7 \pm 1,9$ и $9,7 \pm 0,7$). «Исследовательская» активность животных по количеству осмотра и обнюхиваний норок также самая низкая у контрольной группы - $6,7 \pm 0,9$ движений за единицу времени. Также у контрольных крыс установлено

повышение интенсивности груминга – $2,4 \pm 0,5$, при этом наибольшее время при чистке животные уделяли голове, что может быть связано с расположением на ней важнейших органов чувств, и их значимостью для адаптации животных в экстремальных условиях. Как видно из наших данных, самый высокий показатель дефекации наблюдался в контрольной группе – $1,8 \pm 0,8$.

На основании всего комплекса показателей становится очевидным, что у животных контрольной группы выявлены признаки стресс-реакции и формирования стресс-системы реагирования. По современным представлениям стресс-система состоит из центрального звена и периферических ветвей, в частности так формируется гипоталамо – гипофизарно – адреналовая система реагирования. В условиях стресса изменяется и деятельность желудочно-кишечного тракта. Так задерживается освобождение желудка, снижается его эвакуаторная функция на фоне увеличенной моторной активности кишечника и активного процесса дефекации. При введении в организм ЛФПО, мы наблюдали увеличение горизонтальной и вертикальной двигательной активности. Также происходило восстановление активности крыс к «исследованию» норок, что сопоставимо со значениями интактной группы – $8,5 \pm 0,7$. Количество болюсов у животных, подвергшихся стрессу на фоне применения ЛФПО также было достоверно ниже – $0,5 \pm 0,3$. Все это указывает на стабилизацию поведения, снижение уровня тревожности в результате повышения устойчивости организма к стрессу. Мы связываем положительное изменение поведенческих показателей с уникальным составом и свойствами ЛФПО. Она содержит витамин Е, полиненасыщенные жирные кислоты. Стресс приводит к чрезмерной выработке активных форм кислорода, обладающих цитотоксическим действием. Антиоксиданты ЛФПО в свою очередь предупреждают чрезмерную активацию свободных радикалов и тем самым обладают мембранопротекторным действием, то есть ограничивают стресс- реакцию и предупреждают негативные последствия стресса на клеточном и организменном уровнях. Таким образом, нами установлено, что ЛФПО обладает адаптогенным действием и способствует повышению стрессоустойчивости организма.

Список литературы.

1. Билаш, Н.Г. Пыльцевая обножка – источник биологически активных комплексов /Н.Г. Билаш // Материалы XVII Всероссийской научной конференции «Апитерапия сегодня» – Рыбное : ФГБНУ «НИИ пчеловодства», 2014. С. 125-132.
2. Леонов, А. Н. Адаптационно-метаболическая теория гипербарической медицины / А. Н. Леонов // Руководство по гипербарической медицине / под ред. С. А. Байдина, А. Б. Граменицкого, Б. А. Рубинчика – М. : Медицина, 2008. – С. 40–69.
3. Ясенявская, А.Л. Влияние α -токоферола на поведение крыс в тесте «Открытое поле» в условиях иммобилизационного стресса /А.Л. Ясенявская // Материалы научно-практической конференции Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований №12, 2012. С. 64-65.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ВИНБОРОНА НА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Белалов В.В.

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

Актуальность. Значимой проблемой современной медицины является ulcerогенное действие нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) на верхние отделы желудочно-кишечного тракта, которая существенно ограничивает их клиническое

применение. Безсимптомность развития гастропатии, индуцированной НПВС, нередко приводит к развитию серьезных осложнений. Это обуславливает необходимость поиска, разработки и внедрения в клинику подходов к ослаблению гастротоксичности НПВС [1, 5].

Цель: охарактеризовать по данным открытых источников информации и результатам собственных исследований влияние винборона на фармакокинетику и фармакодинамику ибупрофену.

Результаты и их обсуждение. Доклинические исследования влияния нового отечественного спазмолитика с политропными фармакологическими свойствами винборона (2-фенил-3-карбетоксы-4-диметиламинометил-5-оксибензофурану гидрохлорид) на фармакологические эффекты часто используемого НПВС ибупрофена показали, что превентивно-профилактическое применение винборона (11 мг/кг, внутривентрикулярно (в/ж) на модели адьювантного артрита (АА) у крыс приводит к ослаблению ulcerogenic действия ибупрофена (Патент Украины № UA 107885 U). На это указывало статистически достоверное ($p \leq 0,05$) снижение язвенного индекса на фоне комбинированного применения ибупрофена и винборона в 10 раз, увеличение индекса пролиферации на 62,0% и снижение количества апоптотических клеток на 60,0% относительно показателей крыс группы монотерапии ибупрофеном (Патент Украины № UA 112287 U) [3, 4, 6, 9, 10].

Также было установлено, что комбинированное применение винборона и ибупрофена сопровождается более выраженной противовоспалительной и обезболивающей активностью, что указывает на способность украинского спазмолитика усиливать указанные свойства исследуемого антифлогистика. Установлено, что на фоне сочетанного применения противовоспалительное действие статистически достоверно ($p \leq 0,05$) превышало показатели животных группы монотерапии ибупрофеном на 6,3% (Патент Украины № UA 107533 U), а обезболивающее – на 23,3% (Патент Украины № UA 107534 U) [2, 5, 7].

Анализ результатов конусно-лучевой компьютерной томографии и цифровой рентгенографии показал, что на фоне одновременного введения ибупрофена и винборона отмечается тенденция к усилению противовоспалительного действия исследуемого антифлогистика на пораженные АА суставы крыс. На это указывало уменьшение на 28 сутки эксперимента объема суставов задних конечностей в среднем на 33,8% относительно показателей контрольных животных (Патент Украины № UA 117538 U) и практически полное восстановление ширины суставных щелей исследуемых суставов [9].

По степени влияния на биохимические показатели крови крыс при АА комбинированное применение ибупрофена с винборона, в отличие от монотерапии ибупрофеном, вместе с нормализацией показателей малонового диальдегида, супероксиддисмутазы, серомукоида, гамма-глутамилтранспептидазы и восстановления уровня общих липидов, не вызывало негативных изменений в активности аланин-аминотрансферазы, аспартат-аминостраниферазы и щелочной фосфатазы в крови [4, 8].

Выводы. Результаты проведенных исследований указывают на способность винборона ослаблять гастротоксичность ибупрофена, усиливать его противовоспалительную активность и потенцировать обезболивающее действие.

Список литературы.

1. Гладких Ф. В. Вінборон: перший український гастропротектор – агоніст ванілоїдних рецепторів (TRPV1) / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2016. – № 4–5 (50). – С. 20–29. URL: http://pharmtox-j.org.ua/webfm_send/523
2. Гладких Ф. В. Вплив вінборону на анальгетичну активність ібупрофену на моделі ад'ювантного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Здобутки клінічної та

експериментальної медицини (науково-практичний журнал). – 2015. – № 1 (22). – С. 47–50. DOI: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2015.v22.i1.4218>

3. Гладких Ф. В. Дослідження апоптозмодуючих властивостей вінборону при ібупрофен-індукованій гастропатії у щурів з ад'ювантним артритом / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк, С. В. Вернигородський // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2016. – Т. 16, № 4 (56), ч. 3. – С. 30–35.

4. Гладких Ф. В. Дослідження шлункової секреції у щурів з ад'ювантним артритом на тлі застосування ібупрофену та його комбінації з вінбороном / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Фармакологія та лікарська токсикологія. – 2016. – № 3 (49). – С. 34–40. URL: http://pharmtox-j.org.ua/webfm_send/522

5. Гладких Ф. В. Експериментальне обґрунтування доцільності застосування вінборону з метою підвищення знеболюючої активності ібупрофену / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2016. – № 3 (22). – С. 41–48. DOI: <https://doi.org/10.14739/2409-2932.2016.3.77934>

6. Гладких Ф. В. Изучение состояния клеточного гомеостаза слизистой оболочки желудка крыс на модели ревматоидного артрита, леченного ибупрофеном и его комбинацией с винбороном / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк, С. В. Вернигородский // Фармация и фармакология. – 2016. – Т. 4, № 3. – С. 68–83. DOI: <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2016-4-3-68-83>

7. Гладких Ф. В. Сучасні шляхи послаблення ульцерогенності нестероїдних протизапальних засобів : досягнення, невирішені питання та шляхи оптимізації / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – № 2. – С. 82–86. DOI: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2014.2.25437>

8. Гладких Ф. В. Характеристика протизапальної та знеболюючої активності ібупрофену та його комбінації з вінбороном на моделі ад'ювантного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Вісник наукових досліджень. – 2015. – № 2. – С. 108–111.

9. Гладких Ф. В. Характеристика терапевтичного ефекту ібупрофену та його комбінації з вінбороном за гематологічними показниками на моделі ад'ювантного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // Львівський медичний часопис. – 2015. – № 4. – С. 64–70.

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ СОМАТОСЕНСОРНОЙ КОРЫ С УЧЕТОМ ПРЕОБЛАДАЮЩЕГО ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Беляев И.В., Дерябин А.С., Дорохина А.В., Асаева З.М.

Научные руководители: д.м.н. профессор Л.Д. Цатурян, старший преподаватель Е.О.

Меликбекян, ассистент Абдулаева Р.Х.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время остаются недостаточно изученными особенности процессов возбуждения и торможения головного мозга и их биоэлектрические характеристики. Наиболее информативными нейрофизиологическими параметрами являются вызванные соматосенсорные потенциалы (ССВП), которые позволяют оценить функциональное состояние структур центральной нервной системы, и в частности, соматосенсорной проекционной зоны коры больших полушарий. ССВП отражают процессы возбуждения и торможения, а также переработки информации в постцентральной извилине (поля 1, 2, 3 по Бродману) и связаны с оценкой стимула, принятием решения и памятью [1,3]. Соотношение процессов возбуждения и торможения находит отражение в различных типологических особенностях личности. Кроме того, несомненный интерес представляет

изучение особенностей протекания нейродинамических процессов в коре с учетом преобладающего типа темперамента в организме человека.

В аспекте вышесказанного целью исследования явилось изучение особенностей нейродинамических процессов соматосенсорной зоны коры с учетом преобладающего типа темперамента у студентов медицинского вуза.

С учетом поставленной цели нами обследовано 80 студентов лечебного факультета 2 курса Ставропольского государственного медицинского университета (27 юношей и 53 девушки). Для оценки преобладающего типа темперамента использовали методику Белова. Используя электронейромиограф «Нейротех Синапсис», регистрировали ССВП при стимуляции правой верхней конечности в области запястья в проекции *p. medianus* в состоянии покоя и после предъявления слухового раздражителя (ультразвук). Регистрирующий электрод (С3) устанавливали на голове согласно Международной схеме «10-20». Импульсы подавались с частотой 2 Гц, с силой тока 10 мА и длительностью импульсов 0,2 мс. Анализировались латентное время (мс) и амплитуда (мкВ) пиков N19 и P23 (проекция верхней конечности в коре).

Статистический метод обработки проводили с использованием пакета SPSS Statistics. Вычислялись среднее значение (M), средняя ошибка среднего (m). Статистическая значимость различий оценивалась по t-критерию Стьюдента для независимых выборок при условии нормального распределения. За критический уровень значимости различий принимали значение $p \leq 0,05$ (95%) [2].

Доминирующим типом темперамента среди студентов явился сангвинистический (9 юношей и 20 девушек), на втором месте оказались холерики (8 юношей и 15 девушек), третьими по встречаемости – флегматики (6 юношей и 11 девушек) и наименее представленными – меланхолики (4 юноши и 7 девушек).

Проведение типологической диагностики с учетом преобладающего типа темперамента в группах юношей и девушек позволило установить увеличение амплитуды ССВП при действии внешнего раздражителя у сангвиников (юноши $5,17 \pm 0,055$ и $5,22 \pm 0,06$; девушки $5,13 \pm 0,13$ и $5,19 \pm 0,17$) и флегматиков (юноши $5,03 \pm 0,36$ и $5,21 \pm 0,4$; девушки $4,92 \pm 0,58$ и $4,98 \pm 0,9$) в сравнении с холериками и меланхоликами ($p \leq 0,05$). Данный факт свидетельствует о том, что возбуждение не рассеивается и продолжает оставаться концентрированным в данном нервном центре вследствие устойчивости психических процессов. Более того, исходя из того факта, что амплитуда не только не уменьшилась, но еще и увеличилась, мы можем утверждать, что нервная система данных лиц адаптируется, усиливая возбуждение. Учитывая поставленную перед испытуемым задачу, психические процессы будут направлены на поддержание доминантного очага возбуждения и подавление посторонних очагов возбуждения, конвергируя их к единому центру возбуждения. Выявленная тенденция подтверждается изменением латентного времени в изучаемых группах студентов: снижение времени проведения возбуждения при предъявлении дополнительного слухового раздражителя.

При анализе аналогичных показателей у холериков и меланхоликов отмечалась обратная зависимость: подача раздражителя вызвала уменьшение амплитуды в связи с неустойчивостью психических процессов у данных типов высшей нервной деятельности. Так, в группе юношей-холериков наблюдалось снижение с $5,01 \pm 0,078$ до $4,98 \pm 0,06$ мкВ, у девушек-холериков – с $4,93 \pm 0,13$ до $4,81 \pm 0,09$, у юношей-меланхоликов – с $4,28 \pm 0,081$ до $4,13 \pm 0,07$ и девушек-меланхоликов – с $4,25 \pm 0,031$ до $4,05 \pm 0,53$. Кроме того, в изучаемых группах студентов регистрировалось увеличение латентного времени ($p \leq 0,05$). Снижение амплитуды и увеличение латентного времени ССВП указывает на разобщенность работы корковых нейронов и, следовательно, торможение формирования новых временных связей и полного анализа и распознавания раздражителя.

Резюмируя полученные данные можно заключить, что у сангвиников и флегматиков увеличена скорость анализа сенсорной информации и способность к формированию новых временных связей в головном мозге, обусловленная синхронизацией работы

нейронных ансамблей и активацией корковых процессов. Нейродинамические процессы коры головного мозга холериков и меланхоликов отличаются несбалансированностью процессов возбуждения и торможения, приводящей к снижению скорости ответной реакции на поступающее раздражение. Полученные данные подтверждают индивидуальность протекания процессов в центральной нервной системе в зависимости от преобладающих типологических особенностей высшей нервной деятельности.

Список литературы.

1. Гнездицкий, В. В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике / В. В. Гнездицкий. – М.: МЕДпресс-ин, 2003. – 264 с.
2. Ефимова, М. Р. Общая теория статистики / М. Р. Ефимова, Е. В. Петрова, В. Н. Румянцева. – М.: Изд-во «Инфа-М», 1999. – 416 с.
3. Капилевич, Л. В. Физиологический контроль технической подготовленности спортсменов / Л. В. Капилевич // Теория и практика физической культуры. – 2010. – № 11. – С. 12-15.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА ПОЧЕК ПРИ РЕЗЕРПИНОВОМ СТРЕССЕ В УСЛОВИЯХ ГОРНОГО КЛИМАТА (1600 М. НАД УРОВНЕМ МОРЯ)

Биймурзаева Ч., Мамат С., Омуралиева Ж.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Киргизия

Введение: Экзогенное влияние катехоламинов дополнительно к стрессу (адаптация к 1600 м) на электролитный гомеостаз почек было предметом специального исследования. Инъекция заведомо стрессорной дозы (2,0 мг/кг) резерпина вызывает изменения микроциркуляторного гемостаза (гиперагрегацию тромбоцитов).

Материал и методы: Резервная стрессреакция моделировалась путем инъекции резерпина (2,0 мг/кг) подкожно. Забой животных проводился через 3 часа после введения резерпина на 10 сутки адаптации крыс к среднегорью (побережье озера Иссык-Куль 1,600). Наличие ионов натрия и калия определяли в корковом и мозговом слоях почки методом пламенной фото метрии [1]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: Нами установлено, что содержание ионов натрия в корковом слое почек у «равнинные» крыс больше, чем при 10- дневной адаптации их к горному климату (39 против 21 мэкв/100). Такое снижение содержания ионов натрия носит, по-видимому, адаптивный характер. Подтверждается это тем, что взамен «выкачиваемого» натрия в клетки поступают ионы калия (22 против 15 мэкв/100г.). В норме (г. Бишкек -760м) и после кратковременной горной адаптации (на 10-й день) модулировалось состояние «фармакологической десимпатизации» («резерпинового стресса») с параллельным изучением электролитного гомеостаза в почке. Так, через 3ч. После инъекции заведомо стрессирующей дозой резерпина, содержание ионов натрия резко снизилось (27 против 34, $P > 0,001$), а калия-увеличивалось (22 против 15, $P > 0,001$). Такая закономерность оказалась характерной и для «горных» крыс: у них также концентрация натрия снизилась (20 против 21 $P > 0,001$), а калия увеличилась (24 против 22 $P > 0,001$). Эти изменения в содержании ионов калия и натрия небольшие, но достоверные.

При резерпиновом стрессе в условиях низкогогорья (г. Бишкек 760м.) после 3ч. инъекции содержание натрия в мозговом слое резко снизилось (109 против 139, $P > 0,05$), а калий существенных изменений не претерпевает. В условиях начальной стадии адаптации к горному климату содержание ионов натрия так же резко снижается (90.6 против 114

мэкв/100 г $P > 0,05$), а содержание ионов калия увеличивается (26 против 20 мэкв /100 г $P > 0,05$).

Выводы: Таким образом «адаптированное выкачивание ионов натрия из почек при стресс-ситуации связано, по-видимому, с универсальной реакцией улучшения медулярного кровообращения при уменьшении коркового. Это приводит к низкой гипертоничности медуллы [2], а поступление ионов калия в клетки мозгового слоя предупреждает спазм сосудов и угнетение простагландинообразования в условиях горной адаптации (1600м).

Список литературы.

1. Руммель, А.Г. Методика определения натрия калия и хлора в биологических жидкостях и тканях / А.Г.Руммель, А.Ф.Боженова // Кортикостероидная регуляция водно-солевого гомеостаза. – Новосибирск: Наука, 1967. – С. 234 – 243.
2. Некрасова, А.А. / А.А.Некрасова, Р.И. Соколова, Ю.Л. Серебровская // Кардиология.- 1974.- №4.- С. 42

ВЛИЯНИЕ ЦИКЛИЧЕСКИХ НУКЛЕОТИДОВ НА РЕГУЛЯЦИЮ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ И СОКРАТИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ГЛАДКИХ МЫШЦ СОСУДОВ ПРИ ГИПОКСИИ

Бирулина Ю.Г., Смаглий Л.В., Рыдченко В.С.

Сибирский государственный медицинский университет

Поддержание оптимального уровня парциального напряжения кислорода в клетках различных тканей и органов обеспечивает их функциональную стабильность. В этом отношении сосудистые гладкомышечные клетки (ГМК) не являются исключением [1, 2]. Нарушения кислородного баланса, возникающие при патологических воздействиях различного генеза, в том числе, при гипоксии, главным образом, влияют на их электрические свойства и сократительную активность. При этом изменяется ионная проницаемость мембран ГМК для различных ионов, оперирование ряда внутриклеточных сигнальных систем, среди которых преимущество отдается кальциевой и циклическим нуклеотидам [3].

Целью данной работы явилось изучение роли циклического аденозинмонофосфата (цАМФ) в регуляции параметров электрической и сократительной активности сосудистых ГМК в норме и при гипоксии.

Материал и методы. Объектом исследования служили деэндотелизированные гладкомышечные сегменты аорты и легочной артерии (ЛА) крыс-самцов линии Wistar (30 особей), которых умерщвляли цервикальной дислокацией под наркозом (Nembutal, 70 мг/кг).

Для изучения электрических и сократительных параметров изолированных сегментов гладкомышечных клеток использовалась методика двойного сахарозного моста, которая позволяет длительно регистрировать одновременные изменения мембранного потенциала (МП) и сократительной активности ГМК. Подготовленные сосудистые препараты фиксировали в камере установки и отмывали 40-50 минут физиологическим раствором Кребса при $37,0 \pm 0,5^\circ\text{C}$ и pH 7,35-7,4. В качестве контрольных (100%) параметров служили изменения МП и МН на действие гиперкалиевого раствора Кребса (30 мМ KCl). Используемые реактивы: форсколин (Sigma Aldrich, США), 3-изобутил-1-метилксантин (IBMX, Sigma Aldrich, США). Гипоксический раствор готовился непосредственно перед началом эксперимента путем насыщения исследуемого раствора газообразным азотом до достижения уровня кислорода в растворе не более $10,0 \pm 0,5$ об%.

Статистический анализ данных проводили при помощи программы SPSS Statistics 17.0.1 for Windows и непараметрических критериев: U-критерий Манна-Уитни для независимых и Т-критерий Вилкоксона для зависимых выборок. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Данные представлены в медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1-Q3).

Результаты и обсуждение. Добавление в раствор Кребса 30 мМ KCl приводило к деполяризации мембраны и росту МН ГМК аорты и ЛА крысы. Замена нормоксического раствора на гипоксический приводила к достоверному снижению МН аорты крысы до 87,2 (85,4-89,6)%, МП до 93,3 (88,6-96,1)% ($n=6$, $p < 0,05$) по сравнению с контролем. Тогда как МН препаратов ЛА, наоборот, увеличивалось на 13,2% ($n=6$, $p < 0,05$), а МП достоверно не изменялся.

Согласно литературным данным, изменения МН и МП гладких мышц при гипоксии могут быть обусловлены оперированием цАМФ-зависимой сигнальной системы [4, 5].

Активация аденилатциклазы форсколином (1 мкМ) приводила к достоверному снижению МН и МП гладких мышц аорты до 49,7 (39,1-58,5)% и 43,4 (32,9-55,6)% ($n=6$, $p < 0,05$), соответственно. При гипоксии действие форсколина на ГМК аорты усиливалось, приводя к дальнейшему снижению МН и МП на 10% и 12% ($n=5$, $p < 0,05$). Тогда как в нормоксии форсколин увеличивал МН гладких мышц ЛА на 23,7% и МП на 15,1% ($n=5$, $p < 0,05$), соответственно, от контрольного сокращения.

Ингибирование фосфодиэстераз циклических нуклеотидов IBMX (10 мкМ) вызывало угнетение параметров ГМК аорты крысы: МП до 66,2 (42,2-81,3)% и МН до 93,3 (88,6-96,1)% ($n=6$, $p < 0,05$), по сравнению с контрольным сокращением. В условиях гипоксии на фоне действия IBMX происходило снижение МП и МН сегментов аорты, однако достоверно меньше, чем в условиях нормоксии. В концентрации 10 мкМ IBMX вызывал расслабление сегментов ЛА до 58,6 (47,3-85,5)% ($n=6$, $p < 0,05$) и снижение МП до 64,5 (54,9-77,1)% ($n=6$, $p < 0,05$) при нормоксии. При гипоксии эффект IBMX обращался, приводя к увеличению МН до 117,3 (95,5-134,4)%, МП до 113,1 (98,7-125,9)% ($n=6$, $p < 0,05$), соответственно.

Полученные данные свидетельствуют, что в гладких мышцах сосудов большого круга кровообращения активация цАМФ-зависимого сигнального пути приводит к расслаблению ГМК и снижению величины МП, которое усиливается на фоне гипоксии. В противоположность этому, в ГМК ЛА имеют место особенности оперирования и регуляторного воздействия цАМФ, что подтверждается разнонаправленностью действия форсколина и IBMX. Вероятно также, что механизмы оперирования цАМФ-зависимого сигнальной пути при гипоксии в ГМК ЛА тесно связаны с активацией системы гуанилатциклазы [2]. Изменение активности гуанилатциклазы оказывает значительное влияние на реализацию эффектов цАМФ в клетке.

Заключение. Таким образом, разнонаправленные эффекты цАМФ на электрическую и сократительную активность сосудистых гладких мышц являются видоспецифичными и зависят от активирующего фактора. Поиск и выявление внутриклеточных эффекторных механизмов, задействованных при гипоксии, может стать основой для разработки подходов к управлению электрофизиологическими свойствами ГМК.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (соглашение № 16-34-00419/17).

Список литературы.

1. Регуляция сократительных реакций сосудистых гладкомышечных клеток в условиях гипоксии-реоксигенации / Гусакова С.В., Бирулина Ю.Г., Смаглий Л.В. и др. // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2016. – Т. 162, № 8. – С. 157 – 160.
2. cAMP Regulation of Airway Smooth Muscle Function / Ch.K. Billington, Ol.O. Ojo, R.B. Penn, S. Ito // Pulm. Pharmacol. Ther. – 2013. – 26(1). – P. 112–120.
3. Chan, C.K. Hypoxia, vascular smooth muscles and endothelium / C.K. Chan, P.M. Vanhoutte // Acta Pharmacol. Sin. B. – 2013. – Vol. 3(1). – P. 1–7.

4. Lumb, A.B. Hypoxic pulmonary vasoconstriction: physiology and anesthetic implications / Lumb A.B., Slinger P. // Anesthesiology. – 2015. – 122(4). – P. 932–946.
5. Shimoda, L.A. Hypoxia. 4. Hypoxia and ion channel function / L.A. Shimoda, J. Polak // Am. J. Physiol. Cell Physiol. – 2011. – Vol. 300, N 5. – P. C951–C967.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ПЛЁНКИ С ЭРИТРОПОЭТИНОМ НА ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Бивалькевич В.А., Сاعدгалина О.Т.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Осиков М.В.

Южно-Уральский государственный медицинский университет

Введение. Термическая травма (ТТ) является распространённым ожоговым повреждением. Развитие системных и местных осложнений при ТТ, обусловленных изменением иммунного статуса, представляет основную проблему в её лечении. Одним из методов лечения ожогов является локальная терапия, включающая применение раневых покрытий. В связи с этим, патогенетически обоснованно применение средств локальной иммунокоррекции при ТТ, таких как эритропоэтин (ЭПО).

Цель. Изучить влияние трансдермальной плёнки (ТДП) с ЭПО на концентрацию цитокинов в крови при экспериментальной ТТ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 50 белых крысах самцах массой 220-240 г., разделённых случайным образом на три группы: I – интактные (n=10), II – животные с ТТ (n=20), III – животные с ТТ и наложением ТДП с ЭПО (n=20). Модель ТТ IIIА степени осуществляли погружением участка кожи в воду при 98-99 °С. Концентрацию ИЛ-1 β , ИФН- γ , ИЛ-4 в сыворотке крови определяли с помощью автоматического иммуноферментного анализатора («Personal LAB», Италия) с применением специфических тест-систем для крыс («Bender Medsystems», Австрия). Концентрацию выражали в пг/мл. Исследования проводили на 3 и 8 сутки. Результаты обрабатывали с использованием программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. При экспериментальной ТТ концентрация в сыворотке крови ИЛ-1 β и ИФН- γ увеличивается на 3 и 8 сутки, концентрация ИЛ-4 снижается на 3 сутки и статистически значимо не изменяется на 8 сутки. На фоне применения ТДП с ЭПО при ТТ концентрация ИЛ-1 β в сыворотке крови снижается, концентрация ИФН- γ и ИЛ-4 увеличивается. На 8 сутки снижается концентрация ИЛ-1 β и ИФН- γ , концентрация ИЛ-4 статистически значимо не изменяется.

Выводы. При экспериментальной ТТ на 3 сутки увеличивается концентрация ИЛ-1 β и ИФН- γ , снижается концентрация ИЛ-4. На 8 сутки увеличивается концентрация ИЛ-1 β и ИФН- γ . При применении ТДП с ЭПО при ТТ на 3 сутки снижается концентрация ИЛ-1 β , концентрация ИФН- γ и ИЛ-4 увеличивается. На 8 сутки снижается концентрация ИЛ-1 β и ИФН- γ .

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. МИНСКА ЗА 2008–2016 ГГ

Вергун О.М., Лишай А.В.

Беларусский государственный медицинский университет

Острые химические отравления, в том числе лекарственными средствами, представляют собой общемировую проблему. В последние десятилетия они стали

основной причиной заболеваемости и преждевременной смертности трудоспособного населения во всём мире [1]. Их количество продолжает расти, несмотря на улучшение благосостояния, повышение уровня жизни, развитие науки и улучшение культурного и санитарного просвещения. В связи с этим важной задачей является профилактика как случайных, так и преднамеренных отравлений лекарственными средствами, а также их злоупотребление [2].

Цель работы: изучение токсикологической обстановки в г. Минске (Республика Беларусь), в частности структуры отравлений лекарственными средствами.

Материалы и методы исследования: для изучения токсикологической обстановки в г. Минске, в том числе отравлений лекарственными средствами, были использованы данные центра по лечению острых отравлений города Минска за 2008-2016 гг. Для выявления групп риска был проведён анализ пострадавших в результате острых отравлений химической этиологии по половозрастному признаку. Для определения основных причин развития острых химических отравлений был проведён анализ отравлений в г. Минске в 2008-2016 годах по этиологическому признаку. Для выявления лекарственных средств, которые чаще становятся причинами отравлений, а также определения изменений тенденций отравления лекарственными средствами за 2008-2016 годы был проведён анализ структуры отравлений лекарственными средствами по нозологическим формам.

Результаты и обсуждения: по данным токсикологического центра по лечению химической травмы в Республике Беларусь было установлено, что среди пациентов с химической травмой по половому признаку из года в год преобладают мужчины (66,7% в 2016 г.), по возрасту – лица 20-40 лет (54,5% в 2016 г.). В группах риска находятся молодые люди до 20 лет и лица пожилого возраста. Динамика химических отравлений имеет волнообразный характер, то есть наблюдается попеременное увеличение и снижение количества отравлений в течение 3-4 лет.

В 2016 году наметилась тенденция к снижению числа острых химических отравлений. Лидирующую позицию в 2016г по количеству случаев в структуре отравлений заняла группа спиртов, органических растворителей и хлорированных углеводов – 36%, на втором месте находятся отравления лекарственными средствами (ЛС) – 26,9%; на третьем – наркотическими и психотропными веществами – 21,5%. Отравления растениями, грибами и животными ядами, дымами и газами, разъедающими веществами 1,7 % и другими ядами 13,9 % встречались гораздо реже.

Нужно отметить, что число отравлений лекарственными средствами значительно уменьшилось за последние 4 года (в полтора раза). Долгое время лекарственные средства лидировали по количеству отравлений, однако в 2016 году уступили первое место отравлениям алкоголем. Следует отметить, что значительное снижение отравлений лекарственными средствами в 2014 году совпало с подъёмом отравлений наркотиками и психодислептиками. Это объясняется пиком популярности среди молодых людей, так называемых «дизайнерских» наркотиков, в частности курительных смесей под общим названием «спайсы», не только в нашей стране и странах Европы и России. Однако, в связи с принятыми на государственном уровне мерами по борьбе с незаконным оборотом наркотических и психотропных средств, жестким контролем со стороны правоохранительных органов с 2015 года в республике наблюдается снижение количества отравлений наркотическими средствами [3].

В 2016 году в структуре отравлений по фармакотерапевтическим группам значительно преобладают лекарственные средства, влияющие на ЦНС (психотропные, седативные, снотворные, противосудорожные, противопаркинсонические ЛС) – 53%. Далее следуют отравления ЛС, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему (24,7%) и анальгетическими, жаропонижающими и противоревматоидными средствами (15,3%). Отравления другими лекарственными средствами составили всего 6,9%.

Закключение: из проведенного анализа статистических данных можно сделать вывод, что острые химические отравления являются актуальной проблемой не только в странах мира, но и в Республике Беларусь. Полученные данные исследований могут быть использованы для разработки мер борьбы с отравлениями ЛС и суицидами.

Список литературы.

1. Остапенко, Ю.Н. Современное состояние эпидемиологии острых химических отравлений и токсикологической помощи населению / Ю.Н. Остапенко, Н.Н. Литвинов, П.Г. Рожков и др. // Токсикологический вестник. – 2010. – №. 3. – С. 34–37.
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. Декрет Президента Республики Беларусь от 28.12.2014 № 6 «О неотложных мерах по противодействию незаконному обороту наркотиков» (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 21.01.2015, 4/8157).

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Виденин А. А.

Самарский государственный медицинский университет

В современном мире наблюдается неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД). По данным ВОЗ, число людей, страдающих этим заболеванием, за последние 35 лет увеличилось в 4 раза [1]. Определение частоты встречаемости таких данных о пациентах с СД, как наличие наследственной предрасположенности, сопутствующих заболеваний, избыточной массы тела и т.д., позволяет провести корреляцию между развитием СД и указанными факторами, а также оценить их роль в данном патологическом процессе. Это, в свою очередь, позволит более эффективно осуществлять профилактику СД и точнее прогнозировать возможность развития изучаемого заболевания и его осложнений.

Цель исследования – определение частоты встречаемости СД, выявление взаимосвязи его возникновения, особенностей течения и осложнений с анамнестическими и антропометрическими данными пациентов (далее – П).

Материал и методы. Изучены истории болезни 278 П с диагнозом СД, которые проходили лечение в отделении эндокринологии и остеопороза Клиник СамГМУ в 2016 году. В ходе исследования статистическому анализу методом группировки были подвергнуты следующие данные о пациентах: тип СД, возраст его возникновения, пол, сопутствующий диагноз, семейный анамнез, индекс массы тела.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным среди П отделения эндокринологии и остеопороза Клиник СамГМУ СД 1 типа встречается значительно реже, чем СД 2 типа, им страдают лишь 13% П. Более, чем у половины П (53%) СД возник в возрасте 41-55 лет, тогда как в других возрастных группах он развивается значительно реже. При этом 69% П составляют женщины. Эти данные подтверждают существенную роль гормональных и метаболических изменений климактерического периода в повышении вероятности развития СД. У П, страдающих СД 1 типа, семейный анамнез был отягощён в 54% случаев. При этом у 32% П был болен СД 1 родственник (Р) 1 степени родства, а у 22% - более отдалённые Р. 56% П с СД 2 типа имели отягощенный семейный анамнез. У 36% СД страдал один из Р первой степени родства, а у 12% - два и более. Значительно повышает риск возникновения СД наличие избыточной массы тела [2]. Её имеют 80% П, из них 27% находятся на стадии предожирения, 29% страдают

ожирением первой степени, 17% - второй, а 7% - третьей. Причиной развития большинства осложнений СД является повреждение избытком глюкозы эндотелия сосудов, вследствие которого происходит отёк их стенки, активизация тромбообразования и нарушение регуляции диаметра их просвета, что приводит к нарушению снабжения тканей кислородом и питательными веществами, образованию атеросклеротических бляшек. Со стороны сердечно-сосудистой системы у диабетиков в нашем исследовании чаще всего встречались: гипертония (78%), диабетическая (Д) ангиопатия сосудов нижних конечностей (68%) и сетчатки глаза (52%), ишемическая болезнь сердца (52%), сердечно-сосудистая недостаточность (46%) и атеросклероз различных артерий (45%), в т. ч. атеросклероз аорты (32%). Также нарушение кровоснабжения может стать причиной осложнений со стороны мочевыделительной системы (хронич. пиелонефрит – 76%, хронич. болезнь почек – 31%) и Д полинейропатии (94%), при этом 75% П страдают Д. полинейропатией нижних конечностей. Кроме того, СД тесно взаимосвязан с хронич. панкреатитом (82%) и хронич. холециститом (72%).

Заключение. В ходе исследования была подтверждена и статистически определена роль важнейших факторов в развитии СД в исследуемой группе пациентов. Более высокую вероятность возникновения СД имеют лица женского пола, особенно находящиеся в климактерическом периоде, лица с наследственной предрасположенностью, с избыточной массой тела, пациенты, страдающие хроническим панкреатитом.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения (2016). Глобальный доклад по диабету. <http://www.who.int/diabetes/global-report/ru>.
2. Мякишева Ю.В. и др. Факторы предрасположенности к ожирению у подростков с сердечно-сосудистой патологией. – Евразийский союз ученых, ежемесячный научный журнал. – 2017. - №3(36). – С. 11-13.

ЯДЕРНО-ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ АДЕНОТРОПОЦИТОВ ПРИ ОСТРОМ ЛУЧЕВОМ ПОРАЖЕНИИ

Волоцкая Н.И.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Бессалова Е.Ю.

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

Введение. Ухудшение экологии, наличие зон повышенного радиационного фона, широкое использование лучевой диагностики и терапии в медицине, объясняют необходимость изучения влияний ионизирующего излучения на организм. К лучевому поражению особо чувствительны органы эндокринной системы, в связи с важностью и многообразием влияния эндокринной системы на процессы жизнедеятельности организма. Гипофиз является ключевым звеном адаптационно-компенсаторного механизма эндокринной системы, за счет прямых и обратных связей является одним из главных компонентов нейроэндокринных контуров регуляции периферических эндокринных желез [1]. Клетки гипофиза чувствительны к ионизирующему излучению за счет высокой естественной митотической активности аденотропоцитов и их изменения вызывают значительные нарушения в структуре периферических желез и органов-мишеней [2]. Важным биометрическим показателем зрелости и дифференцировки клеток является ядерно-цитоплазматический индекс, который целесообразно учитывать при оценке клеточной структуры органов при остром лучевом поражении [3].

Цель. Изучить изменение ядерно-цитоплазматических индексов аденотропоцитов при остром лучевом поражении.

Материалы и методы. Экспериментальную группу составили 20 крыс, контрольную - 10 зрелых самцов белых крыс линии Wistar, массой 180-200 г. Моделирование острого лучевого поражения проводили однократным воздействием ионизирующего излучения на линейном ускорителе Clinac 2100, параметры: 6 МэВ, глубина проникновения 2,5 см, экспозиция – 50 с. Разовая доза - 5 грей. Продолжительность эксперимента – 30 суток, аутопсию проводили после декапитации под эфирным наркозом. Гипофизы извлекали, заключали в парафин, срезы окрашивали гематоксилином-эозином [4]. Для биометрии использовали световой микроскоп Axiophot Carl Zeiss и программное обеспечение «ВидеоТест-Размер 5,0». Измеряли площадь клеток и ядер, рассчитывали площадь цитоплазмы, ядерно-цитоплазматические индексы. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методов вариационной статистики с вычислением средних величин (М) и оценкой вероятности расхождений (m), с использованием параметрического критерия t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Томпсона; достоверными считали показатели при $P < 0,05$. Для статистического анализа использовали MS Excel и программу Statistica 6.0.

Работа выполнена по гранту КФУ им. В.И. Вернадского, «АММУР-2015» в Институте цитологии РАН.

Результаты. На острое лучевое поражение аденотропоциты, различные по тинкториальным свойствам, реагируют изменением цитоморфометрических показателей. Среднее значение ядерно-цитоплазматических индексов ацидофильных клеток в опыте составило $0,95 \pm 0,04$. В контроле – $0,61 \pm 0,04$. Среднее значение ядерно-цитоплазматических индексов базофилов в опыте увеличилось на $0,2 \pm 0,01$. Средние показатели ядерно-цитоплазматических индексов хромофобных клеток в экспериментальной группе уменьшились на $0,29 \pm 0,03$, в сравнении с группой контроля. Средние значения отличаются на уровне значимости $p < 0,001$.

Выводы. Изменение цитоморфометрических параметров клеток является эффектом ионизирующего излучения. Показатели ядерно-цитоплазматических индексов хромофилов в опыте увеличились, что подтверждает влияние ионизирующего излучения на дифференцировку и пролиферацию клеток, свидетельствует об активации их деления. Это объясняет преимущественно низкую дифференцировку в хромофильной клеточной популяции. Ядерно-цитоплазматические индексы хромофобов уменьшились, что указывает на замедление клеточного деления, компенсаторную активацию секреторных процессов при остром лучевом поражении.

Список литературы.

1. Бессалова Е. Ю. Цитология и ультраструктура трабекулярной части аденогипофиза белых крыс и ее регуляторные эффекты при введении ксеногенной спинномозговой жидкости / Е. Ю. Бессалова // Український морфологічний альманах. – 2012. – Т. 10, № 2. – С. 26 – 28.
2. Каширина Н.К. Методика выделения и идентификации органов эндокринной секреции у мышей / Н.К. Каширина // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 1987. – Т. 3, № 5. – С. 630-631.
3. Пикалюк В.С. Возможности макро-микро-анатомических методов в исследовании гипофизов белых крыс / В.С. Пикалюк, Е.Ю. Бессалова // Український морфологічний альманах. — 2011. — Т. 9, № 3. — С. 200–202.
4. Бессалова Е.Ю. Методы гистологической окраски аденогипофиза грызунов / Е.Ю. Бессалова, О.В. Большакова // Український морфологічний альманах. – 2011. – Т. 9, № 4. – С. 5-6.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ГАРЦИИИ КАМБОДЖИЙСКОЙ НА СОДЕРЖАНИЕ КОРТИЗОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ПАРЕНХИМЕ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ БЕЛЫХ КРЫС РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Гайворонская Ю.В.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Экстракт Гарциии камбоджийской (ЭГК) обладает уникальным комплексом свойств, которые могут быть использованы при лечении ожирения, в том числе и абдоминального [7, 8]. Однако, не все данные о применении ЭГК однозначны, не рассмотрены и возрастные аспекты его влияния на метаболические процессы у условно здоровых биологических объектов.

Следует учитывать также, что при абдоминальном ожирении увеличивается суточная экскреция метаболитов кортизола. Кортизол стимулирует кортизолзависимую липопротеиновую липазу в жировых клетках верхней половины туловища и брюшной стенки висцеральной области (кортизолзависимая жировая ткань) [1].

Поэтому цель данного исследования - изучить содержание кортизола в сыворотке крови и паренхиме надпочечных желез (НЖ) условно здоровых белых крыс различного возраста при внутрижелудочном введении ЭГК.

Материалы и методы. Исследование проведено на 108 белых крысах-самцах разного возраста – неполовозрелых (50-55 г), половозрелых (180-190 г) и старческого возраста (300-320 г), распределенных на 2 группы: 1-я - контроль; 2-я – крысы, которым внутрижелудочно вводили ЭГК из расчета 0,25 мг/кг/сутки. Сроки наблюдения составили 7, 21 и 35 суток. В сыворотке крови и гомогенате НЖ определяли содержание кортизола на микропланшетном фотометре для ИФА LabLine-022 (LabLine Diagnostics, Австрия) с использованием стандартных наборов реактивов «СтероидИФА-кортизол» (Россия) [5]. Полученные цифровые данные обрабатывались с использованием прикладного пакета Statistica 5.11 for Windows [6].

Результаты и их обсуждение. У неполовозрелых условно здоровых животных содержание кортизола в сыворотке крови в ходе наблюдения колебалось в пределах 44,39-45,59 нмоль/л, а кортизола в гомогенате НЖ – 14,73-15,02 пкмоль/мг ткани. У половозрелых животных данные показатели были несколько выше: содержание кортизола в сыворотке крови колебалось в пределах 64,49-66,31 нмоль/л, а в гомогенате НЖ – 16,48-16,89 пкмоль/мг ткани. В период старческих изменений уровень данных показателей был наименьшим, что, вероятно, обусловлено инволютивными процессами: содержание кортизола в сыворотке крови колебалось в пределах 36,32-36,66 нмоль/л, а в гомогенате НЖ – 13,80-14,18 пкмоль/мг ткани.

Введение ЭГК из расчета 0,25 мг/кг/сутки массы тела животным различного возраста сопровождалось изменениями содержания кортизола как в сыворотке крови, так и в гомогенате ткани НЖ. У неполовозрелых крыс уровень кортизола в гомогенате ткани НЖ был больше контроля на 21 и 35 сутки на 6,00% и 10,67%, а уровень кортизола в сыворотке крови на 35 сутки – на 8,12%. У половозрелых крыс уровень кортизола в сыворотке крови во все сроки наблюдения был выше, чем в 1-й группе, на 6,49%, 6,69% и 8,98%, а в гомогенате НЖ – на 8,41%, 8,50% и 9,42%.

В период старческих изменений уровень кортизола в гомогенате ткани НЖ был больше контроля на 7, 21 и 35 сутки на 10,07%, 11,70% и 13,22%, а в сыворотке - лишь на 7 сутки на 8,47%.

Полученные нами ранее результаты свидетельствуют о том, что введение ЭГК условно здоровым крысам из расчета 0,25 мг/сут/кг массы тела сопровождается некоторым замедлением прироста массы тела, выраженность которого зависит от возраста крыс [3]. Учитывая результаты представляемой работы, а также то, что введение ЭГК условно здоровым животным сопровождалось и незначительным увеличением объема НЖ

[2], мы можем утверждать, что в данном случае имеет место не стрессовая, а компенсаторная гипертрофия НЖ [4].

Закключение. Таким образом, внутрижелудочное введение ЭГК из расчета 0,25 мг/кг/сутки массы тела условно здоровым животным сопровождается незначительным увеличением содержания кортизола в сыворотке крови и гомогенате ткани НЖ, которое постепенно нарастает по мере увеличения длительности применения ЭГК. Наибольшая выраженность изменения уровня кортизола в сыворотке крови регистрируется у половозрелых крыс, а уровня кортизола в гомогенате ткани надпочечных желез – у животных старческого возраста.

Список литературы.

1. Бутрова С. А. Висцеральное ожирение – ключевое звено метаболического синдрома / С. А. Бутрова, Ф. Х. Дзгоева // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1. – С. 10–16.
2. Гайворонская Ю.В. Изменения органомерических показателей надпочечных желез половозрелых белых крыс после длительного употребления пальмового масла / Ю.В. Гайворонская, И.А. Белик // Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2017. – Минск: БГМУ, 2017. – С. 83.
3. Гайворонская Ю.В. Влияние экстракта Гарцинии камбоджийской на динамику изменения массы тела у крыс различного возраста при избыточном содержании в рационе пальмового масла / Ю.В. Гайворонская, К.Р. Исмаилова, А.В. Лящук // Український морфологічний альманах. – 2017. – Том 15, № 1. – С. 17-24.
4. Кириллов О.И. Стрессовая гипертрофия надпочечников / О.И. Кириллов. М.: Наука, 1994. - 176 с.
5. Клиническая лабораторная аналитика: В 3 т. Том III. Частные клинические технологии в клинической лаборатории / Под ред. В.В. Меньшикова. – М.: Лабпресс, 2000. – 336 с.
6. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев: «Морион», 2001. – 210 с.
7. Effect of the antiobesity agent *Garcinia cambogia* extract on serum lipoprotein (a), apolipoproteins a1 and b, and total cholesterol levels in female rats fed atherogenic diet / A. Altiner, A. Ates, F.E. Gursel, T. Bilal // J. Anim. Plant. Sci. – 2012. – Vol. 22. - 872–877.
8. Effect of the antiobesity agent *Garcinia cambogia*.extract on serum lipoprotein (a), apolipoproteins a1 and b, and total cholesterol levels in female rats fed atherogenic diet / A. Altiner, A. Ates, F.E. Gursel, T. Bilal // J. Anim. Plant. Sci. – 2012. – Vol. 22. - 872–877.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Галиева Г.Д.

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

Вопросы оздоровления студенческой молодежи являются наименее разработанным. Все более очевидной становится необходимость проведения целенаправленных исследований, посвященных разработке оздоровительных программ, особенно для лиц с избыточной массой тела (ИМТ), основанных на индивидуально-типологических особенностях.

Цель работы. Оценить функциональные показатели у лиц с ИМТ и различным уровнем ПДА для разработки оздоровительных программ.

Методы исследования: В рамках поставленных задач обследованы 44 юноши и 48 девушек 20-23 лет I-II групп здоровья. Для исследования были применены следующие методики: общий осмотр, сбор анамнез, комплексная оценка здоровья, распределение по группам здоровья, шагометрия, анкетирование; антропометрические (длина и масса тела, окружность грудной клетки (ОГК), объем талии (ОТ), последующий расчет индексов Кетле и Эрисмана. Клинико - функциональные показатели (ЧСС, систолическое и диастолическое артериальное давление - САД и ДАД). Психифизиологическое тестирование. Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета прикладных программ «Biostat» и «SPSS 17,0».

Результаты и обсуждение: По объему привычной двигательной активности у студентов обоего пола выделены три функциональных типа конституции (ФТК) – лица с низкой, средней и высокой ПДА (соответственно НПДА – ФТК - 1, СПДА – ФТК - 2, СПДА – ФТК - 3). Как у юношей, так и у девушек с низким уровнем привычной двигательной активности (ФТК - 1) индексы Кетле и Эрисмана был наибольшим и приближался к критическому значению, что характеризует избыток массы тела. При этом у лиц со средним и высоким уровнем ПДА обоего пола данный показатель находился в пределах нормы. Соответственно, одним из основных критериев ранней диагностики увеличения массы тела было снижение уровня привычной двигательной активности.

Дополнительно были установлены статистически значимые различия по функциональным и психофизиологическим показателям. Во всех группах обследуемых отмечалось повышение ситуативной тревожности (в пределах нормативных показателей), снижение физической работоспособности (ниже среднего) с увеличением периода восстановления после стандартной нагрузки и появление атипических форм адаптивных реакций ЧСС и АД (гипо - , дис - , гипертонической), сочетающиеся с ростом массы тела.

Вывод. Таким образом, комплексный подход к оценке функциональных показателей у лиц с ИМТ различных ФТК позволяет дать индивидуально-типологические критерии на различных стадиях формирования избыточной массы тела, а также предложить физиологически обоснованную коррекцию уровня двигательной активности.

Список литературы.

1. Томилова Е.А. Клинико-физиологическая оценка избыточной массы тела как предиктора развития вегето-сосудистой дистонии у младших школьников с различным уровнем привычной двигательной активности// Е.А.Томилова, Н.Ю. Ларькина, В.В.Колпаков // Здоровье и образование в XXI веке.-2017.-Том 19. - № 9. - С. 79-87.
2. Kolpakov V. V. Functional Reserves and Adaptive Capacity of with Levels of Habitual Physical Activity/V. V. Kolpakov [et al].//Human Physiology. -2011. -Vol. 37. -№ 1. -P. 105 - 117

ИЗУЧЕНИЕ АНТАГОНИЗМА ПРОБИОТИЧЕСКИХ ШТАММОВ ЛАКТОБАЦИЛЛ В ОТНОШЕНИИ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В УСЛОВИЯХ СОВМЕСТНОГО КУЛЬТИВИРОВАНИЯ

Гусева В. В.

Научный руководитель: старший преподаватель Шаповал О. Г.
Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского

Антагонистическая активность лактобактерий в отношении грибов, включая грибы рода Candida, основана на продукции фунгицидных метаболитов и продолжает изучаться в виду получения современных данных о двустороннем влиянии этих микроорганизмов при условии совместного культивирования [1, 4, 5, 7].

Целью данного исследования явилось определение антагонистической активности пробиотических штаммов лактобактерий в отношении 4 клинических штаммов кандид, для осуществления которой предстояло решить следующие задачи – выделить чистые культуры штаммов пробиотиков и грибов, провести их предварительное культивирование и реализовать метод совместного культивирования для установления наличия антагонизма, модифицированный путем использования для инкубирования питательной среды, а не физиологического раствора хлорида натрия [6].

Материал и методы. В работе использованы 1 штамм лактобацилл (*Lactobacillus fermentum*), выделенный из препарата «Лактобактерин» НПО «Микроген», Россия путем мерного посева десятикратных разведений пробиотика на лактобактагар, 4 клинических штамма грибов рода *Candida* (3 - *Candida pseudotropicalis*, 1 - *Candida krusei*), выделенных путем посева влагалищного отделяемого на среду Сабуро [3]. Предварительное культивирование штаммов (трехкратные пересевы двухсуточных культур) осуществляли на лактобактагаре в аэробных условиях при температуре 37°C. Из двухсуточных культур тест-штаммов готовили суспензии в стерильном физиологическом растворе хлорида натрия концентрацией 109 КОЕ/мл по стандарту мутности ГИСК им. Л.А. Тарасевича, по 10 мкл которых засеивали в 4мл сахарного бульона для совместного культивирования и в 2мл этой же среды для контрольного культивирования в чистой культуре. Через 24 часа инкубации при 37°C в аэробной атмосфере делали трехкратный мерный высев (10 мкл) на лактобактагар в чашках Петри. Через 48 часов подсчитывали количество выросших колоний грибов и лактобактерий, для дополнительной дифференцировки выросших культур готовили мазки, окрашенные по методу Грама. Антагонистическая активность оценивалась как слабая в случае уменьшения количества колоний грибов по сравнению с контролем на 0,6-3,2 lg, как умеренная – на 3,4-5,8 lg и высокая – на 5,9-6,5 lg [6].

Результаты. Установлено, что при совместном инкубировании антагонистическая активность лактобактерий проявилась только в отношении 1 штамма *C. pseudotropicalis* (количество клеток было снижено по сравнению с контролем на 0,6 lg). Кроме того, 3 штамма грибов, в отношении которых антагонизм лактобактерий не был установлен, в количественном отношении преобладали над количеством лактобактерий в 2–3 lg.

Заключение. Отсутствие антагонистической активности пробиотического штамма лактобактерий в отношении 3х штаммов грибов обусловлено, очевидно, устойчивостью к метаболитам лактобацилл, обладающих фунгицидной активностью, а также механизмами кворум-сенсинга, обеспечивающим штаммоспецифический характер взаимодействия при совместном инкубировании и подавление роста лактобактерий штаммами грибов. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения взаимоотношения лактобактерий и грибов с позиций двухстороннего влияния этих микроорганизмов друг на друга.

Список литературы.

1. Взаимодействие пулов лактобацилл и кандид из одного и того же биотопа приводит к видзависимому упорядочиванию биоценнообразования в смешанных культурах: выявление трех микроэкосистем функционально близкой группы кандид (*C.albicans* и *C.tropicalis*) / М.В. Лахтин, В.М. Лахтин, С.С. Афанасьев и др. // Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – №9. – С.83-84.
2. Глушанова, Н.А. Биологические свойства лактобацилл / Н.А. Глушанова // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – Т.2. – №4. – С.50-58.
3. Красникова, Л.В. Микробиология молока и молочных продуктов: Лабораторный практикум / Л.В. Красникова, П.И. Гунькова, В.В. Маркелова. – СПб.: НИУ ИТМО; ИХиБТ, 2013. – 85 с.
4. Полянская, И.С. Антагонистическая активность пробиотических штаммов: факторы регулирования. / И.С. Полянская, Л.Г. Стоянова, В.Ф. Семенихина // Молочная промышленность. – 2017. – №1. – С.42-44.

5. Прогнозирование влияния пулов кандид на биопленкообразование видами лактобацилл из одного и того же биотопа / М.В. Лахтин, В.М. Лахтин, С.С. Афанасьев и др. // Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – №9. – С.84-85.
6. Antagonistic activity of probiotic lactobacilli and bifidobacteria against entero- and uropathogens / P. Hütt, J. Shchepetova, K. Löivukene et al. // Journal of Applied Microbiology. – 2006. – V. 100. – P. 1324–1332
7. Bergey's manual of systematic bacteriology / edited by Paul De Vos, George M. Garrity, Dorothy Jones et al. – New York: Springer-Verlag, 2009. – V.3: – 1450 p.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ КОРРЕКЦИИ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЫВОРОТКИ КРОВИ СТРЕССИРОВАННЫХ КРЫС

Демьяненко Е.В., Белик И.А.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Бойченко П.К.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Любые сильные воздействия окружающей среды вызывают стресс-реакцию [4], патогенитическим звеном которой является ишемия [2, 4]. Ишемические изменения сопровождаются активацией свободнорадикальных процессов [4]. Все это обусловлено вовлечением в патологический процесс сосудистой стенки с развитием дисфункции эндотелия [3, 4].

Развитие биотехнологии сделало клетку средством лечения многих заболеваний [1]. Имеются сообщения о положительном влиянии пересадки аутологичных костномозговых клеток в ткани при ишемии различной этиологии [1]. Однако в литературе недостаточно данных о реактивных изменениях биохимических показателей при остром стрессе, и их восстановлении при трансплантации мезенхимальных стволовых клеток (МСК).

Цель исследования. Изучить динамику показателей общего билирубина и его фракций, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), креатинкиназы (КК), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), креатинина, мочевины, общего белка, альбумина сыворотки крови при остром иммобилизационном стрессе после внутривенного введения МСК.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 208 самцах белых беспородных крыс массой 200 – 250 грамм. Клетки костного мозга получали путем промывания полости бедренных костей взрослых лабораторных крыс после декапитации под эфирным наркозом. Смывы костного мозга помещали их в питательную среду ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиками. Культивировали 14 дней при температуре 37°C со сменой среды 1 раз в неделю. Подсчет и оценку жизнеспособности клеток производили по тесту с трипановым синим. Крыс иммобилизовали в течение 24 часов в индивидуальных стеклянных камерах. Животных объединили в три группы: интактную, контрольную (провели иммобилизацию, но МСК не вводили) и экспериментальную (вводили по 5 миллионов МСК через 1 час после иммобилизации в латеральную вену хвоста). Животных контрольной и экспериментальной групп декапитировали под эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30 сутки после действия стрессора и введения МСК соответственно. Производили забор крови с целью получения сыворотки, которую исследовали на автоматическом биохимическом анализаторе для определения уровня общего билирубина и его фракций, креатинина, мочевины, общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, КК, ЛДГ. Статистическую обработку проводили с использованием программного обеспечения «Statistica 10.0». Оценку статистической значимости проводили с помощью критерия Манна-Уитни. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При сравнении показателей контрольной и опытной групп с данными интактной группы достоверно ($p \leq 0,05$) было установлено, что повышение общего билирубина было максимальным на 7 сутки наблюдения и составило 26.69% и 28.5% соответственно; уровень непрямого билирубина максимально повышался на 1 сутки соответственно на 21.25% и 22.5%; прямой билирубин максимально повысился к 3 суткам на 48.38% как в контрольной, так и в экспериментальной группе. На 3 сутки после иммобилизации резко увеличилась концентрация креатинина и мочевины в сыворотке крови как в контрольной (28.36%, 54.34%), так и в экспериментальной группе (28.64%, 41.1%) по сравнению с интактными животными. Максимальное повышение трансфераз в сыворотке крови контрольных и экспериментальных животных отмечалось на 3 сутки эксперимента и превысило показатели интактных животных интактной группы соответственно на 129.48% и 133.5% (для АЛТ) и 101.2% и 97.3% (для АСТ). Уровень КК и ЛДГ достигал своего максимума на 1 сутки исследования в контрольной (185,32% и 53,86%) и в экспериментальной (176% и 54.82%) группах в сравнении с показателями интактных животных. При изучении показателей общего белка и альбумина сыворотки крови у контрольных животных отмечалось достоверное снижение с минимальным значением на 1 сутки постиммобилизационного периода (25% и 9.49%) по сравнению с интактной группой ($p \leq 0,05$). Минимальная концентрация общего белка и альбумина в сыворотке крови животных опытной группы также отмечалась на 1 сутки эксперимента (25.18% и 8.5%) по сравнению с интактной группой ($p \leq 0,05$).

В последующие сутки отмечалось достоверное снижение концентрации общего билирубина и его фракций, АЛТ, АСТ, ЛДГ, КК, креатинина и мочевины, плавное повышение уровня общего белка и альбумина сыворотки крови животных контрольной и экспериментальной групп, приближающееся к показателям интактных животных. При этом показатели опытной группы были достоверно ниже показателей группы контроля ($p \leq 0,05$).

Выводы. Острый иммобилизационный стресс приводит к резкому ухудшению функционального состояния организма. Изменение биохимических показателей сыворотки крови зависит от длительности постиммобилизационного периода. Основные биохимические показатели сыворотки крови в постиммобилизационный период существенно изменяется после введения МСК.

Список литературы.

1. Гринь В. К. Применение аутологичных мезенхимальных стволовых клеток в кардиологии и травматологии / В. К. Гринь, А. А. Шутин, В. Ю. Михайличенко и соавт. // Журнал НАМН Украины. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 67–75.
2. 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.
3. Киричук В.Ф. Дисфункция эндотелия / В. Ф. Киричук, П. В. Глыбочко, А. И. Пономарева. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2008. – 112 с.
4. Кузьменко Е.В. Современные представления о проявлениях механизмов психоэмоционального стресса // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского, Серия «Биология, химия». – 2013. – Том 26 (65), № 2 – С. 95–106.

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ В КЛЕТКАХ И ТКАНЯХ

Джуманаева А.Х., Петухова Д.Д.

Научный руководитель: к.п.н. старший преподаватель Чомаева Л.Х.

Ставропольский государственный медицинский университет

Первые научные данные о существовании биоэлектричества были получены в 3-й четверти XVIII века при изучении природы «удара», наносимого некоторыми рыбами (электрический скат, электрический угорь) с электрическими органами при защите или нападении. В 1791—1792 гг. итальянские ученые Л. Гальвани и А. Вольта первые дали научное объяснение явления «животного электричества». Своими, ставшими уже классическими, опытами они достоверно установили факт существования в живом теле электрических явлений [1].

Биоэлектрические потенциалы - электрические потенциалы, возникающие в живых клетках и тканях; показатель биоэлектрической активности, определяемой разностью электрических потенциалов между двумя точками живой ткани. Основными видами биоэлектрических потенциалов являются мембранный потенциал (или потенциал покоя), потенциал действия, постсинаптические потенциалы. Другие виды биоэлектрических потенциалов различных органов и тканей (рецепторные, секреторные, потенциалы сердца, головного мозга и др.) являются аналогами или производными вышеперечисленных биоэлектрических потенциалов. Мембранный потенциал регистрируется между наружной и внутренней сторонами мембраны живой клетки, причем внутренняя сторона заряжена отрицательно по отношению к наружной. Наличие потенциала обусловлено неравномерным распределением ионов (в первую очередь ионов Na и K) между внутренним содержанием клетки и окружающей клетку средой [1].

Цель работы заключалась в изучении и демонстрации биоэлектрического потенциала, который может служить диагностическим показателем функционального состояния живого организма.

На основании анализа научных исследований по изучению процессов биоэлектrogenеза у животных и растений мы показали, что для измерения электрических явлений в растениях, нужно изменить ионную проводимость в электронную проводимость.

Внутриклеточный активный электропотенциал будет измерен, если один электрод, который носит название рабочий, поместить внутри клетки, а другой электрод (референтный) за её пределами. Благодаря клеточному мембранному импедансу, измеряемый активный потенциал приблизительно равен математической производной времени трансмембранного потенциала. Много опытных измерений было получено по этим двум способам измерений биоэлектричества в области электрофизиологии живых организмов. Хорошо известные методы получения электрокардиограммы (ЕКГ) и электроэнцефалограммы (ЭЭГ) базируются на измерении биоэлектрической деятельности большой группы клеток [2].

В данной работе рассматриваются замеры биотоков, которые были сделаны сразу на двух каналах. При таком параллельном измерительном процессе возможно лёгкое сопоставление результатов на предмет внешних шумов и собственной реакции растений.

Таким образом, биопотенциалы лежат в основе нормальной жизнедеятельности любой клетки и особенно важны для процессов возбуждения и торможения у животных и человека, а также процессов раздражимости у растений.

Список литературы.

1. Биоэнергетика живых систем [Электронный ресурс] URL: http://bono-esseru/blizzard/A/Cella/bioE_gs.html (дата обращения: 01.03.2017)

2. Сухов В.С., Неруш В.Н., Калинин В.А., Крауз В.О., Воденеев В.А., Биоэлектрические явления: биоэлектрогенез у растений. Раздел большого практикума по биофизике: Учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород

РОЛЬ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОСМЕТОЛОГИИ

Долгашова А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Гиалуроновая кислота является главным элементом межклеточного матрикса соединительной ткани. Она обладает ценным качеством связывать и удерживать воду. Известно, что одна молекула гиалуроновой кислоты связывает 500 молекул воды. Будучи важным компонентом внеклеточного матрикса, гиалуронат обеспечивает жизнедеятельность клеток, заполняя пространство между ними. Гиалуроновая кислота принимает участие в процессе пролиферации соединительной ткани, обеспечивает транспортировку кислорода, лимфоцитов и других молекул крови и питательных веществ к месту повреждения тканей и очагов воспаления. Помимо этого гиалуронат играет важную роль в процессе миграции злокачественных опухолей и диффузии стрептококковой инфекции. По этой причине избыток гиалуроновой кислоты также опасен, как и ее недостаток: все зависит от процессов, которые происходят в организме.

Цель исследования – изучить особенности гиалуроновой кислоты и методы ее использования в косметологии.

Материалы и методы. Изучение русскоязычных и иностранных источников литературы.

Результаты и обсуждение. До 25 лет организм человека содержит оптимальное количество гиалуроновой кислоты, с годами ее количество постепенно уменьшается, что приводит к ухудшению качества кожи. Она теряет упругость, появляются сухость и шелушения, морщины, складки, снижается общий тонус и кожа постепенно увядает. Для борьбы с этими изменениями кожи в косметологии широко применяется гиалуроновая кислота.

Используются два промышленных вида гиалуроновой кислоты: животного происхождения и на основе биотехнологического синтеза. Длительное время в косметологии применяли гиалуроновую кислоту животного происхождения. Ее получали путем размельчения органов животных (гребней зрелых петухов, пупочных канатиков) в результате двухфазовой отчистки. В таком препарате сохранялись белки и пептиды животного, что способствовало развитию аллергических реакций и отторжению препарата. Сейчас в косметологии используют гиалуроновую кислоту, полученную путем биохимического синтеза.

Существуют 2 основных способа применения кислоты: посредством проведения инъекций и безинъекционный способ. Безинъекционный способ подразумевает использование кремов, лосьонов, бальзамов возрастных серий косметики (после 25 лет), содержащих гиалуроновую кислоту. Однако, при подобном методе использования, кислота проникает лишь в неглубокие слои дермы кожи. Более глубокое проникновение гиалуроновой кислоты в кожу достигается благодаря использованию пульсирующих потоков кислорода, гальванических токов, микротоков, лазерных лучей и ультразвука. Инъекционный способ – это методы введения гиалуроновой кислоты непосредственно под кожу: мезотерапия, инъекционная биоревитализация, контурная пластика, редермализация, и биорепарация.

При использовании гиалуроновой кислоты необходимо учитывать ряд серьезных противопоказаний. Не следует использовать препараты на основе гиалуроновой кислоты в случаях: аутоиммунных и онкологических заболеваний, инфекционных и хронических

заболеваний в стадии обострения, беременности и лактации, воспаления кожи на лице, индивидуальной непереносимости к препарату. Несоблюдение данных предостережений может привести к тяжелым последствиям.

Заключение. Таким образом, уникальные свойства гиалуроновой кислоты, низкие побочные эффекты после ее введения и хороший косметический результат после процедур, делает гиалуронат широко используемым в косметологии.

ДНК – ДИАГНОСТИКА В КОНТРОЛЕ РЕЦЕССИВНОГО - SVM ГЕНА У ЖИВОТНЫХ

Долгашова А.Д., Макаренко В.В., Мойсиади С.А.

Научный руководитель: д.б.н., профессор Михайленко А.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Генетическое совершенствование пород сельскохозяйственных животных предусматривает международный обмен генофондом с целью использования лучших мировых селекционных достижений. Однако завоз племенного материала из-за рубежа сопряжен с неконтролируемым появлением и распространением наследственных аномалий, способных нанести существенный вред развитию животноводства и поставить под угрозу биологическую безопасность страны. Для элиминации рецессивных наследственных аномалий в популяциях с-х животных необходима разработка и освоение систем ДНК-идентификации животных – носителей мутантных аллелей.

В настоящее время у КРС известно и описано более 200 наследственных заболеваний, аномалий разных систем и органов, основная часть которых наследуется по рецессивному типу.

Сложное позвоночное уродство или SVM (летальный наследственный синдром), вызывает уродливость телят: короткая шея, сколиоз, деформации суставов, неправильная форма головы. Телята имеют низкий вес при рождении, множество уродств в позвоночнике, пороки сердца. SVM синдром затрагивает эмбриональное развитие, причина частых аборт и мертворождений.

Высокий процент скрытых носителей SVM в поголовье скота за рубежом грозит распространением этого генетического дефекта и в России. Нет уверенности в том, что животные – скрытые носители синдрома и в настоящее время не продолжают завозиться в нашу страну. Диагностика, основанная на визуальной экспертизе теленка часто не эффективна из-за большого разнообразия в выражении аномалий, диагноз требует анализа ДНК.

Цель исследования: освоение методики амплификации ДНК с последующим типированием у опытных животных гена SVM.

Экспериментальная база: лаборатория иммуногенетики и ДНК-диагностики, ФГБНУ «Всероссийский институт овцеводства и козоводства».

Объект исследования: КРС (коровы) молочного направления продуктивности – черно-пестрая (СПК «Россия» Новоалександровского района (n=15). Биоматериалом являлись образцы ДНК, выделенной из крови тестируемых животных. Отбор биоматериала проводился индивидуально от каждого животного из яремной вены вакуумными системами VACUETTE. ДНК диагностика осуществлялась в ПЦР-кабинете, оборудованном согласно ГОСТу. Из образцов крови выделяли ДНК с использованием набора реагентов DIAtom и DNA Prep, с последующим типированием гена и детекцией результатов методом электрофореза. Выделение ДНК из крови осуществлялось с применением стандартных наборов (ООО «Изоген», г. Москва).

В результате скрининга установлено отсутствие у исследуемых животных генетических аномалий в локусе гена-SVM. Использование ДНК-диагностики для

контроля и снижения распространения наследственных генетических дефектов SVM гена в популяциях племенного скота свидетельствует об эффективности этого метода.

ВИРУСЫ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО ОНКОГЕННОГО РИСКА И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Дубина А. В., Петушкова А. А.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. В Республике Беларусь заболеваемость раком шейки матки в 1990 году составила 14,7 на 100 000, в то время как в 2006 году уже 17,2 на 100 000 населения, изменилась возрастная структура заболевших раком шейки матки, смещение произошло в сторону пациенток репродуктивного возраста. В 2005 году пик заболеваемости инвазивным раком шейки матки приходился на возраст 55-59 лет, в 2006 году – на возрастную группу 45-49 лет и более молодые группы пациентов.

Цель. Определить частоту встречаемости ВПЧ высокого онкогенного риска разных генотипов у женщин репродуктивного возраста в Республике Беларусь.

Задачи.

1. Определить наиболее распространенный в Республике Беларусь тип ВПЧ высокого онкогенного риска.

2. Определить роль ВПЧ высокого онкогенного риска в развитии рака шейки матки.

Материалы и методы. Для определения генотипов ВПЧ высокого онкогенного риска были использованы коммерческие тест-системы ПЦР разных фирм-производителей: «ВекторБест», Новосибирск, Россия, ДНК технология, Москва, Россия, «Амплисенс», Москва, Россия. Проведение ПЦР осуществляли в соответствии с инструкцией, прилагаемой к наборам.

Результаты. В ходе выполнения научной работы, в результате анализа литературы, была выявлена частота встречаемости ВПЧ высокого онкогенного риска разных генотипов у женщин репродуктивного возраста (среди которых чаще всего определяются типы 16, 31, 33), был определен средний возраст пациенток (45-60 лет). Уделено внимание папилломовирусным вакцинам, методам лечения и лабораторной диагностике вируса папилломы человека.

Выводы.

1. Определено, что наиболее часто на территории Республики Беларусь встречается ВПЧ 16 типа.

2. Произведена обработка данных статистического анализа о роли разных типов ВПЧ высокого онкогенного риска в развитии рака шейки матки Республики Беларусь.

3. По данным статического анализа установлено, что наиболее часто при раке шейки матки встречаются 18, 31, 35, 16 типы ВПЧ высокого онкогенного риска.

ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНДЕКСА SCORAD

Елистратова И.В.^{1,2}, Морозов С.Г.²

Научный руководитель: д.м.н. профессор, член-корреспондент РАН Морозов С.Г.

¹Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России, ²Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии

Фундаментальные исследования в медицине являются важнейшим фактором прогресса в диагностике и лечении заболеваний. Одним из направлений фундаментальных

исследований в медицине является изучение стресса как основы патогенеза многих болезней. Патогенез атопического дерматита (АД) связан с многочисленными нарушениями со стороны иммунной системы, генетического аппарата клеток и т.д., но стресс является пусковым механизмом, инициирующим развитие обострения АД. Нами было впервые доказано, что при АД изменяется экспрессия белков теплового шока – молекулярной основы стресса [1]. ЦЕЛЬ данной работы – определение уровня гормона стресса кортизола в крови больных АД в зависимости от индекса SCORAD до начала лечения. Клинические исследования (220 больных АД в возрасте 18–36 лет) проведены на базе Главного военного клинического госпиталя внутренних войск МВД России, лабораторные исследования выполнены на базе НИИОПП. Контрольная группа – это здоровые военнослужащие мужчины (n=80), которые проходили плановое обследование в госпитале. Все подписывали информированное согласие о добровольном участии в исследовании и разрешение на анонимное использование их биологического материала. Протокол исследования согласован с Этическими комиссиями НИИОПП и Центрального военного госпиталя МВД.

Материалы и методы. Работа с кровью проводилась в сертифицированной лаборатории по требованиям ГОСТов, согласно международным правилам работы с биологическим материалом. Кровь брали из локтевой вены утром натощак в вакутейнеры, которые центрифугировали, затем открывали в боксе для исключения контакта с кровью. Уровень общего и свободного кортизола в сыворотке крови определяли с помощью коммерческих наборов MILLIPLEX® kit (Merck-Millipore, Германия) на мультиплексном анализаторе Luminex 200 (Luminex Corporation, США). Статистическую обработку данных проводили по программе ANOVA, сравнение между двумя группами дано по критерию Стьюдента, полученные данные представлены как $M \pm m$, $P < 0,05$ дается как статистически значимое различие между группами.

Результаты и обсуждение. У здоровых мужчин базальный уровень общего кортизола (обКор) в плазме крови составил 148 ± 21 нг/мл, базальный уровень свободного кортизола (сКор) – $7,12 \pm 0,35$ нг/мл, что согласуется с данными литературы для молодых мужчин [5]. Известно, что с рецепторами глюкокортикоидов связывается только сКор [2], потому именно его уровень имеет клиническое значение для определения стресса. Также известно, что уровень сКор при АД повышается в биологических жидкостях (в слюне), где его колебания соответствуют стадии обострения АД [3]. Согласно полученным нами данным в начале обострения АД (до начала лечения) уровень сКор в сыворотке крови был достоверно выше ($P < 0,05$) по сравнению с показателями доноров (от 183 ± 19 нг/мл до 689 ± 35 нг/мл в зависимости от индекса SCORAD) и имел максимальные значения при наиболее тяжелой стадии заболевания (при индексе SCORAD > 40 ; $P < 0,001$ по сравнению со здоровыми донорами). Хотя по некоторым источникам [4] у больных АД регистрируется низкий базальный уровень общего кортизола в сыворотке крови до начала лечения, который возрастает после назначения топических кортикостероидов, по нашим данным показано четкое повышение значений обКор и сКор в сыворотке крови в стадии обострения АД до начала лечения. Исследования крови больных АД в стадии ремиссии (n=36) позволили установить, что уровень обКор и сКор выше по сравнению с показателями здоровых доноров ($P < 0,05$), что отражает состояние хронического стресса у больных АД.

Заключение. В сыворотке крови больных АД в стадии обострения (до назначения кортикостероидных препаратов) уровень гормона кортизола, отражающего состояние стресса в организме, повышен достоверно по сравнению со здоровыми донорами. Уровень свободного кортизола положительно коррелирует со значением индекса SCORAD и является максимальным для наиболее тяжелой стадии течения АД. Концентрация свободного кортизола в сыворотке крови в период ремиссии выше по сравнению с донорами, что может быть использовано в диагностических целях для установления времени приближающегося обострения АД.

Список литературы.

- 1) Елистратова И.В. Анализ экспрессии шаперона DNAJB6/MRJ семейства HSP40 в клетках крови больных атопическим дерматитом при разных стадиях заболевания / И.В. Елистратова, О.Б. Иванченко, А.В. Гречко С.Г., Морозов // Пат. Физиол. Эксперим. Терапия. – 2016. – 60(3) . – С. 23-30.
- 2) Fukuda H. Efficacy of inpatient treatment for atopic dermatitis evaluated by changes in serum cortisol levels / H. Fukuda, T. Suzuki, A. Saotome, E. Sode, H. Mukai // J. Dermatol. – 2013. – 40(1). – P. 43-47.
- 3) Mizawa M. Stress evaluation in adult patients with atopic dermatitis using salivary cortisol / M. Mizawa, M. Yamaguchi, C. Ueda, T. Makino, T. Shimizu // Biomed. Res. Int. – 2013. – 2013. – P. 138027-138032.
- 4) Nutan I. Evaluation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with atopic dermatitis / I. Nutan, A. Kanwar, A. Bhansali, D. Parsad D. // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2011. – 77(3). – P. 288-293.
- 5) Sofer Y. Gender determines serum free cortisol: Higher levels in men / Y. Sofer, E. Osher, R. Limor, G. Shefer, Y. Marcus, I. Shapira, K. et al. // Endocr. Pract. – 2016. – 22(12). – P. 1415-1421.

РАЗРАБОТКА МЕТОДА СТИМУЛЯЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С БИОАКТИВНЫМ РЕЗОРБИРУЕМЫМ КОСТНЫМ МАТРИКСОМ

Зиннуров Р.Р., Халиуллина Г.А.

Научный руководитель – д.м.н. доцент Рагинов И.С.
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Переломы, являясь результатом наиболее тяжелых травм, составляют одну из самых серьезных проблем травматологии. По статистике, ежегодно в мире выполняется около двух миллионов операций по поводу переломов конечностей (1). Восстановление целостности поврежденных длинных трубчатых костей со значительными дефектами остается одной из сложных и до конца не решенных проблем в травматологии и ортопедии. В этом направлении признаны перспективными подходы, предполагающие применение методов тканевой инженерии и клеточных технологий.(2)

Цель исследования — работа направлена на синтез гелеобразного вещества в состав которого входит деминерализованный костный матрикс (ДКМ) и трехмерный матрикс , для дальнейшего его трансплантации в область травмы для стимуляции посттравматической регенерации костной ткани.

Материалы и методы: в лабораторных условиях нами был получен ДКМ.(3) Для моделирования имплантов различной формы, а так же для создания адекватных условий для миграции, пролиферации и дифференцировки костных клеток, мы разрабатывали трехмерный матрикс, в основе которого лежит модифицированный коллаген (подана заявка на патент).

Полученным комплексом ДКМ+трехмерный матрикс в дальнейшем заполняли дефект бедренной кости у кроликов. 5 кроликам, под ингаляционным наркозом, линейным разрезом широко открывали доступ к бедренной кости. Рассекали мышечный слой и надкостницу. На передней поверхности бедренной кости с обеих сторон с помощью стерильного сверла диаметром 2 мм сверлили отверстие ближе к метафизарной зоне, т.е. производили искусственную травму. На одной конечности в образовавшийся дефект вводили полученный ДКМ+трехмерный матрикс. Противоположная сторона служила контролем. Рану наглухо ушивали. На 20 сутки после операции животным проводили рентгеновское исследование бедренной кости.

Результаты обсуждения: В течении 20 суток кролик чувствовал себя удовлетворительно, признаки отторжения деминерализованного костного матрикса не наблюдались. Описание рентгена. В области перелома заполненного ДКМ+трехмерного матрикса, отмечается зона затемнения.

Закключение: Полученные результаты гласит о том, что трансплантированный нами деминерализованный костный матрикс (ДКМ) с трехмерным матрикосом прижился и не вызывает воспаления в зоне дефекта, что и является низко иммуногенным. Отмечается интенсивный рост костной ткани, что свидетельствует об остеоиндуктивных и остеокондуктивных свойствах материала.

Список литературы.

- 1) <http://travmaorto.ru/262.html>
- 2) Савельев В.И, Родюкова Е.Н .Трансплантация костной ткани. Новосибирск, 1992
- 3) Шамсутдинов А.Х Сравнительная биохимическая оценка свойств деминерализованного в различных растворах костного матрикса и его применение для костной пластики: Автореф. дис. .канд.мед. наук. М., 1984
- 4) Bostrom V.P., Lane K.V., Berberian W.S Immunolocalization and expression of bone morphogenetic proteins 2 and 4 in fracture healing // J.Orthop.Res. 1995. Vol. 13. P. 357–367.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЕЁ ПРОТОВОЙ СИСТЕМОЙ

Исакова Н.Р., Юнусов Ж., Худоярова А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Поджелудочная железа человека, как известно, развивается из двух зачатков - вентрального и дорсального. Дифференцировка клеток ацинусов и протока завершается к концу беременности. Параллельно идет развитие протоковой системы железы, с выделением в ее составе вставочных, внутريدольковых и междольковых протоков [1,3,5]. В зависимости от калибра протоков формируется вид выстилающих их эпителиоцитов. Выводная система железы образована протоками IV- V порядков. Протоки VII – VI порядков продолжают перешеек ацинуса (вставочные протоки), они, сливаясь друг с другом, образуют все более крупные, формирующиеся главный (вирсунгов) и дополнительный (санториниев) протоки, которые чаще всего сливаются в 2,5 – 3,5 см от устья протока. Иногда добавочный проток открывается отдельным устьем. Во внутридольковых и междольковых протоках найдены их расширения, являющиеся резервуарами панкреатического секрета [1,2]. Они снабжены своеобразными выростами дуктальной стенки, которые полностью или частично перекрывают просвет протока. Выросты имеют собственный соединительнотканый остов, гладкомышечные, нервные элементы и выполняют роль клапанов. В современной литературе описано четыре типа клапанов: створчатые, полипообразные, угловые, запирающие мышечно-эластические подушки главного выводного протока [1,4,5]. Допускается защитная роль клапанного аппарата, что выражается в демпфировании гидродинамической перегрузки, которая может привести к механическому и затем ферментному повреждению проксимальных отделов протоковой системы и ткани железы, разрушению одностороннего транспорта секрета. Угловые клапаны обеспечивают попеременную элиминацию секрета из мелких протоков в более крупные, предотвращая обратное движение секрета.

Протоковая система железы является не только секреторной и пассивно-транспортной, но и принимает участие в саморегуляции панкреатической секреции, для

чего используется рецепторный аппарат протоков и клетки-продуценты регуляторных пептидов[3,5].

Нами показано, что раздражение механорецепторов главного протока влияет на дуктумерную и ацинарную секрецию, компоненты которой при этом изменяются в разной мере. С протока одного секреторного региона влияния распространяются на другой регион, который дренируется этим протоком.

Следовательно, протоковая система железы имеет сложную морфофункциональную организацию, которая требует дальнейшего специального изучения.

Протоковая система поджелудочной железы не должна рассматриваться как пассивная система трубочек, выводящих секрет в просвет двенадцатиперстной кишки под секреторным давлением дуктулоцитов и ациноцитов. Протоковая система имеет сократительные элементы, активные и пассивные клапаны, снабжена рецепторами (в основном механорецепторами) сенсорных нейронов и апудоцитами. Наличие таких сенсоров может свидетельствовать о контроле секреции поджелудочной железы с её протоковой системы.

Учитывая актуальность данной проблемы перед нами были поставлена цель изучить влияние на морфофункциональную активность поджелудочной железы изменение гидростатического давления в протоках железы.

Материалы работы были получены в результате проведенных острых экспериментов на беспородных собаках средней массы тела 12кг. У животных собирали панкреатический сок, мочу и производился забор венозной крови. Все биологические жидкости собирались часовыми порциями и, в каждой порции, определялась активность панкреатических ферментов: амилазы, липазы, бикарбонатов и общего белка.

Анализ полученных результатов позволил утверждать, что при повышении гидростатического давления в протоках железы объем секрета поджелудочной железы постепенно и достоверно уменьшается. Каждое повышение гидростатического давления в протоке на 5 мм.рт.ст. приводило к снижению объема секреции в среднем на $10 \pm 0,5$ мл секрета.

Рассматривая результаты ферментативной активности крови, мочи и панкреатического секрета можно заметить характерную зависимость между гидростатическим давлением и активностью ферментов в различных субстратах. С каждым повышением давления активность ферментов в панкреатическом секрете снижается и особенно выражено это снижение на последних часах эксперимента. В панкреатическом секрете наиболее выраженное снижение отмечается у бикарбонатов.

Картина ферментативной активности крови и мочи имеет противоположную направленность, а именно амилаза, липаза – это ферменты, которые имеют средние величины, однако общий белок и бикарбонаты дают значительно отличающиеся высокие показатели активности в крови и моче.

Таким образом, данные изменения в секреции и активности панкреатических ферментов говорят об уклонении ферментов в кровь и имеют практическое значение в диагностике степени выраженности поражения поджелудочной железы.

Список литературы.

1. Васконян С.Э., Коротько Г.Ф., Макарова Т.М. и др. Морфофункциональная организация протоковой системы поджелудочной и крупной слюнных желез / Васконян С.Э., Коротько Г.Ф., Макарова Т.М. и др.// Тез.докл. XVII съезда физиологического общества им. М.П. Павлова,- Казань, 2001. -с.301.
2. Колесников Л. Л. Сфинктерный аппарат человека. Колесников Л.Л. -С-Петербург. Спец. лит, 2000. -183с.
3. Коротько Г.Ф., Худоярова А.Г. Роль протоковой системы в саморегуляции секреции поджелудочной железы / Коротько Г.Ф., Худоярова А.Г. // Физ. Жур. СССР, 1990. – том 76, №6, -с. 770-777.

4. Макарова Т. М., Васконян С. Э., Коротько Г.Ф. Морфофункциональные детерминанты внутрипротоковой регуляции секреции слюнных и поджелудочной желез./ Макарова Т. М., Васконян С. Э., Коротько Г.Ф. //Тез. докл. Всероссийской научно–практической конференции «Физиологические науки клинической гастроэнтерологии», -г.Ессентуки, 2001. – с. 83

5. Худоярова А. Г. Секретия в условиях различного гидростатического давления в ее протоках./ Автореф. Дис. Кан. Мед. Наук. Томск 1990 -20 с.

МИОКАРДИАЛЬНЫЕ МОСТЫ

Истошина К.В., Ломонос И.С.

Научный руководитель: Кузмин И.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: миокардиальные мосты (ММ) являются довольно частой находкой, их обнаруживают в 30 % случаев всех аутопсий, при ангиографии они определяются лишь в 5 % наблюдений.

ММ - самая распространенная врожденная, онтогенетически обусловленная аномалия коронарных артерий, при которой в толще миокарда на различной глубине и протяженности происходит пересечение венечных артерий миокардиальными волокнами. Однако частота их встречаемости неизвестна. Далеко не все из них настолько выражены, что могут оказывать влияние на клиническое состояние больного и проявляться симптомами нарушения перфузии сердца.

Цель исследования: установить частоту встречаемости ММ, варианты их строения и расположения у лиц мужского и женского пола.

Материал и методы исследования: коронарограммы больных Кардиологического отделения №1 и №2 Ставропольской краевой клинической больницы.

Результаты: установлено, что количество пациентов с наличием ММ составило 13% от общего количества обследуемых (207 из 1432 человек). По частоте встречаемости выделены варианты расположения ММ: 1) один ММ на протяжении одного сосуда в сердце - 58 (84,1%) случаев, 2) два ММ на протяжении двух сосудов- 4 (5,8%) 3) два и более ММ в различных сосудах 7 (10,1%) случаев.

Таким образом, частота встречаемости ММ у мужчин (77%) преобладает над их распространенностью у женщин (23%) ,причем большинство изученных объектов ММ приходится на протяжении одного сосуда у мужчин. Их количество значительно уменьшается на двух, а также на одном сосуде в множественном числе.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ПРЕПАРАТА НАПРАВЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

Кадомцева А.В., Гордецов А.С.

Нижегородская государственная медицинская академия

Раковая опухоль характеризуется неконтролируемым размножением клеток, проникновением в ткани и метастазами. В настоящее время насчитывается более ста различных видов раковых опухолей, имеющих характерные особенности, в частности чувствительность к противоопухолевым агентам. В настоящее время не существует препаратов, которые могли бы уничтожить рак на поздних этапах и отсрочить его

дальнейшее развитие. Необходимо создание инновационного противоопухолевого средства, имеющего широкий терапевтический диапазон, а также отсутствие тяжелых побочных эффектов. Необходимо провести ряд фундаментальных исследований, на основе которых будет создана технология получения противоопухолевого средства, имеющее воздействие на онкогены и опухолевые антигены.

Лекарственная терапия не заменяет оперативные и лучевые методы лечения, а дополняет их, но при некоторых опухолевых заболеваниях может быть использована в качестве единственного метода лечения, например при лейкозах, лимфогранулематозе, ретикулосаркоматозе, миеломной болезни, хорионэпителиоме матки. Поэтому для успешного применения этих препаратов необходимо знать их фармакокинетику, механизм действия и лекарственные взаимодействия.

Для решения поставленных задач предполагается синтезировать новый противоопухолевый препарат направленного действия на основе гексаметилдисилазана германия, обладающего достаточной избирательностью, малой токсичностью, отсутствием противопоказаний. Главным условием, обеспечивающим противоопухолевый эффект, является преимущественное по сравнению с нормальными тканями накопление лекарств в опухоли. Предполагают, что вследствие присоединения препарата к двум близлежащим пунктам ДНК происходит разрыв высокополимерной молекулы на более мелкие части, в результате чего ДНК не может осуществлять своих функций при митозе, передаче генетической информации и как регулятора синтеза белка. Вследствие этого, а также в силу нарушения энергетики опухолевые клетки утрачивают жизнеспособность.

Главным условием, обеспечивающим противоопухолевый эффект, является преимущественное по сравнению с нормальными тканями накопление лекарств в опухоли. Современные противоопухолевые вещества не обладают достаточной избирательностью и поэтому приходится вводить их большими дозами, несмотря на то, что разница между их максимальной терапевтической и минимальной токсической дозами меньше, чем у большинства других лекарственных препаратов. В связи с этим при противоопухолевой лекарственной терапии нередко возникают побочные явления и осложнения. Они выражаются в угнетающем влиянии на кроветворную ткань - лейкопения, тромбоцитопения (например, такие препараты, как эмбихин, циклофосфан, фторбензотэф), повреждении слизистых оболочек пищеварительного тракта (стоматиты, поносы), тошноте, рвоте, дерматитах, угнетении сперматогенеза, нарушении овуляторного цикла (например, хризомаллин) и др. Учитывая высокую токсичность противоопухолевых препаратов, обязательным условием их применения является строгое соблюдение инструкции по применению и постоянный контроль за их переносимостью, динамический контроль за показаниями количества лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови, выявление первых признаков повреждения слизистых оболочек пищеварительного тракта и т. д. Имеются противопоказания к применению существующих противоопухолевых препаратов. Эффект, производимый противоопухолевыми препаратами, зависит от чувствительности данной опухоли к определенному препарату, стадии заболевания, в частности от объема опухолевой ткани, от того, имеется ли только первичная опухоль или метастазы, или то и другое, от общего состояния организма, а также от примененной методики лечения. Таким образом актуален поиск новых образцов лекарственных средств, способных бороться с раковыми патологиями.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА СЕРДЦА

Калиниченко В.А., Лежнина Е.К.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Лежнина О.Ю.
Ставропольский государственный медицинский университет

В 2014 году министр здравоохранения Вероника Скворцова отметила, что около 60% жителей России умирают из-за заболеваний сердечно-сосудистой системы, а от ишемической болезни сердца – 16% граждан. Поэтому изучение коронарного русла сердца весьма актуально.

Цель исследования: представить сравнительный анализ морфофункционального параметра правой венечной артерии у людей пожилого возраста без нарушения коронарного кровотока с различными вариантами ветвления венечных артерий.

Материал и методы. Изучены субэпикардиальные разветвления правой венечной артерии 4 сердец и 6 прижизненных коронароангиограмм у людей пожилого возраста без нарушения коронарного кровообращения. Исследовано 3 объекта с левовенечным вариантом ветвления венечных артерий, 4 сердца – с правовенечным и 3 органа – с равномерным.

Коронарные разветвления изучены комплексно. Сосуды сердца инъецировались свинцовым суриком с последующим проведением коронароангиографии. Для гистологического исследования выделялись участки сосудистого русла, изготавливались их поперечные срезы с окраской гематоксилин-эозином.

Морфометрические измерения проводились с помощью специальных компьютерных программ (ВидеоТест-Морфология; Махаон). 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 [2].

Результаты и обсуждение. Разработан и установлен показатель, характеризующий степень васкуляризации миокарда – это доля суммарного продольного сечения артериального русла в общей площади кровоснабжаемого участка миокарда (DSPS). Данный безразмерный параметр показывает соотношение суммарной площади продольного сечения исследуемого участка артерии и общей площади поверхности сердца, на которой он располагается [1].

Первоначально в сравнительном аспекте рассмотрены значения DSPS ветвей правой венечной артерии в различных третях правой половины венечной борозды при каждом варианте ветвления венечных артерий.

Установлено, что при левовенечном варианте ветвления венечных артерий различия значений данного параметра как на всем протяжении субэпикардиальных ветвей, так и в конечной трети правой половины венечной борозды недостоверны и составляют соответственно $0,026 \pm 0,003$ и $0,024 \pm 0,002$. Максимально DSPS увеличивается до $0,035 \pm 0,003$ в пределах начальной трети правой половины венечной борозды, а минимально снижается до $0,015 \pm 0,001$ – в её средней трети.

Изучение значений DSPS на сердцах с правовенечным вариантом ветвления венечных артерий показало, что достоверных различий между величиной данного параметра не выявлено как на всей территории васкуляризации, так и в средней, конечной третях правой половины венечной борозды, составляющей в среднем $0,023 \pm 0,002$. Тогда как в её начальной трети DSPS значительно возрастает до $0,032 \pm 0,003$.

Исследование значений DSPS на объектах с равномерным вариантом ветвлений венечных артерий демонстрирует его максимальное увеличение в конечной трети правой половины венечной борозды до $0,033 \pm 0,003$. Величина данного параметра в её средней и

конечной трети практически одинакова, равняясь соответственно $0,025 \pm 0,003$ и $0,027 \pm 0,003$. Вместе с тем, минимального показателя - $0,018 \pm 0,002$ DSPS достигает на всей территории распространения субэпикардальных ветвей.

Сравнительный анализ DSPS на всей территории васкуляризации и в начальной трети правой половины венечной борозды преобладает на сердцах с левовенечным вариантом ветвления венечных артерий, тогда как в её средней и конечной трети имеет наибольшие значения при равномерном.

Выявлено, что в начальной трети правой половины венечной борозды величина DSPS максимально увеличивается до $0,035 \pm 0,003$ при левовенечном варианте ветвления венечных артерий, меньшие значения на сердцах с равномерным и правовенечным вариантами, соответственно $0,033 \pm 0,003$ и $0,032 \pm 0,003$ ($p > 0,05$).

Средняя треть правой половины венечной борозды характеризуется наибольшим подъемом данного параметра до $0,025 \pm 0,003$ на сердцах с равномерным вариантом ветвления, несколько меньшим его значением при правовенечном – $0,022 \pm 0,002$ и минимальной величиной – $0,015 \pm 0,002$ на объектах с левовенечным вариантом ветвления венечных артерий.

При левовенечном и правовенечном вариантах ветвления венечных артерий в пределах конечной трети правой половины венечной борозды установлены одинаковые значения DSPS, составляющие $0,024 \pm 0,003$, что уступает величине данного параметра на сердцах с равномерным вариантом, достигающей $0,027 \pm 0,003$.

Рассмотрение DSPS на всей территории васкуляризации субэпикардальных ветвей показало следующее распределение её значений от высоких к минимальным – $0,026 \pm 0,003$; $0,023 \pm 0,003$ и $0,018 \pm 0,002$, соответственно на объектах с левовенечным, правовенечным и равномерным вариантами ветвления венечных артерий.

Таким образом, сравнительная характеристика морфофункционального параметра правой венечной артерии демонстрирует анатомические особенности организации субэпикардального артериального русла сердца у людей пожилого возраста без нарушения коронарного кровообращения при различных вариантах ветвления венечных артерий.

Список литературы

1. Лежнина, О. Ю. Современные морфофункциональные параметры артериального русла сердца / О. Ю. Лежнина, А. А. Коробкеев, И. И. Федько // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – №4. – С. 166-168.
2. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО НИСОМАЛЬНОГО ГЕЛЯ "РЕГЕНЕРИН" ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ РОГОВИЦЫ

Калинкина Н. И.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Базиков И. А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Разносторонние клинические эффекты, возникающие при применении экстрактов плаценты, являются следствием их сложнейшего молекулярного состава. К настоящему времени данные о точном составе экстрактов плаценты разрознены в тысячах публикациях по биохимии, молекулярной биологии и фармакологии, а также в многочисленных базах данных белков и ДНК. В составе плаценты найдено более 4000

различных белков, включая факторы роста, гормоны, цитохромы, факторы фибринолиза, ферменты энергетического метаболизма и др. [8]. Так, в публикациях, показано присутствие различных групп простагландинов [9, 10]. Ранее учёными было определено содержание в экстракте плаценты энкефалинов и нейропептидов [11,12,13]. Кроме того отмечено, что в экстракте плаценты содержится большое количество эссенциальных микроэлементов [5,14]. Анализ химического состава экстракта плаценты позволит установить и понять механизмы терапевтического воздействия препарата «Регенерин» на поврежденные ткани. Плаценту переносили в сосуд, содержащий 300 мл раствора Хэнкса (pH 7,2), промывали осторожным взбалтыванием в течение 1-2 минут, и затем переносили в другой сосуд с раствором Хэнкса. После 3-4 кратного отмывания в растворе Хэнкса плаценту измельчали на кусочки, размером 2х2 см. Использовали фрагменты плаценты со стороны пуповины, содержащие максимальное количество клеток плода. Кусочки отмывали от эритроцитов и сыворотки раствором Хэнкса, затем заливали 0,25% раствором трипсина и переносили в колбу, куда добавляли 150 мл трипсина и проводили процесс разрушения ткани при интенсивном перемешивании на магнитной мешалке. Далее проводили экстракцию раствором Версена и очистку препарата от крупных частиц центрифугированием в течение 10 мин при 2000 об/мин.

Для извлечения липидной фракции плаценты использовали пропиленгликоль. Мякоть плаценты после водно-солевой экстракции заливали 150-200 мл пропиленгликоля и ставили на ночь в холодильник. Утром раствор фильтровали через фильтровальную ткань в течение 1 часа и центрифугировали 10 минут при 8000 об/мин.

В качестве поверхностно активного соединения для формирования ниосом использовали ПЭГ-12 диметикон. При получении нанокапсул кремнийорганической природы использовались физико-химические методы синтеза молекул. Иммобилизацию пептидов в ниосомы осуществляли с помощью ультразвука.

Химический состав пептидов изучался с использованием масс-спектрометрии. Для этого образец разбавляли в 10 раз водой I типа, затем осаждали центрифугированием в течение 4 мин при 12000 об/мин при температуре 10°C. Надосадочную жидкость использовали в качестве исследуемого образца для проведения масс-спектрометрического анализа.

Полученный супернатант наносили на ячейки стального планшета для MALDI-TOF масс-спектрометрии (Bruker Daltonics, Германия) в объеме 1 мкл. Планшет сушили на открытом воздухе в течение нескольких минут с последующим нанесением поверх раствора матрицы, состоящего из α -циано-4-гидроксикоричной кислоты в растворе, содержащем 500 мкл ацетонитрила, 475 мкл ультрачистой воды и 25 мкл трифторуксусной кислоты. Плашку высушивали на воздухе до образования кристаллов в течение 5 мин.

Масс-спектры получали в линейном режиме на MALDI-TOF масс-спектрометре Microflex (Bruker Daltonics, Германия) при следующих параметрах: частота лазера 60 Гц, интенсивность лазера 10 - 50 %, время задержки экстракции 110 нс P1E, напряжение первого источника ионов 19,4 kV, второго - 17,3 kV, напряжение фокусирующей линзы 8 kV, напряжение линейного детектора 2,500 kV, диапазон масс 2000 - 20000 Da.

Внутреннюю калибровку ранее указанного диапазона проводили с использованием точных значений масс бактериального тест-стандарта MBT (Bruker Daltonics, Германия). Суммарный масс-спектр генерировали из 20 случайно выбранных позиций каждой капли мишени (всего по 4000 выстрелов лазера). Для управления масс-спектрометром, включая установку режимов работы и регистрации масс-спектров, использовали программный пакет Daltonics flexControl v.3.3.64 (Bruker Daltonics, Германия), визуализацию и анализ полученных масс-спектров проводили в программе - flexAnalysis v 3.3.65. Формирование промежуточных таблиц выполняли с использованием программных ресурсов пакета Microsoft Office 2010.

Эксклюзионная хроматография проводилась с использованием хроматографической системы BioLogic DuoFlow Maximizer 20 (Bio-Rad, США), колонка Sephadex G-25 150 × 25 мм, подвижная фаза 0,01 М фосфатно-солевой буфер, скорость подвижной фазы 1,5 мл/мин. Режим элюирования был изократическим. Объем петли-дозатора 2 мл, детекция - сканирующий 4-х волновой детектор QuadTec UV/Vis ($\lambda = 214, 260, 280, 410$ нм). Программное обеспечение для анализа результатов софт BioLogic (Bio-Rad, США). Для приготовления фосфатно-солевой буфера (0,01 М), pH $7,4 \pm 0,1$: в коническую колбу вместимостью 500 мл вносили 400 мл воды и 4 таблетки. Тщательно перемешивали на магнитной мешалке до полного растворения соли. Контролировали значение pH при помощи pH-метра (pH-150M). Раствор фильтровали через фильтр 0,22 мкм с помощью системы Millisolve (Millipore, США) и дегазировали при пониженном давлении на роторном испарителе Laborota 4000 (Heidolph, Германия).

ИЗУЧЕНИЕ ЛД₅₀ ПРИ ПОДКОЖНОМ ВВЕДЕНИИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА С ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ОРГАНОВ МИШЕНЕЙ

Камидолла Е.С., Колжан О.К., Даулетова Н.Е.

Научный руководитель: старший преподаватель Амиркулова М.К.
Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова

Актуальность. Острая токсичность — токсикометрическая характеристика фармакологического вещества или лекарственного препарата, выражающая его способность вызывать гибель животных при однократном введении или при введении через короткие интервалы времени в течение суток. Оценка токсического действия лекарственных веществ остается важной научной и практической проблемой, так как рост смертности от острых отравлений химической этиологии существенно увеличивается с каждым годом. [2]. Основываясь на этом утвердились следующие задачи как: определить переносимые, токсические и летальные дозы вновь синтезированных производных пиперидина и установить причины наступления гибели животных с анализом морфологических изменений в тканях на основе гистологических исследований [1].

Материалы и методы. Изучение острой токсичности соединений проводилось согласно методическим рекомендациям, утвержденным Фармакологическим Комитетом РК и по Руководству по проведению доклинических исследований лекарственных средств под редакцией Миронова А.Н. [1,2].

В экспериментах использовались белые мыши весом 18,0-22,0, одного пола, возраста, разделенных на серии по 6 животных в каждой группе, находившихся на стандартной диете в условиях вивария (предварительный карантин 14 дней). Острая токсичность определялась путем однократного подкожного введения 4% водного раствора исследуемых соединений и препаратов сравнения.

Результаты и обсуждение. Сравнительные показатели ЛД₅₀ исследуемых соединений и эталонных препаратов, таких как тримекаин, новокаин, лидокаин показали, что соединение МАВ-199 менее токсичен по отношению к тримекаину 1,2 раза; по отношению лидокаину 1,4 раза и соответствует показателю новокаина; МАВ-201 по отношению к тримекаину 1,06 раза и по отношению лидокаину 1,2 раза менее токсичен, а по отношению к новокаину более токсичен 1,2 раза. МАВ-200 менее токсичен по отношению к лидокаину 1,08 раза, однако по отношению к новокаину и тримекаину более токсичен 1,06 и 1,6 раза соответственно. Наиболее чувствительным органом к действию фармакологических веществ оказались почки, в которых наблюдались необратимые, глубокие изменения в виде тотального некротического нефроза паренхимы

и выраженного отека стромы. В остальных органах отмечались изменения дистрофического и воспалительного характера.

Заключение. Изучение острой токсичности исследуемых соединений МАВ-199, МАВ-200 и МАВ-201 в сравнении с эталонными препаратами показало, что данные вещества оказались менее токсичными. Наиболее чувствительными к изучаемому фармакологическому веществу органами явились почки. Представленные соединения могут быть предложены для дальнейшего исследования, изучение их специфической местноанестезирующей активности.

Список литературы.

1. Кузденбаева Р.С., Рахимов К.Д., Шин С.Н. Доклиническое изучение местноанестезирующей активности новых биологических веществ. Методическое пособие для фармакологов.-Алматы: Гос.фарм. комитет РК, 2000 г. - 272 с.
2. Миронов А.Н., Бунатян Н.Д., Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств – Москва, 2012 г. – 15 с
3. Гуськова Т.А. Особенности изучения токсичности лекарственных средств различных групп – Москва, 2008 г. - 17 с
4. Крепкова Л.В., Бортникова В.В., Боровкова М.В., Гнутов В.Б. Токсикологическое изучение беллатаминала на неполовозрелых животных. — XVII РНК «Человек и лекарство» — Москва, 2015 г. — С. 649.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ МЕЛАТОНИНА И ФЛУОКСЕТИНА НА МОДЕЛИ «РЕЗЕРПИНОВАЯ ДЕПРЕССИЯ» У ЭПИФИЗЭКТОМИРОВАННЫХ КРЫС

Каминская О.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Бейер Э.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Лечение психической депрессии является одной из самых актуальных и сложных задач современной психофармакологии, что обусловлено чрезвычайной распространенностью и тяжестью патологии. Учитывая частую неэффективность традиционной терапии, представляется важным поиск новых подходов к лечению этого заболевания, в том числе создание комбинированных препаратов.

Цель исследования – провести сравнительную оценку антидепрессивной активности флуоксетина, мелатонина и их комбинации на модели «резерпиновой депрессии» у эпифизэктомированных крыс.

Материал и методы. Опыты выполнены на 60 белых крысах-самцах 150-210 г. 30 крысам под наркозом (золетил 5 мг/кг, внутримышечно) производили удаление эпифиза по методу, разработанному в нашей лаборатории. Контролем для этой серии служили ложнопериованные животные (30 крыс), у которых трепанировали череп, повреждали твердую мозговую оболочку (приподнимали костный лоскут без последующего удаления железы). Через 10 суток эпифизэктомированных и ложнопериованных крыс разделили на 5 групп: первая (контрольная) получала физиологический раствор внутривентрально, как и другие вещества. Животным второй группы для моделирования депрессии вводили раунатин (содержит 90% резерпина и других алкалоидов раувольфии) в дозе 4 мг/кг, в 3, 4 и 5 группах, наряду с раунатином, за 30 минут до тестирования инъектировали соответственно флуоксетин (5 мг/кг), мелатонин (0,5 мг/кг) и комбинацию этих веществ. Выраженность «резерпинового синдрома» оценивали спустя 4 часа после введения

препарата по поведению крыс в «открытом поле», степени блефароптоза и величине ректальной температуры [1].

Результаты и обсуждения. У ложнооперированных крыс после введения раунатина наблюдали все проявления «резерпинового синдрома». Отмечалось резкое угнетение двигательной активности животных в «открытом поле», появление блефароптоза (3-2 балла) и снижение ректальной температуры (с $37,3 \pm 0,1$ до $37 \pm 0,1$). Флуоксетин отчетливо ослаблял депримирующее действие резерпина, мелатонин демонстрировал сходную, но менее выраженную активность. При этом максимальное усиление подвижности крыс (с $3,5 \pm 0,5$ до $6,0 \pm 0,7$ сегментов; $P < 0,05$), ослабление блефароптоза и гипотермии обнаружено в случае сочетанного применения препаратов.

Эпифизэктомия заметно усиливала депрессогенное действие резерпина, судя по более резкому изменению всех регистрируемых показателей в этой группе по сравнению с ложнооперированными особями. Эти крысы оставались практически неподвижными в тесте «открытого поля» ($1,5 \pm 0,3$ сегментов). У них развивался либо полный птоз, либо ширина глазной щели не превышала 1 мм, ректальная температура снижалась до $36,9 \pm 0,1$.

Под влиянием флуоксетина наблюдалось ослабление угнетающего влияния резерпин на поведение крыс, степени блефароптоза и гипотермии. Сходное, но менее выраженное действие демонстрировал мелатонин. Однако наиболее отчетливый антирезерпиновый эффект обнаружен в случае совместного введения препаратов. При этом необходимо отметить, что у эпифизэктомизированных животных антидепрессивное действие исследуемых препаратов и их комбинации проявлялось слабее, чем у ложнооперированных.

Депрессогенное действие резерпина обусловлено истощением запасов серотонина в мозговых структурах. Между тем в основе антидепрессивного эффекта флуоксетина может лежать повышение уровня этого медиатора в некоторых образованиях головного мозга [3]. Точно также серотонинмиметический эффект показан и у мелатонина. Важно, что модифицируя активность часовых генов в ведущем ритмоводителе – супрахиазматических ядрах гипоталамуса – мелатонин непосредственно участвует в регуляции циркадианных колебаний метаболизма серотонина в ключевых мозговых структурах [2].

Закключение. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что сочетанное использование мелатонина и флуоксетина в большей степени нивелирует проявления «резерпиновой депрессии» у крыс, чем изолированное использование препаратов. Эпифизэктомия усиливает депрессогенное действие резерпина и ослабляет антидепрессивные свойства мелатонина, флуоксетина и их комбинации.

Список литературы.

1. Воронина Т.А. Методические указания по изучению психотропной активности фармакологических веществ/ Т.А. Воронина, Р.У.Островская// Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических средств. М.,2000.-С.138-147.
2. Haduch A. Melatonin supports CYP2D-mediated serotonin synthesis in the brain/A.Haduch, E. Bromek, J.Wojcikowski [et al]// Drug Metab.Dispos.-2016.-Vol.44(3)-P.445-52.
3. Zhou L. Anxiety and depression with neurogenesis defects in exchange protein directly activated by cAMP 2-deficient mice are ameliorated by a selective serotonin reuptake inhibitor, Prozac/L.Zhou, S.L.Ma, P.K.Yeung [et al]//Transl.Psychiatry.-2016.-Vol.6,№6(9)- P.881.

РАЗРАБОТКА ЛАБОРАТОРНОГО СТЕНДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДИАДИНАМИЧЕСКИХ ТОКОВ

Карабахян Г.А., Богатырева А.О.

Научный руководитель: к.ф.-м.н. доцент Дискаева Е.И.
Ставропольский государственный медицинский университет

Диадинамические токи были разработаны французским врачом Пьером Бернаром в середине прошлого столетия и в последствии получили название токи Бернара. Эти токи представляют собой полусинусоидальные импульсы с частотой от 50 до 100 Гц, имеют постоянную полярность и применяются раздельно или при непрерывном режиме в составе коротких или длинных периодов. Кроме того, П. Бернар установил, что чем быстрее происходит смена одной частоты другой, тем меньше выражено ощущение привыкания к току и тем более отчетливо проявляется терапевтический эффект.

Как известно, диадинамические токи активно применяют для лечения многих заболеваний, например, при невритах, гангионитах, невралгии, нейромиозитах, растяжениях связок, ушибах, переломах после иммобилизации, остеоартрозах, остеохондрозе, спондилезе, оказывая интенсивное обезболивающее действие, усиливая кровообращение и ток лимфы, улучшая тканевое питание [1]. В стоматологической практике применяются различные физиотерапевтические методики как дополнение к основному лечению, так и самостоятельно. Показания к применению диадинамических токов: поражения тройничного, лицевого нервов; парезы, параличи мягкого нёба, языка, мышц дна полости рта; болевые синдромы при воспалительно-дистрофических процессах в височно-нижнечелюстном суставе; пародонтит; пульпит; периодонтит; острые воспалительные процессы [2, 3].

В диадинамотерапии в основном применяются следующие разновидности токов: однотоктный непрерывный ток с частотой 50 Гц, двухтактный непрерывный ток с частотой 100 Гц, ток, модулированный короткими периодами (короткий период), — чередование через 1 с однотоктового и двухтактного непрерывного тока, ток, модулированный длинными периодами (длинный период), — комбинация однотоктового непрерывного тока продолжительностью 3,5 с и двухтактного непрерывного тока длительностью 6,5 с, прерывистый ритмический ток (ритм синкопа), двухтактный волновой ток с частотой 100 Гц.

Диадинамические токи, так же, как и другие импульсные токи постоянного направления, могут быть использованы для лекарственного электрофореза (диадинамофорез). Все это свидетельствует об актуальности более детального изучения токов Бернара.

Цель работы заключалась в разработке лабораторного стенда, позволяющего студентам более детально изучать различные виды диадинамических токов и их основные параметры.

Как известно, диадинамические токи получают путем выпрямления переменного сетевого тока без последующего сглаживания пульсаций фильтром. Они имеют полусинусоидальную форму с задним фронтом, спадающим по экспоненте.

На основании анализа схем, имеющихся на сегодняшний день аппаратов для проведения диадинамотерапии, была разработана и собрана электрическая схема со следующими параметрами: $U_{\max}=41\text{В}$, $T=20\text{ мс}$, время нарастания импульса $t_H=32\text{ мс}$, время спада $t_S=7,5\text{ мс}$, частота $\nu=50\text{ Гц}$. Подключая эту схему к осциллографу можно наглядно изучать основные комбинации токов, изменяя их параметры.

Полученная лабораторная установка может быть использована в учебном процессе при изучении основных видов импульсных токов и их характеристик.

Список литературы.

1. Пономаренко Г.Н., Турковский И.И. Биофизические основы физиотерапии: Учебное пособие — М.: ОАО Издательство «Медицина». 2006. — 176 с.
2. Пастухов О.Г., Шефтелович Т.К., Ермошенко Л.С., Маркаров Х.А. Физиотерапия в стоматологии: Учебно-методическое пособие. — Краснодар, КГМА, 2002. — 103 с.
3. Муравьянникова Ж.Г. Основы стоматологической физиотерапии Ростов н/Д: «Феникс», 2002. — 320 с.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ И ЗДОРОВОГО СНА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ

Ковтун Е.Н., Мальцева Т.Н., Жадан Ю.Г.

Харьковский национальный университет имени В.Н.Каразина

Актуальность. Процессы технизации, урбанизации, интенсификации производственных процессов, глобализации, общественно-социальной и экономической нестабильности, нервно-психических, лавинообразно возрастающих информационных перегрузок и нагрузок, по данным научной медицинской литературы, выявили патологию адаптационных возможностей человека и появление новых заболеваний, например, «болезней цивилизации», к которому относится широко распространенное заболевание - синдром хронической усталости, изучение которого довольно актуально в современное время. Самым уязвимым точкой в населении для поражения данной болезнью являются студенты. В Украине заболеваемость населения увеличилась на 41%, а наиболее значительными болезнями, имеющий большое значение в этиологии и патогенезе СХУ являются: заболевания нервной системы и органов чувств, болезни системы кровообращения и эндокринной системы.

В современной литературе указано, что наиболее эффективным методом лечения СХУ являются нормализация режима отдыха и физической нагрузки, аутогенная тренировка или другие активные методы нормализации психоэмоционального фона, психотерапия, разгрузочно-диетическая терапия. Также по данным источников используется консервативное лечение.

Цель исследования. Изучить влияние физической нагрузки и здорового сна на восстановление студентов с синдромом хронической усталости.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре физического воспитания и спорта Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина. В эксперименте принимало участие 64 студента Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина. Подопытные студенты имели синдром хронической усталости. Предварительно анализировалось наличие головных и мышечных болей, раздражительности, снижении памяти работоспособности и способности сконцентрироваться до и после проведения эксперимента. Также уточнялось наличие аллергических реакций, фарингитов и увеличения лимфатических узлов у студентов с СХУ.

Во время эксперимента на протяжении 2 недель студенты 2-3 раза в неделю посещали занятия по настольному теннису и бадминтону на кафедре физического воспитания и спорта Харьковского национального университета имени В.Н.Каразина и режим сна составлял 7-8 часов. Методом анкетирования было определено состояние студентов до и после всех занятий физической культурой и курса сна длительностью 7-8 часов. Также для проведения исследования учитывались патологии, несовместимые с физической нагрузкой. Такие студенты не принимали участие в эксперименте. Студенты,

принимающие участие в исследовании, в повседневной жизни имеют среднюю физическую нагрузку, а также предварительно были проинформированы про желательное правильное питание во время эксперимента и отказ от вредных привычек. Исследование проводилось под контролем Харьковской городской студенческой больницы.

Результаты исследования. После последнего анкетирования (после двух недель посещения занятий по бадминтону и настольному теннису и ежедневного сна длительностью 7-8 часов) было замечено прогрессивное улучшение состояния подопытных студентов. Наблюдалось отсутствие/снижение приступов головных и мышечных болей, улучшение памяти, трудоспособности, способности сконцентрироваться, а также учащение хорошего настроения. Физически студенты ощущали прилив сил и бодрости, что является улучшением состояния здоровья подопытных студентов с синдромом хронической усталости.

Выводы. Исследование показало, что нормализация режима отдыха и физической нагрузки положительно влияет на состояние пациентов с синдромом хронической усталости. Это позитивно влияет на самочувствие данных больных. Однако данный метод восстановления следует комбинировать с правильным питанием, улучшением психоэмоционального фона и тд. под строгим наблюдением специалистов.

Список литературы.

1. Мороз И. Н., Подколзин А. А. Новое в диагностике и лечении синдрома хронической усталости // Профилактика старения. 1999. № 1— 61–96 с.
2. Vecchiet J., Cipollone F., Falasca K., Mezzetti A., Pizzigallo E., Bucciarelli T., De Laurentis S., Affaitati G., De Cesare D., Giamberardino M.A. Relationship between musculoskeletal symptoms and blood markers of oxidative stress in patients with chronic fatigue syndrome // *Neurosci Lett*. 2003. – 172 с.
3. Simon M. Collin, Tom Norris, Roberto Nuevo, Kate Tilling, Carol Joinson Chronic Fatigue Syndrome at Age 16 Years // *Pediatrics*. — 2016. — 1 февраля (т. 137, вып. 2). – 73 с.

ВТОРИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНИ ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: МОРФОЛОГИЯ, ВСТРЕЧАЕМОСТЬ

Кодь Р.Т., Горбоконь Е.Ю., Рябцева С. Н.

Научный руководитель: к.м.н. ассистент Рябцева С.Н.
Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Частой патологией женщин молодого возраста является фиброаденома молочной железы. Фиброаденома молочной железы – доброкачественная опухоль, возникающая в ткани железы и состоящая из двух компонентов- железистого и стромального. Основным методом лечения пациентов с фиброаденомой является операция. В процессе операции обязательно производится забор материала для патологоанатомического исследования, в ходе которого определяется микроскопический тип фиброаденомы и вторичные морфологические изменения опухолевой ткани. Некоторые из этих признаков влияют на прогноз в отношении злокачественного течения опухолевого процесса. Актуальность исследования заключается в определении частоты встречаемости вторичных морфологических изменений, влияющих на риск малигнизации фиброаденомы.

Цель. Изучить микроскопическое строение ткани фиброаденомы молочной железы
Задачи.

1. Проанализировать литературные данные о микроскопическом строении фиброаденом молочной железы.

2. Описать морфологию вторичных изменений, встречающиеся в ткани опухоли.
3. Определить частоту встречаемости вторичных морфологических изменений ткани фиброаденом.
4. Оценить влияние вторичных морфологических изменений на прогноз в отношении течения фиброаденомы.

Материалы и методы. Методы- научного анализа, статистический. Материал-литературные данные о морфологических исследованиях фиброаденом молочной железы [1-14]; биопсийные карты и операционный материал пациентов с диагнозом «фиброаденома» за 2014-2015гг (149 человек).

Результаты и их обсуждение.

1. Фиброаденома - доброкачественная двухфазная (фиброэпителиальная) опухоль, органойдного строения, чаще наблюдается у женщин детородного возраста. На макроскопическом уровне опухоль хорошо ограничена, плотной консистенции, бело-желтого цвета, средний диаметр 2-3 см. При микроскопическом изучении ФА является ограниченной двухфазной неоплазмой трёх типов строения:

1) при стромальной пролиферации вокруг желез – периканаликулярная ФА, 2) интраканаликулярная – при которой протоки сжимаются, становятся щелевидными, 3) интрапериканаликулярная – является сочетанием двух вышеперечисленных типов. [2].

В ткани фиброаденомы молочной железы нередко встречаются типичная и атипичная пролиферация эпителия протоков, гиперплазия миоэпителиаля, аденоз, апокриновая метоплазия glanduloцитов, дуктальная и лобулярная карцинома *in situ*, фиброзно-кистозная трансформация желёз. [3-5, 11].

Атипичная пролиферация эпителия протоков, атипичная пролиферация эпителия долек и апокриновая метоплазия железистого эпителия являются неблагоприятными признаками в отношении злокачественного течения патологического процесса. [7-10, 12, 13, 14]

2. Наиболее часто встречающимся гистологическим типом опухоли был интра - периканаликулярный- 45,53%, интраканаликулярный и периканаликулярный встречались в 36,61% и 17,86% соответственно. Проплиферация эпителия протоков была выявлена в 42,3% случаев, из них типичная наблюдалась в 60,3%, атипичная – в 25,4% и пролиферация миоэпителия – в 14,3% случаях.

Метаплазия эпителия выявлена в 19,5% случаев, из них в 93,1% - апокриновая. Наличие кистозной трансформация желез

определено в 8% случаев. Аденоз имел место в 26,2% наблюдений. Развитие фиброаденомы на фоне кистозно-фиброзной мастопатии отмечалось в 8 % случаев.

Выводы.

1. Наиболее частым гистологическим типом фиброаденом являлся смешанный вариант- интра-периканаликулярный.

2. В ткани фиброаденом молочной железы часто встречаются вторичные морфологические изменения.

3. Вторичные морфологические изменения не редко влияют на характер течения заболевания

3. Атипичная пролиферация эпителия протоков и апокриновая метаплазия- наиболее неблагоприятные признаки в отношении малигнизации фиброаденомы.

4. Данные о наличии атипичной пролиферации и апокриновой метаплазии в биопсийном материале необходимо вносить в заключение морфологического исследования.

Список литературы.

1. Azzopardi JG. Problems in breast pathology. WBSaunders, Philadelphia, 1979, pp. 192–210
2. Ashikari R, Farrow JH, O'Hara J. Fibroadenomas in the breast of juveniles. SurgGynecolObstet 1971;132:259–262.

3. Benoit JL, Kara R, McGregor SE. Fibroadenoma of the breast: diagnostic pitfalls of the fine-needle aspiration. *DiagnCytopathol* 1992;8:643–648.
4. Boecker W, Buerger H. Evidence of progenitor cells of glandular and myoepithelial cell lineages in the human adult female breast epithelium: a new progenitor (adult stem) cell concept. *Cell Prolif* 2003;36 (Supl):73–84.
5. Boecker W, Moll R, Dervan P, et al. Usual ductal hyperplasia of the breast is a committed stem (progenitor) cell lesion distinct from atypical ductal hyperplasia and ductal carcinoma in situ. *J Pathol* 2002;198:458.
6. Mies C, Rosen PP. Juvenile fibroadenoma with atypical epithelial hyperplasia. *Am J SurgPathol* 1987;11:184–190
7. Seidman JD, Ashton M, Lefkowitz M. Atypical apocrine adenosis of the breast: a clinicopathologic study. *Cancer* 1996;77:2529–2537.
8. Hutter RVP. Consensus Meeting: Cancer Committee of the College of American Pathologists: is “fibrocystic disease” of the breast precancerous? *Arch Pathol Lab Med* 1986;110:171–173.
9. Love SM, Gelman RS, Silen W. Fibrocystic “disease” of the breast – a non-disease. *N Engl J Med* 1982;307:1010–1014.
10. Eusebi V, Azzopardi JG. Lobular endocrine neoplasia in fibroadenoma of the breast. *Histopathology* 1980;4:413–428.
11. Carter DJ, Rosen PP. Atypical apocrine metaplasia in sclerosing lesions of the breast. A study of 51 patients. *ModPathol* 1991;4:1–5.
12. Andersen JA. Multicentric and bilateral appearance of lobular carcinoma in situ of the breast. A retrospective study. *ActaPatholMicrobiolScand (A)* 1974;82:730–734.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА

Комаров К. В., Жукова А.А., Федюнина Е.Ю.

Научный руководитель: старший преподаватель Аджисалиев Г.Р.
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Введение. В настоящее время одной из актуальных проблем общества является проблема пивного алкоголизма. По последним данным количество алкоголиков в России достигло отметки в 6 000 000 человек, или 4,1% от всего населения, из них около 800 000 в значительном количестве употребляют пиво. Ежегодно регистрируется более 45 тысяч случаев отравления некачественным алкоголем, в том числе с летальным исходом. Активная реклама, невысокая цена и доступность способствуют росту популярности пива. Постепенно данный напиток становится необходимым атрибутом общения для многих людей, особенно в молодежной среде, среди подростков и студентов. Большинство употребляющих пиво уверены, что оно не оказывает выраженного пагубного влияния на организм по сравнению с более крепкими спиртными напитками. Наименее безвредным в обществе считается безалкогольное пиво. Однако при этом не учитывается, что помимо этанола в пиве содержатся различные биологически активные вещества (фитоэстрогены, биогенные амины, экстрактивные вещества хмеля) которые относятся к категории психоактивных соединений и оказывают седативное, снотворное, а в больших дозах галлюциногенное действие. Все эти вещества влияют как на физиологические, так и на поведенческие характеристики организма.

Целью работы является сравнительный анализ поведенческих реакций крыс употребляющих пиво (1-я группа алкогольное, 2-я группа безалкогольное) с контрольной группой в тесте «открытое поле» и сопоставление полученных результатов.

Материалы и методы.

Эксперимент был выполнен на 30 половозрелых белых крысах-самцах линии Wistar (масса 200-250 г). Животные содержались в стандартных условиях вивария. Эксперимента был выполнен в соответствии с Европейской конвенцией о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов. Животных разделили на 3 группы: контрольная(К) – интактные крысы получавшие воду в свободном доступе (10 крыс), первая опытная(1) – крысы, ежедневно получавшие пиво (содержание спирта 8,0 %) вместо воды в свободном питьевом режиме и вторая опытная(2) – крысы получавшие безалкогольное пиво вместо воды, также в свободном питьевом режиме. Исследование поведенческих показателей проводились на 1-й и на 30-ый день эксперимента. Для оценки поведения крыс использовали тест «открытое поле» с ареной белого цвета, диаметром 120 см, высотой стенок 40 см, количество норок – 13, секторов 19. Освещение производилось 3 лампами, мощностью по 60 Вт, которые располагались на высоте 1,7 метра от дна камеры над центральными секторами камеры. Крыс помещали в центр поля и в течении 5 минут оценивали: двигательную активность (горизонтальную и вертикальную активность), исследовательскую активность (количество стоек и умываний), тревожность(число болюсов, общее время груминга крыс обеих групп).

Результаты и их обсуждение.

В первый день эксперимента не было выявлено достоверных различий в поведении крыс опытных и контрольной групп. В ходе эксперимента было отмечено более пассивное поведение крыс обеих опытных групп(1 и 2) по сравнению с контрольными крысами. Так, крысы данных групп, большую часть времени проводили лежа, сбившись вместе в одну группу. При этом крысы контрольной группы активно двигались в пределах клетки и реагировали на экспериментаторов. На двадцать седьмой день эксперимента умерла одна крыса из группы употребляющей алкогольное пиво, при вскрытии обнаружена желтая зернистость на поверхности печени (предположительно жировая дистрофия)[4]. На первый и тридцатый день был проведен тест «открытое поле», в ходе проведенного исследования было выявлено увеличение горизонтальной активности в 1-ой опытной группе в 3 раза выше по сравнению с контрольной группой. При этом горизонтальная активность крыс, употреблявших безалкогольное пиво была на 82,3 % выше показателя контрольных животных и на 47,14% ниже аналогичного показателя крыс употреблявших алкогольное пиво. Было отмечено снижение количества заглядываний в норки у крыс принимавших алкоголь на 32,7% по сравнению с контролем. Время груминга снизилось на 41,8% у крыс принимавших алкогольное пиво по сравнению с контролем, и на 44,6% у крыс 2-ой опытной группы по сравнению с контролем. У крыс 1-ой опытной группы было снижено количество актов дефекаций на 33,0% по сравнению с контролем.

Полученные результаты указывают на низкий уровень тревожности, снижение исследовательской активности и эмоциональности крыс, употреблявших пиво по сравнению с интактными животными. Вероятно, полученные данные связаны с седативным эффектом пива и его влиянием на лимбические структуры мозга.

Заключение.

1 Употребление алкогольного и безалкогольного пива оказывает влияние на поведенческие реакции и двигательную активность крыс.

2 Изменение поведенческих реакций было сильнее выражено у крыс принимавших алкогольное пиво по сравнению с крысами употреблявшими безалкогольное пиво, в связи с дополнительным действием этанола как нейродепрессанта.

Список литературы.

1. Марсель А. Л. К оценке основных характеристик поведения крыс в тесте «открытого поля» // Журн. высшей нервной деятельности. 1981. Т.31. N2. С.301-307.
2. Ю.И. Савченков, [Е.Ю. Петросян]. / Влияние пива на сложные формы поведения / . -2009 – 45с.

3. Чултурова А.А., Комаров К.В., Береза П.В., Колomoец А.В. Влияние употребления пива на поведение экспериментальных крыс // Сб. научн. тр. / Теоретические и практические аспекты современной медицины. - Симферополь 2016.- С.32-33

4. Краткий курс патоморфологии часть 1: общая патология. учение об опухолях / М.А. Кривенцов, Т.Г. Филоненко, В.В. Шаланин, А.А. Давыдова, Е.П. Голубинская, Ю.А. Ермола. Симферополь 2017. – 28 с.

СИНДРОМОМ СУХОСТИ ГЛАЗ И ЧАСТОТА МОРГАНИЯ ПРИ ЧТЕНИИ С МОНИТОРА ИЛИ КНИГИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Комарь П.А., Шевелёва А.М., Бессмертнова В.Д.

Научный руководитель: Клаучек С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Многие люди при продолжительном чтении испытывают усталость глаз и иные проявления синдрома сухости глаз (ССГ). Современные исследования демонстрируют положительную корреляцию между ССГ и длительностью работы на компьютере [4, 5], что, по одной из гипотез, обусловлено снижением частоты моргания [1, 6]. С другой стороны, мнение на счет книг противоречиво. Часть исследований базируется на гипотезе «книги безопасны для органов зрения» [1], а в противоречие ей выступает «вред есть, но чуть меньше, в силу исключения технических причин» [2]. Цель данного исследования — оценить частоту моргания в состоянии покоя, во время чтения текста с экрана компьютера, печатного текста и определить, является ли чтение с какого-либо информационного носителя одной из причин, приводящих к дискомфорту глаз. Предполагается, что развитие ССГ и других проявлений усталости со стороны органа зрения возможно при любой напряженной работе глаз, но при использовании электронных носителей это происходит быстрее, чем при использовании бумажных источников [3, 4].

Материалы и методы. Чтобы определить, является ли чтение с экрана компьютера или же с бумажного носителя причиной различных офтальмологических симптомов, была проведена оценка частоты моргания при чтении с экрана монитора, книги и обычной частотой моргания. В исследовании приняли участие 47 психически и соматически здоровых людей в возрасте от 19 до 23 лет обоих полов (21 юношей, 26 девушек). Исследование проводилось в 3 этапа. На первом этапе регистрировалась частота моргания в состоянии физического и эмоционального покоя. На втором этапе частота морганий определялась во время того, как участники исследования без перерыва читали текст с WXGA монитора компьютера разрешением 1366x768 пикселей на расстоянии от экрана 50 см. На третьем этапе добровольцам был представлен распечатанный текст в шрифте Times new Roman, 12 кегль, на расстоянии 40 см. На втором и третьем этапах исследования средняя частота морганий считалась на протяжении 10 минут чтения. Для достоверности результатов, добровольцы не были осведомлены о цели проходящего исследования. На всех этапах исследования производилась видеосъемка для исключения ошибок. После проведения исследования добровольцам было предложено оценить дискомфорт со стороны глаз по оценочной системе симптомов сухости глаз Subjective Evaluation of Symptoms of Dryness (SESOD), которая представляет собой шкалу от 0 до 4, где 0 — симптомы сухости глаз отсутствуют, а 4 — постоянное чувство сухости глаз [3]. По собранным данным проводился статистический анализ с помощью пакета IBM SPSS.

Результаты и обсуждение. Анализ данных показал наличие связи между изменениями частоты моргания на различных этапах исследования. При проведении первого этапа исследования у испытуемых наблюдалось 28 и 26 морганий в минуту у

мужчин и женщин соответственно. На втором этапе средняя частота морганий (во время чтения с экрана монитора) составила 7 и 6 соответственно. На третьем этапе исследования средняя частота морганий существенно отличалась от предыдущих: было зафиксировано 19 и 17 соответственно. Результаты SESoD, проведенного после чтения с монитора компьютера были следующими: 10 добровольцев не почувствовало симптомов сухости глаз, оценивая состояние глаз по шкале SESoD как не мешающее и не вызывающее дискомфорт со стороны органов зрения; 25 участников исследования отмечали выраженное чувство сухости, которое мешало деятельности. У остальных 12 испытуемых опрос показал, что при чтении с экрана монитора они подвергались симптомам, корректировать посредством непродолжительного отдыха (2 или 3 балла по шкале SESoD). После проведения третьего этапа, во время которого проводилось чтение с бумажного носителя результаты проведенного после опроса существенно отличались. У 10 участников исследования отсутствовал синдром сухости глаз (SESoD=0), 32 добровольца испытывало небольшой дискомфорт, который снимался остановкой деятельности или же сменой ее, а 5 человек отмечали выраженный дискомфорт в связи с сухостью глаз, которая снималась только после использования глазных капель или продолжительного отдыха. Результаты опросника не коррелируют с полом участников исследования и отражают личные, субъективные ощущения. Полученные результаты показали наличие связи частоты моргания в состоянии покоя и при чтении с различных носителей.

Выводы. Продолжительное чтение является одной из причин, приводящих к ССГ, поскольку многократно снижается частота моргания, приводя к высыханию роговицы и, как следствие, усталости со стороны глаз [2, 4, 5]. Чтение приводит к более быстрому высыханию роговицы, что подтвердилось опросом по критериям SESoD, так как участники нашего исследования жаловались на синдром сухости глаз именно во время работы, в частности, с электронным носителем. Что оказалось примечательным, большая часть людей испытывает этот синдром постоянно [3]. Из этого следует, что постоянное чтение с монитора приводит к хронической сухости роговицы, которая является фактором риска проявления офтальмологических заболеваний.

Список литературы.

1. Пятин В. Ф., Сергеева М. С., Широлапов И. В. Моргание как механизм контроля освещенности сетчатки и функции ее фоточувствительных ганглиозных клеток //Биомедицинская радиоэлектроника. – 2014. – №. 4. – С. 67-68.
2. Benvivoglio A. R. et al. Analysis of blink rate patterns in normal subjects //Movement Disorders. – 1997. – Т. 12. – №. 6. – С. 1028-1034.
3. Christie C. et al. Dry eye toolkit—Best practice approach //Contact Lens and Anterior Eye. – 2012. – Т. 35. – С. e41-e42.
4. Nosch D. S. et al. Blink animation software to improve blinking and dry eye symptoms //Optometry & Vision Science. – 2015. – Т. 92. – №. 9. – С. e310-e315.
5. Stern J. A., Boyer D., Schroeder D. Blink rate: a possible measure of fatigue //Human factors. – 1994. – Т. 36. – №. 2. – С. 285-297.
6. Tsubota K., Nakamori K. Dry eyes and video display terminals //New England Journal of Medicine. – 1993. – Т. 328. – №. 8. – С. 584-584.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЦЕПТОРОВ ХЕМОКИНОВ НА КЛЕТКАХ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ ТКАНИ, ВЫДЕЛЕННЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Копасов А.Е.^{1,2}, Блохин С.Н.², Морозов С.Г.¹

Научные руководители: д.м.н. профессор, член-корреспондент РАН Морозов С.Г., д.м.н. профессор Блохин С.Н.

¹Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии, Москва;

²Клиника пластической и эстетической хирургии профессора Блохина и Вульфа («Фрау Клиник»), Москва

Операции абдоминопластики проводят по эстетическим или по клиническим показаниям. Осложнения после операции регистрируются в 4–18% случаев и связаны, в том числе, с наличием у пациентов ожирения. Особенности клеточного состава подкожно-жировой ткани (ПЖТ), в которой при ожирении поддерживается воспалительная реакция, оказывают влияние на состояние операционной раны [1,2]. Миграция моноцитов и нейтрофилов в ПЖТ зависит от хемокинов. Увеличение экспрессии хемокинов и их рецепторов при ожирении приводит к лейкоцитарной инфильтрации тканей, аккумуляции тканевых макрофагов и повышенной секреции провоспалительных цитокинов.

Суперсемейство белков М~8–10кДа, регулирующих направленное движение клеток (хемотаксис), называют хемокинами; они подразделяется на семейства CC, CXC, XC и CX3C согласно структуре N-концевых цистеиновых последовательностей. Есть хемокины, которые специфически регулируют только моноциты или нейтрофилы, другие хемокины взаимодействуют со многими клетками иммунной системы (NK, Т- и В-лимфоцитами, дендритными клетками, базофилами, эозинофилами). Действие хемокинов осуществляется за счет связывания с их G-протеин-сопряженными рецепторами с 7 трансмембранными доменами [4]. Экспрессия рецепторов хемокинов является органо- и клеточно-специфичной [5]. Задачей работы было определение уровня экспрессии рецепторов хемокинов, сопряженных с моноцитами/макрофагами, на клетках ПЖТ из образцов, иссеченных при проведении абдоминопластики.

Пациенты. В работе представлены материалы хирургического лечения 262 женщин 18–65 лет), которым в «Фрау Клиник» проведена абдоминопластика, все подписывали форму информированного согласия. Протокол исследования утвержден Этическими комиссиями НИИОПП и «Фрау Клиник». В группы сравнения входили пациентки с ожирением I–III степени (n=160) и пациентки с нормальной массой тела (n=70) и небольшим избытком веса (n=32).

Материалы и методы. Забор крови проводили утром натощак из локтевой вены до операции, через 7 и 30 дней после операции. Работу с кровью проводили по международным правилам работы с биологическим материалом. Клетки инкубировали в среде RPMI-1640 (Flow) с 15% ЭТС (эмбриональной телячьей сыворотки, Flow). Клетки отмывали в фосфатном буфере (Phosphate Buffered Saline – PBS, Sigma). Образцы ПЖТ (2x1x0,5см) получали из операционного поля при абдоминопластике. Клетки из ПЖТ выделяли по методу [3] с использованием коллагеназы II (Sigma-Aldrich) в конечной концентрации 0,5мг/мл; процент живых клеток >92%. Далее клетки окрашивали моноклональными антителами (mAb), меченными флуоресцентными красителями. В работе использовались mAb фирм Beckman Coulter (США), BioLegend (США), Boeringer Ingelheim (Германия). Окрашенные mAb клетки анализировали на проточном цитометре FACSCalibur (Becton Dickinson, США) по программе SimulSet с оптимальными настройками, неизменяемыми при повторных экспериментах. Интенсивность флуоресценции регистрировали на каналах FL1-A (длина волны 530+/-5 нм), FL2-A (585+/-5 нм) и FL3-A (605+/-5 нм). Полученные данные анализировали по программе ANOVA. Сравнение между двумя группами проводили по критерию Стьюдента, Статистический анализ более чем двух групп малой выборки проводили методом

множественного сравнения по критерию Ньюмена-Кейлса, $p < 0,05$ дается как статистически значимое различие между группами.

Результаты и обсуждение. Рецепторы CCR1 и CCR5 проводят сигналы хемокинов CCL3L1 и CCL4L1, специфичных для моноцитов, а также хемокинов CCL3, CCL5, CCL8, взаимодействующих с активированными Т-лимфоцитами, НК клетками, базофилами и эозинофилами. Повышение экспрессии рецепторов хемокинов способствует активации моноцитов, их миграции в жировую ткань и дальнейшей терминальной дифференцировке в макрофаги. Нами было установлено, что экспрессия рецепторов хемокинов CCR1 и CCR5 на клетках ПЖТ при ожирении достоверно повышена по сравнению с клетками пациентов с нормальной массой тела. Для рецептора CCR1 – это 12 ± 4 % vs 31 ± 3 %, соответственно, для нормальной массы тела и ожирения III степени ($P < 0,001$); интенсивность флуоресценции 76 ± 2 vs 90 ± 2 (здесь и далее – mean, в условных единицах; $P < 0,05$). Для рецептора CCR5 – это 34 ± 2 % vs 49 ± 5 % (для нормальной массы тела и ожирения III степени; $P < 0,05$); mean флуоресценции 82 ± 3 vs 124 ± 3 ($P < 0,05$). Для рецептора CCR2 показаны наиболее достоверные различия в интенсивности флуоресценции клеток пациентов с нормальной массой тела (32 ± 2 у.е.) и ожирением III степени (114 ± 2 у.е.) ($P < 0,001$). Таким образом, показан более высокий уровень экспрессии рецепторов хемокинов CCR2, CCR1, CCR5, сопряженных с моноцитами, на клетках ПЖТ при ожирении по сравнению с клетками лиц с нормальной массой тела. Это согласуется с нашими данными по экспрессии самих хемокинов, ассоциированных с моноцитами [1], а также с более высоким процентом тканевых макрофагов в ПЖТ пациентов с ожирением по сравнению с ПЖТ лиц с нормальной массой тела.

Список литературы.

1) Копасов А.Е., Морозов С.Г. Отдаленные результаты абдоминопластики у женщин с ожирением разной степени и их связь с состоянием клеток жировой ткани. *Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии*, 2017; 1: 100.

2) Ghnnam W., Elrahawy A., Moghazy M. The effect of body mass index on outcome of abdominoplasty operations. *World J. Plast. Surg.*, 2016; 5(3): 244-251.

3) Hagman D., Kuzma J., Larson I., Foster-Schubert K., Kuan L., Cignarella A., Geamanu E., Makar K., Gottlieb J., Kratz M. Characterizing and quantifying leukocyte populations in human adipose tissue: impact of enzymatic tissue processing. *J. Immunol. Methods*, 2012; 386(1-2): 50-59.

4) Martins-Green M., Petreaca M., Wang L. Chemokines and their receptors are key players in the orchestra that regulates wound healing. *Adv. Wound Care*, 2013; 2: 327-347.

5) Sugaya M. Chemokines and skin diseases. *Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz)*, 2015; 63(2): 109-115.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЯДА ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Коханова Д.А., Борзенкова Е.А., Ромахова А.Д.

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность поставленного вопроса определяется периодом повышения риска возникновения заболеваний, вызванных пневмотропными вирусами. ОРВИ — самая распространённая в мире группа заболеваний, объединяющая респираторно-синцитиальную инфекцию, риновирусную и аденовирусную инфекции и другие катаральные воспаления верхних дыхательных путей. На сегодняшний день ОРВИ

продолжают являться плохо контролируемыми инфекциями и поэтому необходим рациональный подход к выбору препарата с одновременным противовирусным и иммуномодулирующим действием, для решения вопроса своевременной профилактики и лечения.

Таким образом, цель проведенной работы – выявление недостатков и преимуществ препаратов Ингавирин, Кагоцел и Арбидол, на основе сравнительного анализа данных, представленных в открытых источниках на 2016-2017 г., для оптимизации выбора препарата в терапии ОРВИ.

Материалы и методы. Контент-анализ, сравнительный анализ препаратов в аптеках Оренбурга (проводилось сравнение ценовой категории и спроса населения), сравнение препаратов по механизму действия.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования были выявлены следующие качества приведенных противовирусных препаратов: ценовая категория расположилась следующим образом: препарат Кагоцел – 249р (12 мг., №10), Ингавирин – 516р (90 мг., №7), Арбидол – 266р (50 мг., №20), а самым востребованным препаратом, на сегодняшний день, среди потребителей является Арбидол. Сравнение механизма действия привело к следующим результатам: основным механизмом действия Кагоцела является способность индуцировать продукцию интерферонов. Он вызывает образование в организме человека так называемых поздних интерферонов, являющихся смесью α - и β -интерферонов, обладающих высокой противовирусной активностью, а так же вызывает продукцию интерферонов практически во всех популяциях клеток, принимающих участие в противовирусном ответе организма: Т- и В- лимфоцитах, макрофагах, гранулоцитах, фибробластах, эндотелиальных клетках. [3; с.12]

Арбидол обладает умеренным иммуномодулирующим действием, обладает интерферон – индуцирующей активностью, стимулирует клеточные и гуморальные реакции иммунитета, а также специфически подавляет вирусы гриппа А и В, включая высокопатогенные подтипы А (H1N1) и А (H5N1), а также другие вирусы – возбудители ОРВИ (коронавирус, риновирус, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус и вирус парагриппа). [4; с.26]

Ингавирин активен в отношении вирусов гриппа типа А (А/H1N1, в т.ч. А/H1N1 sw1, А/H3N2, А/H5N1) и типа В, аденовирусной инфекции, парагриппа, респираторно-синцитиальной инфекции. [2; с.97] Оказывает модулирующее действие на функциональную активность системы интерферона: вызывает повышение содержания интерферона в крови до физиологической нормы, стимулирует и нормализует сниженную α -интерферонпродуцирующую способность лейкоцитов крови, стимулирует γ -интерферонпродуцирующую способность лейкоцитов.

Вызывает генерацию цитотоксических лимфоцитов и повышает содержание NK-Т клеток, обладающих высокой киллерной активностью по отношению к трансформированным вирусами клеткам и выраженной противовирусной активностью.

Противовоспалительное действие обусловлено подавлением продукции ключевых провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИЛ-1 β и ИЛ-6), снижением активности миелопероксидазы [1; с.48]

Выводы. В отношении ценовой политики самыми доступными препаратами является Кагоцел. Проведенный анализ механизмов действия не выявил значительных различий между препаратами, однако в удобстве применения, широте терапевтического действия препарат Ингавирин превосходит другие исследуемые средства.

Список литературы.

1. Казанцев, А.П. Справочник по инфекционным болезням / А.М.Казанцев, В.С. Матковский - Москва, 1979. — С. 46-50.
2. Киселев, О.И. Пандемия гриппа: противовирусная терапия и тактика лечения/ О.И. Киселев, Ф.И. Ершов, А.Т.Быков, В.И. Покровский – Санкт - Петербург, 2010. - 97 с.

3. Логинова, С.Я. Оценка токсичности неспецифических медицинских противовирусных средств, предназначенных для профилактики и лечения опасных и особо опасных вирусных инфекций/ С.Я. Логинова, С.В. Борисевич, В.А. Максимов, В.П. Бондарев – Москва, 2010. – с. 11-14.

4. Лусс, Л. В. Современные подходы к терапии и профилактике гриппа и ОРВИ / Л. В. Лусс – Москва, 2011. – с. 22-27

ЛОНГИТУДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МЕЖПОЛУШАРНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ СТУДЕНТОВ 18-19 ЛЕТ

Кузнецова Ю.А., Крапивникова О.В.

Городская клиническая больница №5, Рязанский государственный медицинский университет

В последние годы установлены повышенные требования к современным специалистам, информационные воздействия колоссальны и часто носят несистематизированный характер (средства массовой информации, интернет-ресурсы), что повышает и без того значительные умственные нагрузки на мозг человека, особенно обучающихся в ВУЗах студентов.

Цель данной работы – рассмотреть динамику изменения психофизиологических особенностей студентов 18 – 19 лет. Данный возраст обследованных выбран неслучайно: именно на 1-2 курсах организм студентов испытывает высокое напряжение адаптации в связи с резко повышающимися умственными нагрузками. В исследовании участвовали студенты-правши обоего пола, 2007-2016 годов поступления, всего более 2000 человек. Все студенты информированы о сути исследования, его безвредности для здоровья. Для установления особенностей моторной и сенсорной асимметрий использована стандартная психофизиологическая методика. Для установления ведущей руки проведены процедуры одновременного написания слов, тест на апплодирование, позу Наполеона, скрещивание пальцев кисти, заводку часов и динамометрия обеих рук. Ведущий глаз установлен по пробе Розенбаха, тестам на подмигивание, смотрение в микроскоп. Для установления ведущего уха у испытуемых определялся слух, проводился тест на определение громкости тиканья часов обеими ушами, прислушивание. Для получения коэффициентов правой руки, глаза и уха количество тестов с преобладанием правой стороны за вычетом числа тестов, выполненных левой стороной и без предпочтения, выражали в процентах от общего числа тестов. Для статистической обработки данных применен t-тест установления достоверности различий средних величин двух выборочных совокупностей $M \pm \mu$ с использованием критерия репрезентативности по Стьюденту с помощью программы Microsoft Excel 2007.

Исследование показало, что коэффициент правой руки (Кпр) в течение указанного периода исследования снизился с $34,37 \pm 2,37$ в 2007 году до $24,90 \pm 4,18$ в 2016 году, что свидетельствует об отсутствии предпочтения правой руки при выполнении манипуляций. Лишь небольшая часть студентов (не более 15%) имели высокие более 85 единиц Кпр, они же показывали наилучшие результаты обучения. Кроме того, у 15% студентов Кпр = 0, несмотря на правшество. Почти в 2 раза снизился коэффициент правого глаза (Кпг) с $64,35 \pm 3,11$ в 2007 году до $35,2 \pm 4,01$ в 2016 году, и повысился коэффициент правого уха (Кпу) с $29,11 \pm 2,89$ до $55,20 \pm 5,67$, хотя по абсолютной величине они низки. Группу сравнения составили 170 студентов 1998-99 учебного года: Кпр = $85 \pm 3,14$, Кпг = $80 \pm 5,29$, Кпу = $79 \pm 4,57$. Отметим также, что снижение показателей Кпр, Кпг, Кпу началось с 2006 года, снижаясь очень постепенно, достоверные различия начали появляться в 2010 году.

Таким образом, возникает несбалансированность межполушарных отношений в процессе контроля интеллектуальной деятельности, снижение роли левого полушария (ЛП) в контроле познавательной деятельности. Учебная деятельность в медицинском ВУЗе имеет выражено левополушарный характер, связана с большим объемом читаемого вербального материала и построением логических схем. Незрелость же межполушарных взаимодействий (МПВ) тормозит возможность адекватного и быстрого выполнения этих видов деятельности, точную формулировку изучаемого материала. Все чаще и чаще студенты сталкиваются с проблемой, описываемой как «учил, но не могу сказать». Причиной данного явления видим в недостаточном использовании разнообразия сенсорных источников информации, незрелость МПВ, задержку их созревания. А это в свою очередь ведет к значительному снижению успеваемости, неспособности усваивать объем информации, который ранее до появления электронных источников информации считался для студентов преодолимым, хотя и сложно усваиваемым.

Студенты меньше учат наизусть текстовый материал, подобного рода информация заменена на гаджеты. Выход из сложившейся ситуации считаем возможным, хотя возврат к старым методам обучения на сегодняшний день представляется нелепым и недопустимым. Однако требования читать литературу, пересказывать изучаемый материал, писать краткие конспекты, составлять схемы и таблицы, вести дискуссию, оперировать фактами совершенно адекватны и не противоречат современной инновационной направленности обучения.

Следует обратить внимание также на применение видеоматериалов и презентаций в учебном процессе: все средства визуализации дадут высокие результаты только при адекватном их использовании в оптимальном объеме. Использование инноваций для построения развлекательных занятий считаем недопустимым.

Список литературы.

1. Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека /Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. – М.: «Медицина», 1988. – 240 с.
2. Хомская Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. - СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

РАЗРАБОТКА ПЦР-ДИАГНОСТИКУМА ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕПРЫ

Ласачко В.А., Конова О.Д.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования

Лепра остается актуальной проблемой мирового здравоохранения. Несмотря на применение эффективной схемы антибиотикотерапии и устранение угрозы эпидемии лепры, ежегодно выявляются новые случаи заболевания по всему миру.[2] Среди методов лабораторного исследования больных лепрой наибольшей диагностической ценностью обладает ПЦР диагностика. [1] Цель работы – разработка набора реагентов для метода ПЦР (полимеразная цепная реакция) в реальном времени для диагностики лепры.

Материалы и методы. В исследование были включены 2 пациента с установленным диагнозом «Лепроматозный тип лепры в активной стадии».

В ходе исследования с помощью набора «РеалБест экстракция 100» фирмы «ВекторБест» (Россия) из соскобов, скарификатов и биоптатов пациентов была выделена ДНК *M. leprae*.

Затем была осуществлена диагностика лепры с помощью метода ПЦР в реальном времени (отрицательный контроль - синтетическая матрица *M. leprae*).

Для диагностики *M. leprae* были выбраны следующие специфичные генетические маркеры:

- смесь праймеров-1 – праймеры к гену *MntH*, кодирующему Mn^{2+} -транспортный белок;
- смесь праймеров-2 – праймеры к *RLEP* – специфический повторяющийся элемент генома *M. leprae*;
- смесь праймеров-3 – праймеры к гену *rrs*, кодирующему 16S рибосомальную РНК;
- смесь праймеров-4 – праймеры к гену *groV*, кодирующему β -субъединицу РНК-полимеразы;
- смесь праймеров-5 – праймеры к гену *fbp*, кодирующему белок Ag85B.

В составе каждой смеси праймеров был ДНК-зонд, содержащий на 5'-конце флуорофор FAM, а на 3'-конце «гаситель» BHQ. Амплификация сопровождалась отщеплением ДНК-зонда в результате 5'-3'-экзонуклеазной активности Taq-полимеразы с последующим пропорциональным увеличением общей флуоресценции ПЦР-смеси. Считывание флуоресцентного сигнала осуществлялось с помощью детектора флуоресценции в каждом цикле реакции. Накопление флуоресцентного сигнала за 40 циклов реакции свидетельствовало о наличии возбудителя в клиническом материале.

В качестве положительного результата принималось значение *Ct* (threshold cycle) – цикл реакции, на котором кривая накопления ДНК возбудителя превышала базовый уровень флуоресценции, выраженный значениями RFU (англ. - relative fluorescence units).

В качестве отрицательного результата ПЦР принималось отсутствие превышения базового уровня флуоресценции.

Результаты и обсуждение. На первом этапе работы был проведен сравнительный анализ чувствительности 5 праймеров.

В ходе работы для всех смесей праймеров были получены кривые накопления флуоресцентного сигнала. При этом максимальные значения *Ct* (>31) наблюдались у праймеров к фрагментам *rrs*, *groV* и *fbp*; у праймеров к фрагменту *MntH* значение *Ct* ~28; у праймеров к *RLEP* *Ct* ~18, а кривые накопления флуоресценции имели наиболее выраженный сигмообразный характер.

В дальнейшей работе были использованы праймеры к *RLEP* как наиболее чувствительные; праймеры к *MntH*, *rrs*, *groV* и *fbp* показали неудовлетворительный результат и были исключены из исследования.

На втором этапе работы было проведено определение специфичности выбранной смеси праймеров, в качестве отрицательных контролей использовались образцы ДНК микобактерий: *M. scrofulaceum*, *M. peregrinum*, *M. chelonae*, *M. intracellulare*, *M. xenopi*, *M. gordonae*, *M. avium*, *M. tuberculosis* и *M. fortuitum*.

Полученные кривые накопления флуоресцентного сигнала для образцов матрицы ДНК *M. leprae* и отсутствие флуоресцентного сигнала в отрицательных контролях свидетельствовали о достаточной специфичности используемых праймеров.

Далее был исследован клинический материал – соскобы слизистой носа, скарификаты и биоптаты – с помощью разработанного нами набора, включающего праймеры к *RLEP*, и набора «Genesig Standard Kit» (Primerdesign Ltd, United Kingdom), включающего праймеры к *groV*, в качестве контроля.

ПЦР с помощью набора, включающего праймеры к *RLEP*, была положительна при исследовании всех типов биоматериала; ПЦР с использованием коммерческого набора, включающего праймеры к *groV* была положительна только при исследовании биоптатов и скарификатов (биоматериал с наибольшей концентрацией возбудителя). Данные результаты позволяют сделать вывод о большей чувствительности диагностикума с праймерами к *RLEP*, чем диагностикума с праймерами к *groV*.

Закключение. В результате исследования клинического материала (образцы соскобов слизистой носа, скарификатов и биоптата) были получены результаты, подтверждающие

наибольшую чувствительность праймеров к RLEP по сравнению с праймерами к другим генетическим мишеням.

Исследование праймеров к RLEP выявило их высокую специфичность: флуоресценция наблюдалась в положительном контроле (ДНК *Mycobacterium leprae*) и отсутствовала в отрицательных (образцы ДНК девяти представителей рода *Mycobacterium*).

Простота получения необходимого биоматериала для диагностического метода, его чувствительность, специфичность и неинвазивность позволяют рассмотреть метод ПЦР в реальном времени с использованием набора с праймерами к RLEP в качестве наиболее эффективного как для диагностики лепрозного процесса на ранних, так и на поздних стадиях заболевания.

Список литературы.

1. Turankar R.P. [et al.]. Comparative evaluation of PCR amplification of RLEP, 16S rRNA, rpoT and Sod A gene targets for detection of *M. leprae* DNA from clinical and environmental samples // *Int. J. Mycobacteriol.* – 2015. – Vol.4, №1. – P. 54-59.
2. World Health Organization [et al.]. Global leprosy update, 2014: need for early case detection // *Wkly. Epidemiol. Rec.* – 2015. – Т. 36. – С. 461-74.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЛОКТЕВОЙ ЯМКИ

Леонтьева М.О.

Научный руководитель: Москалёв Е.А.

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

Знания особенностей анатомического строения локтевой ямки имеют важное прикладное значение в клинической практике. Во время ранений, повреждений магистральных сосудов плеча и предплечья, на разных уровнях верхней конечности, тактика врача по устранению кровотечения должна быть различной. Важнейшим магистральным сосудом верхней конечности является плечевая артерия. По данным ряда источников, ранения плечевой артерии составляют до 50 % от всех ранений магистральных сосудов. Крайне важным представляется знание топографии места бифуркации плечевой артерии.

Цель. Усовершенствовать схему строения локтевой ямки. Задать ориентиры, исходя из схемы строения локтевой ямки. Определить наиболее частое место бифуркации плечевой артерии, относительно заданных ориентиров.

Материалы и методы. Было изучено и исследовано 11 нативных препаратов верхней конечности у людей, умерших от заболеваний, не связанных с патологией сердечно-сосудистой системы. Методами исследования являлись препарирование и морфометрия. Статистические методы: среднее арифметическое, средне квадратическое отклонение, таблица сопряженности.

Полученные результаты. Нами была усовершенствованна упрощенная схема строения локтевой ямки, в которой учитывались мышцы (*m. brachialis*, *m. pronator teres*), надмышечки плечевой кости и апоневроз двуглавой мышцы плеча (апоневроз Пирогова). Препараты были разделены по 3 группам. В первую группу попал 1 препарат, у которого бифуркация плечевой артерии находится высоко (у основания локтевой ямки или проксимальнее). Во вторую группу – 6 препаратов, у которых бифуркация плечевой артерии находится в пределах локтевой ямки (под апоневрозом двуглавой мышцы плеча). В третью группу – 4 препарата, у которых бифуркация плечевой артерии находится дистальнее апоневроза Пирогова (или у верхнего дистального угла локтевой ямки), то есть

ниже, чем в других группах. Среднее значение расстояний от медиального надмыщелка и от основания локтевой ямки в каждой группе. В первой группе – 43 мм и 15 мм, во второй – 55 мм и 34 мм, в третьей – 68 мм и 45 мм соответственно.

Выводы. Нами была усовершенствована схема строения локтевой ямки. По нашим наблюдениям, бифуркация плечевой артерии происходит под апоневрозом двуглавой мышцы плеча в 54,5% случаев. В 90,9%, бифуркация плечевой артерии происходит дистальнее точки пересечения двух медиан, опущенных из латерального и медиального углов локтевой ямки.

Список литературы.

1. Каган И.И. Современные аспекты клинической анатомии. – Оренбург, 2012. – 108 с.
2. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия в терминах, понятиях, классификациях. - Оренбург, 2007. - 148 с.
3. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека - Москва, 2013 - с.670.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИХЛОРИРОВАННЫХ БИФЕНИЛОВ В ТОКСИГЕННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ПОДОСТРОГО ЕГО ВВЕДЕНИЯ

Лукманов Т.И.

Научные руководители: д.м.н. профессор Каюмова А.Ф., ассистент Гайнуллина А.А.

Башкирский государственный медицинский университет

Введение. В настоящее время, в мире все больше внимания уделяется экологической обстановке, что небезосновательно. Тонны загрязнителей выбрасываются в окружающую среду ежегодно. Одним из явных представителей таких токсикантов, являются полихлорированные бифенилы (ПХБ).

Цель исследования: оценить влияние ПХБ и его метаболитов на организм крыс в токсигенный период после подострого его введения.

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 экспериментальных животных по 8 крыс, в зависимости от вводимой дозы:

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.

Статистическую обработку проводили с использованием программ BioStat v5 и Excel. В группе выборки оценивали значение медианы, нижний и верхний квартили. Достоверность результатов исследования оценивали непараметрическим методом (критерий Mann – Whitney U-тест). Статистически значимыми считались различия между сравнительными величинами при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Наблюдения за динамикой изменения веса показали, что на 1-е сутки токсигенного периода после подострого введения ПХБ в I группе вес тела достоверно составил 265г [201,2; 312,4] (82,2%) $p=0,0046$; во II группе - 259,6г [345,9; 237,4] (80,5%), $p=0,0357$. Этот результат был ниже по сравнению с контрольной группой - 322,4г [352,1; 269,3]. На 28-е сутки вес тела крыс в I группе был равен 270,15г [313,4; 205,7] (82,6%) $p=0,0033$, а во II группе - 264,4г [331,4; 234,3] (80,9%) $p=0,0274$, что также

было ниже веса крыс в интактной группе – 326,85г [372,2; 270]. Изменение относительной массы печени и почек: на 1-е сутки относительная масса печени в I группе составила – 66,05 [78; 54,7] $p=0,0008$, что было выше массы печени, регистрируемой в контрольной группе – 34,45 [50,1; 25,4]. Масса почек в той же группе была 2,85 [3,5; 2,2], $p=0,00239$, что было намного меньше, чем масса почек в контрольной группе – 3,6 [5,2; 2,5]. Во II группе относительная масса печени была меньше таковой в контрольной группе – 32,55 [37,9; 25,1] и 34,45 [50,1; 25,4] соответственно. Масса почек во II группе также была ниже массы почек в контрольной группе – 2,45 [3,2; 2,2] $p=0,0039$ и 3,6 [5,2; 2,5] соответственно. На 28-е сутки в I группе относительная масса печени составила 49,9 [66,6; 34,9] $p=0,0046$ против 34,45 [50,1; 25,4] контроля. Масса почки снизилась – 2,55 [3,1; 2,2] $p=0,0054$ по сравнению с контрольной группой – 3,6 [5,2; 2,5]. Во II группе на 28-е сутки наблюдалось небольшое увеличение относительной массы печени – 37,95 [46,9; 34,5] по сравнению с контролем – 34,45 [50,1; 25,4] и уменьшение относительной массы почек – 3 [3,6; 2,4] по сравнению с интактной группой – 3,6 [5,2; 2,5] $p=0,0357$.

Заключение. По результатам исследования можно сделать вывод, что после подострого введения ПХБ в токсигенный период наблюдается достоверное уменьшение веса крыс, увеличение относительной массы печени на 1-е сутки и снижение его на 28-е сутки, а также снижение массы почек на всем протяжении эксперимента.

Список литературы.

1. Гайнуллина, А.А. Состояние метаболизма лейкоцитов периферической крови крыс в восстановительный период после подострой интоксикации полихлорированными бифенилами / А.А. Гайнуллина, Ф.А. Каюмов, А.Ф. Каюмова, М.Я. Фазлыяхметова // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа, 2012. – №1. – С. 116 – 118.

2. Камилов, Ф.Х. Патохимия токсического действия хлорорганических и ароматических соединений / Ф.Х. Камилов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2007. – №6. – С. 76-80.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА И ЭЛЕУТЕРОКОККА ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ И КОМБИНИРОВАННОМ ПРИМЕНЕНИИ НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЫХ ИСПЫТУЕМЫХ

Малярчук С.А., Литвинова В.С.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Бейер Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В условиях постоянного стресса способность человеческого организма противостоять патогенному влиянию факторов внешней среды значительно снижается. Это отражается на всех системах организма. Многочисленные эксперименты, проведенные ранее, доказывают, что адаптогенные препараты, в частности мелатонин и элеутерококк оказывают благоприятное воздействие на психофизиологические показатели у здоровых людей [1, 5]. Однако, в общедоступной литературе отсутствуют сведения об эффективности комбинированного назначения препаратов. Ввиду этого, представилось интересным сравнить действие мелатонина и элеутерококка при изолированном и сочетанном применении на психофизиологические показатели здоровых людей.

Материалы и методы

В эксперименте принимали участие четыре группы студентов ($n=28$), не страдающих хроническими или острыми заболеваниями на момент тестирования. Первая группа принимала элеутерококк (200мг), вторая – мелатонин (препарат «Мелаксен») (1,5мг), третья – комбинацию мелатонина и элеутерококка (1,5мг+200мг), четвертая – плацебо (глюконат кальция 200мг).

Оценка психофизиологических показателей проводилась с помощью аппаратно-программного комплекса «НС-ПсихоТест». Обследование проводилось до и после десятидневного приема препаратов. Полученные результаты статистически обрабатывали с помощью пакета стандартных программ «Excel», «Statistik».

Результаты и обсуждение

Методика «Оценка внимания». При оценке устойчивости внимания наиболее выраженное улучшение показано в группе, получавшей комбинацию препаратов мелатонина и элеутерококка (до $0,9 \pm 0,1$ баллов после $1,4 \pm 0,05$, $p < 0,01$). Так же отчетливые сдвиги по сравнению с исходными данными наблюдались в группе, принимавшей элеутерококк ($0,9 \pm 0,07$ баллов до и $1,2 \pm 0,1$ после препарата, $p < 0,05$). Изолированное назначение мелатонина также к повышению устойчивости, но результаты не выходили за рамки недостоверной тенденции.

Методика «Реакция выбора». На основании показателей количества ошибок на главный и второстепенный цвет, в группе, получавшей мелатонин, наблюдалось уравнивание процессов возбуждения и торможения нервной системы. При этом при сочетанном использовании гормона и элеутерококка показано более существенное уменьшение количества ошибок на второстепенный цвет (с $4,5 \pm 0,3$ до $1,2 \pm 0,1$; $p < 0,01$).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики «SLR-90-R». На основании полученных результатов можно сделать вывод, что комбинация препаратов мелатонина и элеутерококка вызвала максимальное снижение тревожности и депрессивности испытуемых (до $0,7 \pm 0,15$ у.е., после $0,1 \pm 0,03$ у.е., $p < 0,05$).

Оценка качества сна. Обнаружено, что после приема препаратов наиболее заметные улучшения качества сна наблюдали у группы, принимавшей комбинацию препаратов мелатонина и элеутерококка. Сходное действие оказывал и мелатонин при изолированном применении (до приема препарата $4,5 \pm 0,4$ у.е., после $1,8 \pm 0,2$ у.е., $p < 0,05$).

Следовательно, согласно полученным результатам, сочетанное использование мелатонина и элеутерококка оказывает наиболее выраженное оптимизирующее влияние на большинство изученных психофизиологических показателей. Обнаруженная нами способность комбинации препаратов улучшать качественные характеристики сна, по-видимому, в определяющей степени обусловлена гипогенными свойствами эпифизарного гормона. Его способность улучшать ночной сон - важная составная часть хронотропной, ритмстабилизирующей активности вещества [4]. Отчетливое улучшение когнитивных функций добровольцев при совместном применении элеутерококка и мелатонина может быть обусловлено однонаправленным действием препаратов [1]. Как известно, препараты элеутерококка повышают умственную и физическую работоспособность, ослабляют признаки психического утомления, увеличивают точность выполняемых поведенческих задач [3, 6]. У мелатонина также показано оптимизирующее влияние и на познавательные процессы [2].

Таким образом, полученные нами факты об усилении психотропного действия при сочетанном применении мелатонина и элеутерококка позволяют ставить вопрос о целесообразности создания комбинированного препарата с адаптогенными свойствами.

Выводы:

1. Совместное применение препаратов мелатонина и элеутерококка достоверно повышает устойчивость внимания испытуемых и точность выполнения заданий, по сравнению с их изолированным применением.
2. Сочетанное использование веществ также приводит к положительной динамике психосоматического состояния добровольцев, в виде снижения их тревожности и депрессивности.
3. Комбинированное применение мелатонина элеутерококка вызывает более отчетливое улучшение качественных характеристик сна испытуемых, чем изолированное введение препаратов. Отмечено снижение дневной сонливости и психического напряжения, негативно сказывающегося на качестве и глубине сна.

Список литературы.

1. Арушанян Э.Б. Мелатонин – универсальный стабилизатор психической деятельности // Журн. высш. нервн. деят., 2011 (6), т.61, №6, с.645-659.
2. Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. Гормон мозговой железы эпифиза мелатонин – универсальный естественный адаптоген // Успехи физиол. наук, 2012, т.43, №3, с.82-100.
3. Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. Растительные адаптогены. – 2009.
4. Бейер Э.В., Скорняков А.А., Арушанян Э.Б. Хронотропные свойства адаптогенных средств // Эксперим. и клин. фармакол. – 2014. – Т. 77. - № 10. – С. 3-5.
5. Amsterdam J.D., Panossian A.G. Rhodiola rosea L. as a putative botanical antidepressant // Phytomedicine. – 2016. – V. 23. – N. 7. – P. 770-783.
6. Mozaffari S., Rahimi R., Abdollahi M. Implications of melatonin therapy in irritable bowel syndrome: a systematic review // Curr. Pharm. Des., 2010, Vol.16, p.3646-3655.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ И ТКАНЕВЫХ РЕАКЦИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ИМПЛАНТАЦИИ СКАФФОЛДОВ ИЗ ПОЛИКАПРОЛАКТОНА РАЗЛИЧНОЙ СТРУКТУРЫ

Мартюкова А.В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Куртукова М.О.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Проблема регенерации тканей является актуальной в современной медицине. Одним из перспективных методов решения проблемы замещения утраченных тканей считается использование технологий тканевой инженерии, в частности, создание трехмерных матриц (скаффолдов), которые служат основой для пролиферации и дифференцировки клеток [1].

Матрицы должны обладать рядом свойств, способствующих формированию полноценной ткани, важнейшим из которых является биосовместимость [2]. Доказано, что биосовместимость матрицы оказывает значительное влияние не только на сосудистые и тканевые реакции области имплантации, но и на заселение матрицы клетками и васкуляризацию [3].

В этой связи целью данного исследования явилось изучение микроциркуляторных и морфологических реакций, возникающих при имплантации матриц из поликапролактона (PCL) с различной структурой, путем мониторинга микроциркуляторных изменений над областью имплантации скаффолда и с помощью морфологического изучения препаратов мягких тканей животных.

Материалы и методы исследования

Исследование проводили на белых крысах-самцах массой 200-350г, разделенных на 3 группы, по 5 особей в каждой. 1-я группа - отрицательный контроль – имплантация нанофибриллярных скаффолдов из PCL с адсорбированным чужеродным белком; 2-я группа – опытная – имплантация микрофибриллярных скаффолдов из PCL; 3-я группа – опытная – имплантация нанофибриллярных матриц из PCL.

Перед имплантацией крысам предварительно был введен наркоз. Протокол эксперимента был одобрен этической комиссией (протокол №4 от 06.12.16). Матрицы на основе PCL с различной структурой и толщиной фибрилл имплантировали животным в подкожную жировую клетчатку в области холки. Матрицы изготовили сотрудники Образовательно-научного института Наноструктур и биосистем СГУ им. Чернышевского и Томского Государственного Технического университета.

Микроциркуляцию исследовали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Световодный зонд фиксировали на коже над областью имплантации скаффолда.

Длительность записи составляла 8 минут. Проводилось определение показателя перфузии. Регистрация ЛДФ-грамм осуществлялась на 7-й, 14-й и 21-й день эксперимента. В качестве контроля использовали записи ЛДФ-грамм, снятые с животных до оперативного вмешательства.

Через 21 день после момента имплантации производили вывод животных путем передозировки наркотическими препаратами, был забран гистологический материал. Препараты изготавливали по стандартной методике, окрашивали гематоксилином-эозином. Морфологическое исследование осуществляли с помощью микровизора «ЛОМО М-103».

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы «STATISTICA 10».

Результаты исследования

При изучении показателя перфузии группы животных отрицательно контроля наблюдается стойкое увеличение значений по сравнению с контрольной группой, что подтверждается морфологическим исследованием препаратов данной группы. На них обнаружено повышенное кровенаполнение сосудов перифокальной зоны. В подкожной жировой клетчатке и вокруг матрицы наблюдаются ярко выраженные отеки, признаки формирования соединительнотканного барьера. На границе с матрицей отмечаются признаки диффузной лейкоцитарной инфильтрации. Внутренние волокна скаффолда практически не заселены соединительнотканными элементами, васкуляризация отсутствует.

У группы животных, которым были имплантированы микрофибриллярные матрицы на основе PCL, отмечается увеличение перфузионного показателя с 7х по 21е сутки эксперимента, однако его значение ниже, чем у животных отрицательного контроля. Морфологическое описание препаратов опытной группы объясняет это явление - на месте расположения волокон скаффолда наблюдаются полости. По их периферии отмечается скопление гигантских многоядерных клеток, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса. Но, при этом, патологических изменений перифокальной зоны характерных для отсутствия биосовместимости на препарате не выявлено. Матрица плохо васкуляризована, неравномерно заселена фибробластами и фиброцитами.

Мониторинг микроциркуляторных изменений у 3 опытной группы животных, свидетельствует о транзитном характере перфузии к 7 суткам эксперимента, но к 21 суткам показатель перфузии приближается к контрольным значениям. При морфологическом исследовании препаратов данной группы выявлено умеренное кровенаполнение сосудов перифокальной области, отсутствие реактивных изменений в ней. Волокна скаффолда рыхло заселены фибробластическими элементами соединительной ткани, в отдельных полях зрения встречаются лимфоциты. Матрица хорошо васкуляризована.

Закключение. Таким образом, можно сделать вывод, что изменения микроциркуляции кожи над областью имплантации скаффолдов соответствуют морфологической картине, что обосновывает использование метода ЛДФ для динамической оценки биосовместимости матриц.

Параметры биосовместимости PCL-матриц зависят и от структуры волокон скаффолда. Использование нанофибриллярных матриц позволяет добиться лучшего результата в условиях *in vivo*, чем имплантация их микрофибриллярных аналогов.

Список литературы.

1. Исследования биосовместимости матриц на основе поликапролактона и гидроксиапатита в условиях *in vivo* /А.Н. Иванов, М.Н. Козадаев, Н.В. Богомолова и др. // Цитология. – 2015. – Т. 57, № 4. – С. 286-293.

2. Изменения микроциркуляции при стимуляции регенерации тканей скаффолдом на основе поликапролактона / А.Н. Иванов, М.Н. Козадаев, Д.М. Пучиньян и др. // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2015. – Т.14, № 2 (54). – С. 70-75.

3. Иванов А.Н. Возможности и перспективы использования скаффолд-технологий для регенерации костной ткани/ А.Н. Иванов, И.А. Норкин, Д.М. Пучиньян // Цитология. – 2014. – Т. 56, № 8. – С. 543–548.

ФЕРМЕНТЫ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВНЕШНЕЙ ТЕМПЕРАТУРЕ И ИНСОЛЯЦИИ

Мирзарахимова М.А., Кадилов Ш.К.

Научный руководитель: профессор Кадилов Ш.К.

Высокая температура и инсоляция в нашем регионе рассматривается как один из важнейших факторов внешней среды. 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, 6, 7, 8].

Учитывая сложный механизм, как физиологического, так и патологического влияния высокой температуры и инсоляции мы определили цель настоящего исследования.

Целью исследования явилась оценка ферментного гомеостаза крыс при сочетанном влиянии высокой температуры и инсоляции.

Методика и техника проведения экспериментов и наблюдений. Эксперименты были выполнены на белых лабораторных беспородных крысах самцах, весом 180-200г, летом (при температуре внешней среды 370 – 400 С). Экспериментальные животные были разделены на 2 группы. Первая группа интактные животные (при комнатной температуре 200 – 250С - контрольная группа), не подвергались никаким воздействиям. Вторая 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.

Полученные результаты и их обсуждение. Поставщиками гидролитических ферментов в кровь из числа пищеварительных желез являются слюнные, желудочные железы, поджелудочная железа, печень и тонкая кишка [4]. Полученные нами результаты по ферментам крови у крыс зависят от температуры внешней среды и воздействия инсоляции. При комфортной температуре (200 – 250С, контрольная группа) в крови активность амилазы достаточно высокая, она равняется $529,0 \pm 14,0$. В крови липолитическая активность намного ниже, чем ее амилазная активность. Содержание общего белка в крови $67,3 \pm 4,3$.

При высокой температуре окружающей среды активность ферментов в крови снижается. Амилазная активность крови экспериментальных животных в 2,3 раза, а липолитическая активность в 3,1 раза меньше чем такие показатели контроля. Значит, высокая температура подавляет не только секрецию ферментов, а также снижает их инкрецию в кровь. Содержание общего белка при высокой температуре остается без изменений.

Несколько иные результаты получены при сочетанном влиянии высокой температуры и инсоляции. При этом активность ферментов в крови снижается, но выраженность их неодинакова. При сочетанном их влиянии на экспериментальных животных, снижение амилазной активности менее выражено, чем при воздействии только теплового фактора. А липолитическая активность крови на оборот более подавлена при сочетанном солнечно-тепловом воздействии, чем при действии одного

тепла. Отсюда заметно, что между этими ферментами наблюдается как бы конкуренция, подавление активности одного из них усиливает синтез другого. Видимо, протеинсинтез этих ферментов осуществляется из одного общего субстрата, усиленный расход на синтез одного из них приводит к уменьшению синтеза другого.

Одновременное воздействие тепла и инсоляции снижает содержание общего белка в крови. Значит, сочетанное влияние солнечно-теплового воздействия больше подавляет протеинсинтез в организме экспериментальных животных. При этом замедляется протеинсинтез всех белков, не только ферментного белка.

Список литературы.

- 1) Антонова Е.И., Мкртчян О.З. Динамика реактивных и пластических показателей печени у гомо- и пойкилотермных животных, индуцированная гипертермией / Антонова Е.И., Мкртчян О.З. //Морфологические ведомости, Москва-Берлин, 2004. -С.17-21.
- 2) Боженкова М.В. Морфология протоков больших слюнных желез белых крыс в норме и при остром перегревании организма / Боженкова М.В. //Астраханский медицинский журнал. -Астрахань, 2007.-234с.
- 3) Воробьева Н.Ф. Особенности гистиоцитарной реакции после предварительного приема с пищей цеолитов в процессе онтогенеза при перегревании и сухоядении / Воробьева Н.Ф.//Патофизиологическая и экспериментальная терапия, 2008. -С. 68-71.
- 4) Коротько Г.Ф. Секреция поджелудочной железы / Коротько Г.Ф. – Краснодар: Кубанский гос. мед. университет, 2005. – 312 с.
- 5) Романов В.И. Гистохимические показатели содержания цинка в клетках панкреатических островков белых крыс при остром перегревании организма / Романов В.И. // Морфология. – Санкт-Петербург, 2004. – т. 126, -№ 4, – 106 с.
- 6) Романов В.И., Боженкова М.В. Стромально-паренхиматозные отношения в пищеварительных железах белых крыс при остром перегревании организма / Романов В.И., Боженкова М.В.// Морфологические ведомости (приложение). – Москва-Берлин, 2004. – № 1-2, – С. 88.
- 7) Hochachka P.W. and Lutz P.L. Mechanism, origin, and evolution of anoxia tolerance in animals / Hochachka P.W. and Lutz P.L. // Comp. Biochem. Physiol. – 2001. - v. 130, – P. 435-459.
- 8) Mora C. and Maya M.F. Effect of the rate of temperature increase of the dynamic method on the heat tolerance of fishes / Mora C. and Maya M.F. // J. Therm. Biol. – 2006. – v. 31, -№ 4, – P. 337-341.

ПРИМЕНЕНИЕ НАНОБИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ПРОИЗВОДСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Муллагалеева А.Р., Хорунжая А.А.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение: Нанотехнология как междисциплинарная область знаний стала в наступившем веке мощным двигателем технологического прогресса. В сферу ее охвата входят проблемы, без решения которых не мыслится не только повышение качества жизни человека, но и само его существование. К числу этих проблем относятся:

— разработка технологий производства продуктов питания, способствующих в максимальной степени гарантировать человеку нормальное исполнение всех жизненных функций и профилактику заболеваний;

— создание средств диагностики;

— разработка лекарственных препаратов, специфическая активность которых обеспечивала бы постоянный рост уровня качества лечения.

Целью данной работы является рассмотреть важность получения наноструктурированных форм лекарственных препаратов, которые, как принято считать, обеспечивают адресную доставку к органу-мишени действующей части лекарственного препарата.

Материал и методы: Изучение специальной литературы по биотехнологии и ознакомление с методами биотехнологии на стадиях производства ЛС.

Результаты и обсуждения: Процесс разработки лекарственных препаратов включает неразрывно связанные стадии дизайна и синтеза новых соединений, создание лекарственных форм и, наконец, все фазы (от первичного до клинического) фармакологического изучения.

Методы нанобиотехнологических методов должно подразумевать защиту действующего вещества (ДВ) от преждевременного метаболизма в живом теле, а также функционирование ДВ в виде наноструктурированных образований, проявляющих специфическую фармакологическую активность. Уникальным подходом к получению наноструктурированных форм лекарств проявил себя твердофазный механохимический синтез.

Рассмотрим влияние данных методов на ряде примеров.

успешно применявшийся в терапии гипертонической болезни, стал вытесняться более дорогими его аналогами. Однако с появлением на рынке новых лекарственных форм нифедипина интерес врачей к этому недорогому препарату вновь вернулся. Форма нифедипина в виде комплекса с глицирризиновой кислотой, предлагаемая нами, должна занять особое место среди кардиотропных препаратов. В чем особенность нашего наноструктурированного препарата? Он проявляет необходимую антигипертензивную активность при в 10 раз сниженном содержании в нем нифедипина. Клатрирование глицирризиновой кислотой мощно усиливает вторичный эффект нифедипина — антиаритмическое действие. Для того, чтобы купировать аритмию без воздействия на артериальное давление, нужно ввести клатрат, содержащий дозу нифедипина в 29 раз ниже его антигипертензивной дозы. Повышается в несколько раз его растворимость, а, следовательно, возможность применения внутривенных инъекций при скорой помощи. Использование разработанного нами препарата будет способствовать существенному уменьшению риска прогрессирования стенокардии и других сердечно-сосудистых осложнений, а также предотвращению развития печеночной и почечной недостаточности. Таким образом, перевод нифедипина в наноструктурированную форму делает его полифункциональным препаратом. А полифункциональных препаратов на рынке лекарств не так уж много.

Не менее убедительны другие примеры. Широко применяемые нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) аспирин, ортофен, индометацин, анальгин и другие имеют существенный недостаток — деструктивные изменения слизистой оболочки желудка. Мы показали, что их клатрирование с помощью глицирризиновой кислоты приводит к повышению противовоспалительной, жаропонижающей и анальгетической активности в 3-5 раз в дозах, существенно (2-10 раз) сниженных. Особо важное следствие клатрирования — резкое снижение токсичности и степени деструктивных поражений слизистой оболочки желудка. Кроме того, повышается защищенность печени и почек.

Заключение: Описанные в настоящей статье примеры, освещающие лишь часть исследований в области нанобиотехнологии, Рынок нанобиотехнологической продукции переживает период бурного развития. Не случайно ведущие мировые компании в области здравоохранения, агропромышленного комплекса и ресурсопользования активно развивают направление более масштабного использования на практике возможностей нанобиотехнологий.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОТИПОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ЮНОШЕСКОГО ОРГАНИЗМА С ПОЗИЦИЙ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА

Муравьев А.К., Рустамова С.М., Сулейманова А.М.

Научные руководители: д.м.н. профессор Цатурян Л.Д., ассистент Андросова Д.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время большое внимание ряда исследователей уделяется рассмотрению вопроса о влиянии психического состояния организма на физиологические механизмы регуляции функций и их интеграции в процессе приспособления к бурно развивающимся условиям современной жизни [1,2,3]. В процессе обучения в вузе на студенческий организм оказывают влияние множество разнообразных стрессовых факторов, приводящих к различной выраженности взаимодействия нервных процессов возбуждения и торможения. Изучение интеграции психотипологических особенностей и механизмов функционирования сердечной деятельности позволяет адекватно оценить и индивидуализировать уровень активации компенсаторных процессов в студенческом организме.

Исходя из вышесказанного, целью данного исследования явились корреляционные взаимосвязи психотипологических особенностей и показателей регуляции сердечного ритма юношеского организма с позиций системного подхода.

В соответствии с поставленной целью нами обследованы юноши и девушки 2 курса лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов СтГМУ. В ходе исследования проведено изучение корреляционных связей (r -Пирсона) основных показателей статистического анализа ВСР (ЧСС, RMSSD, SDNN), индекса напряжения (SI) и показателя активности регуляторных систем (ПАРС) среди студентов с разными типами темперамента. Полученный материал обработан с использованием статистического и корреляционного анализа в программе Microsoft Excel. Степень достоверности определялась по критерию t -Стьюдента, уровень значимости считался достоверным при $p < 0,05$.

У юношей лечебного факультета важно отметить отрицательную корреляционную связь показателя SDNN ($r = -0,8$; $p < 0,05$), а также положительную ($r = 0,9$; $p < 0,05$) между SI и холерическим типом, что позволяет судить об активности симпатического звена регуляции при влиянии на сердечный ритм. Психофизиологические особенности организма студентов педиатрического факультета иллюстрируют прямую зависимость ЧСС, SI ($r = 1$ и $0,7$ соответственно; $p < 0,05$), а также обратную зависимость RMSSD, ПАРС ($r = -1$; $p < 0,05$) и холерического типа. Данный факт подтверждает активацию регуляторных систем в ответ на стрессовые воздействия при обучении в вузе. Важно отметить также прямую зависимость RMSSD, SDNN, ПАРС, а также обратную связь SI и сангвинистического типа у студентов педиатрического факультета, что позволяет сделать предположение о меньшей степени напряжения компенсаторных механизмов. У студентов стоматологического факультета выявлена обратная зависимость RMSSD, ПАРС и прямая зависимость ЧСС, SI с меланхолическим типом, а также отмечается прямая корреляция ЧСС с флегматическим темпераментом ($r = 0,7$; $p < 0,05$). Можно предположить о выраженном напряжении в вегетативной регуляции на фоне активации компенсаторных процессов при обучении в вузе у юношей данных групп. У студенток лечебного факультета важно отметить положительную корреляционную связь ПАРС и флегматического темперамента, доказывающую наличие тонической активности регуляторных систем. Девушки-сангвиники педиатрического факультета имеют обратную корреляционную связь с ЧСС и SI ($r = -1$; $-0,7$ соответственно, $p < 0,05$), а также прямую – с RMSSD и ПАРС ($r = 1$; $p < 0,05$). Данный факт свидетельствует о выраженном влиянии вегетативной нервной системы на сердечный ритм. Было отмечено, что склонность девушек педиатрического факультета к меланхолии демонстрирует обратную

корреляционную связь с ЧСС ($r=-0,7$; $p<0,05$) и прямую – с ПАРС ($r=0,9$; $p<0,05$), характеризуя снижение напряжения регуляторных процессов за счет своевременного включения компенсаторных механизмов и восстановления баланса гомеостаза. Для девушек стоматологического факультета выявлена обратная зависимость показателей RMSSD, SDNN и меланхолического типа, что иллюстрирует большую активность симпатического звена при влиянии на сердечный ритм. Интересным фактом является наличие положительной корреляционной взаимосвязи RMSSD ($r=0,7$; $p<0,05$) и отрицательной (SI, $r=-0,7$; $p<0,05$) с холерическим типом студенток стоматологического факультета, свидетельствующей о сбалансированности в работе нервных процессов в условиях стрессовых ситуаций.

Таким образом, изучены корреляционные взаимосвязи психотипологических особенностей и показателей регуляции сердечного ритма юношеского организма с позиции системного подхода. В ходе исследования в группах юношей холерического и меланхолического темпераментов выявлены более выраженные влияния на центральные контуры регуляции сердца, связанные с повышенной возбудимостью и неустойчивостью нервных процессов. В группах девушек отмечается более выраженная активация регуляторных механизмов ритма сердца у сангвиников и меланхоликов.

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.

ОЦЕНКА БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПЛАЗМЫ КРОВИ ОЖГОВЫХ ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Нагорняк А.С.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Тараканов А.В.
Ростовский государственный медицинский университет

Введение: ожоговая болезнь (ОБ) – специфический симптомокомплекс, развивающийся после термической травмы, сопровождающийся повреждением всех саморегулирующихся систем и включающий в себя 4 стадии: ожоговый шок, ожоговую токсемию, септикотоксемию и период реконвалесценции. В острой стадии токсемии в крови определяется повышение пептидных фракций, в большинстве своем олигопептидов, называемых «молекулами средней массы» (МСМ), отражающих уровень эндогенной интоксикации [3]. Кроме того, в пул МСМ входят и гидрофобные компоненты – продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ): диеновые конъюгаты (ДК), малоновый диальдегид (МД), основания Шиффа (ШО) [2]. Под воздействием ожоговых токсинов происходит накопление активных гранулоцитов и элементов макрофагально-моноцитарной системы крови – циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) – приводящее к развитию системной воспалительной реакции (СВР) [3]. Предполагается, что общепринятое хирургическое и терапевтическое лечение понизит уровень эндогенной интоксикации и нормализует показатели ПОЛ.

Цель: оценка биохимических показателей оксидативного стресса плазмы крови ожоговых пациентов до и после хирургического лечения, а также выявление закономерностей их изменений.

Материалы и методы: биохимические исследования показателей ПОЛ проводились на кафедре биохимии и микробиологии Института биологии ЮФУ. Клиническая база – Больница скорой медицинской помощи г.

Ростова-на-Дону, ожоговое отделение. Контрольная группа: здоровые люди ($n=35$), ожоговые больные ($n=31$). Исследование проводилось в 2 этапа: 1 этап – сбор и интерпретация анализов крови пациентов, находящихся на лечении; 2 этап – обработка данных и их анализ. Сбор и интерпретация анализов производились в течение одного года. Статистическая обработка данных производилась с помощью набора прикладных программ «STATISTICA 10.0».

Результаты и обсуждение: в начале токсемической фазы отмечается повышение уровня следующих продуктов ПОЛ: диеновых конъюгатов (ДК) (на 32%, $P<0,05$), малонового диальдегида (МДА) (на 30%, $P<0,05$) и шиффовых оснований (ШО) (на 7%). Первичные продукты ПОЛ (ДК) являются токсическими метаболитами, оказывающие разрушающее действие на липопротеиды, белки, нуклеиновые кислоты. Вторичные продукты ПОЛ (МД) прошивают липиды мембран, повышая уровень ее текучести, что делает ее более повреждаемой. Накопление Шиффовых оснований способствует дестабилизации мембран клеток и последующей их деструкции. Увеличение уровня ПОЛ приводит к снижению активации антиоксидантной системы (АОС), соответственно и уменьшению активности каталазы (К) – одного из основных ферментов разрушения активных форм кислорода (АФК) – что достоверно наблюдалось в исследовании. Усиление ПОЛ сопровождалось снижением активности К (на 23%), повышением внеэритроцитарного гемоглобина (ВЭГ) (на 32%, $P<0,05$), циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) (на 31%, $P<0,05$), уровнем различных фракций МСМ (на 7-24%). Все вышеперечисленные процессы протекали на фоне понижения индуцированной хемилюминесценции (ХЛ) и снижения высоты быстрой вспышки (Н) на 66% ($P<0,05$). Определение ХЛ необходимо для оценки общего состояния ожогового больного, так как высокие показатели уровня ХЛ характерны для сглаженного течения воспалительного и аутоиммунного процессов, в отличие от прогностически неблагоприятного течения: наблюдается значительное снижение ХЛ. Через 3-4 недели положительного лечения, т.е. в стадии реконвалесценции, отмечалось незначительное уменьшение ПОЛ с недостоверным снижением ДК, МДА, ЦИК, фракций МСМ, но повышением ШО, ВЭГ и нитрозогемоглобина (NoHb). Активность каталазы оставалась достоверно сниженной, также как ХЛ и Н (на 51%, $P<0,05$).

Заключение: общепринятое хирургическое лечение не нормализует ПОЛ; на фоне повышения ВЭГ и NoHb активность генерации Н остается подавленной. Развивается парадоксальная ситуация: даже сниженный уровень ПОЛ остается относительно высоким по сравнению с низким уровнем генерации активных форм кислорода, что влечет снижение их физиологических функций.

Список литературы.

1. Безручко Н. В. Каталаза биологических сред организма и ее клинко-биохимическое значение в оценке эндотоксикоза / Н. В. Безручко, Г. К. Рубцов и соавт. // Сб. науч. тр. / Вестник ТГПУ. – Томск, 2012. – С. 94–97.
2. Биохимия человека: в 2-х томах: учеб. пособие / Марри Р., Греннер Д., Мейес П., Родуэлл В. – М.: Бином. Лаборатория знаний, Мир, 2009. – Т. 1. Перекисное окисление липидов. С. 160–162.
3. Козинец Г. П. Ожоговая интоксикация. Патогенез, клиника, принципы лечения / Г. П. Козинец, С. В. Слесаренко, А. П. Радзиховский, Н. Е. Повстаной, Б. С. Шейман – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – С. 7–17.

4. Свободнорадикальные процессы в биосистемах: учеб. пособие / Т. Н. Попова, А. Н. Пашков, А. В. Семенихина, С. С. Попов, Т. И. Рахманова – М.: Кириллица, 2008. – С. 76–83.

МОРФОЛОГИЯ СЕЛЕЗЕНКИ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Нурланов Э.Н., Умаров Д.И., Иванина В.А.

Гаучный руководитель: к.м.н. доцент Бейсембаев А.А.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Киргизия

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной ранней инвалидизации и преждевременной смерти в мире, самой распространенной из которых остается артериальная гипертензия [4]. Лимфоидные органы, являясь основными гомеостатическими и регуляторными органами для внутренней среды организма, обеспечивают динамическое равновесие между окружающим экзоекологическим и организменным эндоекологическим пространством [1]. В связи с вышеизложенным, целью исследования являлось изучение структурной организации лимфоузлов разной топографо-анатомической локализации и селезенки при продолжительном действии стрессового фактора.

Материал и методы исследования. Работу проводили на 25 половозрелых кроликах-самцах породы Шиншилла одного возраста, весом 2,3-2,5 кг, которым моделировалась артериальная гипертензия путем введения 0,1% раствора адреналина гидрохлорида в течении 45 дней. Эксперименты выполняли в соответствии с международными правилами и нормами с общей анестезией болезненных манипуляций. В качестве объекта исследования были выбраны селезенка и две группы лимфатических узлов: соматический - глубокие шейные, висцеральный - поджелудочно-двенадцатиперстные. Лимфоидные органы обрабатывались по классической методике. Гистологические срезы толщиной 7 мкм делали продольно, через ворота лимфоузлов, окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизон. Для сравнения структурной организации лимфоузлов разных топографических групп применен методический прием, заключающийся в стандартизации общей площади сечения лимфоузла, когда ее размер принимается за 100%. В работе использовали статистический метод с определением средней арифметической, среднеквадратичной ошибки и достоверности различий при $p < 0,05$ с помощью статистического пакета SPSS 16.0.

Результаты исследования. Проведенные морфометрические исследования лимфоидных органов при хронической экспериментальной артериальной гипертензии свидетельствуют о широком диапазоне и сложной динамике их структурных преобразований. Установлено, что в организме происходят изменения в виде гипоплазии лимфоидной ткани, ослабление иммунного потенциала из-за снижения лимфопролиферативных процессов. Селезенка визуально сохраняет типичную структуру, однако, появляются морфологические признаки, которые можно отнести к разряду инволютивных. Наблюдается уменьшение относительной площади белой пульпы по сравнению с данными контрольной группы. Артериальная гипертензия, вызванная введением раствора адреналина гидрохлорида, приводит к снижению толщины капсулы, увеличению ширины трабекул, утолщению центральных и трабекулярных артерий за счет развития склеротических изменений [3]. В более поздние сроки эксперимента наблюдали восстановление структурных компонентов лимфоидных органов, что может указывать на возможность регенерации, увеличения дренажной функции лимфоузлов [2].

Таким образом, можно отметить, что лимфоидные органы одними из первых реагируют на экзогенные факторы, причем структурно-функциональные изменения этих органов, в большинстве случаев, носят черты общей стереотипии. Однако

неспецифический характер ответа подвержен изменениям в связи с характером действующего фактора и функциональной специализации органа.

Список литературы.

1. Бородин Ю.И. Лимфология как интегративная медико-биологическая наука / Ю.И. Бородин // Вестник лимфологии. - 2011. - № 2. - С. 4–7.
2. Горчакова О.В. Функциональная морфология лимфоузлов разной локализации и их ответ на фитотерапию / О.В. Горчакова, В.Н. Горчаков // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21014>.
3. Селятицкая В. Г. Эндокринно-лимфоидные отношения в динамике адаптивных процессов / В.Г. Селятицкая, Л.А. Обухова. - Новосибирск: СО РАМН, 2001. - 169 с.
4. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень N°317. Всемирная организация здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/index.html>.

СОДЕРЖАНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЧАЕ И ФИТОСБОРАХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

Овчинникова Т.А., Пархета К.А., Сотникова К.Ю.

Научный руководитель: к.б.н. доцент Немерешина О.Н.
Оренбургский государственный медицинский университет

Фитотерапия — самый древний вид лечения. Интерес к лекарственным растениям постоянно возрастает. ЛРС используют как альтернативу синтетическим препаратам, для профилактики многих заболеваний (невроз, ОРЗ, гастрит и др.) [1, с. 258]. В условиях современного мира применения фитосборов и фиточаёв весьма актуально [2, с. 354]. Лекарственные растения, содержащие большое количество витаминов называют витаминоносителями, с чем и связывают их применение. Терапевтический эффект фитопрепаратов зависит не только от главного компонента, но и от всего комплекса биологически активных веществ (БАВ) [3, с. 173]. Поэтому, целью нашего стала оценка содержания витамина С в фитосборах и зеленом чае.

Материалы и методы. Объектами нашего исследования стали следующие сорта чая: чай зеленый пакетированный «Майский»; чай зеленый крупнолистовой «Золотая чаша»; чай зеленый среднелистовой «Гринфилд»; чай зеленый крупнолистовой «Принцесса Ява». Фитосборы в пакетиках для заварки: Фитоседан 2; Фитонейфрл; Желудочный сбор.

Метод определения содержания витамина С в чае основан на способности аскорбиновой кислоты восстанавливать 2,6-дихлорфенилолиндофенол (прямое титрование краской Тильманса).

Чай, чайный куст, или камелия китайская (лат. *Camellia sinensis*) — растение рода — Камелия, семейства — Чайные. Зелёный чай — чай, подвергнутый минимальной ферментации (окислению). Многочисленные восточноазиатские сорта зелёного чая обладают заметными различиями, обусловленными условиями выращивания, сбора и обработки чайных листьев [5, с. 55]. Также в составе чая обнаружены каротиноиды, токоферолы, аскорбиновая кислота. Зелёный чай содержит комплекс микроэлементов: Cr, Cu, Mn, Se, Zn и другие элементы. Принято считать, что зелёный чай обладает более сильными антиоксидантными свойствами, но ряд публикаций этого не подтверждает [5, с. 58].

Растительный сбор «Фитоседан 2», обладает успокаивающим и умеренным спазмолитическим эффектом. Применяют в комплексной терапии при повышенной возбудимости, нарушениях сна, артериальной гипертензии. В составе сбора: хмель

соплодия (шишки) 20 %; мяты перечной листья 15 %; валерианы корневища с корнями 15 %; солодки корни 10 %; пустырника трава 40 %.

Растительный сбор «Фитонефрол» относится к диуретическим комбинированным средствам растительного происхождения и обладает мочегонным, противовоспалительным, антисептическим и спазмолитическим эффектами. Показан при острых и хронических воспалительных заболеваниях почек и мочевыводящих путей. В составе сбора: календулы лекарственной цветки 20 %; мяты перечной листья 10 %; толокнянки листья 40 %; укропа огородного плоды 20 %; элеутерококка корневища с корнями 10 %.

«Желудочный сбор 3» применяют при заболеваниях ЖКТ. Средство оказывает слабительное, седативное, спазмолитическое, желчегонное и противовоспалительное действие, а также повышает аппетит. В составе желудочного сбора: коры крушины и листьев крапивы по 30 %; листьев мяты перечной 20 %; корневищ с корнями валерианы и корневищ аира по 10 %.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследований показали, что содержание АКв объекта достаточно высокое. Содержание АК в представленных объектах колеблется в интервале [12,1—27,5 мг на 100 г объекта], при физиологической потребности 90 мг/сут.

Содержание аскорбиновой кислоты было несколько выше в крупнолистных чаях «Золотая чаша» ($22,00 \pm 0,18$ мг/100 г.) и «Принцесса Ява» ($22 \pm 0,18$ мг/100 г.), чем в чаях «Майский» ($16,5 \pm 0,18$ мг/100 г.) и «Гринфилд» ($16,5 \pm 0,18$ мг/100 г.). Так как содержание аскорбиновой кислоты зависит от особенностей технологии и условий хранения, то можно предположить, что крупнолистовой чай более богат данным витамином. Самый высокий уровень содержания витамина С отмечался в сборе «Фитонефрол» ($27,5 \pm 0,18$ мг.), что объясняется составом ЛРС. Содержание аскорбиновой кислоты в сборах «Фитоседан 2» и «Желудочный сбор» невысокое.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что применение зеленого чая и фитосборов позволит при их включении в рацион в значительной мере компенсировать гиповитаминоз С, характерный для зимнего и весеннего сезона на большей территории Волго-Уральского региона. Достаточная обеспеченность витамином С будет способствовать профилактике простудных заболеваний и нормализации иммунитета у детей и лиц пожилого возраста. Укрепление систем антиоксидантной клеточной защиты, особенно важно для работников вредных производств и лиц, проживающих в неблагоприятных экологических условиях.

Список литературы.

1. Гусев Н.Ф. К вопросу о новых перспективных видах лекарственного растительного сырья в южных областях России. / Гусев Н.Ф., Немерешина О.Н. О.Н. Немерешина, Н.Ф. Гусев // Известия Оренбургского государственного аграрного университета. 2008. Т. 3. № 19-1. — С. 258—261.
2. Гусев Н.Ф. Лекарственные и ядовитые растения как фактор биологического риска / Гусев Н.Ф., Немерешина О.Н., Н.Ф. Гусев, О.Н. Немерешина, Г.В. Петрова, А.В. Филиппова / Оренбург, Издательство ОГАУ. 2011. — 400 с.
3. Немерешина О.Н. О влиянии гипоксии на некоторые компоненты неферментативной антиокислительной защиты *Linaria vulgaris* Mill./ О.Н. Немерешина, Н.Ф. Гусев // Вестник Иркутской государственной сельскохозяйственной академии. 2011. № 44-6. — С. 88—95.
4. Немерешина О.Н. Содержание водорастворимых антиоксидантов и микроэлементов в образцах чая // О.Н. Немерешина, Н.Ф. Гусев, А.В. Филиппова // Успехи современного естествознания. 2013. № 11. — С. 54—64.
5. Тиньков А.А. Сравнительный анализ влияния растений семейства подорожниковые на росте *E. coli in vitro* / Тиньков А.А., Гатиатуллина Е.Р., Немерешина О.Н., Никоноров

ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННО-ДЕФОРМИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА С ИМПЛАНТОМ ПРИ ДИНАМИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ

Петрова Е.М., Бабчина П.И.

Санкт-Петербургский электротехнический университет "ЛЭТИ" им. В.И. Ульянова (Ленина)

Целью исследования Оценка влияния динамических нагрузок на изменение в структурах коленного сустава при полном эндопротезировании в динамике.

Материалы и методы. Выработан алгоритм исследования:

1.Ознакомиться со снимком коленного сустава,полученным при помощи компьютерной томографии.

2.Построить 3D-контур бедренной кости в программе DICOM «Просмотрщик» от компании Inobetec .

3.Для получения твердотельной геометрической модели кости конвертировать 3D-оболочку через программу MeshLab, в программный комплекс SolidWorks(для получения параметризованного твердого тела).

4.Построить модель бедренного элемента эндопротеза ,подходящего по размеру к исходной бедренной кости, в SolidWorks.

5.Совместить (по принципу полного эндопротезирования) соответствующие части протеза и кости в компьютерной среде SolidWorks

6.Построить компьютерную модель, учитывающую характер внешнего воздействия, граничные условия, и механические свойства структур сустава.

7.Провести вычисления напряжений, перемещений и деформаций (в динамике) в структурах бедренной кости , используя пакет Simulation.

8.Проанализировать полученные результаты.

Результаты и обсуждения. Предварительные результаты представлены в качестве эпюр напряжения и перемещения в системе бедренная кость-бедренный компонент эндопротеза. Данный алгоритм призван помочь, в будущем, хирургам при выборе типа эндопротеза, характера закрепления и увеличить время эксплуатации конструкций эндопротеза.

Выводы: В рамках данной работы были получены эпюры напряженно-деформированного состояния в системе бедренная кость- эндопротез. Проанализировав эпюры напряженно-деформированного состояния в системе бедренная кость- эндопротез можно сделать следующие выводы:

1. Максимальные перемещения обнаружены в проксимальном отделе кости, в зоне сопряжения компонентов протеза и кости. Максимальные напряжения – в дистальном отделе кости, что заслуживает особого внимания врача-ортопеда при выборе модели протеза;

2. В модели, исследуемой в данной работе, не обнаружены напряжения, превышающие разрушающие, а значит, костная ткань выдержит концентрацию напряжений, создаваемую имплантатом.

Список литературы.

1. Национальный стандарт российской федерации ГОСТ Р ИСО 7207-1-2005, Имплантаты для хирургии, бедренный и большеберцовый компоненты частичных и тотальных эндопротезов коленного сустава, часть 1, <http://law.rufox.ru/view/standarts/101200041177.htm>

2. «The long-term benefit of computer-assisted surgical navigation in unicompartmental knee arthroplasty», Journal of Orthopaedic Surgery and Research 2010, <http://www.josr-online.com/content/5/1/94>
3. «Sagittal curvature of total knee replacements predicts in vivo kinematics», 2006, www.elsevier.com/locate/clinbiomech
4. Miche` le Tr uscott and Deon de Beer, G. Vicatos, K. Hosking, L. Barnard and G. Booysen, R. I. Campbell, «Using RP to promote collaborative design of customised medical implants», Rapid Prototyping Journal, 2006.
5. Н.Н. Корнилов, Т.А. Куляба, «Артропластика коленного сустава» РНИИТО им.Р.Р. Вредена, 2012г.
6. Р.Хаскес «Метод конечных элементов в ортопедической биомеханике», Журнал «Биомеханика проблемы и исследования» стр. 57-68

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Позднякова А. В., Баясхаланова Ц. Б., Красильников А.А.

Научные руководители: Обыденко В.И., Баранчугова Л.М

Читинская государственная медицинская академия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из самых насущных проблем современной медицины [3]. На фармакологическом рынке широко представлены препараты, предназначенные для лечения данного осложнения, несмотря на это поиск новых препаратов не останавливается. Доклиническое испытание является одним из важных этапов внедрения препарата. Поэтому актуальным является вопрос моделирования ХСН у лабораторных животных с учетом патогенетических звеньев, патоморфологических особенностей данного состояния. На сегодняшний день предлагаются методы моделирования различных уровней сложности[1]. Исходя из вышесказанного целью нашего исследования явилось создание фармакологическое моделирование ХСН.

Материалы и методы. Эксперимент был проведен на 15 беспородных крысах-самцах массой 336 ± 23 гр. На первом этапе при моделировании хронической сердечной недостаточности было необходимо добиться развития тиреотоксикоза для достижение гипертрофии миокарда и дальнейшего дилатирования камер сердца обоих отделов. Для этого использовалось введение L-тироксина в дозе 1,6 мг/кг per os на крысу [2]. В течение 42 дней препарат вводили 1 раз в сутки. После развития клинического гипертиреоза и достижения декомпенсации по большому кругу кровообращения животным добавили 1 мл 40% этилового спирта в сутки для предупреждения обратного процесса. Забор исследуемого материала производился под хлороформным наркозом. Осуществлялась стандартная проводка и заливка в парафин для дальнейшего гистологического исследования. Окраска препаратов производилась гематоксилин-эозином, которые исследовались с применением программного обеспечения МЕКОС.

Результаты исследования. После забора материала при макроскопическом исследовании размеры сердца увеличились в продольно-поперечном размере по сравнению с контрольной группой, в частности особо были увеличены правые предсердие и желудочек, что отражает патоморфологическую картину хронической сердечной недостаточности с декомпенсацией по двум кругам кровообращения. При морфологическом исследовании поперечно-полосатая исчерченность размыта, что свидетельствовало о развитии белковой дистрофии. Присутствовали фибриноидный отек,

очаги глыбчатого распада кардиомиоцитов. Кардиомиоциты увеличивались в размерах за счет компенсаторной гипертрофии. При морфометрии их ширина достигала $23,7 \pm 4,2$ мкм, по сравнению с контролем – $12,8 \pm 4,1$ мкм. Размеры соединительнотканной прослойки составили $20,4 \pm 7,3$ мкм в эксперименте, в контроле – $13,4 \pm 5,4$ мкм. Гистологическая картина соответствовала картине кардиомиопатии, характерной для синдрома хронической сердечной недостаточности.

Вывод. Используемая методика моделирования достаточно доступна и не требует дополнительных затрат. Так, данная экспериментальная модель может использоваться как модель ХСН с декомпенсацией по обоим кругам кровообращения в виду ее патоморфологического соответствия картине ХСН.

Список литературы.

1. Казаченко А. А. и др. Сравнительная характеристика некоторых фармакологических моделей хронической сердечной недостаточности // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2008. – Т. 71. – №. 6. – С. 16-19.
2. Стадник Н.А., Боташева В.С. Морфология щитовидной железы при тиреотоксикозе // Кубанский научный медицинский вестник. 2014. №3
3. Федорова Т. А. Хроническое лёгочное сердце // Хронические обструктивные болезни легких. – 1998.

МЕТОДИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ КОРРОЗИЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Садырин Р.В., Макаров И.А.

Научные руководители: Мельников А.А., Стельникова И.Г.

Нижегородская государственная медицинская академия

Введение. Коррозийный препарат – анатомический препарат сосудов или полого органа, приготовленный путем их заполнения затвердевающей массой с последующим разрушением стенок агрессивной жидкостью; используется в качестве наглядного пособия.

Цель. Получение коррозийных препаратов предложенных структур.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе кафедры нормальной анатомии НижГМА. Материалом для исследования послужили почки свиньи после убоя животных.

Методика выполнения. Для изготовления коррозийного препарата инъецируемая масса вводится при помощи строительного пистолета с канюлей под визуальным контролем. В качестве массы использовали строительный силиконовый герметик представляющий собой: основа — каучук силиконовый, усилитель — вещество, обеспечивающее высокий показатель прочности герметика, а также определяющее его тиксотропную характеристику (диоксида кремния) и противогрибковая добавка.

Использовали силиконовый герметик объемом 290 мл. со строительным пистолетом для введения в а. renalis. Для этого на носик тубика герметика надели резиновую канюлю (для удобства введения) и закачивали содержимое герметика, держа пистолет в наклонном положении, плотно придерживая стенку сосуда анатомическим пинцетом для равномерного введения вещества со средней скоростью 1 мл в минуту (данная скорость и периодичность наиболее удобна, поскольку используя более высокую скорость и короткую периодичность, можно повредить сегментарные артерии). После введения инъецируемой массы почка подвергалась коррозии в 70 % водном растворе серной кислоты на протяжении трех суток. Мягкие ткани почки растворились, и препарат извлекли. Оставшиеся мягкие ткани удалили проточной водой. Коррозийный препарат был готов.

При использовании герметика выполнены слепки артериальной системы почки до артериол с минимальным диаметром 0,3 мм.

Результаты. Используя данную методику удалось создать препараты: «Артериальная система почки», «Венозная система почки», «Почечная лоханка с чашечками», «Бронхиальное дерево кролика».

Выводы. Предложенная методика имеет определённые плюсы: доступность изготовления коррозионных препаратов, практическая образованность в изучении студентами медицинских ВУЗов полых структур внутренних органов, позволяющая выявить архитектуру полых органов, протяжённость структур, внутренний рельеф стенки.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕМЕННИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ГИПЕРТИРЕОЗЕ

Санданова Б.Б., Непомнящая Л.В.

Научные руководители: к.м.н. Обыденко В.И., к.м.н. Баранчугова Л.М.

Читинская Государственная Медицинская академия

Ранее в научной литературе, влияние заболеваний щитовидной железы на мужскую репродуктивную функцию было недостаточно освещено. Клинические и экспериментальные исследования последних лет позволили выяснить роль гормонов щитовидной железы на функциональную активность мужской половой системы.

Цель работы - Изучение изменений морфологии семенников при экспериментальном гипертиреозе у крыс.

Материал и методы. В эксперименте были задействованы 15 крыс – самцов одного возраста. В качестве модели развития гипертиреоза вводили L- тироксин в дозе 50 мг на крысу в сутки, однократно в течение 30 дней. Далее животных выводили из эксперимента передозировкой ингаляционных анестетиков, после чего производили забор материала для морфологического исследования. Гистологическому анализу подвергались семенники крыс. Осуществлялась стандартная проводка и заливка в парафин. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином и исследовались с применением программного обеспечения МЕКОС. Статистическая обработка материала проводилась с применением критериев Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Макроскопически семенники экспериментальных животных не отличались от нормы. При морфометрическом исследовании диаметр извитых семенных канальцев у животных экспериментальной группы составил 110 ± 22 мкм, в то время как у контрольных животных 175 ± 30 мкм. Уменьшение диаметра канальцев у животных экспериментальной группы связано с истончением толщины сперматогенного эпителия до $57,3 \pm 20,3$ мкм, при этом в контроле толщина эпителия составляла $95,4 \pm 15,2$ мкм. Кроме того, у экспериментальных животных были обнаружены извитые семенные канальцы, в которых сперматогенный эпителий местами полностью отсутствовал. При изучении гистологических препаратов извитых семенных канальцев наблюдались изменения клеточного состава сперматогенного эпителия. В некоторых канальцах были видны разрушенные sustentocytes, однако на базальном слое сохранялись сперматогонии. Часть канальцев сохраняли свою структуру, но при этом количество зрелых сперматозоидов в просвете канальцев резко снижалось. Значительных изменений в структуре интерстиция обнаружено не было.

Заключение. У экспериментальных животных подверженных гипертиреозу выявлены дистрофические изменения сперматогенного эпителия извитых семенных канальцев.

ВЛИЯНИЕ ЦЕЛЕКОКСИБА, МЕЛАТОНИНА И ИХ КОМБИНАЦИИ НА ПРОЛИФЕРАЦИЮ ФИБРОБЛАСТОВ В УСЛОВИЯХ IN VITRO

Семенов С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Широко используемый в ревматологии целекоксиб обладает рядом недостатков, к числу которых относится чрезмерное ингибирование пролиферативных процессов в соединительной ткани. В то же время у основного гормона эпифиза мелатонина, обладающего широким спектром фармакологической активности, показана способность усиливать пролиферацию фибробластов.

Цель исследования. Сопоставить возможность модуляции пролиферации фибробластов под влиянием целекоксиба и мелатонина, а также их комбинации в условиях *in vitro*.

Материалы и методы. Эксперименты проводились на культуре фибробластов, получаемых их кожно-мышечного лоскута 10-дневного куриного эмбриона и поддерживаемых культивированием в вентилируемых чашках Петри. Для роста клеток применяли стандартную 199 питательную среду с солями Хенкса и глутамином с добавлением 10 % телячьей сыворотки. Для исследований использовали мелатонин и целекоксиб, растворенные в диметилсульфоксиде. Контролем служили пробы без добавления веществ. Планшеты инкубировали в течение 2 сут при 37.0° С в абсолютно влажной атмосфере с 5.0 % CO₂. Влияние веществ на пролиферативную активность определяли с помощью подсчета жизнеспособных клеток ручным методом в камере Горяева. Статистическую обработку результатов по сравнению с контролем проводили с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. При добавлении 10⁻⁶ М целекоксиба количество фибробластов достоверно падало (на 19 % по сравнению с контролем), а с увеличением концентрации вещества (10⁻³ М) число клеток уменьшилось более, чем в 2 раза. Самое выраженное ингибирующее влияние его на деление фибробластов зарегистрировано при максимальной из использованных конечных концентраций (10⁻¹ М), с гибелью 100 % клеток. По данным второй серии исследований, мелатонин оказывал противоположное действие. В высоких концентрациях (10⁻³, 10⁻⁶ М) он стимулировал клеточное деление, что подтверждалось достоверным приростом фибробластов в единице объема. В минимальной (подпороговой) концентрации (10⁻⁹ М) эпифизарный гормон не оказал значимого влияния на пролиферацию фибробластов по сравнению с контролем, кроме этого, наблюдался прирост числа погибших клеток в указанной пробе. Согласно результатам третьей серии, введение мелатонина и целекоксиба в равных концентрациях (10⁻³ М) вызвало достоверный пролиферативный эффект и дифференцировку фибробластов, при этом абсолютный прирост клеточной культуры составил более 80 %.

Выводы. Мелатонин (10⁻³ М) достоверно ослаблял антипролиферативное действие целекоксиба (10⁻³ М и 10⁻⁶ М) оказывая при этом протективный эффект, улучшающий регенерацию элементов соединительной ткани. Комбинированное применение целекоксиба и мелатонина может быть востребовано в клинических условиях, с целью повышения эффективности противоревматической терапии.

Список литературы.

1. Арушанян Э.Б. Мелатонин: биология, фармакология, клиника: монография / Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. – Ставрополь: АГРУС, 2015. – 396 с.
2. Арушанян Э.Б. Противовоспалительные возможности мелатонина / Арушанян Э.Б., Наумов С.С. // Клиническая медицина – 2013. – № 7. – С. 18-22.
3. Насонов Е.Л., Насонова В.А. Ревматология – национальное руководство / Насонов Е.Л. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 720 с.

4. Muxel S.M., Laranjeira-Silva M.F., Carvalho-Sousa C.E. et al. The RelA/cRel nuclear factor- κ B (NF- κ B) dimer, crucial for inflammation resolution, mediates the transcription of the key enzyme in melatonin synthesis in RAW 264.7 macrophages / S.M. Muxel // J. Pineal Res. – 2016. – № 60(4). – P. 394-404.
5. Sweeney S., Firestein G. Rheumatoid arthritis: regulation of synovial inflammation / S. Sweeney // Int. J. Biochem. Cell. Biol. – 2004. – № 36. – P. 372-378.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЙОДОДЕФИЦИТА СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Симонова К.А., Жигулина В.В.

Тверской государственный медицинский университет

Цель работы: определение у студентов 2-го курса специальности «стоматология» недостатка потребления йода, и оценка состояния их умственной и физической активности, как начальное проявление йододефицита.

Актуальность работы: йододефицитные заболевания по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) являются наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями на Земле. Почти каждый четвертый житель планеты испытывает йододефицит различной степени выраженности. В России более или менее выраженный дефицит йода наблюдается практически на всей территории, в том числе, и в Тверской области. Реальное потребление йода у жителей России составляет примерно 40–80 мкг в сутки, что ниже необходимого уровня в 2–3 раза. Недостаточное потребление продуктов, содержащих йод, а также потребление не йодированной соли является фактором развития йододефицитных заболеваний. Их распространенность в России составляет 10-15% среди городского населения и 13-35% среди сельского населения, а уровень потребности йода с питанием в 3 раза ниже рекомендованных норм. Дефицит йода может не иметь ярко выраженных проявлений. Наиболее тяжелые последствия йодный дефицит оказывает на мозг ребенка, формируя его необратимые изменения. Также от дефицита йода страдает слух, зрительная память, речь. Дефицит йода влияет на рождаемость и жизнеспособность потомства. Начальным же проявлением ежедневной нехватки йода является снижение уровня физической и умственной активности, что сказывается на результатах учебы студентов [1,2].

Методы и материалы исследования: анкетирование, полуколичественный метод определения йода в моче при помощи экспресс теста «ЙОДТЕСТ № 20», проведение теста с йодной сеткой - метод Б.А. Старожука (для косвенного выявления недостаточности йода в крови). Исследование проводилось среди 51 студента 2-го курса специальности «стоматология» (23 юношей и 28 девушек) [4]. Обработку результатов анкетирования проводили с помощью программ Microsoft Excel и Microsoft PowerPoint [3].

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что йодированную соль употребляют 42,9% студентов, не йодированную соль – 0,42%, и не обращают внимания при покупке соли в магазине – 47,6%. 28,6% студентов употребляли йодсодержащие препараты в профилактических целях в последнее время, в то время, как не употребляли – 71,4%. Наиболее употребляемы студентами продукты: мясо – 24,1%, мучные изделия – 17,7%, картофель – 17,7%, гречка – 21,5%, горох, фасоль, капуста – 7,6%, морские продукты – 11,4%. Морские продукты 14,3% опрошенных студентов употребляют часто, т.е. несколько раз в неделю, 66,7% - редко, а 14,3% - совсем не употребляют. При приготовлении горячих блюд дома 28,6% студенты кладут йодированную соль за 10 минут до окончания приготовления пищи, что способствует сохранению йода, 71,4% - больше чем за 10 минут. Во время еды йодированную соль добавляют в пищу 42,9% опрошенных, а 57,1% - больше не досаливают еду. 57,1% студентов знает, как правильно

нужно хранить йодированную соль, чтобы йод не улетучился, и в течение какого срока пропадают ее полезные свойства, 42,9% - не знают. Следовательно, 57,1% хранят соль в герметичной банке, а 42,9% - хранят ее неправильно (в открытой ёмкости, упаковке). За последние полгода 20,6% опрошенных заметили за собой повышение раздражительности, 28,6% - сонливости, 22,2% - вялости, 3,2% - потливости, 7,9% - отмечали сухость кожи и 17,5% заметили снижение умственной активности и памяти, что связывали с большой учебной нагрузкой в процессе обучения. При проведении нами теста с йодной сеткой, она исчезла у 42,1% через 6-8 часов (умеренный дефицит йода), у 57,9% - в течение суток (дефицит йода отсутствует). Явного дефицита йода ни у одного из исследуемых студентов обнаружено не было. В норме содержание йода в моче у взрослых и школьников варьирует от 100 до 300 мкг/л.

Закключение. Таким образом, установлено, что у 29,4% исследуемых концентрация йода в моче ниже нормы (71,3% - юноши и 28,7% - девушки). Это связано с тем, что юноши более пренебрежительно относятся к приготовлению полноценной пищи, к выбору потребляемой соли, к поддержанию своего здоровья, меньше употребляют витаминов и йодсодержащих препаратов. У 70,6% студентов содержание йода находится в пределах нормы (35,3% больше или равно 100 мкг/л, а у 64,7% меньше или равно 300 мкг/л йода).

Список литературы.

1. Белых, Н.А. Актуальность йододефицитных заболеваний для беременных, кормящих матерей и детей грудного возраста. Современные методы профилактики / Н.А. Белых // Украинский журнал детской эндокринологии. - 2015. - № 1. – С. 41-50.
2. Дзахмишева, И.Ш. Профилактика йододефицита функциональными продуктами питания / И.Ш. Дзахмишева // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10 – С. 2418-2421.
3. Лапач, С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2000. - 320 с.
4. Павленко, Д.В. Исследование проблемы йододефицита в г. Комсомольске-на-амуре / Д.В. Павленко, И.Г. Шаталова // Сб. науч. Тр. / Актуальные вопросы современной медицины: материалы 72-й итоговой научной конференции молодых ученых и студентов – Хабаровск, 2016. – С. 113-115.

ИЗМЕНЕНИЕ В МОРФОЛОГИИ МИОКАРДА ПРИ СОЧЕТАННОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ХИМИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ

Смагул Т.Т. Изимов Э.Б. Зиганьшина А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Егембердиева Р.Е.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата
Оспанова, Казахстан

Актуальность: Согласно анализу научных исследований, загрязнение окружающей среды приводит к ухудшению здоровья населения и развитию различных заболеваний [1, 2, 4]. Особый интерес отводится изучению влияния на миокард соединений хрома и бора. В последнее десятилетие появились убедительные данные о неблагоприятном влиянии ксенобиотиков на сердечно-сосудистую систему. Обширные литературные данные свидетельствуют о том, что экологические факторы увеличивают риск сердечно-сосудистых заболеваний [1,2,5]. Соответственно неадекватное поступление микроэлементов в организм закономерно приводит к морфологическим и функциональным изменениям тканей и органов.

Известно, что хром является жизненно необходимым, то есть эссенциальным микроэлементом и участвует в регуляции жирового и углеводного обмена, а бор является условно-эссенциальным микроэлементом и регулирует активность паратгормона паращитовидной железы, т.е. данные элементы являются необходимыми для нормального функционирования организма[4].

В Актюбинской области имеется ряд природных и техногенных источников поступления химических соединений в окружающую среду и это становится экологической проблемой региона потому, что содержание хрома и бора в воздухе, в воде и в почве повышено. В связи, с чем Актюбинская область является борной и хромовой биогеохимической провинцией. Учитывая, что заболевания органов сердечно-сосудистой системы распространены среди населения горда Актобе представляет большой интерес изучение сочетанного воздействия соединений хрома и бора на миокард животных (в эксперименте) [2, 3].

Цель исследования: изучение сочетанного воздействия соединений хрома и бора на морфологию миокарда белых крыс.

Материалы и методы.

Объектом исследования был миокард 60 белых неполовозрелых крыс-самцов линии Вистар весом 120 ± 20 гр.

Материал представлен контрольной и экспериментальной группой. Соединения хрома и бора, а именно растворы бихромата калия и борной кислоты, вводили животным внутривентриально, в дозе равной ПДК для питьевой воды в течение 20 дней из расчета 1 мл раствора на 100 гр. веса животного.

Обе группы животных содержались на стандартном общевиварном рационе. Экспериментальных животных выводили из эксперимента на 1, 15, 30 сутки после последнего введения химических соединений под легким эфирным наркозом путем декапитации, по 5 крыс, с соблюдением «Правил проведения работ с экспериментальными животными». После забоя определяли массу сердца. Для гистологического исследования производили забор кусочков сердца с последующей фиксацией в 10% растворе формалина, заливкой в парафин и окраской полученных срезов гематоксилином и эозином и по ван Гизон. Морфологические исследования проводили с комплексным изучением результатов органомерических и гистологических методов. Морфометрическим методом определяли соотношение мышечной и соединительной тканей по срокам эксперимента.

Статистическая обработка материала проводилась по программе Biostat Exс «Медико-биологическая статистика».

Результаты и обсуждение.

Морфологическая картина миокарда молодых крыс на 1-е сутки характеризуется началом формирования межмышечного отека, сосуды микроциркуляторного русла умеренно полнокровны, наблюдается незначительное разрастание соединительной ткани вокруг сосудов. Продольное расположение и поперечно-полосатая исчерченность кардиомиоцитов сохранены. Периваскулярный, очаговая лейкоцитарная инфильтрация.

На 15-е сутки отмечается нарастание отека и, как следствие, истончение миофибрилл, отмечается круглоклеточная инфильтрация, сосуды полнокровны, наблюдается периваскулярный отек и очаговые диапедзные кровоизлияния. Отдельные кардиомиоциты фрагментированы.

На 30-е сутки: ярко выраженный отек, кардиомиоциты в состоянии дистрофии, периваскулярный отек сохраняется, сосуды резко полнокровны, присутствуют очаговые диапедзные кровоизлияния. Отмечается волнообразная деформация кардиомиоцитов с сохранением поперечно-полосатой исчерченности вследствие отека стромы миокарда. Отек с очаговой фрагментацией кардиомиоцитов, умеренная реакция ретикулярной ткани.

В результате гистологического и морфометрического исследования в эксперименте при внутривентриальном введении соединений хрома и бора в миокарде были выявлены изменения.

У неполовозрелых экспериментальных животных на всех сроках исследования в миокарде наблюдается картина острого нарушения кровообращения в виде полнокровия, диapedезных кровоизлияний различной величины и локализации, периваскулярного отека и отека стромы миокарда и, как следствие этого – дистрофия клеток с переходом в некроз. Перечисленные морфологические изменения структуры миокарда и сосудов постепенно нарастают к концу эксперимента.

Заключение и выводы.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что соединения хрома и бора в дозе равной ПДК для питьевой воды вызывают выраженные структурные изменения в миокарде. Морфометрические показатели коррелируют с патоморфологической картиной миокарда.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ДВАЖДЫ СЕРОНЕГАТИВНОЙ МИАСТЕНИИ ГРАВИС У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Смеянович С.В., Вазюро А.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Миастения гравис (МГ) – это аутоиммунное заболевание, ведущую роль в патогенезе которого играет повреждение различных структур нервно-мышечного синапса и мышцы поликлональными антителами (АТ) [1]. Болезнь проявляется слабостью и патологической мышечной утомляемостью. За последние годы увеличилось число пациентов с диагнозом миастения гравис (в Республике Беларусь в период с 1987 по 2012 годы заболеваемость возросла на $1,62 \pm 0,42$ на 1 млн. населения) [2]. Миастения гравис является важной медико-социальной проблемой, так как ведет к росту инвалидизации трудоспособного населения и к увеличению экономических потерь со стороны государства. Исследования, проведенные в разных странах, подтверждают сложность диагностики миастении гравис. Таким образом, актуальной задачей является усовершенствование методов ранней диагностики, лечения и реабилитации пациентов с МГ. Обнаружение повышенной концентрации сывороточных антител к ряду аутоантигенных структур является «золотым стандартом» при постановке диагноза МГ. Однако на современном этапе развития медицины возникают сложности при установлении верного диагноза в связи с отсутствием антител к N-холинорецепторам и к MuSK (Muscle-Specific Kinase) рецепторам.

В ходе научной работы была поставлена цель, выявить особенности этиопатогенеза и клинического течения дважды серонегативной миастенией гравис среди пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Для этого были изучены этиология и патогенез данного заболевания, в частности основные антигенные мишени, поражаемые при данном заболевании; проанализированы медицинские карты пациентов с диагнозом дважды серонегативной миастении гравис, проходящих лечение в РНПЦ «Неврологии и нейрохирургии»; изучены особенности клинического течения МГ среди пациентов молодого возраста.

Материал и методы. Проанализированы 23 медицинские карты пациентов с дважды серонегативной миастенией гравис, находившихся на стационарном лечении в РНПЦ «Неврологии и нейрохирургии» в 2013 -2016гг., включавшие общесоматические и неврологические обследования с применением диагностических миастенических тестов, ЭНМГ, КТ и МРТ средостения, ИФА антител к N-холинорецепторам и MuSK рецепторам.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто при МГ поражаются холинорецепторы (N-XP) постсинаптической мембраны мышечных волокон (у 80-85% пациентов с МГ имеются АТ к N-XP) [1]. Комплемент-опосредованный лизис постсинаптической мембраны – ведущее звено в патогенезе заболевания. Таким образом, принято

классифицировать МГ по аутоиммунному критерию на серопозитивную (при наличии у пациента антител к N-ХР), и серонегативную (при их отсутствии). Серонегативной является MuSK-положительная МГ. При отсутствии АТ к N-ХР и MuSK говорят о дважды серонегативной МГ. У 20% пациентов с дважды серонегативной МГ обнаруживают антитела к Lrp 4 (Lipoprotein receptor-related protein 4), которые играют важную роль в этиопатогенезе ДС МГ [3]. В клиническом течении Lrp 4-позитивной МГ прослеживаются отличительные особенности.

В результате проведенного исследования среди 23 пациентов с диагнозом МГ, у которых при проведении ИФА отсутствовали антитела к N-холинорецепторам и MuSK рецепторам, обнаружено, что 59% пациентов находятся в возрасте 18-45 лет (молодой), 25% - в возрасте 45-60 лет (средний), 8% - в возрасте 61-75 лет (пожилом), 8% пациентов находятся в возрасте 76-90 лет (старческом).

Группа пациентов молодого возраста (14 человек) анализировалась по следующим критериям: пол, класс тяжести заболевания, локализация патологического процесса, ответ ЭНМГ, реакция на терапию антихолинэстеразными препаратами (АХЭП), наличие патологии вилочковой железы. Среди пациентов данной группы 93% были женщинами и 7% мужчинами. 1 класс тяжести МГ имели 50% пациентов, 2 класс тяжести - 36% пациентов, 3 класс тяжести - 14% пациентов, локальная и генерализованная формы по 50%. У 93% пациентов на ЭНМГ отсутствовали нарушения нервно-мышечной передачи. У 79% пациентов наблюдалась полная реакция на терапию АХЭП, неполная реакция была у 14% и реакция отсутствовала только у 7%. У 64% пациентов была выявлена гиперплазия вилочковой железы, у всех пациентов отсутствовали тимомы.

Выводы: В ходе исследования были выявлены следующие особенности клинического течения дважды серонегативной МГ у пациентов молодого возраста:

- преимущественно болеют женщины (93%).
- болезнь имеет преимущественно мягкое течение:
 - у 50% пациентов развивается локальная форма;
 - возможна минимальная терапия, так как у 79% наблюдалась полная реакция на терапию АХЭП.
- ЭНМГ исследование не имеет высокой диагностической ценности при постановке диагноза ДС МГ (отрицательный результат у 93% пациентов).
- отсутствует связь данной формы МГ с тимомой.

Таким образом, основываясь на данные, полученные в результате исследования, а так же литературные источники, есть основание полагать, что этиологическим фактором дважды серонегативной миастении гравис у лиц молодого возраста в данном исследовании являются антитела к Lrp 4.

Список литературы

1. Дедаев, С. И. Антитела к аутоантигенным мишеням при миастении и их значение в клинической практике [Текст] / С. И. Дедаев // Нервно-мышечные болезни: лекции и обзоры. – Москва, 2014. – С. 6-15.
2. С.А. Лихачёв, С.Л. Куликова, А.В. Астапенко Эпидемиология миастении в Республике Беларусь [Текст] / С. Л. Куликова // Журнал неврологии и психиатрии. -2014. -№1. – С. 54-57.
3. S. Apostolski, Myasthenia gravis [Текст]// Immunology education neurology course. - Краков, 2016.

ВЛИЯНИЕ D-АСПАРАГИНА НА ТЕЧЕНИЕ ГИПОГОНАДИЗМА ПРИ ОСТРОМ ПОВРЕЖДЕНИИ СПИННОГО МОЗГА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ У КРЫС

Смолина О. В., Холодова В.Е., Трофименко А.И.

Кубанский государственный медицинский университет

Заболевания, приводящие к острому повреждению спинного мозга, в том числе спинальный инсульт, приводят к значительным нарушениям функции мужской половой системы: развивается атрофия семенников, нарушается сперматогенез, снижается продукция тестостерона [2].

Перспективным методом лечения нарушенной половой функции может стать использование D-аспарагина. D-аспарагиновая кислота в гипофизе и семенниках играет определенную роль в регуляции высвобождения и синтеза лютеинизирующего гормона (ЛГ) и тестостерона. D-аспарагиновая кислота опосредовано через вторичные мессенджеры (цГМФ в гипофизе и цАМФ в семенниках) стимулирует высвобождение соматотропина и ЛГ и тестостерона [3]. ЛГ в свою очередь стимулирует работу клеток Лейдига (вплоть до гипертрофии), которые синтезируют тестостерон, так же сама D-аспарагиновая кислота повышает уровень тестостерона, что в перспективе может создать условия для восстановления половой функции.

Цель. Исследование влияния D-аспарагина на выработку тестостерона при экспериментальном спинальном инсульте у самцов крыс.

Материалы и методы. Исследование выполнено в лаборатории кафедры общей и клинической патологической физиологии ФГБОУ ВО КубГМУ. Эксперименты проведены на 60 белых нелинейных самцах крыс средней массой 350 ± 75 гр. Содержание животных и постановка экспериментов проводились в соответствии с требованиями приказов МЗ РФ от 01.04.2016 года № 199, а также международными правилами «Guide for the Care and use of the Laboratory Animals». Оперативные вмешательства сопровождались использованием золетил-ксилазинового наркоза [1].

Характеристика групп животных: группа №1 (интактные) – из 20 крыс, которых использовали в качестве контроля; группа №2 (сравнения) – из 20 крыс которым воспроизводился фокальный фототромбоз грудного отдела спинного мозга с последующим забором крови на 17 сутки; группа №3 (опытная) – из 20 животных, которым выполнялось моделирование спинального инсульта с последующим введением D-аспарагина на 3-и сутки в течение 3 дней, с последующим забором крови на 17 сутки.

D-аспарагин у крыс из группы №3 применялся внутривенно в виде 0,5% раствора приготовленного на воде для инъекций, Курсовая доза D-аспарагина составила 21,7 мг/кг.

Моделирование спинального инсульта проводилось по модифицированной методике E. Sundström путем фототромбоза сосудов грудного отдела спинного мозга лазером с длиной волны 514 нм, в качестве фотосенсибилизатора использован эритрозин, для ингибирования фибринолиза применялась транексамовая кислота.

В плазме крови исследуемых животных определяли уровень общего тестостерона методом иммуноферментного анализа (ИФА) с помощью набора «Ray Biotech, Inc.» (Германия). ИФА проводили на фотометре вертикального сканирования «ANTHOS 2010» (Австрия) с помощью программного обеспечения «Auswerte-Software anthos labtec», версия 2.3.0.7.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программного обеспечения «Statistica 10 version» фирмы «Stat Soft Inc.». Полученные результаты исследуемых групп после статистической обработки выражали в виде медианы (Me) с использованием 25 и 75 перцентилей (p25 и p75). Для проверки гипотезы о гауссовом распределении показателей в исследуемых группах использовали критерий Шапиро-Уилка. В связи с тем, что распределение значений исследуемых показателей в группах отличалось от нормального, их сравнение проводилось по непараметрическому критерию Манна-Уитни (U test), с установлением уровня значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения.

При исследовании плазмы крови крыс из группы №1 (интактные) концентрация общего тестостерона составила 3,31 нг/мл. В плазме крови животных из группы №2 (без D-аспарагина) на 17 сутки после моделирования спинального инсульта уровень общего тестостерона составил 0,154 нг/мл., что статистически достоверно ($p \leq 0,05$) в 21,5 раз ниже контроля. В плазме крови животных из группы №3 получавших D-аспарагин с 3 по 6 сутки эксперимента, на 17 сутки после моделирования спинального инсульта уровень общего тестостерона составил 0,627 нг/мл., что статистически достоверно ($p \leq 0,05$) в 5,3 раза ниже контроля. Таким образом, в плазме крови самцов крыс группы №3, которые получали D-аспарагин с 3 по 6 сутки от начала экспериментального инсульта, к 17 суткам концентрация общего тестостерона составила 0,627 нг/мл, что статистически достоверно ($p \leq 0,05$) в 4 раза выше, чем в группе №2 (без D-аспарагина).

Выводы. Применение D-аспарагина в курсовой дозе 21,7 мг/кг в период с 3 по 6 сутки от начала экспериментального спинального инсульта у крыс приводит к 4-х кратному нарастанию концентрации общего тестостерона к 17 суткам от начала эксперимента, в сравнении с крысами группы №2 не получавших D-аспарагин.

Список литературы

1. Трофименко А.И. β -эндорфин и цитокиновый профиль в динамике экспериментального ишемического инсульта [Электрон. ресурс]/ А.И. Трофименко // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6.; Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=16368> (дата обращения: 10.02.2017).
2. Fortune R.D. Changes in gene expression and metabolism in the testes of the rat following spinal cord injury // J. Neurotrauma. 2006. DOI: 10/1089/neu.2016.4641
3. Топо Е. The role and molecular mechanism of D-aspartic acid in the release and synthesis of LH and testosterone in humans and rats // Reproductive Biology and Endocrinology. 2009. 7:120. DOI: 10.1186/1477-7827-7-120

ВЛИЯНИЕ РАЗНОГО СВЕТОВОГО РЕЖИМА НА ПСИХОТРОПНУЮ АКТИВНОСТЬ ФЕНАЗЕПАМА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С МЕЛАТОНИНОМ

Сотникова Л.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Для лечения тревожных расстройств используют бензодиазепиновые анксиолиты, которые обладают побочными эффектами, в виде нежелательного влияния на память и моторику. Поскольку известно, что у эпифизарного гормона мелатонина обнаружена способность усиливать действие различных лекарственных средств, представлялось интересным изучить его взаимодействие с феназепамом, в том числе, в условиях функциональной эпифизэктомии. Одним из таких приемов служит длительное экспонирование животных на свету, что приводит к ограничению естественной выработки гормона [1].

Целью исследования является изучение влияния фиксированного и постоянного светового режима на активность феназепама и его сочетания с мелатонином.

Материал и методы. Опыты были выполнены на 50 белых крысах-самцах, массой 200-250 грамм. Предварительно поведенческие показатели оценивали с помощью традиционных методик: «Открытое поле» (ОП), «Приподнятый крестообразный лабиринт» (ПКЛ) и «Экстраполяционное извлечение».

Крыс подразделяли на несколько групп: в первой они содержались при фиксированном режиме (12 часов свет, 12 темнота); во второй крысы находились при постоянном освещении (24 часа). В свою очередь, в каждой группе выделяли несколько

подгрупп: интактные животные, которым в течение 7 суток (внутрибрюшинно) водили физиологический раствор, крысы, получавшие раствор феназепама (2 мг/кг), мелатонина (5 мг/кг), и их сочетание в тех дозах. Статистическая обработка производилась с помощью парного критерия Стьюдента.

Результат и их обсуждение. Согласно полученным данным, в условиях фиксированного светового режима у животных отмечалась высокая двигательная активность в ОП. В ПКЛ крысы предпочитали дольше находиться в открытых рукавах лабиринта и реже посещали закрытые, что указывает на низкую тревожность. Также наблюдалось уменьшение латентного периода подныривания под края цилиндра в тесте «Экстраполяционного избавления». Полученные результаты позволяют судить о сохранности памятного следа. При воздействии постоянного освещения происходило ограничение всех изученных показателей. В ОП достоверно снизилось число пересеченных сегментов, крысы дольше находились в закрытых рукавах ПКЛ, в тесте «Экстраполяционного избавления» отмечалось удлинение времени выныривания из-под цилиндра.

Феназепам в тесте ПКЛ при обоих световых режимах оказывал выраженный анксиолитический эффект (достоверно увеличилось время, проведенное в открытых рукавах лабиринта). При фиксированном освещении он ограничивал подвижность в ОП. В тесте «Экстраполяционного избавления» отмечалась тенденция к заметному увеличению латентного периода подныривания под края цилиндра, что указывало на ухудшение памяти. Длительное пребывание животных на свету отрицательно сказывалось на действии анксиолитика о всех изученных тестах, потенцируя негативные поведенческие сдвиги.

Мелатонин нивелировал эффекты постоянного освещения, о чем свидетельствовало значимое увеличение двигательной активности в ОП, более частное посещение животными открытых рукавов ПКЛ, снижение латентного ответа в тесте «Экстраполяционного избавления». При фиксированном режиме сочетание исследованных веществ усиливало локомоцию в ОП с достоверным снижением латентного ответа в тесте «Экстраполяционного избавления». Синергизм препаратов проявлялся также в тесте ПКЛ, где значимо увеличилось время, проведенное в открытых рукавах установки. В условиях постоянного освещения потенцирующий эффект мелатонина проявлялся более отчетливо.

Заключение: Мелатонин нивелирует у крыс поведенческие нарушения, возникающие при постоянном освещении, и потенцирует психотропную активность феназепама.

Список литературы.

1. Арушанян Э.Б. Гормон эпифиза мелатонин и его лечебные возможности // РМЖ. 2005. №26. С. 1755

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ГУБЧАТОГО ВЕЩЕСТВА ПРОКСИМАЛЬНОГО ЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ БЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ 60- СУТОЧНОГО ВВЕДЕНИЯ НАТРИЯ БЕНЗОАТА

Фастова О.Н.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

В рационе современного человека в качестве консерванта широко используется Е211, или натрия бензоат (НБ) [6], сведения о влиянии которого на биологические

объекты неоднозначны. НБ оказывает мощное проокислительное действие [8], мутагенное воздействие на митохондриальную ДНК, приводит к угнетению клеточного дыхания и окислительному стрессу в клетках эпителия тонкой кишки [7]. С другой стороны, НБ улучшает двигательные функции у мышей с болезнью Паркинсона [8]. Установлено также, что длительное введение НБ сопровождается угнетением темпов роста костей и снижением их прочности [3]. Цель данного исследования - изучить минеральный и макроэлементный состав губчатого вещества проксимальных эпифизов (ПЭ) большеберцовых костей (ББК) у половозрелых крыс после 60-суточного употребления в пищу НБ в различной концентрации.

Материалы и методы. Исследование проведено на 105 белых крысах с исходной массой 200-210 г, распределенных на 3 группы: 1-ю - контрольные животные, 2-ю и 3-ю - крысы, которым в течение 60-ти суток внутрижелудочно вводился 1 мл НБ в дозе 500 мг/кг/сутки и 1000 мг/кг/сутки соответственно (группы НБ1 и НБ2).

Через 3, 10, 15, 24 и 45 суток после окончания введения НБ крыс декапитировали под эфирным наркозом, выделяли ББК и отделяли ПЭ. ПЭ исследовали весовым методом [4], а также определяли содержание натрия, калия, магния и кальция на атомно-абсорбционном фотометре «Сатурн»-2 [1], и содержание фосфора по Бригсу на электрофотоколориметре КФК-3 [5].

Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ [2]. Достоверными считали отличия с уровнем значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На 3 сутки в группе НБ1 содержание воды в ПЭ ББК было больше контроля на 11,91%, а доля минеральных веществ – меньше на 5,58%. При этом в ПЭ содержание кальция и соотношение кальций/фосфор были меньше контроля на 6,33% и 6,41%, а содержание натрия, калия и магния превосходило контроль на 7,17%, 9,16% и 5,03%.

В дальнейшем содержание воды в ПЭ ББК оставалось больше контроля с 10 по 45 сутки на 11,99%, 11,11%, 10,08% и 5,50%, а доля органических и минеральных веществ была меньше контрольной с 10 по 24 сутки на 4,39%, 4,10% и 4,17% и на 5,33%, 4,90% и 4,11%. При этом содержание кальция и соотношение кальций/фосфор в ПЭ на 10 и 15 сутки оставалось меньше контроля на 6,47% и 6,09% и на 7,06% и 6,68%. Содержание натрия, калия и магния в ПЭ ББК на 10 и 15 сутки оставалось больше контроля на 7,06% и 6,58%, на 8,07% и 6,71% и на 5,35% и 5,35%.

В группе НБ2 на 3 сутки содержание воды в ПЭ ББК было больше контрольного на 15,47%, а доля органических и минеральных веществ – меньше на 6,85% и 6,71%. Содержание кальция и соотношение кальций/фосфор были меньше значений группы К на 8,83% и 10,15%, а содержание натрия, калия и магния превосходило контрольное на 9,02%, 12,61% и 8,60%.

В дальнейшем соотношение кальций/фосфор оставалось меньше контроля с 10 по 45 сутки на 9,74%, 9,51%, 8,60% и 5,51%, а содержание кальция с 10 по 24 сутки – на 8,39%, 8,19% и 6,94%. Также, содержание калия и магния в ПЭ ББК оставалось больше контрольного с 10 по 45 сутки на 12,12%, 10,79%, 8,81% и 6,32% и на 8,77%, 7,75%, 5,16% и 4,59%, а содержание натрия с 10 по 24 сутки – на 10,55%, 8,74% и 7,55%.

Известно, что НБ в тонкой кишке вступает в реакцию с аскорбиновой кислотой и синтезируется бензол, который вызывает прямое повреждение молекулы ДНК митохондрий, что приводит к нарушению синтеза АТФ в клетках организма [9] и, в частности, в клетках реактивных отделов скелета – эпифизарных хрящей и надкостницы. Вероятно, это сопровождается нарушением физиологической регенерации костей, что и сказывается на их минеральном и макроэлементном составе.

Заключение. Внутрижелудочное введение НБ в течении 60 суток сопровождается дисбалансом минерального и макроэлементного состава губчатого вещества

проксимального эпифиза ББК, степень выраженности и темпы восстановления которого зависят от дозы вводимого препарата.

Список литературы.

1. Брицке Э.М. Атомно-абсорбционный спектральный анализ / Э.М. Брицке. – М.: Химия, 1982. – 244 с.
2. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. – Киев: «Морион», 2001. – 210 с.
3. Лукьянцева Г.В. Влияние 60-дневного введения бензоата натрия на прочностные характеристики костей скелета белых крыс в период реадaptации / Г.В. Лукьянцева, В.И. Лузин, В.Н. Морозов // Травма. – 2014. - Том 15, № 3. - С. 30-32.
4. Новиков Ю.В. Применение спектрографии для определения минерального состава костной ткани при гигиенических исследованиях / Ю.В. Новиков, А.В. Аксюк, А.М. Ленточников // Гигиена и санитария. - 1969. - №6. - С.72-76.
5. Полуэктов Н.С. Методы анализа по фотометрии пламени / Н.С. Полуэктов. - М.: Химия, 1967. - 307 с.
6. Concise International Chemical Assessment Document 26. Benzoic acid and sodium benzoate / A. Wibbertmann, J. Kielhorn, G. Koennecker [et al.] Geneva: World Health Organization, 2010. – 48 p.
7. DNA content alterations in *Tetrahymena pyriformis* macronucleus after exposure to food preservatives sodium nitrate and sodium benzoate / A.C. Loutsidou, V.I. Hatzi, C.T. Chasapis, [et al.] // Acta Biol. Hung. – 2012. – Vol. 63(4). – P. 483-489.
8. Ikarashi Y. Analysis of preservatives used in cosmetic products: salicylic acid, sodium benzoate, sodium dehydroacetate, potassium sorbate, phenoxyethanol, and parabens / Y. Ikarashi, T. Uchino, T. Nishimura // Kokuritsu Iyakuhiin Shokuhin Eisei Kenkyusho Hokoku. – 2010. – V. 128. – P. 85-90.
9. Production of Benzene from Ascorbic Acid and Sodium Benzoate. A White Paper Produced by AIB International. – Manhattan, Kansas, 2006. – 4 с.

НОВЫЕ ВИДЫ ВЕТВЛЕНИЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Холодова В.Е.

Кубанский государственный медицинский университет

Подмышечная артерия является продолжением подключичной артерии, расположена в глубине подмышечной ямки. Она начинается на уровне ключица и у нижнего края сухожилия широчайшей мышцы спины переходит в плечевую артерию. Соответственно топографии передней стенки подмышечной полости подмышечную артерию условно подразделяют на три части. От каждой из них отходят определенные ветви, кровоснабжающие расположенные рядом мышцы, суставы. Однако количество и топография ветвей подмышечной артерии изменчивы. Знание ветвления подмышечной артерии имеет практическое значение при операциях в области подмышечной ямки.

Цель. Целью настоящего исследования было изучение аномальных видов ветвления подмышечной артерии.

Материалы и методы. Учебно-исследовательская работа студентов на кафедре анатомии: анатомическое препарирование области подмышечной ямки, литературные данные.

Результаты и обсуждения. В процессе препарирования трупного материала во время проведения учебно-исследовательской работы студентов нами был выявлен новый вариант ветвления подмышечной артерии, отличающийся от типичного, описанного в литературе по анатомии человека.

В классическом варианте в первом отделе, на уровне ключично-грудного треугольника, от подмышечной артерии отходят следующие ветви: подлопаточные ветви, верхняя грудная артерия, грудокромиальная артерия.

Во втором отделе, на уровне грудного треугольника, от подмышечной артерии отходит латеральная грудная артерия.

Ветвями третьей части, соответствующей подгрудному треугольнику, являются подлопаточная артерия, которая делится на артерию, огибающую лопатку, и грудоспинную артерию, а также передняя и задняя артерии, огибающие плечевую кость.

В выявленном нами варианте наблюдали следующие изменения ветвления подмышечной артерии. Верхняя грудная, латеральная грудная и подлопаточная артерии начинались от общего ствола, отходящего от подмышечной артерии. При этом общий ствол проходил параллельно подмышечной артерии позади подмышечной вены и переходил в подлопаточную артерию, которая заканчивалась артерией, огибающей лопатку, направляющейся в трехстороннее отверстие.

Кроме того, было выявлено отсутствие второй конечной ветви подлопаточной артерии, а именно – грудоспинной артерии.

Наряду с этим был обнаружен измененный вариант отхождения задней артерии, огибающей плечевую кость. Эта артерия, идущая в четырехстороннее отверстие, была очень крупной и отходила не от самой подмышечной артерии, а от ее ветви. Из литературы известно, что задняя артерия, огибающая плечевую кость, иногда может отходить от глубокой артерии плеча, которая в этом случае является дополнительной ветвью подмышечной артерии, а не ветвью плечевой артерии. На основании этого можно предположить, что наблюдаемая ветвь подмышечной артерии, от которой отходила задняя артерия, огибающая плечевую кость, является глубокой артерией плеча.

Выводы: Выявлены новые виды ветвления подмышечной артерии, которые отличаются от классического, описанного в литературных данных по анатомии человека. Изучение вариантов ветвления подмышечной артерии, ее дополнительных ветвей имеет практическое значение при операциях в области подмышечной ямки (иссечении подмышечных лимфатических узлов, перевязки подмышечной артерии).

РАЗРАБОТКА МЕТОДА СТИМУЛЯЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ С БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ КОСТНЫМ МАТРИКСОМ

Халиуллина Г.А.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Рагинов И.С.
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Переломы, являясь результатом наиболее тяжелых травм, составляют одну из самых серьезных проблем травматологии. По статистике, ежегодно в мире выполняется около двух миллионов операций по поводу переломов конечностей (1). Восстановление целостности поврежденных длинных трубчатых костей со значительными дефектами остается одной из сложных и до конца не решенных проблем в травматологии и ортопедии. В этом направлении признаны перспективными подходы, предполагающие применение методов тканевой инженерии и клеточных технологий.(2)

Цель исследования — работа направлена на синтез гелеобразного вещества в состав которого входит деминерализованный костный матрикс (ДКМ) и трехмерный матрикс, для дальнейшего его трансплантации в область травмы для стимуляции посттравматической регенерации костной ткани.

Материалы и методы: в лабораторных условиях нами был получен ДКМ.(3) Для моделирования имплантов различной формы, а так же для создания адекватных условий

для миграции, пролиферации и дифференцировки костных клеток, мы разрабатывали трехмерный матрикс, в основе которого лежит модифицированный коллаген (подана заявка на патент).

Полученным комплексом ДКМ+трехмерный матрикс в дальнейшем заполняли дефект бедренной кости у кроликов. 5 кроликам, под ингаляционным наркозом, линейным разрезом широко открывали доступ к бедренной кости. Рассекали мышечный слой и надкостницу. На передней поверхности бедренной кости с обеих сторон с помощью стерильного сверла диаметром 2 мм сверлили отверстие ближе к метафизарной зоне, т.е. производили искусственную травму. На одной конечности в образовавшийся дефект вводили полученный ДКМ+трехмерный матрикс. Противоположная сторона служила контролем. Рану наглухо ушивали. На 20 сутки после операции животным проводили рентгеновское исследование бедренной кости.

Результаты обсуждения: В течении 20 суток кролик чувствовал себя удовлетворительно, признаки отторжения деминерализованного костного матрикса не наблюдались. Описание рентгена. В области перелома заполненного ДКМ+трехмерного матрикса, отмечается зона затемнения.

Заключение: Полученные результаты гласит о том, что трансплантированный нами деминерализованный костный матрикс (ДКМ) с трехмерным матрикосом прижился и не вызывает воспаления в зоне дефекта, что и является низко иммуногенным. Отмечается интенсивный рост костной ткани, что свидетельствует об остеоиндуктивных и остеокондуктивных свойствах материала.

Список литературы.

- 1) <http://travmaorto.ru/262.html>
- 2) Савельев В.И, Родюкова Е.Н. Трансплантация костной ткани. Новосибирск, 1992
- 3) Шамсутдинов А.Х. Сравнительная биохимическая оценка свойств деминерализованного в различных растворах костного матрикса и его применение для костной пластики: Автореф. дис. .канд.мед. наук. М., 1984
- 4) Bostrom V.P., Lane K.V., Berberian W.S Immunolocalization and expression of bone morphogenetic proteins 2 and 4 in fracture healing // J.Orthop.Res. 1995. Vol. 13. P. 357–367.

РОЛЬ АНАЭРОБНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ И БАКТЕРИЙ РОДА ESCHERICHIA В ПАТОЛОГИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ

Частоедова Е.В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Колеватых Е.П.
Кировский государственный медицинский университет

Бактериальная инфекция – одна из главных причин эндодонтической патологии. Микроорганизмы, вызывающие воспалительный процесс эндодонта, относят к роду *Bacteroides* (70%), *Prevotella* (60%), *Lactobacillus* (51%). Издавна считали, что корневые каналы должны быть стерильными. Для определения микробного состава инфицированных корневых каналов проведено немало исследований. Установлены основные группы микроорганизмов: бактероиды, превотеллы, лактобактерии, стрептококки, клостридии, фузобактерии. Однако до сих пор не обнаружены эндодонтогенные бактерии.

Цель работы: оценка роли анаэробных микроорганизмов, редких форм бактерий рода *Escherichia*: *E. blattae*, *E. hermannii*, *E. fergusonii*, *E. vulneris* бактериологическим методом в развитии эндодонтогенных инфекций у детей.

Задачи:

1. Изучить видовой состав анаэробных микроорганизмов.
2. Определить частоту персистенции анаэробных микробов.
3. Выявить частоту вегетации на поверхности зубов редких видов бактерий рода *Escherichia*: *E. blatte*, *E. hermanii*, *E. fergusonii*, *E. vulneris*.

Материалы и методы исследования: исследовали содержимое каналов зубов у детей с заболеваниями пульпы и дентина: 40 человек. Материал отбирали врачи-стоматологи при оказании медицинской помощи специальным стерильным бумажным пером до удаления некротизированных тканей (1 группа) и после хирургической помощи (2 группа). Доставляли в бактериологическую лабораторию. Готовили ряд десятикратных разведений исследуемого материала: 1:10; 1:100; 1:1000; 1:10000; 1:100000 и т.д. Высеивали на питательные среды: Анаэроагар, Эндо, мясо-пептонный и кровяной агар. Культивировали при температуре 37°C. Подсчитывали количество колоний и переводили в КОЕ/мл. Идентифицировали в биохимическом тесте производства Lachema (Чехия). Морфологические свойства изучали методом Грама [1,2,3]. В качестве противовоспалительного и антибактериального препарата стоматологи применяли гидроксид кальция, замешивали его на физиологическом растворе до сметанообразной консистенции (0,17 грамм в 100 мл воды или изотоническом растворе). Вводили в каналы зубов при периодонтите, пульпите [4,5].

Анализ результатов исследования проводился с помощью статистического пакета Excel. Результаты описательной статистики для количественных данных подчиняющихся закону нормального распределения представлялись в виде средней арифметической ($\bar{M}$) 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.

Анализируя результаты исследования, можно констатировать преобладание в некротизированных участках пульпы анаэробных микроорганизмов: *Anaerorhabdus furcosa* (плеоморфные короткие грамотрицательные палочки), *Alistipes putredinis* (короткие грамотрицательные палочки, обнаруживаемые в сгустках), *Dialister pneumosintes* (мелкие коккопалочки грамотрицательные), *Mitsuokella multacida* (грамотрицательные палочки с закругленными концами). Установлено увеличение количества бактерий рода *Escherichia*: *E. blatte*, *E. hermanii*, *E. fergusonii*, *E. vulneris* у пациентов первой группы (80 и 30 % соответственно). *E. vulneris* чаще вегетировала в обеих группах наблюдения (80 и 30%). Достоверно чаще выявляли все виды бактерий рода *Escherichia* у детей первой группы, обладающие гемолитической активностью. В процессе применения гидроксида кальция сроки гибели анаэробных бактерий сокращались. Ученые [5,6] относили микроорганизмы, вызывающие воспалительный процесс эндодонта, к роду *Bacteroides* (70%), *Prevotella* (60%), *Lactobacillus* (51%). Однако указанные бактерии выделяли и при других патологических процессах полости рта.

Выводы

1. Микроорганизмы: *Anaerorhabdus furcosa*, *Alistipes putredinis*, *Dialister pneumosintes*, *Mitsuokella multacida* принимают активное участие в патологическом процессе гнойно-воспалительных заболеваний корневых каналов.
2. У школьников с нарушенной структурой зубов чаще вегетируют бактерии *E. coli*, *E. blatte*, *E. hermanii*, *E. fergusonii*, *E. vulneris*.
3. Гидроксид кальция оказывает губительное влияние на развитие анаэробных грамотрицательных палочек *Anaerorhabdus furcosa*, *Alistipes putredinis*, *Dialister pneumosintes*, *Mitsuokella multacida*.

Список литературы.

1. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2016. – 736 с.
2. Лабинская А.С. Медицинская микробиология. – М.: БИНОМ, 2014. – 723 с.
3. Микробиология и иммунология для стоматологов: пер. с англ./Под ред. Р. Дж. Ламонта и др. – М.: Практическая медицина, 2010. – 504 с.
4. Лабораторная диагностика инфекционных болезней /Под ред. В.И. Покровского. – М.: БИНОМ, 2013. – 648 с.
5. Троуп М. Руководство по эндодонтии для стоматологов общей практики». – Quintessence Publishing, 2005.
6. Царев В.Н., Давыдова М.М. Микробиология полости рта. – М.: УМО МЗ РФ, 2006. – 45 с.

ЭФФЕКТЫ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ В ЗАЩИТЕ МИОКАРДА У СТАРЫХ КРЫС

Чепелев С.Н.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Висмонт Ф.И.
Белорусский государственный медицинский университет

Показано, что размер инфаркта миокарда может быть значительно уменьшен при помощи ишемии конечности, осуществляемой через определенное (10 мин) время после начала реперфузии миокарда – дистантное ишемическое посткондиционирование (ДИПостК) [1, 2, 3]. В клинической практике необходимость защиты миокарда от ишемического и реперфузионного повреждения чаще всего возникает у пациентов старшего возраста [4, 5]. Цель исследования – выявление противоишемической эффективности ДИПостК при ишемии и реперфузии миокарда у старых крыс.

Материалы и методы. Опыты выполнены на наркотизированных крысах-самцах линии Wistar: 30 старых крыс (масса – 400-450 г, возраст – 24±1 мес.). Животные содержались в стандартных условиях вивария УО «БГМУ». В качестве наркоза использовался этаминал натрия в дозе 50 мг/кг внутривенно с последующей внутривенной инфузией поддерживающей дозы 10 мг/кг/час. Животных переводили на искусственное дыхание атмосферным воздухом при помощи аппарата ИВЛ с частотой дыхания 56-60 в минуту.

Грудную клетку вскрывали в четвертом межреберном промежутке. В контрольной группе после 15-мин. стабилизации гемодинамики крысам выполняли 30-мин. окклюзию передней нисходящей коронарной артерии (ПНКА) путем механического ее пережатия фишкой (контроль, n=11). Реперфузия миокарда достигалась простым удалением фишки. Длительность реперфузии составляла 120 мин. Животные опытной группы дополнительно подвергались воздействию 15-мин. окклюзии обеих бедренных артерий после 30-мин. острой ишемии миокарда (ОИМ).

Зону риска определяли с помощью внутривенного введения в левую общую яремную вену 0,5 мл 5% р-ра синьки Эванса в конце реперфузии при кратковременной повторной окклюзии коронарной артерии. Таким образом, зона риска определялась, как не окрашенная в синий цвет. Затем сердце извлекали и отделяли правый желудочек. После замораживания в морозильной камере при температуре -20°C в течение 30 мин левый желудочек разрезали на 6 поперечных срезов. Срезы взвешивали при помощи торсионных весов, затем сканировали при помощи сканера с обеих сторон. После этого, для идентификации зоны некроза срезы помещали в 1% раствор трифенилтетразолия хлорида на 15 мин при температуре 37°C. Жизнеспособный миокард (клетки, сохранившие дегидрогеназную активность) окрашивался в кирпично-красный цвет, некротизированный

ткань была белесой. После 24-часовой инкубации срезов в 10% р-ре формалина срезы сканировали повторно для определения соотношения площадей зоны риска и зоны некроза. Размеры зон риска и некроза определяли при помощи компьютерной планиметрии с использованием программы Adobe Photoshop 6.0. Полученные в исследовании результаты заносились в электронную таблицу Excel 2013 и обрабатывались с помощью стандартного пакета статистических программ Statistica 8.0. Статистическая значимость различий размеров зон риска и некроза оценивалась при помощи ANOVA и теста множественных сравнений Данна. Данные представлены в формате среднее $\pm$ стандартная ошибка среднего. Значения $p < 0,05$ рассматривались как достоверные.

Результаты и обсуждения. С учетом выживаемости крыс после ОИМ для последующего анализа данных было отобрано по 7 животных (контроль, $n=7$; ДИПостК, $n=7$). Статистически значимых различий между анализируемыми группами старых и молодых крыс по показателю размеров зоны риска в миокарде левого желудочка не выявлено ($p > 0,05$). У молодых крыс размер зоны некроза в контрольной группе составляет $46 \pm 4\%$, а в группе ДИПостК ($n=7$) – $25 \pm 2\%$ ($p < 0,01$). У старых крыс размер зоны некроза в группе контроля составляет $47 \pm 3\%$, а в группе ДИПостК – $24 \pm 2\%$ ($p < 0,01$). Таким образом, представленные данные свидетельствуют о выраженном противоишемическом эффекте феномена ДИПостК у старых крыс.

Выводы. ДИПостК эффективно в плане ограничения размеров зоны некроза в миокарде левого желудочка как у старых, так и у молодых крыс.

Список литературы.

1. 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.
2. Hausenloy, D. J. Preconditioning and postconditioning: new strategies for cardioprotection / D. J. Hausenloy, D. M. Yellon // *Diabetes Obes Metab.* – 2008. – Vol. 10, № 6. – P. 451–459.
3. Magill, P. Preconditioning and its clinical potential / P. Magill, T. Murphy, D. J. Bouchier-Hayes, K. J. Mulhall // *Ir J Med Sci.* – 2009. – Vol. 178, № 2. – P. 129–134.
4. Przyklenk, K. Aging mouse hearts are refractory to infarct size reduction with postconditioning / K. Przyklenk, M. Maynard, C. E. Darling // *J Am Coll Cardiol.* – 2008. – Vol. 51, № 14. – P. 1393–1398.
5. Sivaraman, V. The divergent roles of protein kinase C epsilon and delta in simulated ischaemia-reperfusion injury in human myocardium / V. Sivaraman, D. J. Hausenloy, S. Kolvekar // *J Mol Cell Cardiol.* – 2009. – Vol. 46, № 5. – P. 758–764."

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА И СОДЕРЖАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ У ГИПО- И ГИПЕРТИРЕОИДНЫХ КРЫС

Чепелева Е.Н.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Висмонт Ф.И.
Белорусский государственный медицинский университет

"Исследования последних лет позволили установить, что течение и исход инфекционно-септических заболеваний во многом зависят от состояния обмена липопротеинов (ЛП) плазмы крови [1, 3]. Так, показано, что ЛП различных классов, связывая поступающие в кровоток бактериальные эндотоксины, участвуют в процессах

детоксикации и их последующей элиминации из организма [2]. Однако особенности нейрогуморальной регуляции нарушений метаболизма ЛП крови при бактериальной эндотоксинемии, в частности, роль йодсодержащих тиреоидных гормонов в регуляции содержания холестерина (ХС) ЛП крови и температуры тела, остаются во многом не изученными [3]. Цель исследования – выяснить особенности изменения содержания ХС ЛП в плазме крови и температуры тела при бактериальной эндотоксинемии у гипо- и гипертиреоидных крыс.

Материал и методы. Опыты выполнены на взрослых белых крысах обоих полов массой 180-250 г. В работе применялись следующие экспериментальные модели: бактериальной эндотоксинемии, экспериментального гипертиреоза и гипотиреоза.

Для создания бактериальной эндотоксинемии использовали бактериальный липополисахарид (ЛПС) – эндотоксин E.Coli (серия O111:B4, «Sigma», США), который вводили крысам однократно внутривентрально в дозе 2,5 мг/кг. Декапитацию животных проводили через 20 часов после введения ЛПС.

Экспериментальный гипертиреоз у животных воспроизводили путем введения трийодтиронина гидрохлорида (Lyothyronine «Berlin-Chemie», Германия) в дозе 25 мкг/кг внутривентрально ежедневно в течение двух недель. Контрольной группе ежедневно вводили апиригенный физиологический р-р в объеме 0,5 мл.

Экспериментальный гипотиреоз вызывали ежедневным пероральным приемом 0,02% р-ра тиреостатика пропилтиоурацила (6-propyl-n-thiouracil «Sigma», США) в питьевой воде ad libitum в течение трех недель. Контрольная группа получала в качестве питья чистую воду. Каждое животное ежедневно выпивало по 5-6 мл р-ра пропилтиоурацила или чистой воды.

Ректальную температуру крыс измеряли электротермометром «Microlife» (Швейцария).

Взятие для исследования крови проводилось после декапитации. Суммарную фракцию ЛПОНП и ЛПНП выделяли из сыворотки крови осаждением. Для определения содержания общего ХС, ХС ЛПВП в сыворотке крови и ХС в тканевых гомогенатах проводили экстракцию липидов. Содержание ХС в сухих липидных экстрактах сыворотки крови определяли с использованием реакции Либермана-Бурхарда. Расчет содержания ХС суммарной фракции ЛПОНП+ЛПНП проводили по формуле: $\text{ХС ЛПОНП+ЛПНП} = \text{общий ХС сыворотки крови} - \text{ХС ЛПВП}$. Коэффициент атерогенности рассчитывали по формуле: $\text{Ка} = (\text{ХС ЛПОНП+ЛПНП}) / \text{ХС ЛПВП}$.

Уровень трийодтиронина (Т3) и тетраидтиронина (Т4) в крови определяли радиоиммунологическим методом с помощью тест-наборов производства ХОП ИБОХ НАН Беларуси.

Достоверность различий показателей оценивали по критерию Стьюдента. Все данные представлялись в виде среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($\bar{X} \pm S_x$). Оценку связей между показателями проводили с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Результаты считали статистически значимыми при значениях $p < 0,05$. Статистическую обработку данных выполняли с помощью программы Excel 2013.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что в условиях бактериальной эндотоксинемии, вызванной введением ЛПС, происходят выраженные изменения содержания ХС различных классов ЛП сыворотки крови крыс: уровень ХС ЛПВП в крови после введения ЛПС снижался на 19,7% ($p < 0,02$; $n=10$), содержание ХС суммарной фракции ЛПОНП+ЛПНП в крови возрастало на 52,4% ($p < 0,001$; $n=10$), коэффициент атерогенности повышался на 97,9% ($p < 0,001$; $n=10$).

Обнаружено, что бактериальная эндотоксинемия сопровождается угнетением функциональной активности щитовидной железы. Так, через 20 часов после введения ЛПС уровень общего Т4 в крови снижался на 74,2% ($p < 0,001$; $n=10$), содержание общего Т3 – на 45,7% ($p < 0,001$; $n=10$).

Установлено, что действие ЛПС у гипертиреоидных крыс сопровождается более выраженной, чем у эутиреоидных животных, лихорадочной реакцией, а также более значительным снижением содержания ХС ЛПВП, повышением уровня ХС ЛПОНП+ЛПНП в крови и коэффициента атерогенности. Так, после введения ЛПС эутиреоидным крысам (n=9) уровень ХС ЛПВП в крови снижался на 30,1% ($p<0,05$), содержание ХС ЛПОНП+ЛПНП повышалось на 35,7% ($p<0,05$), коэффициент атерогенности возрастал на 154,5% ($p<0,05$), то у гипертиреоидных животных после инъекции ЛПС (n=11) изменения данных показателей составили уже 38,7% ($p<0,05$), 103,2% ($p<0,001$), 219,0% ($p<0,001$) соответственно.

Установлено, что введение ЛПС (2,5 мг/кг) гипотиреоидным крысам не приводит, в отличие от эутиреоидных животных, к развитию лихорадочной реакции и сопровождается ослаблением характерных для бактериальной эндотоксинемии атерогенных сдвигов содержания ХС ЛП крови. Так, действие ЛПС у гипотиреоидных крыс не приводило к снижению уровня ХС ЛПВП в крови, повышению содержания ХС ЛПОНП+ЛПНП и характеризовалось менее выраженным увеличением коэффициента атерогенности (на 39,2%; $p<0,05$).

Выводы. Бактериальная эндотоксинемия у гипертиреоидных крыс сопровождается более выраженной, по сравнению с эутиреоидными животными, лихорадочной реакцией и усугублением нарушений показателей ЛП обмена. Бактериальная эндотоксинемия у гипотиреоидных крыс, наряду с отсутствием лихорадочной реакции, сопровождается значительным ослаблением по сравнению с эутиреоидными животными, нарушений показателей ЛП обмена.

Список литературы.

1. Каджарян В.Г. Оценка состояния липидного обмена при дисфункции щитовидной железы / В.Г. Каджарян, А.И. Мельник и др. // Запорожский медицинский журнал. – 2014. – № 1 (82). – С. 20-22.
2. Мустафина, С.В. Функциональное состояние щитовидной железы и липидный профиль крови / С.В. Мустафина, О.К. Рымар и др. // Атеросклероз. – 2010. – Т. 6, № 2. – С. 15-19.
3. Ashizawa K., Imaizumi M. Metabolic cardiovascular risk factors and their clustering in subclinical hypothyroidism / Ashizawa K., Imaizumi M., Usa T., Tominaga T. et al. // Clin. Endocrinol. – 2010. – Vol. 72 (5). – P. 698-695.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ГОМЕОСТАЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС В УСЛОВИЯХ ГОРНОГО КЛИМАТА (1600 М. НАД УРОВНЕМ МОРЯ)

Чернова А., Тайникова Н.

Кыргызско- Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Киргизия

Введение: Моделирование стресс – ситуаций в горах представляет собой специальное направление патологической физиологии. Особенности возникновения медикаментозно-индуцированных стресс – ситуаций в условиях среднегорья [1600 м] не проводились. Основное внимание в данной работе уделялось электролитному гомеостазу мозга, так как в горных условиях гормональный статус (гипер – и гипокортицизм и др.) существенно меняется, что имеет важное значение в перераспределении электролитов в организме.

Материал и методы: Опыты проводились на белых крысах самцах весом 180 – 200 г. Животных вывозили на побережье оз. Иссык – Куль (1600 м) и после адаптации к среднегорью забивали на 10, 20, 30, 40, сутки адаптации. Содержание ионов натрия и

калия определяли с помощью пламенной фотометрии [1] в коре больших полушарий. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: Адаптация к горному климату Иссык – Куля (1600 м) начиналась с изменений электролитного гомеостаза головного мозга. Ранняя, “аварийная стадия” (стадия мобилизации) характеризовалась резким снижением содержания ионов натрия в коре больших полушарий (до 12,5 против исходных 32,5 мэкв/100 г). Что касается ионов калия, то содержание их статистически значительно повысилось (14,1 против 19). Во время “переходной фазы” (20 – й день адаптации) сниженный уровень натрия еще сохранялся, но концентрация калия нарастала – (до 20 мкв/100 г.)

В начале формирования “стадии резистентности” (30 –й день адаптации) натриевый статус мозга оставался по-прежнему низким, а калиевый высоким.

Лишь на 40 – й день адаптации, в период так называемой “устойчивой адаптации”, содержание ионов натрия поднялось до нормы, а ионов калия в 1,5 – раза превышало ее (36,7 против 19 мэкв/100 г).

Выводы: Таким образом, 40 дневная горная адаптация, её «устойчивая фаза», характеризуется установлением нового электролитного гомеостаза головного мозга, отличающегося от «равнинного». Адаптация к горному климату Иссык – Куля (1600 м) характеризуется фазным изменением содержания моновалентных катионов – натрия и калия; если в начальные сроки адаптации концентрация натрия в коре больших полушарий адаптивно снижается, то в более поздние сроки (40 –й день), наоборот, увеличивается, превышая исходные величины. Такой новый уровень гомеостаза щелочных элементов в мозге у адаптированных крыс более устойчив к стрессорному действию гипоксии чем не у адаптированных.

Список литературы

1. Руммель, А.Г. Методика определения натрия калия и хлора в биологических жидкостях и тканях / А.Г.Руммель, А.Ф.Боженова // Кортикостероидная регуляция водно-солевого гомеостаза. – Новосибирск: Наука, 1967. – С. 234 – 243.

АКТОПРОТЕКТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ДИМЕТИЛАМИНОЭТАНОЛА

Чистякова Е.Ю., Лисицкий Д.С., Бондаренко А.А.

Научный руководитель: Оковитый С.В.

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия, Институт токсикологии ФМБА России, Санкт-Петербург

Актопротекторы – это относительно новый класс фармакологических средств неистощающего типа, обеспечивающих повышение физической работоспособности. Номенклатура современных актопротекторных средств крайне ограничена. В связи с этим актуален поиск новых соединений данной группы для целей повышения физической работоспособности личного состава военных формирований, сотрудников МЧС, спортсменов, пациентов при различных астенических состояниях [3].

Целью данной работы стала сравнительная оценка способности данных соединений влиять на выносливость на тренированных мелких лабораторных животных.

Материал и методы

В качестве тест-систем было использовано 110 аутбредных мышей-самцов в возрасте 3 месяцев («Рапполово», Ленинградская область). Исследование выполнялось в соответствии с принципами биоэтики. Мышей содержали в стандартных условиях

вивария при температуре 18-26°C при свободном доступе к воде, пище и двенадцатичасовом цикле день/ночь.

Животные были рандомизированы на 11 групп (N = 10). На протяжении 1 месяца мышам ежедневно внутрижелудочно вводились растворы солей производного диметиламиноэтанола (ДМАЭ) с L-малатом, альфа-кетоглутаратом, сукцинатом, фумаратом в дозе 75 мг/кг, физиологический раствор за 30 минут до тренировки и сразу после и препарат сравнения (этилтиобензимидазол) в дозе 25 мг/кг сразу после окончания тренировки, т.к. данный препарат относится к средствам восстанавливающего типа [1].

Моделирование тренировочного процесса осуществлялось с использованием беговой дорожки «тредмил» (Treadmill, TSE Systems, Германия). Данная методика позволяет имитировать аэробные и аэробно-анаэробные нагрузки. Тренировка мышей заключалась в ежедневном принудительном беге на беговой дорожке в течение 1 часа при скорости движения ленты: 0,2 м/сек (угол наклона ленты: 15°) в течение 1 месяца.

Для оценки динамической выносливости в эксперименте использовался прибор Rota Rod (Ugo Basile, Италия). Фиксировали время удержания животных на вращающемся стержне при скорости вращения 20 об/мин. Для формирования навыка удержания на стержне животные были предварительно обучены (5 минут при скорости вращения 8 об/мин) [2].

Для определения статической выносливости животных использовали прибор для измерения силы хвата Grip Strength Meter (TSE Systems, Германия). Измеряли мышечную силу сжатия передних лап путём фиксирования усилия, необходимого для того, чтобы животное разжало пальцы (грамм-сила) в трёх последовательных определениях [2].

Все показатели снимали перед началом тренировки – в первый день эксперимента (фон), спустя 2 и 4 недели тренировки.

Статистическая обработка данных выполнена в программе Statistica 6.0. В качестве непараметрического критерия использован критерий Вилкоксона-Манна-Уитни. Вывод о статистической достоверности различий между группами принимали при $p < 0,05$ и ниже.

Результаты и обсуждение

В серии экспериментов, где исследуемые препараты вводили до бега животных на тредмиле, установлено, что после 2-х недель тренировок происходит увеличение динамической выносливости животных во всех группах с наиболее выраженным приростом у получавших комплекс ДМАЭ с сукцинатом, L-малатом, этилтиобензимидазол – в среднем в 2 раза. После месяца тренировок происходит увеличение динамической выносливости животных во всех группах с наиболее выраженным приростом у получавших комплекс ДМАЭ с сукцинатом, L-малатом и альфа-кетоглутаратом – в среднем в 3 раза по сравнению с исходным уровнем. В группе сравнения данный показатель увеличивался в 2,6 раза.

Оценка статического компонента неспецифической выносливости показала, что после 2-х недельной тренировки наблюдался рост показателя силы хвата в группах, которым вводили комплекс ДМАЭ с L-малатом и альфа-кетоглутаратом (на 36% и 25%) и после 4-х недельной тренировки в тех же группах (на 79% и 89%) по сравнению с фоном. Также наблюдался рост силы хвата в группах комплекса ДМАЭ с сукцинатом (на 72%) и этилтиобензимидазола (на 71%).

В серии экспериментов, где исследуемые препараты вводили после тренировки, было установлено, что спустя 2 недели не происходит изменения динамической выносливости во всех группах по сравнению с контролем и фоном. После месяца тренировок происходит увеличение динамической выносливости только в группах, получавших комплекс ДМАЭ с L-малатом и фумаратом – в среднем в 2 раза по сравнению с фоном.

Оценка статического компонента неспецифической выносливости показала, что после 2-х недельной тренировки наблюдался рост показателя силы хвата во всех группах в равной степени в среднем на 40-50% по сравнению с исходными показателями, в контроле

– на 20%. После 4-х недельной тренировки наблюдался рост силы хвата в группах, которым вводили комплекс ДМАЭ с L-малатом (на 83%), альфа-кетоглутаратом (на 93%), сукцинатом (на 79%) и этилтиобензимидазол (на 69%).

Выводы

Исследование актопротекторной активности комбинированных соединений диметиламиноэтанола показало, что наиболее перспективными соединениями являются производные ДМАЭ с сукцинатом, альфа-кетоглутаратом и L-малатом в дозах 75 мг/кг при введении после тренировок.

Список литературы.

1. Елькин, А.И. Влияние этомерзола и бемитила на восстановление биохимического гомеостаза после истощающих физических нагрузок / А.И. Елькин [и др.]. // Здоровье в XXI веке: материалы Всерос. науч.-практ. конф. Тула, 2000. – С. 102.
2. Каркищенко, В.Н. Методики изучения физиологических функций лабораторных животных для доклинических исследований в спортивной медицине / В.Н. Каркищенко [и др.]. // Биомедицина. – 2012. – № 4. – С. 15-21.
3. Шустов, Е.Б. Поиск закономерностей, определяющих антигипоксическую активность соединений с ноотропным и нейропротекторным действием / Е.Б. Шустов, В.Н. Каркищенко, Х.Х. Семёнов, В.Ц. Болотова, В.Н. Юсковец // Биомедицина. 2015. – № 1. – С. 18–23.

МОДЕЛЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА У КРЫС

Чумачёва М.В., Зубричева А.А., Головнёва И.Т., Дмитриюкова И.С.

Научные руководители: к.п.н. ассистент Пажитнева Е.В., ассистент Маркарова Е.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Остеопороз — самое частое метаболическое заболевание скелета, которое характеризуется дисбалансом процессов костного ремоделирования и прогрессирующим снижением костной массы в единице объема кости по отношению к нормальному показателю, нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящим к повышенной хрупкости кости. [1]

Цель работы состояла в том, чтобы изучить гомеостаз кальция, определить биохимический состав сыворотки крови и оценить состояние костной системы лабораторных животных (крысы) при экспериментальном стероидном остеопорозе.

Материал и методы

Для того чтобы вызвать остеопороз у лабораторных животных (крысы) использовали преднизолон — это гормональный кортикостероидный препарат. Преднизолон может вызвать значительное разрежение костей. Это приводит к развитию остеопороза: кость становится хрупкой и ломкой, повышается риск ее перелома.

Истончение костей усиливается с каждой принимаемой дозой преднизолона. Длительность приема препарата также оказывает значительное влияние - происходит угнетение активности фибробластов, уменьшается объединение не только коллагена, но и соединительной ткани, разрушается белок в мышцах, повышается синтезирование белка в печени.

В исследовании были задействованы 40 лабораторных крыс-самцов. На первом этапе эксперимента был осуществлен забор крови из хвостовой вены у крыс. В сыворотке крови крыс определяли общий кальций Са и щелочную фосфатазу ЩФ с помощью биохимического анализатора «Vitalon-400».

Далее 30 крысам, которые состояли в экспериментальной группе ежедневно для получения модели остеопороза вводили внутривенно преднизолон в дозе 50 мг/кг в

течение 14 дней. Остальные крысы составили контрольную (интактную) группу, им в течение 14 дней вводился физиологический раствор.

Статистическую обработку полученных данных по содержанию Са и ЩФ проводили на основе расчета средних арифметических и их ошибок. Различия показателей, по сравнению с контролем и между группами, определялись с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение.

Концентрация общего кальция Са составила для контрольных особей – $2,472 \pm 0,080$ ммоль/л, щелочной фосфатазы ЩФ – $385 \pm 3,1$ нмоль/(с•л); концентрация Са в сыворотке крови крыс, подверженных экспериментальному остеопорозу с помощью преднизолона – $3,044 \pm 0,179$ ммоль/л, ЩФ – $351,1 \pm 1,15$ нмоль/(с•л).

Заключение.

Обычно для оценки кальциевого обмена определяют уровень общего кальция в крови, потому что такое исследование легче выполнить, чем тест на ионизированный кальций, и образцы крови для него не требуют специальных условий доставки и хранения. Кроме того, уровень общего кальция в крови является хорошим показателем содержания свободного и связанного кальция – на каждый из них приходится по половине от показателя общего кальция.

Заболевания, такие как остеопороз, ведущие к нарушению регуляции кальция, могут вызывать резкие или медленные повышения его уровня, сопровождающиеся симптомами гиперкальциемии.

Сравнение результатов метаболических показателей крови в нашем исследовании показало, что нарушение процессов остеорепаляции при введении гормонального кортикостероидного препарата находит свое отражение в изменении изученных показателей крови (содержание общего кальция Са и щелочной фосфатазы ЩФ) [2].

Разнонаправленные изменения содержания Са и ЩФ в крови можно трактовать лишь с привлечением методов морфологического анализа альвеолярной кости, что и составит цель наших дальнейших исследований.

Список литературы.

1. Якупов, Р. Р. Экспериментальный остеопороз у крыс / С. И. Рахматуллин, Р. Б. Ибатуллина, Ф. А. Каюмов // БЮЛЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН.- 2006.- №1 (65).- С. 290 – 292.
2. Желнин, Е.В. Посттравматическая регенерация альвеолярной кости и ее связь с метаболическими показателями крови при глюкокортикоидном остеопорозе у крыс // Вестник ВДНЗУ «Украинская медико-стоматологическая академия».- Актуальные проблемы медицины. 2014.- Том 13, Выпуск 4(44). С. 97-101.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ТЕПЛОВОГО ЭФФЕКТА ВОЗДЕЙСТВИЯ АППАРАТОМ УВЧ-ТЕРАПИИ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ ТКАНИ

Шахманов В. Е., Чёрная Е. В.

Научный руководитель: к.ф.-м.н. доцент Вечер О.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

УВЧ-терапия – это метод лечебного применения электрического поля ультравысокой частоты (от 30 до 300 МГц), обладающего большой проникающей способностью. Под воздействием поля УВЧ, в организме происходят процессы, результатом которых является выделение тепловой энергии.

Целью данного исследования было рассчитать тепловое действие УВЧ ЭМП на модель тканей организма.

Биологические ткани условно можно разделить на электролиты (жидкие среды), неполярные диэлектрики (например, жировая ткань) и полярные диэлектрики (например, мышечная ткань). Данные [1] позволяют рассчитать процентное содержание этих веществ в организме мужчин и женщин.

Для экспериментального исследования теплового эффекта воздействия поля УВЧ на ткани организма, были использованы их модели: электролиты были представлены физиологическим раствором; полярные диэлектрики – дистиллированной водой; неполярные диэлектрики – оливковым маслом.

Замер температуры во всех жидкостях до и после воздействия поля УВЧ позволил вычислить выделившееся в них количество теплоты, а также произвести перерасчет данной величины на 1 кг массы тела человека с учетом процентного содержания.

Результаты эксперимента позволили сделать вывод о том, что количество теплоты, выделяющееся у женщин на 1 кг массы тела больше чем у мужчин на 1.46 Дж. По-видимому, это объясняется большим удельным содержанием жировой ткани, являющейся неполярным диэлектриком, в котором, как известно, тепловая энергия выделяется интенсивнее, чем в электролитах и неполярных диэлектриках. Данный результат можно учитывать при назначении процедур УВЧ-терапии, для определения оптимального времени воздействия на ткани пациента.

Список литературы:

1. Мартиросов Э.Г. Технологии и методы определения состава тела человека. / Э.Г. Мартиросов, Д.В. Николаев, С.Г. Руднев. — М.: Наука, 2006. — 248 с.

ЭТИОЛОГИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шепелев Д. С., Хмелевская Л. В.

Научный руководитель: к.б.н. доцент Усачева Л.Н.

Белорусский государственный медицинский университет

Современный диапазон хирургических вмешательств создает опасность нагноений послеоперационных ран, которые нередко приводят к прямой угрозе жизни оперируемых. Пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) составляют треть всех хирургических больных; более половины всех летальных исходов после операции связано с развитием гнойных осложнений. Выявляется определенная зависимость характера ГВЗ от возраста больных. В молодом возрасте (17–35 лет) чаще встречаются флегмона, абсцесс, гнойный лимфаденит, мастит, остеомиелит; в возрасте 36–55 лет преобладают пиелит, цистит, пиелонефрит, перитонит; у людей старше 65 лет – карбункул, некротическая флегмона, постинъекционный абсцесс, гангрена и др. [1].

Для больных хирургического профиля в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии характерны резистентные грамотрицательные микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae (*E. coli* – 5–9,4% и *K. pneumoniae* 0–12,5%), а также неферментирующие бактерии, такие как *P. aeruginosa* (9,4–15%) и *A. baumannii* (0–6,3 %) [2].

Отмечающееся во всех странах увеличение частоты гнойно-воспалительных заболеваний и послеоперационных осложнений, снижение эффективности их лечения объясняются также быстрым увеличением числа штаммов микроорганизмов, устойчивых к воздействию антибактериальных препаратов [4].

В связи с этим для диагностики возбудителей и рациональной терапии ГВЗ необходимо проводить микробиологическое исследование.

Цель: изучение этиологии гнойных инфекций у пациентов хирургического профиля и определение антибиотикорезистентности некоторых штаммов.

Материалы и методы: Было проведено микробиологическое исследование гноя, взятого у 7 пациентов гнойно-хирургического отделения 2 ГКБ г. Минска с диагнозами: пролежни, постинъекционные абсцессы, флегмона, трофические язвы.

Материал разводили десятикратно до 10^{-5} и высевали по 0,1 мл на чашки с питательной средой: кровяной агар, ЖСА, дифференциально-диагностический агар Эндо и среду Сабуро. Посевы помещали в термостат при температуре $37 \pm 0,2$ °C на 48 часов.

Выделение чистой культуры возбудителя, его идентификацию, а также трактовку полученных результатов исследования проводили согласно Инструкции «Микробиологические методы исследования биологического материала» [3].

В дальнейшем чистые культуры бактерий *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* и *A. baumannii* были исследованы на чувствительность к антибиотикам с помощью диско-диффузионного метода.

Готовили взвесь бактерий в физиологическом растворе с оптической плотностью 6 единиц мутности по McFarland, которую затем разводили, достигая средней концентрации 10^4 кл/мл. Шпателем наносили 0,1 мл взвеси на поверхность среды Мюллер-Хинтон агар и накладывали диски, пропитанные соответствующими препаратами.

Для тестирования использовали 22 лекарственных препарата разных классов: цефалоспорины, тетрациклины, фторхинолоны, макролиды, рифамицины, аминогликозиды, оксазолидины, линкозамиды.

Результаты и их обсуждение. После инкубации был проведен анализ и подсчет выросших колоний, рассчитано количество колониеобразующих единиц (КОЕ) микроорганизмов на 1 мл материала.

Результаты исследований показали, что возбудителями раневых инфекций являлись штаммы *P. aeruginosa* ($2,2 \cdot 10^7$ КОЕ/мл), *K. pneumoniae* ($2,4 \cdot 10^6$ КОЕ/мл), *A. baumannii* ($4,2 \cdot 10^7$ КОЕ/мл), *P. vulgaris* ($1,3 \cdot 10^6$ КОЕ/мл) и *S. pyogenes* ($1,8 \cdot 10^7$ КОЕ/мл).

У одного из пациентов наблюдалась сочетанная микрофлора – *P. aeruginosa* ($2,3 \cdot 10^6$ КОЕ/мл) и *S. aureus* ($7,8 \cdot 10^6$ КОЕ/мл). Еще у одного обследуемого при посеве гноя из глубины трофических язв было зафиксировано отсутствие роста на всех средах. Это было трактовано как присутствие анаэробных возбудителей, погибших при стандартном бактериологическом исследовании.

Кроме обычного роения, у протей был отмечен еще один интересный феномен образования муаровых волн: каждые 4–5 мм рост штамма задерживался, накапливалась концентрация клеток, после чего вновь увеличивался диаметр колонии на поверхности среды; при этом зона роста становилась более прозрачной. Таких волн насчитывалось до 5–8 около каждой колониеобразующей клетки. Вероятно, подобное явление можно объяснить как quorum sensing.

Антибиотикограмма синегнойной палочки показала, что данный штамм был чувствителен к 3 препаратам (гентамицин, амикацин и цефоперазон/сульбактам) и умеренно устойчив к цефотаксиму, меропенему и тикарциллин/клавуланату.

Ацинетобактер поддавался лечению цефоперазон/сульбактамом и гентамицином; был умеренно устойчив к левофлоксацину, меропенему и амикацину.

Наибольшую резистентность проявил изолят клебсиеллы пневмонии: он был чувствителен лишь к доксициклину.

Выводы:

1. Возбудителями раневых инфекций в основном являлись штаммы грамотрицательных бактерий: *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *P. vulgaris*, а также *S. aureus* и *S. pyogenes*.

2. Штаммы *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* и *A. baumannii* были резистентными к большинству испытанных антибиотиков; наибольшую устойчивость показала клебсиелла, оказавшись чувствительной лишь к доксициклину.

Список литературы.

1. Гостищев, В.К. Общая хирургия: учебник / В.К. Гостищев. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 848 с.
2. Елисеева, Е.В. Эпидемиологическая и микробиологическая характеристика нозокомиальных инфекций у пациентов хирургического профиля в отделениях реанимации и интенсивной терапии / Е.В. Елисеева, Е.А. Бандурова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 8–12.
3. Микробиологические методы исследования биологического материала / Н.Д. Коломиец, О.В. Тонко, Т.И. Сероокая [и др.] // Инструкция по применению. Утв. МЗ РБ от 19.03.2010, № 075-0210. – 122 с.
4. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств / Под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, Р.У. Хабриева, Л.Е. Зиганшиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 768 с.

ОЦЕНКА ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ И ЛИПИДОВ У КРЫС С МОДЕЛЬЮ АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕЛАТОНИНА

Шодиев Д.Р., Некрасова М.С.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Давыдов В.В, ассистент Медведев Д.В
Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Ожирение встречается среди людей всех возрастов. Многочисленными работами было показано, что ожирение сопровождается оксидативным стрессом [3]. Действию активных форм кислорода подвергаются не только липиды, но и белки, что приводит к нарушению метаболизма и функционирования клетки. В настоящее время проводятся научные работы по поиску антиоксидантов, ослабляющих образование продуктов перекисного окисления белков и липидов. Для этих целей нами был использован препарат мелатонин.

Цель исследования. Оценить изменение окислительной модификации белков и липидов у крыс с моделью алиментарного ожирения под влиянием мелатонина.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 30 белых беспородных крысах - самцах со средней массой тела 160-180 грамм, которые составили 3 серии по 10 особей в каждой: 1 серия - интактные животные; 2 серия - животные с алиментарным ожирением без введения мелатонина; 3 серия - животные с алиментарным ожирением с последующим введением мелатонина. Алиментарное ожирение воспроизводилось путем нахождения животных на высококалорийной углеводно - жировой диете, состоящей из лабораторного корма (42,5%), сливочного масла (25%), сладкого сгущенного молока (32,5%) [1]. Препарат мелатонин вводили через 5 недель моделирования ожирения животным 3 серии ежедневно в течение 12 дней орально в дозе 2 мг/кг массы тела. Во время моделирования ожирения у животных регистрировали изменение массы тела на электронных весах еженедельно. В начале и конце эксперимента определялась максимальная физическая работоспособность и устойчивость крыс к гипобарической гипоксической гипоксии. Окислительная модификация белков определялась методом R. Levine в модификации Е.Е. Дубининой [2]. Также в сыворотке крови определяли активность супероксиддисмутазы (СОД), маркер перекисного окисления липидов малоновый диальдегид (МДА).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Statsoft Statistica 6,0. Статистически значимыми считали отличия при $p \leq 0,05$.

Полученные результаты. В результате потребления высококалорийной пищи крысами серии 2 и 3, нами было установлено значительное увеличение массы тела (20 % от первоначальной массы). Проведенные нами тесты, отражающие физическую работоспособность и выносливость, показали значительное снижение выносливости у серии 2 и 3, по сравнению с животными из серии 1. После высококалорийной углеводно-жировой диеты у животных 2 и 3 серии отмечалось увеличение активности процессов окислительной модификации белков, что проявлялось статистически значимым увеличением общего количества карбонильных производных белков по сравнению с интактной серией. После введения суспензии мелатонина крысам 3 серии в дозе 2 мг/кг изменения уровня карбонильных производных не наблюдалось. Так же нами было установлено увеличение активности СОД у крыс 2 и 3 серий, что связано, вероятно, с компенсаторным ответом системы антиоксидантной защиты на развивающийся окислительный стресс при ожирении. Затем, у крыс 2 серии, имеется тенденция к статистически не подтвержденному снижению ее активности. После введения мелатонина крысам 3 серии уровень фермента достиг исходных величин, что, по нашему мнению, говорит о высоких антиоксидантных свойствах мелатонина. У крыс с алиментарным ожирением отмечалось значительное увеличение концентрации малонового диальдегида в сыворотке крови по сравнению с исходными данными как внутри этих серий, так и интактной серией. Введение препарата мелатонина у крыс 3 серии привело к значительному снижению концентрации в крови МДА.

Выводы.

1. Алиментарное ожирение у крыс, моделируемое содержанием животных на высококалорийной углеводно-жировой диете, приводит, во-первых, к увеличению количества жира в организме; во-вторых, к повышению активности перекисного окисления белков в виде повышения уровня карбонильных производных белков; в-третьих, сначала к увеличению активности супероксиддисмутазы, а затем к ее снижению; в-четвертых, к значительному возрастанию концентрации малонового диальдегида; в-пятых, значимо снижает устойчивость крыс к гипобарической гипоксической гипоксии и максимальной физической нагрузке.

2. Ежедневное введение суспензии мелатонина в дозе 2 мг/кг крысам с алиментарным ожирением в течение 12 дней привело к значительному снижению концентрации малонового диальдегида, что говорит об выраженной антиоксидантной активности мелатонина, однако на уровень окислительной модификации белков в данной концентрации не повлияло.

Список литературы.

1. Давыдов В.В. Влияние нарушения светового режима на липидный обмен и функциональные показатели у интактных крыс и животных с алиментарным ожирением /В.В. Давыдов, Д.В. Медведев, Д.Р. Шодиев, М.С. Некрасова// Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2017. – №2. – С. 175-184.

2. Дубинина Е.Е. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека, метод ее определения /Е.Е. Дубинина// Вопросы медицинской химии. – 1995. – Т. 41, №1. – С. 24-26.

3. Morihiro Matsuda, Ichiro Shimomura. Increased oxidative stress in obesity: Implications for metabolic syndrome, diabetes, hypertension, dyslipidemia, atherosclerosis, and cancer // Obesity Research & Clinical Practice. – 2013. – № 5. – С. 330-341.

Раздел 8. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ НАУКИ

ОБРАЗ ЖИЗНИ РОДИТЕЛЕЙ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Агавердиева Э.А., Донцова К.Р.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Максименко Л.Л.
Ставропольский государственный медицинский университет

В современном мире большое внимание уделяют здоровью подрастающего поколения, которое во многом зависит от состояния здоровья родителей и условий жизни в семье. Образ жизни родителей оказывает существенное влияние на здоровье детей, так как жизнь детей большую часть времени проходит в семье. При этом нужно не забывать о том, что в большинстве случаев ребенок пытается подражать своим родителям. Поэтому изучение особенностей образа жизни семьи является актуальной проблемой.

Целью нашего исследования явилось: изучить образ жизни родителей и их деятельность по сохранению и укреплению здоровья детей.

Задачи:

1. Установить состояние здоровья родителей, их информированность о сути здорового образа жизни.
2. Выяснить отношение родителей к здоровью детей и причины, которые препятствуют ведению здорового образа жизни в семье.

Материалы и методы

Исследование проводилось на основе данных анонимного анкетирования, родителей учащихся 5-9х классов МОУ лицей №17. Всего на вопросы анкеты ответили 100 человек. Полученная информация обрабатывалась статистически.

Результаты.

Отвечая на первый вопрос анкетирования, родители расценивают свое здоровье как нормальное (68%), при этом проверяли его более года назад (38%).

Касаясь вопроса о состоянии здоровья детей, большинство родителей считают его нормальным (73%) и проверяют ежегодно (69%).

Учитывая ответы родителей на вопрос о занятии физкультурой и спортом, можно сказать, что основная масса родителей занимаются очень редко (46%) либо совсем не занимаются (38%), что подтверждается отсутствием спортивных снарядов в доме(87%).

Что касается питания семьи, то не все родители считают его рациональным(76%), а только малая часть (24%) придерживается его.

Изучая распространенность вредных привычек, а именно курения и употребление спиртных напитков, мы отметили, что большинство родителей злоупотребляют курением (38%), и очень редко употребляют алкоголь(64%).

Интересные результаты мы получили при ответе на вопрос о том, что значит вести здоровый образ жизни. Около половины родителей затруднились ответить на данный вопрос(43%).

На вопрос о введение здорового образа жизни лишь небольшая часть придерживается (19%) и прививают его своим детям (38%), и только малая часть из них осуществляет это личным примером (16%).

Выводы:

В результате проведенного анонимного анкетирования получены следующие результаты:

1. Малопрактикуемые привентивные методы воспитания, недостаточный контроль и оценка здоровья детей свидетельствуют о снижении ответственности родителей за их здоровье.

2. Несмотря на достаточную информированность родителей о сути ЗОЖ, педагогическая несостоятельность их во воспитание здорового поколения обусловлена их личным поведением, недостаточной мотивированностью на здоровый образ жизни, распространенностью вредных привычек.

3. Связи с наличием курящих членов семьи антитабачное воспитание детей и подростков малорезультативно. Пример курения родителей является пусковым механизмом в приобщении подрастающего поколения к курению.

4. Необходимость в формировании культуры здоровья как среди детей, так и взрослых.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ИНДИКАТОР ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Азарова В.В., Магомедова П.М.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Хрипунова А.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Состояние здоровья студентов как значимой социальной группы нашего общества – это не только показатель существующего социально-экономического и общественного развития страны, но и важный индикатор будущего трудового, экономического, оборонного потенциала общества. Поэтому представлять сегодня, как формируется здоровье молодых людей, от каких факторов зависит и как на эти факторы воздействовать с целью получения позитивных результатов – чрезвычайно важная государственная задача.

Учитывая настоящую пандемию кардиоваскулярных заболеваний, характерную для всех экономически развитых стран, в том числе и в РФ, изучение здоровья сердечно-сосудистой системы в среде студенческой молодежи является актуальной проблемой.

С этой целью нами был составлен опросник, включавший вопросы о наличии симптомов кардиоваскулярных заболеваний, обращаемости за медицинской помощью, а также наличии факторов риска.

В исследовании приняли участие 160 студентов СтГМУ (98 женщин и 62 мужчины). Все респонденты были разделены на 2 группы – студенты младших курсов (1-2 курс) – 70 человек, и старшекурсники (4-6 курс) – 90 человек.

По данным опроса наличие симптомов сердечно-сосудистых заболеваний отмечали 47,5% студентов, причем в большей степени это характерно для студентов младших курсов. Примерно в равном соотношении респонденты предъявляли жалобы на боли в области сердца, преимущественно давящего и колющего характера, и ощущение перебоев в работе сердца.

При этом следует отметить тот факт, что у значительной части студентов, имеющих симптомы заболеваний сердечно-сосудистой системы, частота подобных проявлений составила 1-2 раза в месяц, а у 3% опрошенных – каждый день.

Почти у трети респондентов провоцирующим фактором является стресс и эмоциональные переживания.

При этом только 17% студентов старших курсов и 12% старшекурсников обращались за медицинской помощью, а состоят на учете у терапевта или кардиолога около 3% опрошенных.

Из общего числа обратившихся за медицинской помощью 86% получили рекомендации по коррекции образа жизни и 14% опрошенных была назначена медикаментозная терапия.

Однако не может не вызывать тревогу тот факт, что только 4% старшекурсников и 9% студентов младших курсов строго соблюдают рекомендации врача, нарушают их время от времени 8% респондентов, а 2% вообще не соблюдают рекомендации.

Как известно, укрепление здоровья студенческой молодежи в основном определяется образом жизни.

Только треть опрошенных студентов ничего не делает для поддержания своего здоровья, приблизительно одинаковое количество респондентов стараются правильно питаться, регулярно занимаются физической культурой, соблюдают режим труда и отдыха, около 12% занимаются закаливанием.

В ежедневном рационе студентов преобладают мясо, овощи и фрукты и молочные продукты. В целом данный рацион можно признать оптимальным.

Однако более половины опрошенных отметили, что часто употребляют фастфуд. 47% респондентов употребляют фастфуд 1-2 раза в месяц, 27% - 1-2 раза в неделю, 3% - каждый день и только 8% студентов принципиально не употребляют фастфуд.

К значимым факторам риска развития кардиоваскулярных заболеваний относится употребление алкоголя и курение. По результатам опроса немногим более половины студентов не употребляют алкогольные напитки. Из числа тех, кто употребляет алкоголь, большинство респондентов предпочитает крепкие напитки, на втором месте вино, на третьем месте по частоте употребления пиво.

Несколько лучше обстоит ситуация с курением. Так 73% студентов не имеют этой вредной привычки, из общего количества курящих 8% употребляют до 5 сигарет в день и 7% не более ½ пачки в сутки.

Таким образом, в среде студенческой молодежи имеются так называемые «поведенческие» факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, которые относятся к модифицируемым и подлежат коррекции.

При этом эпизодическое появление симптомов кардиоваскулярных заболеваний отмечает почти половина опрошенных. И только 17% студентов старших курсов и 12% старшекурсников обращались за медицинской помощью.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости усиления профилактической работы в молодежной среде, коррекции факторов риска, повышении информированности в вопросах здоровья и медицинской активности студентов.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Айталиева Р.Р.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Киргизия

Происходящие в республике социально-экономические, политические и медико-организационные преобразования негативно влияют на состояние здоровья населения, и в первую очередь - детей, особенно школьного возраста. В связи с этим, поиск новых, более эффективных форм организации и оказания лечебно-профилактической помощи детям продолжает оставаться весьма актуальной.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья школьников, разработать комплексную программу повышения качества их жизни.

Задачи исследования.

1. Оценить состояние здоровья школьников.
2. Оценить медико-социальные характеристики школьников.
3. Провести экспертное обследование состояние материально-технической базы школ.
4. Разработать программу по улучшению качества жизни школьников.

Базой для проведения данного исследований были выбраны школьные учреждения г.Бишкек.

Объектом исследования послужили школьники, обучающиеся в 5-7 классах, полные комплекты медицинской документации на них, а также их родители и учителя этих школ.

Исследование проводилось в школьных учреждения г.Бишкек, репрезентативная выборка состояла из 200 учащихся. Опрошено также 100 учителей и 100 родителей.

Сбор данных производился путем заполнения анкет в классах.

В результате проведенного обследования установлено, что лишь 27,75% из общего числа детей являлись относительно здоровыми, а остальные 72,25% ребенка имели ту или иную патологию. При этом выявлено, что за время обучения в школе, к старшим классам, среднее число здоровых учащихся достоверно сокращается.

Анализ заболеваемости показал, что почти каждый третий ученик страдает нарушением зрения, которому принадлежит первое место (31,5%).

Анализ индекса масса тела/возраст выявил, что основное большинство детей всех возрастных групп (свыше 63,1%) укладываются в средние показатели ($M \pm 1\sigma$). Дефицит массы тела, в зависимости от возраста в среднем имел место у 8,5% девочек и 1,5% мальчиков.

Выявлен выраженный дефицит мясных, молочных продуктов, рыбы в рационе питания детей. Так, мясо присутствует в ежедневном рационе лишь у 42,5% учащихся, а 27,7% детей едят его лишь 3 - 4 раза в неделю. Значительное число детей употребляют мясо очень редко – 29,8%.

Установлено, что из общего числа изученных школ 31,4% требуют капитального ремонта, в некоторых из них протекает кровля.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлен низкий индекс общего здоровья школьников, причем за время обучения в школе, к старшим классам, среднее число здоровых учащихся достоверно сокращается. Показано, что за время обучения в школе увеличивается число детей с хроническим тонзиллитом, кариесом, миопией и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а среднее число соматических болезней, приходившихся на одного школьника составляет 1,7, при этом у некоторых учащихся наблюдалось сочетание 3 и более заболеваний.

С целью научного обоснования мероприятий по сохранению и укрепления здоровья школьников, и формирование у них навыков здорового образа жизни нами разработана Программа рациональной технологии медицинского обслуживания школьников.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧС

Бабенко Д.А., Кораблина Ю.В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Калоев А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность работы: в последнее время в жизни современного человека увеличилось количество чрезвычайных ситуаций как природного, так и техногенного, социального характера. Своевременное оказание медицинской помощи - одна из актуальных задач, стоящих перед Всероссийской службой медицины катастроф.

Цель исследования: Обобщить и систематизировать данные научной литературы и СМИ по теме медицинской эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях, изучить алгоритм оказания медицинской помощи при массовых поражениях. Привести примеры работы службы медицины катастроф в конкретных случаях: пожар в клубе «Хромая лошадь» (2009 г), техногенная катастрофа в Башкирии (1989 г), крушение «Невского экспресса».

Материалы и методы: сравнительный анализ научных статистических материалов и данных СМИ.

Пожар в клубе «Хромая лошадь».

Сообщение о пожаре в ночном клубе «Хромая лошадь» поступило в Москву 23:08 4 декабря 2009 года.

Особенности поражающего фактора: открытый огонь, повышенная температура окружающей среды, токсичные продукты горения, падающие части строительных конструкций. Причиной пожара явилось возгорание пенопласта.

Сложности ЛЭО: Переполненность помещения, обилие мебели и узкий дверной проём основного выхода. Во время пожара в помещении клуба погас свет, аварийное освещение отсутствовало, началась паника и давка.

Особенности санитарных потерь: комбинированная травма.

Особенности оказания медицинской помощи пострадавшим:

- Прекращение действия ПФ
- Очищение верхних дыхательных путей, ИВЛ
- На части автомобилей скорой медицинской помощи отсутствовали пульсоксиметры и кислородные баллоны, аппараты искусственной вентиляции легких
- Меры по предупреждению аспирации ВДП
- Запрещено удалять остатки одежды из ран
- На раны накладывались повязки из стерильного бинта или при обширных ожогах пострадавших укутывали любой чистой тканью
- Медикаментозное обезболивание
- Пострадавших одевали в теплую одежду из-за погодных условий

В дальнейшем, для подготовки к следующему этапу эвакуации выполняли посиндромную терапию, включающую внутривенное введение инфузионных растворов, назначение кардиотоников, седативных препаратов, анальгетиков; проводили респираторную поддержку, согревание. Осуществляли контроль диуреза посредством мочевого катетера, устанавливали назогастральный зонд. Ряду больных во время рейса понадобились повторные перевязки. Проводилось введение и дача внутрь антибиотиков, противовоспалительных препаратов.

Затем прибыла объединенная авиационная эвакуационная медицинская бригада.

По результатам первичного осмотра пациентов было принято решение о необходимости проведения эвакуации 45 пациентов, находящихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

Вывод: Непосредственно в ходе пожара и сразу после него, в результате ожогов, отравления высокотоксичным дымом и давки погибли 111 человек. По заключению следствия жертвы пожара погибли преимущественно из-за отравления угарным газом и продуктами горения.

Сравнительный анализ железнодорожных катастроф в Башкирии и «Невского экспресса».

Особенности ПФ:

Трагедия в Башкирии: сила ударной волны, температура горения воздушно-газовой смеси, отравление продуктами горения и осколочные ранения.

«Невский экспресс»: механический фактор обусловил особенности структуры контингента пострадавших. Термические поражения в данной ситуации на втором месте.

Сложности ЛЭО:

Трагедия в Башкирии: большой радиус поиска пострадавших и разброса фрагментов подвижного состава, невозможность доступа колесной медицинской техники в очаг катастрофы.

«Невский экспресс»: заболоченность местности, наличие ограждения, удаленность от дороги.

Особенности санитарных потерь:

Трагедия в Башкирии: Преобладание множественных ожогов, термоингаляционные поражения и отравления продуктами горения

«Невский экспресс»: механическая травма, а ожоги имеют второстепенное значение

Особенности оказания медицинской помощи пострадавшим:

Проводимые мероприятия при ожогах:

- Прекращение действия ПФ

- ИВЛ

- Пострадавшие, находившиеся в сознании, при отсутствии признаков повреждения органов брюшной полости, получали обильное щелочное питье

- Было запрещено удалять остатки одежды из ран

- На раны накладывались стерильные повязки или при обширных ожогах пострадавших укутывали любой чистой тканью

- Медикаментозное обезболивание

Проводимые мероприятия при механических травмах:

- Извлечение пораженных из-под завалов

- Восстановление проходимости ВДП

- Меры по предупреждению западения языка, аспирации дыхательных путей

- Временная остановка наружного кровотечения любыми доступными средствами

- Сердечно-легочная реанимация

- Наложение повязки на рану

- Иммобилизация

- Обильное теплое питье, согревание

Для дальнейшей эвакуации проводили следующие мероприятия:

- Устранение недостатков предыдущих манипуляций

- Окончательная остановка кровотечения

- Первичная обработка ран и ожогов

- Комплексная терапия острой кровопотери, шока, гемотрансфузии

- Ампутация при отрывах и массивных разрушениях конечностей

- Лапаротомия при проникающих ранениях и закрытой травме живота с повреждением внутренних органов

- Комплексная терапия ПОН

- Применение транквилизаторов, нейролептиков, симптоматическая терапия

Особенности: отсутствие медицинской сортировки, четкого алгоритма действий при катастрофе в июне 1989 года, медленная эвакуация. В свою очередь оказание помощи при крушении «Невского экспресса» имело быструю систему оповещения, специальные медицинские формирования, а главное этапность.

Дальнейшие мероприятия: При трагедии в 2009 году эвакуация была более совершенной за счет наличия специализированного авиационного транспорта и медицинских модулей.

Вывод: Благодаря опыту катастрофы в Башкирии ликвидация последствий при крушении «Невского экспресса» была более совершенной, а соответственно несла меньшие потери.

В то же время при крушении «Невского экспресса» стало понятно, что необходимо совершенствовать систему эвакуации на железных дорогах, а расположенные вдоль них ЛПУ оснастить современным лечебно-диагностическим оборудованием.

ПРОБЛЕМА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ О ПОЛОВОМ ВОСПИТАНИИ И МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ

Балбек А.Ф., Чураева А.С.

Научные руководители: к.м.н. доцент Махкамова З.Р., ассистент Санина Г.Н.
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Введение: Подростковый возраст является наиболее уязвимым. В этот период жизни они претерпевают как физические, физиологические, так и социально-психологические изменения, что формирует одну из уязвимых групп населения. Это сказывается и на репродуктивном здоровье подростков. В современном обществе остро стоит проблема раннего сексуального дебюта, что ведет к возрастанию количества нежеланных беременностей и заболеваний, связанных с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), включая ВИЧ. [1] Чаще всего это происходит в связи с недостаточным уровнем информированности юношей и девушек по вопросам контрацепции. В связи с этим особое значение приобретает мониторинг за репродуктивным здоровьем подростков, где наряду с показателями юного материнства, оценивается сексуальное образование подростков и их знание о методах контрацепции. [2] Согласно определению ВОЗ сексуальное образование должно охватывать широкий круг вопросов, включая как биологические и физические аспекты сексуальности, так и социальные, эмоциональные аспекты.

Цель исследования: выявить уровень информированности подростков о современных методах контрацепции и принципах полового воспитания.

Методы исследования: В исследовании использовались статистические данные детской и подростковой гинекологической службы РК и ГБУ РК «Крымский медицинский информационно-аналитический центр», а также социологический метод исследования (анонимное анкетирование) среди подростков (школьников 9-11 классов). В исследовании приняли участие 305 человек, среди них: девушки-226 (74,0%), юноши-79 (26,0%). Статистический анализ проведен с использованием метода описательной статистики.

Результаты исследования. Анализ социологического опроса показал, что половой жизнью живут 29,8% подростков, при этом самый ранний сексуальный опыт был указан в возрасте 13 лет. 79,0% опрошенных осведомлены о возможности использования лишь барьерных контрацептивов, а 5,0% вообще не знают об их существовании. 53,0% респондентов считают, что контрацептивы необходимы как средство защиты от венерических заболеваний, 36,4% - как средство предупреждения от беременности, 6,0% - что их не следует использовать вообще. Более половины респондентов (66,5%) отдают предпочтение барьерным методам контрацепции, 19,3% же считают все методы небезопасными. В 47,9% случаях подростки считают аборт приемлемым в зависимости от сложившейся ситуации, в 36,6% более категоричны в отношении абортов, считая неприемлемыми, а в 10,2% случаях - относятся нейтрально. Около половины опрошенных (45,6%) считают, что посещение гинеколога нужно начинать с 12-14 лет, 32,8% - с 15-17 лет, 11,1% - после 18 лет, 10,5% - до 12 лет. Отсутствие достаточно грамотной работы в вопросах сексуального образования подтверждается статистическими данными. По данным детской и подростковой гинекологической службы РК и ГБУ РК «Крымский медицинский информационно-аналитический центр»: количество случаев подростковой беременности в РК за 2015 г. составляет 2,1%, удельный вес девочек подросткового возраста, идущих на аборт составляет 31,0%. В 80% случаев подростки осуществляют аборт при первой беременности. В Крыму, как и в России систематического обязательного сексуального образования нет, большинство программ имеют факультативный характер; а вопросы, затрагивающие сексуальные отношения, как правило, интегрированы в более общие курсы воспитания здорового образа жизни. Большинство опрошенных подростков (79,5%) считают, что в вопросе о половом воспитании должны заниматься родители, и только 14,3% - школа. Среди опрошенных 39,5% имели разговоры с родителями о

половом воспитании и гигиене, 38,5% не беседовали на эти темы и 22,0% затрудняются в ответе.

Выводы. Проблема подростковой беременности и ранних абортов для РК по-прежнему актуальна. Значительная часть подростков ведет половую жизнь, но недостаточно знают о контрацептивах. Осведомленные же чаще отдают предпочтение барьерным методам. Половина опрошенных рассматривают контрацептивы как средство защиты от венерических заболеваний, и только треть как предупреждение от нежеланной беременности. Значительная часть отрицает необходимость их использования в принципе. Большинство подростков допускают аборты или относятся к ним нейтрально. Особое место в просветительской работе по вопросам сексуального поведения и профилактики абортов подростки отводят родителям и школе. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости улучшения просветительской работы среди подростков по вопросам сексуального поведения: разъяснения опасности абортов, особенно в раннем возрасте, негативных последствий раннего начала половой жизни, информирование о современных и безопасных методах контрацепции. [3] В современной системе образования проблеме полового воспитания молодежи не уделяется достаточного внимания, что отражается на результатах исследования. Данные анкетирования показали, что несмотря на раннее взросление молодого поколения в физическом аспекте, их психосоциальная осознанность наступает гораздо позже. Это является сигналом для внедрения в школьную программу старших классов внеклассных часов, а также проведения акций, посвященных половому воспитанию и предупреждению нежеланной беременности, с ее дальнейшими последствиями.

АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КБР

Биногерова З.Х., Бесланев А.А.

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

Актуальность проблемы заключается в том, что детальных исследований в отношении отклонений массы тела от принятой нормы среди студентов практически не проводилось.

Задачи: изучение показателей рациона питания студентов и сопоставление их с данными биоимпедансометрии, в зависимости от половой принадлежности и индекса массы тела.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 79 студентов 4 курса медицинского факультета специальности «Лечебное дело», из которых 25 юношей и 54 девушки. Результаты были обработаны статистически с использованием программы Excel.

Результаты исследования. Результаты исследования выявили отклонения ИМТ от нормы более чем у 50% студентов. При этом хотелось бы отметить, что на долю обследованных с дефицитом массы тела пришлось 13,6%, а на лиц с избыточной массой тела 45,5% студентов. Студенты с нормальным ИМТ составили 40,9%. Полученные результаты позволили разделить обследованных на 3 группы. Первая группа - студенты с избыточной массой тела, которая включает в себя группы с ожирением 1, 2 и 4 степени. Вторая группа обследованных с нормальной массой тела. Третья группа с дефицитом массы тела. Анализ результатов проводился в зависимости от половой принадлежности. Интересный факт, исходящий из расчетов ИМТ. Избыточная масса тела наблюдается у 8% парней и у 12,9% девушек. Ожирение 1 степени зарегистрировано у 8% парней и 3,7% девушек. Ожирение 2 степени у 1,2% парней и не выявлено у девушек. Ожирение 4 степени у 8% парней, и не выявлено у девушек. Несмотря на то что избыточная, масса

наблюдается в большей степени в группе девушек, в группе девушек не было лиц с ожирением 2,4 степени, в отличие от группы юношей. Во всех группах был произведен анализ жировой массы. Так, 71% девушек и 83,3% мужчин с повышенной массой тела имеют повышенную жировую массу. Однако, хотелось бы отметить, что 29% девушек и 17% парней в данной группе имеют нормальные величины жировой массы. В группе с дефицитом массы тела 75% девушек и 100% юношей имеют пониженную жировую массу тела. 2,4% девушек и 16,6% мужчин с нормальной массой тела имеют снижение жировой массы тела, 9,7% девушек и 5,5% парней имеют повышенную жировую массу при нормальных величинах ИМТ. Изучение тощей массы выявило, что в группе с нормальной массой тела 17% девушек и 5,5% парней имеют сниженные цифры тощей массы тела. Так же, в этой группе отмечены и те, у кого напротив повышение цифр тощей массы, а именно у парней 5,5%, и не выявлено в группе девушек. В группе с дефицитом массы тела снижение тощей массы отмечается у 50% девушек, и не отмечается в группе парней. Снижение тощей массы в группе с повышенным ИМТ отмечается у 57,1% девушек. Повышение тощей массы в этой же группе выявлено у 44,2% девушек, и у 66,6% парней. Был произведен подсчет скелетно-мышечной массы во всех трех группах. Итак, повышение величин скелетно-мышечной массы в группе с повышенным ИМТ отмечается у 66,6% парней, и у 33,3% девушек. В данной группе не отмечено снижение цифр скелетно-мышечной массы. В группе с нормальной массой тела, повышение СММ отмечено у 22% парней и 4,8% девушек. Снижение СММ в данной группе отмечено только у девушек, а именно у 50%. Так же хотелось отметить, что данные изменения сопровождались изменениями и других показателей, а именно: 9,7% девушек снижение СММ в сочетании со снижением тощей массы 100%, и повышение жировой массы 90%. Данные значения высчитывались у группы девушек с нормальным индексом массы тела в сочетании со снижением СММ. То – есть мы можем сделать вывод об преобладании процессов липогенеза над процессами липолиза, и в прямой связи с процессами атрофии мышечной ткани. В группе с дефицитом массы тела не отмечается повышение величин СММ. Оценка пищевых привычек студентов показала высокое потребление жиров. У 11% девочек и 16% парней в группе с повышенной массой отмечается снижение потребления жира. Остальные участники данной группы употребляют большое количество жира с пищей. Интересные результаты отмечены в группе девушек с дефицитом массы тела: 90% девушек с дефицитом массы тела имеют повышенное потребление жиров, чего не отмечается у парней с дефицитом массы тела. В группе с нормальной массой тела, повышенное потребление жира отмечено у 61% парней, и 26,8% девушек, пониженное потребление у 33% парней, 58% девушек. Изучив потребления белка во всех группах, выявили, что 90% парней и 100% девушек в группе с повышенным ИМТ имеют повышенное потребление белка. В группе с дефицитом массы тела 90% девушек и 100% парней так же имеют повышенное потребление белка. Повышенное потребление углеводов в группе с повышенной массой тела выявлено у 44,4% девушек, и 50% парней. Пониженное потребление в той же группе отмечено у 33,3% парней и 44,4% девушек. В группе с дефицитом массы, повышенное потребление углеводов у 50% девушек, пониженное у 25% девушек. В группе с нормальным ИМТ у 50% парней и 24,3% девушек повышено потребление углеводов. У 33,3% парней 56% девушек этой группы понижено потребление углеводов.

Выводы:

1. Резко дисгармоничное питание.
2. Распространенность избыточной массы тела включая различные степени ожирения у студентов медицинского факультета.
3. Повышение жировой массы в сочетании со снижением тощей и скелетно-мышечной массы.
4. В группе студентов с высоким потреблением белков, низкий уровень жировой массы в сочетании с нормальными величинами тощей и скелетно-мышечной масс.

ИССЛЕДОВАНИЕ САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Борзенкова Е.А., Коханова Д.А., Ромахова А.Д.

Научный руководитель: к.м.н. старший преподаватель Кряжев Д.А.
Оренбургский государственный медицинский университет

Молоко – это продукт питания, обладающий высокой энергетической и биологической ценностью. Как неотъемлемая часть питания обычного российского человека и залог его здорового питания, молоко должно соответствовать всем санитарно - химическим требованиям, поэтому мы решили оценить продукт по данным параметрам на территории Оренбургской области, чтобы выявить проблему нарушения качества молока и искать пути ее решения.

Цель: Провести гигиеническую оценку проб молочных продуктов Оренбургской области на содержание тяжелых металлов.

Материалы и методы: использованы данные лабораторных исследований за 2009-2013 года по концентрациям тяжелых металлов в молочных продуктах РИФ СГМ по Оренбургской области. Для оценки результатов определялось среднее значение (М) каждого оцениваемого признака и стандартная ошибка среднего (m).

Результаты: Проведен анализ проб на выявление концентрации основных тяжелых металлов (свинца, мышьяка, кадмия и ртути) в молочных продуктах. Были изучены результаты 484 проб молока в Оренбурге и 6 городах области (Бугуруслан, Бузулук, Медногорск, Новотроицк, Орск, Гай). В 32 пробах обнаружены превышения ПДК в молочных продуктах 3 исследуемых городов: Бугуруслан (2 пробы), Медногорск (18 проб), Оренбург (12 проб). Самыми часто встречаемым металлом, превышающим показатель ПДК, является мышьяк (обнаружен в 18 пробах с концентрацией более 0,07). Отмечаем, что в целом превышению концентрации тяжелых металлов подвержены группы молочных продуктов – творог (25%), кисломолочные (22%) и сыры (22%).

Выводы. Выявленные случаи несоответствия санитарным нормам показывают, что нужно предпринимать дополнительные меры по безопасности молочных продуктов в Оренбургской области на любых возможных этапах производства данных продуктов.

Список литературы.

1. Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов: СанПиН 2.3.2.1078-01. - М.: ДЕАН, 2012. - 922 с.
2. Педенко А.И. Гигиена и санитария общественного питания/ А.И. Педенко, И.В. Лерина, Б.И. Белицкий - М.: Экономика, 1991. - 270 с
3. Пилипенко А.Т., Починок В.Я., Серeda И.П., Шевченко Ф.Д. Металлы. Общие свойства металлов // Справочник по элементарной химии / под ред. академика АН УССР А. Т. Пилипенко. — К.: Наукова думка, 1985. — С. 341–342. — 560 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Бурухина Е.К.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Муравьева В.Н.
Ставропольский государственный медицинский университет

Увеличение количества пациентов 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 [4]. В настоящее время доля болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости составляет до 24,5%, причем самой распространенной их формой является хронический бронхит [3].

В связи с этим, несмотря на значительные достижения в области изучения этиопатогенеза патологии органов дыхания и использование современных эффективных фармакологических препаратов, наряду с медикаментозными методами лечения целесообразно также применять и немедикаментозную терапию [2]. Вот почему роль санаторно-курортного лечения в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом является особенно актуальной.

Целью исследования является оценка эффективности санаторно-курортного лечения в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом.

Материал и методы. Исследование проведено на 76 пациентах с хроническим бронхитом (34 женщины и 42 мужчины, средний возраст – $56,8 \pm 1,9$ лет), получавших в 2015-2016 гг. санаторно-курортное восстановительное лечение на базе одного из санаториев г. Кисловодск. Отбор больных для исследования осуществлялся методом сплошной выборки среди пациентов, курс лечения которых длился 18 дней и более. У 56 пациента имелась дыхательная недостаточность I степени, у 20 пациентов – II степени, средняя продолжительность заболевания составляла $12,7 \pm 2,1$ лет.

Методы обследования и лечения проводились соответственно индивидуальным особенностям состояния пациентов. Оценка качества жизни проводилась двукратно (до прохождения санаторно-курортного лечения и через 2 месяца после) при помощи теста SF-36 [5].

Математический анализ результатов исследований проводился с использованием методов вариационной статистики. Оценивались средние значения параметров контролируемых функций и их динамика. О влиянии на контролируемые функции судили по наличию достоверных различий средних значений и их динамики, коэффициентам корреляции r (при $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. При оценке данных первичного анкетирования были получены следующие результаты: по шкале физической активности (Physical Functioning, PF) среднее значение составило $46,2 \pm 1,8$ (15-95), роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Physical Functioning, RP) – $32,8 \pm 2,4$ (0-100), интенсивности боли (Bodily Pain, BP) – $48,3 \pm 1,4$ (10-100), общего состояния здоровья (General Health, GH) – $41,2 \pm 2,1$ (30-82), жизненной активности (Vitality, VT) – $42,3 \pm 2,6$ (20-85), социальной активности (Social Functioning, SF) – $48,4 \pm 3,1$ (25-100), роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Emotional, RE) – $41,1 \pm 2,5$ (0-100), психического здоровья (Mental Health, MH) – $50,8 \pm 4,2$ (40-80).

При оценке качества жизни через 2 месяца после прохождения санаторно-курортного лечения результаты по шкалам составили: PF – $46,8 \pm 2,1$ (15-95), RP – $46,3 \pm 1,9$ (0-100), BP – $48,1 \pm 1,2$ (10-100), GH – $47,1 \pm 2,3$ (30-82), VT – $49,2 \pm 2,1$ (20-85), SF – $48,1 \pm 2,9$ (25-100), RE – $49,2 \pm 3,1$ (0-100), MH – $52,1 \pm 3,5$ (40-80).

Было отмечено достоверное улучшение качества жизни по шкале роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (с $32,8 \pm 2,4$ до $46,3 \pm 1,9$), общего состояния здоровья ($41,2 \pm 2,1$ до $47,1 \pm 2,3$), жизненной активности (с $42,3 \pm 2,6$ до $49,2 \pm 2,1$) и роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (с $41,1 \pm 2,5$ до $49,2 \pm 3,1$; $p < 0,05$). По другим шкалам достоверных изменений не выявлено.

Полученные при повторном анкетировании данные были сопоставлены со средними значениями в данной возрастной группе общей популяции РФ по данным 2008 года [1]. Достоверные различия по всем 8 шкалам отсутствуют.

Заключение.

Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. Прохождение санаторно-курортного лечения приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с хроническим бронхитом по показателям шкал роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности, общего состояния здоровья, жизненной активности и роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности.

2. Качество жизни пациентов с хроническим бронхитом после прохождения санаторно-курортного лечения достоверно не отличается от качества жизни в данной возрастной группе общей популяции РФ.

Список литературы.

1. Амирджанова В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») / В. Н. Амирджанова, Д. В. Горячев, Н. И. Коршунов, А. П. Ребров, В. Н. Сороцкая // Научно-практическая ревматология – 2008. – № 1. – С. 36–48.

2. Мещерякова Н.Н. Принципы легочной реабилитации больных хронической обструктивной болезнью легких / Н. Н. Мещерякова // Практическая пульмонология – 2013. – № 2. – С. 27–31.

3. 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.

4. Мухарлямов Ф.Ю. Пульмонологическая реабилитация: современные программы и перспективы / Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычева, М. А. Рассулова, А. Н. Разумов // Пульмонология – 2013. – № 6. – 99 – С. 105.

5. Lins L. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. / L. Lins, F. M. Carvalho // SAGE open Med. – 2016. – V. 4. – pp. 1-12.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Войтович А.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Елисеева Ю.В.
Саратовский государственный медицинский университет

Введение. Учреждения среднего профессионального образования являются основным типом учебных заведений по подготовке квалифицированных рабочих кадров, в которых одновременно с профессией подростки получают и завершают среднее образование [5].

Структура и условия учебного процесса в профессиональном образовательном учреждении по сравнению со школой значительно усложняются. Обучение сопровождается изучением специальных дисциплин и освоением профессиональных навыков, происходит столкновение с воздействующими на организм факторами производственной среды и трудового процесса [1,2,3] на которые подростковый организм реагирует более остро по сравнению с организмом взрослого человека. Кроме того, в профессиональных образовательных организациях создаются условия обучения и воспитания, не отвечающие требованиям санитарных правил и норм.

Целью исследования явилось изучение условий профессиональной подготовки подростков с ограниченными возможностями (ОВ), осваивающих профессию оператора швейного оборудования.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 72 подростка в возрасте от 15 до 18 лет, обучающихся в профессиональном образовательном учреждении для лиц с ОВ здоровья г. Саратова.

Гигиеническая оценка условий обучения проводилась в соответствии с СанПиН 2.4.3.1186-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования» и выполнена на основе хронометражных исследований.

Уровень воздействия факторов учебно-производственной среды оценивали в соответствии с Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификации условий труда».

Результаты и обсуждение. Для освоения профессии оборудованы две швейные мастерские. Площади и кубатура мастерских не соответствовали требованиям СанПиН 2.4.3.1186-03.

Для учащихся характерна средняя по тяжести физическая динамическая нагрузка при перемещении обрабатываемого изделия по мастерской и поднятии утюга (масса поднимаемого и перемещаемого груза составляла $2245,8 \pm 34,9$ г). Выполнение основных рабочих операций сопровождалось повторением стереотипных движений. Число стереотипных движений составляло $17680,9 \pm 32,6$, при региональной нагрузке и преимущественным участием мышц рук и плечевого пояса (утюжка) - $651,5 \pm 13,4$.

Рабочая поза учащихся – сидя с наклоном корпуса вперед. В основной рабочей позе учащиеся проводили 82% времени практического занятия ($221,04 \pm 3,40$ мин).

Сенсорные нагрузки характеризовались значительной длительностью сосредоточенного наблюдения (40,1% времени практического занятия), одним объектом одновременного наблюдения (обрабатываемое изделие) с размером объекта различения 3 мм (размер строчки).

Моторная плотность занятия составляла 45,6% (при норме 60 - 80%), что в соответствии с критериями, предложенными Н.К. Смирновым [5] не позволяло считать профессиональное занятие гигиенически рациональным.

На рабочих местах для выполнения машинных работ создавались уровни искусственного освещения $1456,2 \pm 24,1$ лк (норма 2000 лк), на утюжилых рабочих местах и столах для выполнения ручных работ – $350,7 \pm 13,7$ лк (норма 600 лк).

Оценка шумового воздействия позволила установить, что источниками шума в мастерских являлись швейные машины и машины цепного переплетения ниток. Уровень звука – $82,4 \pm 2,4$ дБ. Общее суммарное время действия шума составляло $130,35 \pm 13,09$ мин (54,3% времени практического занятия).

Гигиеническая оценка вибрационного воздействия позволила выявить превышение уровней виброскорости на частотах 31,5–125 дБ на $2,6 \pm 2,4$ дБ в зоне стола и зоне иглы на обоих типах швейных машин. Время работы на швейных машинах не превышало 5 часов и составляло $45,41 \pm 4,01$ мин ($18,9 \pm 1,6\%$ времени практического занятия), условия обучения по фактору «вибрация» считали допустимыми.

В воздухе рабочей зоны учащихся обнаружена пыль в среднесменных концентрациях $1,7 \pm 0,5$ мг/м³, не превышающих ПДК (2 мг/м³).

Заключение. Таким образом, анализ полученных значений факторов позволил считать условия обучения подростков вредными, а труд подростков тяжелым в соответствии с классификацией условий труда. Необходимо проведение мероприятий по сокращению неблагоприятного воздействия факторов производственной среды и сохранению здоровья учащихся.

Список литературы.

1. Войтович А.А. Гигиеническая оценка организации учебного процесса в учреждении среднего профессионального образования для подростков с ограниченными

возможностями здоровья / А.А. Войтович // Вятский медицинский вестник. – 2016. – № 5. – С. 46–50

2. Войтович А.А. Изучение состояния здоровья учащихся комплекса-интерната профессионального обучения // Актуальные проблемы гигиены и медицины труда 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. – Саратов: Амирит, 2016. – С. 22–29.

3. Войтович А.А. Профессиональное обучения подростков с ограниченными возможностями здоровья в условиях воздействия химических агентов // Гигиена, экология и риски здоровью в современных условиях: материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. – Саратов, 2017. – С. 54–58.

4. Елисеев Ю.Ю. Реализация здоровьесберегающих технологий в учреждениях среднего профессионального образования / Ю.Ю. Елисеев, А.А. Войтович, Е.А. Дубровина, Н.Н. Пичугина, Н.И. Алексеева, Е.С. Сергеева, С.С. Абрамкина // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=26673>.

5. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. Методическое пособие. / Н.К.Смирнов. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КАК МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ермолаев А.В.

Научные руководители: Сиротко М.Л., Бочкарева М.Н.
Самарский государственный медицинский университет

Несмотря на улучшение качества диагностики и лечения, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности в развитых странах мира и в РФ. Доля болезней системы кровообращения в общей структуре смертности в России составляет более 56% [1,2]. Своевременное выявление и качественное лечение этих жизненно угрожающих заболеваний по-прежнему чрезвычайно актуально [3,4]. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности диспансеризации как метода профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у населения, проживающего в Красноглинском районе г. Самары и прикрепленного к городскому бюджетному учреждению здравоохранения Самарской области «Самарская городская больница № 7» (ГБУЗ СО «СГБ № 7»).

Материал и методы. Были проанализированы отчетные формы №131/о ГБУЗ СО «СГБ № 7», данные федеральной службы государственной статистики по Самарской области о численности населения, заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения, поло-возрастной структуре населения за период 2013-2016 гг. Применялись эпидемиологический и статистический методы с расчетом относительных, средних величин и анализа динамических рядов.

Результаты и обсуждение. На первом этапе диспансеризации была выявлена вероятность наличия ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний и болезней, обусловленных повышенным артериальным давлением (АД), на основании унифицированного опроса по модифицированным скрининговым методикам, снятия ЭКГ-покоя, регистрации основных факторов риска (ФР) ССЗ, осмотра врачом-неврологом определенных возрастных групп и осмотра всех обследуемых участковым врачом-терапевтом.

В 2013 г. подлежали диспансеризации 13 092 человека, были обследованы 12 278 человек (93,8%). При прохождении диспансеризации определенных групп взрослого населения впервые зарегистрированные заболевания или подозрения на наличие заболеваний составили 3 517 случаев, из них определение суммарного сердечно-сосудистого риска - 713 впервые выявленных случая.

При прохождении диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2014 г. определение суммарного сердечно-сосудистого риска составило 543 впервые выявленных случая, в 2015 г. - 629, в 2016 г. - 361 случай.

В случае необходимости уточнения диагноза назначались обследования в рамках второго этапа диспансеризации или дополнительные обследования, которые включали дуплексное сканирование брахицефальных артерий, повторный осмотр врачом-неврологом и врачом-терапевтом, а также определение показаний для дальнейшего углубленного обследования вне рамок диспансеризации с целью уточнения диагноза.

При анализе распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний за период 2013-2016 гг. были выявлены увеличение регистрации повышенного АД у мужчин в возрастной группе 39-60 лет на 57 случаев, у женщин - снижение данного ФР на 328 случаев. Частота определения дислипидемии во всех 3-х возрастных группах у мужчин снижалась, у женщин возросла в возрастной группе 39-60 лет на 204 случая. Умеренный суммарный сердечно-сосудистый риск как для мужчин, так и для женщин, динамично увеличивался во всех возрастных группах. Высокий суммарный сердечно-сосудистый риск имел тенденцию к снижению у мужчин в возрастной группе 39-60 лет в 2016 г. по сравнению с 2015 г. на 38 случаев, у женщин - снижение в возрастной группе 21-36 на 100 случаев за указанный период. Такой ФР, как «Очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск», отмечался у мужчин в возрастной группе старше 60 лет в 26 случаях в 2013 г. и в 5-и случаях в 2016 г. У женщин данный фактор риска в возрастной группе старше 60 лет отмечался с ежегодным снижением в среднем на 24 новых случая.

Закключение. Таким образом, благодаря диспансеризации осуществляется динамическое наблюдение за здоровьем граждан, ведется раннее выявление заболеваний и факторов риска, что способствует своевременному и эффективному лечению больных. Это, в свою очередь, приводит к профилактике осложнений заболеваний, к снижению показателей временной и стойкой нетрудоспособности. Результаты подтвердили важность проведения постоянного мониторинга диспансеризации на уровне каждого этапа и активного участия врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики, среднего медицинского персонала в привлечении населения к прохождению диспансеризации, а при необходимости - и к диспансерному наблюдению с выполнением всех врачебных назначений. Только при тесном взаимном сотрудничестве врачей разных специальностей и пациента можно достичь снижения риска развития ССЗ и их фатальных осложнений.

Список литературы.

1. Бойцов, С.А. Диспансеризация взрослого населения как механизм выявления сердечно-сосудистых заболеваний и формирования диспансерного наблюдения / С.А. Бойцов, А.М. Калинина, П.В. Ипатов // Вестник Росздравнадзора. - 2015. - № 5. - С. 11-18.
2. 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. - Том 3. - № 1. - С. 6-34. URL: demreview.hse.ru (дата обращения: 16.10.2017).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
4. Сиротко, М.Л. Современные организационные технологии в профилактической медицине / М.Л. Сиротко, М.Н. Бочкарева, Н.Н. Виктор, С.С. Григошкин // Матер. международ. научн.-практ. конф. / Проблемы демографического развития государств

СВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ С НАГРУЗКОЙ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Змеев В. Ю., Заргарова С. А.

Научный руководитель: ассистент Кравченко О.О.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: Качество подготовки молодых специалистов в медицинских вузах во многом определяется состоянием здоровья студентов, в частности, заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Цель нашего исследования: заключается в прослеживании динамики развития и частоты обострения заболеваний гастродуоденальной зоны студентов Ставропольского государственного медицинского университета.

Материалы и методы: Нами была разработана анкета, которая включала в себя 11 вопросов с указанием пола, возраста и семейного положения. Математическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартного пакета прикладных программ SPSS 20.0 for Windows.

Результаты исследования: В группу исследования вошли: группа А – студенты, обучающиеся в СтГМУ в 2016-2017 гг. (1 и 3 курсы соответственно) и группа Б - студенты, обучающиеся в СтГМУ в 2016-2017 гг. (3 и 5 курсы соответственно).

По данным исследования в течении первого года обследования в опросе приняли участие 153 человека (92 человека 1 курса и 61 - 3 курса). На 1 курсе на момент исследования имели заболевание ЖКТ 16,3%. 41,3% опрошенных ответили, что придерживаются рационального питания, питаюсь, в основном, дома и в кафе, а оставшиеся 58,7% не придерживаются рационального питания (ошибка репрезентативности+2,9%). На 3 курсе заболевание имеют 20 человек (32,7%). 54% опрошенных питаются правильно, в основном, дома и в кафе, а 46% не придерживаются рационального питания (ошибка репрезентативности +3,6%).

Среди студентов 1 и 3 курсов, ответивших, что придерживаются рационального питания 18% и 13%, соответственно, тех, кто ответили, что питаются 1-2 раза в сутки, поэтому эти студенты были отнесены к числу не придерживающихся рационального питания. 61,3% респондентов 1 и 3 курса в сутки питаются 2 раза и преимущественно дома. Так же был задан вопрос, чего, по мнению самих студентов, должно присутствовать в их рационе питания? Большинство респондентов ответили, что им не хватает фруктов для полноценного питания.

На втором году исследования были анкетированы студенты (уже 3 и 5 курсы соответственно) для сравнения результатов. Согласно полученным данным, на 3 курсе заболевание ЖКТ имеет 16 человек (17,4%) и наблюдается тенденция к увеличению числа обострений в год (3-4 раза). 61% опрошенных питаются правильно, в основном, дома и в кафе, а 39% не придерживаются рационального питания (ошибка репрезентативности +3,6%). На 5 курсе число болеющих студентов составляет 29 человек (47,5%), что на 9 человек больше, чем при проведении опроса 2 года назад. При этом наблюдается уменьшение обострения хронического заболевания почти в 2 раза (1-2 в год). 74% опрошенных питаются правильно, в основном, дома и в кафе, а 26% не придерживаются рационального питания (ошибка репрезентативности +3,5%).

Среди студентов 3 и 5 курсов, ответивших, что придерживаются рационального питания имеется 27% и 13%, соответственно, тех, кто ответили, что питаются 1-2 раза в

сутки, поэтому эти студенты были отнесены к числу не придерживающихся рационального питания. 70,8% респондентов 3 и 5 курса в сутки питаются более 2 раз в день и преимущественно дома. На вопрос что должно присутствовать в рационе питания студентов, большинство ответили, что им так же не хватает фруктов для полноценного питания.

Рассматривая зависимость частоты обострений заболеваний ЖКТ у студентов от приверженности к рациональному питанию было выявлено, что среди студентов группы А роль приверженности к рациональному питанию становится меньше по отношению к кратности обострений заболеваний ЖКТ, чем других факторов, влияющих на данный показатель: стресс, адаптация, предрасположенность и т.д. (Если у 1 курса $p < 0,05$, $t > 2$), где p – уровень вероятности «нулевой гипотезы», то у 3 курса $p < 0,01$, $t > 2$).

Однако, среди студентов группы Б отмечается увеличение значимости приверженности к рациональному питанию по отношению к кратности обострений заболеваний ЖКТ (Если у 3 курса $p < 0,01$, $t > 2$, где p – уровень вероятности «нулевой гипотезы», то у 5 курса $p < 0,05$, $t > 2$)

В группе А у студентов 1 курса установлено с вероятностью безошибочного прогноза 95%, что обострения возникают у студентов не чаще, чем 22,1%, не реже, чем 10,5%. У студентов группы А 3курса установлено с вероятностью безошибочного прогноза с 95%, что обострения возникают у студентов не чаще, чем 24,6%, не реже, чем 10,2%.

У студентов группы Б 3курса установлено с вероятностью безошибочного прогноза 95%, что обострения возникают у студентов не чаще, чем 39,2%, не реже, чем 26,4%. У студентов группы Б 5курса установлено с вероятностью безошибочного прогноза 95%, что обострения возникают у студентов не чаще, чем 54,5%, не реже, чем 40,5%.

Выводы:

1. При исследовании в динамике студентов 1 и 3 курсов установлено, что с увеличением нагрузки растёт число студентов, больных заболеваниями ЖКТ и кратность обострений этих заболеваний.

У студентов 3 и 5 курсов с возрастанием курса, напротив, наблюдается снижение кратности обострений заболеваний ЖКТ. Мы полагаем, что связано это с адаптацией к условиям проживания (климат, обучение и т.д.).

2. С возрастанием курса зависимость частоты обострений от приверженности рациональному питанию студентов повышается, что связано со стрессовыми ситуациями.

НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ПИЩЕВОГО СТАТУСА

Исмаилова З.М., Исмаилова Ф.М.

Астраханский государственный медицинский университет

Питание – это жизненно необходимый процесс для организма. Оно предполагает, что в организм регулярно, в необходимом количестве и оптимальных соотношениях должны поступать многие питательные вещества – белки, углеводы, жиры, вода, минеральные вещества и витамины.

Цель работы: разработка нового метода оценки пищевого статуса человека по результатам тестирования и заключения по бальной оценке ответов.

На сегодняшний день известно 4 группы методов оценки качества и полноценности питания:

1. Врачебный контроль. Интегральным показателем, отражающим состояние питания, является пищевой статус. Пищевой статус- состояние организма, определяемое

питанием в данных конкретных условиях. Пищевой статус оценивается по энергетической ценности рациона, режиму питания, условиям приема пищи.

2. Оценка меню-раскладки. С помощью таблиц производят расчет следующих показателей, характеризующих пищевую ценность рациона: 1) энергетическая ценность суточного рациона и ее соответствие энерготратам; 2) качественный состав рациона (общее количество белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов, их соответствие нормам); 3) режим питания (кратность приема пищи, распределение энергетической ценности питательных веществ по отдельным приемам пищи).

3. Лабораторные методы. Направлены на выяснение качественного состава пищи

1) Метод Углова. Метод заключается в лабораторном количественном определении содержания различных питательных веществ, микроэлементов, воды в образце употребляемой пищи. Недостатком метода является его длительность (до 4 часов на один образец).

2) Экспресс-метод (метод Экземплярского). Данный метод позволяет подсчитать только калорийность пищи. Преимуществом является быстрота.

4. Статистические методы.

Направлены на выяснение полноценности питания больших групп населения. Статистические методы можно разделить на две группы:

1. Социально-гигиенические методы. Суть их состоит в том, что в течение определенного периода времени устанавливают массу всех пищевых продуктов, употребляемых за этот срок группой населения, и вычисляют затем среднее количество продуктов и содержащихся в них белков, жиров, углеводов и энергии па одного человека.

2. Социально-экономические методы. Позволяют ориентировочно судить о питании населения. К этой группе относится два основных метода:

А) Бюджетный - по объему средств, которые тратятся на приобретение продуктов питания.

Б) Балансовый - по количеству продуктов, продаваемых в данном регионе на душу населения.

Мы предлагаем новый (пятый) метод оценки пищевого статуса на основании разработанной нами анкеты, которая состоит из 15 вопросов. Благодаря данному анкетированию возможно получение достаточной информации о характере, кратности питания, вкусовых предпочтениях.

Пример анкеты:

1). Где Вы чаще питаетесь?

1. дома (в общежитии)
2. в столовых
3. в ресторанах быстрого питания

2). Как часто Вы питаетесь?

1. 2-3 раза в день, плотно
2. 5-6 раз в день, маленькими порциями
3. когда как, график приема пищи отсутствует

3). Что Вы любите есть?

1. домашнюю пищу
2. фаст-фуд
3. зависит от настроения

4). Всегда ли Вы завтракаете?

1. каждый день
2. часто, но не всегда
3. почти никогда

5). Что входит в Ваш рацион питания?

1. белки, углеводы, жиры, все, что нужно организму
2. сижу на диете

- 3. не знаю
- 6). Как часто Вы едите продукты, содержащие большое количество углеводов?
 - 1. редко
 - 2. эти продукты составляют треть правильного приема пищи
 - 3. эти продукты составляют половину разового приема пищи
- 7). Как часто Вы употребляете фаст-фуд?
 - 1. часто
 - 2. редко
 - 3. по настроению
- 8). Сколько жидкости в день Вы употребляете?
 - 1. минимум 5 стаканов
 - 2. 2-3 стакана
 - 3. меньше 2 стаканов
- 9). Как Вы выбираете блюда?
 - 1. ем то, что есть под рукой
 - 2. исходя из их питательной ценности
 - 3. ем все, что нравится
- 10). Всегда ли Вы тщательно пережевываете пищу?
 - 1. нет
 - 2. раз на раз не приходится, во многом зависит от времени, которым я располагаю
 - 3. да
- 11). Едите ли Вы на ночь?
 - 1. Да, бывает
 - 2. позднее 6 вечера не ем
 - 3. прекращаю прием пищи не менее чем за 2 часа до сна
- 12). Как часто Вы употребляете в пищу соленное и острое?
 - 1. часто
 - 2. редко
 - 3. почти никогда
- 13). Через какое время после приема пищи Вы употребляете жидкость?
 - 1. сразу же после приема пищи
 - 2. через час
 - 3. не обращаю на это внимания
- 14). Как часто Вы употребляете кисло-молочные продукты?
 - 1. каждый день
 - 2. редко
 - 3. вообще не употребляю
- 15). Как Вы считаете, Вы правильно питаетесь?
 - 1. да
 - 2. нет

В ходе исследования было опрошено 100 студентов 1-5 курсов Астраханского Государственного Медицинского Университета. По данным опроса было установлено, что большинство студентов (79%), несмотря на сильную занятость и большие нагрузки в учебное время, питаются дома или в общежитии, 16%- в столовых, 5%- в ресторанах быстрого питания. 94% учащихся принимают пищу 2-3 раза за день, 4%- питаются малыми порциями 5-6 раз в день и лишь 2% признают, что четкого графика питания не имеют.

Большинство студентов, а именно 64% опрошенных, отдают предпочтение фаст-фуду, 36%- домашней пище. Практически все анкетированные (95%) часто употребляют в пищу фаст-фуд, но выпивают достаточное количество жидкости за сутки.

Прием пищи на ночь отмечался у 63% опрошенных, прекращают прием пищи не менее чем за 2 часа до сна у 29%, позднее 6 вечера не кушают 8%.

80% студентов убеждены в правильности их питания, 20%-нет.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод, что проведение анкетирования, как нового метода оценки пищевого статуса, дает большое количество информации о характере питания человека. В ходе анкетирования студентов Астраханского Государственного Медицинского Университета было отмечено, что большинство студентов отдают предпочтение пище из ресторанов быстрого питания, но при оценке пищевого статуса установлено, что критических показателей нет.

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ АПТЕКИ

Кононенко В.С.

к.п.н., доцент Новокрещенов И.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Фармацевтический рынок в России последнее десятилетие демонстрирует стабильный рост [1]. Однако фармацевтический рынок не является однородным, и такой его сегмент, как производственные аптеки, переживает непростые времена. Несмотря на стремительное сокращение количества производственных аптек, потребность в экстремальных лекарственных препаратах (ЭЛП) сохраняется, так как готовые препараты не могут полностью их заменить [2, 4]. В России эффективность производственных аптек достаточно низкая. Рентабельность варьирует от 0,14% до 20,59%, около 50% производственных аптек убыточны [3]. Учитывая это, актуальным направлением на современном этапе развития фармацевтического рынка является изучение и анализ экономической эффективности производственных аптек.

Цель работы: Изучение экономической эффективности аптечной организации на примере одной из производственных аптек г. Саратова.

Материалы и методы: В качестве субъекта исследования была взята производственная аптека ООО «Аптека» № 262 г. Саратова. Аптека обеспечивает население и медицинские организации готовыми лекарственными препаратами и лекарственными препаратами экстремального изготовления, а также аптека имеет лицензию на деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ. Для расчетов экономических показателей проанализирована бухгалтерская отчетность аптеки за 2015 год. Для работы были использованы экономические методы анализа финансово-хозяйственной деятельности предприятия: расчет рентабельности, порога рентабельности, запаса финансовой прочности.

Результаты: Товарооборот аптеки № 262 в 2015 году составляет в 34 304 тыс. руб. и включает в себя суммы выручки от реализации экстремальных лекарственных препаратов и готовых лекарственных препаратов (ГЛП) (18 094 тыс. руб. и 16 210 тыс. руб. соответственно). При этом выручка от оборота НС и ПВ, которые входят в ассортимент готовых лекарственных препаратов, составляет 6 258 тыс. руб. Расчет показателей прибыли и параметров эффективности изготовления ЭЛП и продажи ГЛФ в связи с особенностями деятельности целесообразно вести по доле их участия в формировании валового дохода. Общая сумма издержек составляет 16 522 тыс. руб. (на ЭЛП приходится 12 535 тыс. руб., на ГЛФ – 3 987 тыс. руб.). При анализе издержек, которые несет аптека в процессе изготовления лекарственных препаратов и продажи ГЛП, они были разделены по видам деятельности (издержки на аренду помещения и текущий ремонт разделены в соответствии с площадью помещения, издержки на заработную плату и страховые взносы – в соответствии со штатом сотрудников аптеки) и на постоянные и переменные. Структура затрат показывает, что основные издержки относятся к

постоянным и составляют 89% от общих издержек. Необходимо отметить, что в составе издержек присутствует арендная плата (20% общих издержек), здание аптеки не находится в собственности предприятия. Данное обстоятельство существенно увеличивает издержки аптеки. Детальный анализ показывает, что основную долю в издержках предприятия занимают фонд заработной платы, премии и страховые отчисления (37%, 10% и 10% соответственно). Значительную долю занимают также оплата электроэнергии и отопления и затраты на вневедомственную охрану.

Прибыль от изготовления ЭЛФ до налогообложения равна 813 тыс. руб., от продажи ГЛП – 316 тыс. руб. После уплаты налогов общая сумма чистой прибыли ООО «Аптека № 262» в 2015 году составила 355 тыс. руб.

Рентабельность продаж изготовленных ЭЛП по общей сумме брутто-прибыли от реализации продукции до выплаты процентов и налогов – 5,9%, ГЛП – 2,5%. Рентабельность затрат ЭЛП по общей сумме брутто-прибыли от реализации продукции до выплаты процентов и налогов – 23,0%, ГЛП – 3,4%. Маржинальная рентабельность ЭЛП – 74,2%, ГЛП – 26,7%. Порог рентабельности – 16 388 141, 01 руб., т.е. в результате финансово-хозяйственной деятельности при валовом доходе равном 16 388 141, 01 руб. аптека не будет иметь прибыли, но дохода хватит для покрытия всех переменных и постоянных затрат. К уменьшению порога рентабельности может привести наращивание валового дохода, например, за счет увеличения цены и, как следствие, увеличение товарооборота, либо за счет уменьшения постоянных издержек обращения. Запас финансовой прочности (ЗФП) в натуральном выражении 1 374 858, 99 руб. ЗФП в процентном соотношении – 7,74%. Следовательно, при сокращении товарооборота более, чем на 7,74% данное предприятие перестанет приносить доход и станет убыточным.

Таким образом, в результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы. Экономические показатели показывают на недостаточное устойчивое положение ООО «Аптека № 262» г. Саратова на рынке. Большую часть в структуре доходов занимает деятельность аптеки по изготовлению ЭЛП (75%). При этом, прекращение деятельности, связанной с оборотом НС и ПВ уменьшит товарооборот на 18,24%, что при запасе финансовой прочности в 7,74%, поставит работу аптеки за грань рентабельности.

Список литературы.

1. Евстратов А.В., Рябова Г.А. Основные тенденции и перспективы развития фармацевтического рынка Российской Федерации // Молодой ученый. – 2014. – № 19. – С. 299-304.
2. Никулина М.А., Воронкина И.В., Пудовкина Т.В., Григорьева И.В. Проблемы производственного отдела аптеки в современных условиях // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - № 2-2. – С.265-269
3. Ноздрачев К.Г., Богданов В.В., Капшук Д.Н. экономическая эффективность изготовления лекарственных препаратов в аптеках города Красноярска // Сибирское медицинское обозрение. – 2016. - № 6(96). – С.100-103
4. Пономарева Е.А., Тюренков И.Н. Финансово-экономические аспекты функционирования производственных аптек // Вестник Росздравнадзора – 2011 – № 2. – С.25-34

СОВРЕМЕННЫЙ ПОРЯДОК И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Коротков А.Э., Брахнов З.А., Дрегваль Э.И.

Волгоградский государственный медицинский университет

Введение. Приоритетом работы каждого лечебно-профилактического учреждения являются задачи, изложенные в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», суть которых заключается в том, чтобы повысить роль профилактического лечения граждан и тем самым сохранить и укрепить здоровье населения страны [1].

Цель. Проанализировать изменения эффективности диспансеризации взрослого населения Волгоградской области в условиях новой нормативно-правовой базы.

Материалы и методы исследования. Использовались материалы ГБУЗ Волгоградского областного центра медицинской профилактики по мониторингу диспансеризации определённых групп взрослого населения Волгоградской области (учетная форма №131/у) за 2015-2016гг.

Результаты. Профилактические осмотры являются критериями оценки эффективности работы по оздоровлению населения. В 2015г. вышел приказ Минздрава России №36н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», заменяющий собой приказ №1006н от 03.12.2012. Произошедшие изменения отразились на объеме оказанной первичной медико-санитарной помощи.

В 2016г. в проведении диспансеризации взрослого населения участвовали 56 медицинские организации и 25 мобильных медицинских бригады, что на 6 медицинских организаций меньше, чем в 2015г., и на 1 медицинскую бригаду больше, чем 2015г.

Диспансеризация разделяется на 2 этапа – первый и второй. В 2015 году первый этап диспансеризации прошло 437509 человек старше 18 лет, что составило 94,2% от плана, на второй этап было направлено 111420 человек, однако завершили этот этап 88817 человек (79,71%). В 2016 году первый этап диспансеризации прошло 449389 человек старше 18 лет (96,21%), что составило 96,21% от плана. На второй этап было направлено 123355 человек, завершили его 101199 человек (82,04%).

В 2015 году были выявлены ЛПУ с максимально выполненным планом диспансеризации: поликлиника №8 (1 этап диспансеризации – 10855 человек (101,85% от плана), 2 этап диспансеризации – 3492 человека, 99,91% от плана), КБ СМП №7 (1 этап диспансеризации – 8316 человек (101,71% от плана), 2 этап диспансеризации – 2454 человек, план выполнен на 100%).

В 2016 году лучшими стали: Николаевская ЦРБ (1 этап диспансеризации – 6007 человек (103,43% от плана), 2 этап диспансеризации – 939 человека, от плана 50%), Среднеахтубинская ЦРБ (1 этап диспансеризации – 9592 человек (102,10% от плана), 2 этап диспансеризации – 1803 человек, 62,60% от плана).

Однако и анализе сведений о диспансеризации за 2015г. также были выявлены ЛПУ с минимально выполненным планом. ГБУЗ ВОКБ №3 (1 этап диспансеризации – 1023 человек (45,35% от плана), 2 этап диспансеризации – 188 человек, от плана 81,03%), ГБУЗ Быковская ЦРБ (1 этап диспансеризации – 2339 человек (49,45% от плана), 2 этап диспансеризации – 1 человек, от плана 0,55%).

При проведении анализа результатов за 2016г. были выявлены аутсайдеры среди ЛПУ. ГБУЗ ЦРБ Ольховского муниципального района (1 этап диспансеризации – 2180 человек (70,14% от плана), 2 этап диспансеризации – 0 человек, от плана 0%). А также ГБУЗ Фроловская ЦРБ (1 этап диспансеризации – 5792 человек (72,07% плана), 2 этап диспансеризации – 521 человек, 78,58% от плана).

При сравнении итоговых показателей установлено, что в 2015 г. диспансеризацию в Волгоградской обл. на 1 этапе прошли 437509 человек (94,27% годового плана), а на 2 этапе 88817 человек было направлено (79,71%). В 2016 г. после вступления в силу нового правового акта, цифры изменились. Всего на 1 этапе прошли диспансеризацию 449389 чел. (96,21% плана на год), направлено на 2 этап 101199 людей (82,04%).

Вывод. Проведение профилактической работы с населением является одним из основных направлений деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. Изменение нормативно-правовой базы позволило увеличить охват взрослого населения медицинскими осмотрами и улучшить их качество. Уровень достижения плановых показателей диспансерного обследования населения в областном центре и в целом по области неравномерен – отмечено его снижение в отдельных районах, однако использование мобильных комплексов позволяет повысить уровень доступности своевременных методов диагностики заболеваний и выявления факторов риска.

Список литературы.

1. Дрегваль Э. И., Голубкин Д. А Итоги диспансеризации детского и взрослого населения волгоградской области в 2013-2015 гг. // Материалы XIII съезда молодежных научных обществ медицинских и фармацевтических вузов России и стран СНГ. - Волгоград, 2016 – с. 213-214

ГЕРОНТОСТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ОРГАНИЗАЦИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Кравченко О.О.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время в России, как и во всем мире, прослеживается тенденция старения населения. В России в XXI веке увеличилось число лиц пожилого возраста в 3 раза, а к 2025 году предполагается еще двукратное увеличение численности лиц.

Согласно рекомендациям ВОЗ к 2020 году должна быть обеспечена полноценная окклюзия у 90% контингента пожилого населения.

Целью исследования явилось изучение геронтостоматологических проблем лицам в организациях социального обслуживания и организацией стоматологической помощи.

Материалы и методами исследования: Социологическое исследование проводилось с целью изучения стоматологического здоровья лиц пожилого возраста, находящихся в учреждениях социального обслуживания Ставропольского края и организацией стоматологической помощи. В нем приняли участие 1516 граждан пожилого возраста. Социологический опрос был на базе 18 организаций социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов, входящих в систему социальной защиты населения Ставропольского края. Организации в крае имеют статус стационарных и полустационарных учреждений.

Нами применялись методы: изучения и обобщения опыта, статистический, социологический (опрос), монографического описания, сравнительного анализа и др.

Результаты исследования: Анализ объема стоматологической помощи, оказанной гражданам, проживающим в учреждениях социального обслуживания Ставропольского края за последние 5 лет свидетельствует, что за исследуемый период число граждан, которым была проведена санация ротовой полости уменьшилась почти на 8%. Наряду с этим увеличилось число лиц, которым было проведено протезирование до 5,6%.

Как «хорошее» состояние своих зубов оценили всего 4,2% лиц, проживающих в стационарных учреждениях, среди граждан полустационарных учреждений - 26,7% ($p < 0,05$, $t > 2$).

По самооценке граждан удовлетворенность качеством организации стоматологической помощи, полученной респондентами до поступления в учреждение социального обслуживания - 52%, о факторах риска развития стоматологических заболеваний информированность – 76%.

Более трети лиц отметили низкий уровень их материального обеспечения, который не позволит им получать геронтостоматологическую ортопедическую помощь. У лиц, проживающих в сельской местности, также хозрасчетные стоматологические кабинеты удалены от учреждения и треть респондентов имеют ограниченную способность к самостоятельному передвижению.

При социологическом опросе выявили, что 62% лиц нуждаются в стоматологической помощи, а доступна 60% респондентам.

Наряду с этим респонденты отмечали, что неудовлетворительное состояние полости рта влияет на их психологический статус. Из-за состояния полости рта психологический дискомфорт был у 66% лиц, проживающих в учреждениях социального обслуживания, у 29% опрошенных ведущим негативным фактором являлось отсутствие зубов, у 14% галитоз, для 13% - психологический дискомфорт вызывает общее состояние зубов.

Закключение.

При оказании геронтостоматологической помощи гражданам пожилого возраста, проживающим в учреждениях социального обслуживания, рекомендуется обращать внимание на потребность в данной помощи, а также на геронтостоматологические особенности заболеваний (неспецифическое проявление болезни, осложнения, быстрое течение болезни и др.).

Список литературы.

1. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе / В.В.Самсонов, А.К.Иорданишвили, Л.Н.Солдатова [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. - №3. – С.540-543.
2. Гринин, В.М. Демографическое старение в России на современном этапе / В.М.Гринин, Э.И.Шестемирова // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2015. - №3. – С.348-354.
3. Кунавина, К.А. Комплексный подход к изучению стоматологического здоровья лиц пожилого возраста / К.А.Кунавина, А.Г.Соловьев, А.С. Оправин // Клиническая геронтология. – 2015. - №9-10. – С.45.
4. Муравьева, В.Н. Особенности здоровья лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей, проживающих в центрах социального обслуживания населения Ставропольского края, имеющих в своей структуре стационарные отделения / Муравьева В.Н., Хорева О.О. // Сборник материалов научно-практических конференций Форума, посвященного 50-летию дополнительного профессионального медицинского образования на Северном Кавказе «Актуальные вопросы современной медицины». Часть 1. – Ставрополь, 2015. - С.54-57.
5. Хорева, О.О. Совершенствование организации стоматологической помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в организациях социального обслуживания: автореф. дис. ... канд. мед.наук / О.О. Хорева. – М., 2017. – 24 с.

О ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ

Кумельский Е.Д., Расулов Н.А., Ганиева Л.С.-а.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Третьякова О.С.

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

Введение. Согласно оценкам жителей Республики Крым, доступность медицинской помощи для населения в Крыму не полностью соответствует Федеральным стандартам и территориальной программе доступности медицинской помощи до 2020 года [1]. Согласно результатам опросов, население вынуждено ожидать приёма специалиста, лабораторных и инструментальных исследований несколько дольше нормативов, установленных действующим законодательством [2]. Целью исследования стала оценка доступности медицинской помощи для населения Республики Крым методом социологического и статистического анализа.

Материалы и методы. Проанализированы результаты анкетирования 150 человек - 95 (63,3%) мужчин и 55 (36,7%) женщин. Опрос был проведен, как среди больных, получавших лечение в условиях стационара, так и среди потенциально-возможных пациентов. Анкетируемые были распределены на 2 группы: I группа - жители города (116-77, 3%), II группа - сельское население (34-22,7%). Анализ результатов проводился с помощью статистических стандартных программ Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Различия в оценке доступности медицинской помощи анкетируемыми обеих групп оказались невелики. По прежнему, население, особенно острой, считает проблему ожидания приема к врачу, что также является проблемой не только Республики Крым, но и других регионов Российской Федерации [3]. Так, в день записи специалистами были приняты 19,8% и 14,7% респондентов I и II группы соответственно; от 2 до 5 дней ожидали приема 40,5 % горожан и 50,8% сельчан; понадобилось ожидать более недели приема 39,7% анкетируемым I группы и 34,8% II группы. Для большинства респондентов данные показатели соответствуют установленному нормативу «Прием врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме», который не должен превышать 10 рабочих дней с момента обращения [4].

Диагностические исследования (лабораторные и инструментальные), в течение 2-х дней были доступны для 21,6% городского и 8,8% сельского населения, в течение недели были пройдены 22,4% респондентами I группы и 52,9% анкетируемыми II группы; 32,8% городского населения ожидало обследования более 2-х недель, в то время как жители села – 14,7%. Как регламентировано Территориальной программой доступности медицинской помощи в Республике Крым до 2020 года, проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме, ограничено 10 сутками [4]. Большая часть анкетируемых получила данную медицинскую услуги в установленные регламентом сроки.

Особо значимой для населения является доступность сложных аппаратных методов диагностики (магнитно-резонансная и компьютерная томография). Так, четверти (26,5%) городского населения и свыше трети (34,6%) жителям сёл пришлось ожидать их 15-20 дней; большей части (55,1%) городского и сельского (46,2%) населения Крыма понадобилось на это более 30-ти дней. Для большей части опрошенных доступность сложных аппаратных методов диагностики выходит за установленные Территориальной программой доступности медицинской помощи рамки (до 30 суток с момента обращения) [4].

Выводы. Согласно данным анкетирования, сроки ожидания приёма врача-специалиста и сроки ожидания лабораторных и инструментальных методов исследования для большинства опрошенных не выходят за рамки Территориальной программы доступности медицинской помощи в Республике Крым до 2020 года. Однако сроки

ожидания сложных аппаратных методов диагностики для большей части респондентов превышали установленные нормативы.

Список литературы.

1. Статьи журналов: Третьякова О.С. Некоторые аспекты здравоохранения Крыма в оценках жителей полуострова / Третьякова О.С., Расулов Н.А., Ганиева Л.С., Кумельский Е.Д. // Социальная политика и социальное партнёрство. – 2016. – №9. – С. 18-23.
2. Статьи из сборников: Кумельский Е.Д. Здравоохранение Крыма в оценках участников процесса / Кумельский Е.Д., Расулов Н.А., Ганиева Л.С.-а. // Сб. научн. тр. / Молодая наука. – Евпатория, 2016. – С. 233-235.
3. Статьи из сборников: Решетников А.В. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. // Социология медицины. - 2015.- Вып. № 1 .- том 14. – С.21-22
4. Постановление совета Министров Республики Крым от 23 декабря 2015 года № 837 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Крым до 2020 года». Доступно по ссылке: http://onkosimfer.ru/upload/ter_prog_2016.pdf Ссылка активна на 31.10.17.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Курман Б.С., Нургожа А.Н.

Научные руководители: Кошербаева Л.К., Толганбаева К.А.

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Введение. В Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» – новый политический курс состоявшегося государства» Президент заострил внимание на вопросах активного внедрения и распространения новых инновационных методов и технологий во всех сферах жизнедеятельности страны.

С целью создания информационной структуры здравоохранения Республики Казахстан продолжается внедрение Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан. Согласно Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, охват населения электронными паспортами здоровья к 2019 году должен составить 30%. Целью исследования является анализ деятельности медицинских организаций на основе внедрения информационных систем, влияющих на качество медицинских услуг

Материалы и методы исследования: Библиографический обзор проведен в базе данных google scholar, pubmed и других источниках. Ключевые слова поиска информационные технологии, качество медицинской помощи, электронные записи пациента и др. Проанализировано более 45 источников литературы. На следующем этапе разработан опросник для сотрудников медицинской организации с целью изучения мнение респондентов об эффективности реализуемых информационных программ. В опросе участвовали 78 сотрудников медицинской организации.

Результаты и обсуждение. Государственная программа «Информационный Казахстан – 2020», принятый в 2013 году впервые включил термин «электронное здравоохранение» в рамках которого определен дальнейшие шаги развития информатизации здравоохранения. В рамках ЕНСЗ внедрена система «Бюро госпитализации», система «Дополнительный компонент к тарифу ПМСП», система «Лекарственное обеспечение», система «Регистр беременных и женщин фертильного

возраста», система «Управления качеством медицинских услуг», система «Управления медицинской техники», система «Управления ресурсами», система «Электронный регистр диспансерных больных», система «Электронный регистр онкологических больных», система «Электронный регистр стационарных больных», система «Амбулаторно-поликлиническая помощь», система «Регистр прикрепленного населения» АИС «Кадры».

Нами был изучен удовлетворенность респондентов по работе с информационных технологий (ИТ) на уровне первичного звена. При изучении вопроса влияния обучающих мероприятий на практику применения ИТ, которые были внедрены 52,6% полностью согласны, что оно повлияло, 47,2% отметили частичное согласие. При этом потребности в дополнительном обучении отметили 9,0% респондентов, частично согласились в необходимости обучения 14,1%, а также 76,9% отметили о отсутствие необходимости в дополнительном обучении. В нашем исследований 9,0% респондентов полностью согласны, 76,9% частично согласны с утверждением, что использование ИТ влияет на качество и точность работы. 14,1% респондентов отметили, что ИТ может не влиять на качество и точность работы. При изучении в целом по внедрение ИТ в первичном звене удовлетворенность отметили 62,8% респондентов, частично удовлетворены 37,2% . В информационной базе ЕНСЗ разработано более 14 компонентов. При изучении вопроса насколько легко могут найти наши респонденты подходящий контент шаблона для завершения документации 26,9% отметили полностью согласны с легкость применимости контентов, 51,3% согласились частично. 21,8% отметили свое несогласие, возможно это связано со сложностью использования ИТ. 62,8% респондентов полностью, 30,8% частично согласны с возможностью эффективного использования функциональных задач в ИТ. При изучении вопроса насколько клинические коллеги не могут использовать компьютер достаточно хорошо, чтобы использовать ИТ и не заинтересованы в обучении или учебе частично согласились 37,2% респондентов. Большинство опрошенных 62,8% не согласились с данным утверждением отметив, что все коллеги могут использовать ИТ без каких - либо сложностей. 61,5% респондентов полностью и 35,9% частично согласились с тем, что ИТ будет полезен для их практики, и у них нет никаких проблем с его использованием. Полностью согласны 39,7% и частично согласны 60,3% респондентов, что при потребности помощи в использовании ИТ в первую очередь полагаются на своих коллег. Также при опросе хотят ли расширение функции ИТ, чтобы вся информация, необходимая для оценки состояния (состояний) пациента и определения соответствующего плана оказания помощи была доступна в рамках ИТ 74,4% согласились полностью, 25,6% согласились частично.

Выводы: Мировая практика показала эффективность и действенность информационной технологий здравоохранения с клинической и экономической позиции. Внедрение ИТ на уровне медицинской организации должна сопровождаться с обучающими мероприятия для сотрудников. Большинство респондентов отметили согласие, что использование ИТ влияет на качество и точность работы, и в будущем сотрудники медицинской организации хотели бы увидеть развитие ЕНСЗ по расширению функции ИТ и отправлять запросы функционального расширения, связанные с ИТ, которая поможет в потоке работы и документации касательно пациентов, чтобы вся информация, необходимая для оценки состояния (состояний) пациента и определения соответствующего плана оказания помощи была доступна в рамках ИТ, и можно было бы быстро искать, выбирать и вводить/обновлять лекарства (пациенты) своего пациента.

ВЫЯВЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЕРЕДВИЖНЫХ ИСТОЧНИКОВ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРЫ НА ТЕРРИТОРИЯХ ПРИЛЕГАЮЩИХ К МАГИСТРАЛЬНЫМ УЛИЦАМ ГОРОДА АНДИЖАНА В ЧАСЫ ПИК

Мамажонова О.С., Худоярова А.Г.

Научный руководитель: доцент Худоярова А.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Влияние антропогенных факторов на сегодняшний день довольно серьезно ухудшают экологическую обстановку в целом и конкретно в городах. Урбанизация как явление так же способствует сдвигу экологической обстановки в сторону ухудшения [1,3]. На земле становится слишком много урбанизированных территорий и соответственно растут проблемы связанные с загрязнением этих территорий.

Известно, что вещества загрязняющие атмосферу принадлежат к двум источникам, это стационарные и передвижные источники [2,3,4]. Передвижных источников, а именно автомобилей, становится все больше и больше на территории города и конечно они способствуют постоянному поступлению в атмосферу города газообразных, аэрозольных, твердых частиц и создают обстановку стабильно высокого уровня шума. Автомобильный транспорт вносит наибольший вклад в загрязнение воздуха городов. Сегодня положение, к сожалению, не изменилось в лучшую сторону и требует тщательного изучения в различных направлениях данного вопроса

Целью нашего исследования было изучение роли зеленых насаждений в формировании благоприятной среды обитания в городе Андижане.

Для осуществления поставленных целей перед нами были поставлены следующие задачи:

- изучить качественный состав воздуха на территориях, прилегающих к основным магистральным улицам города в часы пик;
- изучить корреляционную зависимость между интенсивностью движения, временем суток и уровнем загрязнения воздуха;
- разработать пути решения проблемы загрязнения воздуха в городе.

Объектом исследования нами были выбраны автомобильные магистрали общей протяженностью 20км, в кольце которых располагается основная часть города. В ходе изучения производили забор воздуха в часы пик утром (от 08.00 до 10.00 часов) и вечером (от 17.00 до 19.00 часов). В соответствующих порциях воздуха замерялась температура и влажность. В дизайне исследования нами использовался аспирационный психрометр МВ – 4, предназначенный для определения относительной влажности воздуха в диапазоне от 10 до 100 % при температуре от -30 до +50° С. Цена деления шкал термометров не более 0,20 С. Принцип его работы основан на разности показаний сухого и смоченного термометров в зависимости от влажности окружающего воздуха.

Анемометр крыльчатый АСО-3 нами применялся для измерения скоростей движения воздуха в диапазоне от 0,3 до 5 м/с. Чувствительность прибора не более 0,2 м/с.

Тепловой стресс определялся на основании индекса дискомфорта (ИД), который классифицировался как слабый (22.0–23.9°С), умеренный (24.0–27.9°С) и сильный (28°С и выше).

Анализ полученных нами результатов подтверждает тот факт, что Андижан находится в зоне высокого потенциала загрязнения. Высокий потенциал загрязнения вызван большой повторяемостью безветренной погоды. Средняя годовая повторяемость ветра скоростью 0 - 1.м/с в Андижане равна 70%. Её изменение в течение года варьирует от 51 % (в июне) до 85% (в декабре). Сочетание безветренной погоды и приземных инверсий температуры приводит к застойному состоянию воздуха, при котором поступающие в воздух примеси не рассеиваются.

Анализ суточного хода относительной влажности в процентах показал волнообразность этих колебаний, зависящих от времени суток, но не зависящих от

времени года. Средний годовой показатель относительной влажности утром составил 56% а в вечернее время – 66%.

Отклонение значений концентрации примесей от средних, при различных направлениях ветра, в общем, не превышал 30%. Однако при южном направлении ветра, концентрация пыли становится выше средней на 50%. Основными источниками повышенных концентраций пыли и различных примесей являются дороги с движущимся транспортом.

Нами полученные результаты качественного состава воздуха показали значительный процент загрязнения, как токсичными компонентами, так и канцерогенными компонентами, составляющими структуру выхлопных газов используемых населением автомобилей. Среди них отмечается высокий процент азота (74-77об%), паров воды (3-5,5об%), диоксида углерода (5-12об%), свинца. Из канцерогенных компонентов – бензоприена (0,01-0,02мг/м³) и сажи (0-0,04г/м³).

Нами отмечен тот факт, что общий уровень загрязнения воздушного бассейна города в целом, называемый фоновым загрязнением, кроме количества поступающих в него выбросов, находится в зависимости от метеорологической предрасположенности к загрязнению и наличию зеленых насаждений выполняющих газозащитную роль. Так, например концентрация оксида азота снижается до 0,6мг/м³ при условии отдаленности от источника загрязнения, но при наличии зеленых насаждений это снижение достигает 0,15мг/м³. Тепловой стресс на основании ИД классифицировался в утренние часы пик как слабый, а в вечерние часы пик как умеренный.

В заключение необходимо отметить, что ввиду наличия положительной корреляционной зависимости ($r=+0,7$) между интенсивностью движения, временем суток и уровнем загрязнения воздуха нами были предложены пути решения проблемы загрязнения воздуха в городе:

- расширение зон зеленых насаждений в виде деревьев, кустарников и газонов;
- учет плотности высадки деревьев и кустарников и ярусности насаждений для создания хорошо продуваемых пространств.

Список литературы.

1. Авдеева Е.В. Зеленые насаждения городов Сибири / Авдеева Е.В. -Красноярск, 2000,-147с.
2. Александрова М.С. Декоративные композиции сада: Деревья и кустарники/ Александрова М.С. –Москва, 2004, -125с.
3. Александрова М.С. Живые стены, изгороди, бордюры из растений / Александрова М.С. –Москва, 2003, - 146с.
- 4.Сероштанова Т. А. Древесные породы в оценке качества городской среды/ Сероштанова Т. А., Кузьмин И.Г. // Экологические проблемы промышленных городов: Сборник научных трудов. –Саратов, 2003, С.178-179

К ВОПРОСУ О ВОСПРОИЗВОДСТВЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Махмудова Л.Ш.

Научные руководители: к.м.н. доцент Махкамова З.Р., ассистент Санина Г.Н.
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского"

Введение. Демографическую безопасность любого государства и жизнеспособность нации определяет репродуктивный процесс как в количественном отношении (число деторождений), так и в качественном (здоровье родившегося потомства). Обеспечение

самовоспроизводства населения является необходимым условием как для сохранения, так и для развития популяции. Однако современная ситуация характеризуется демографическим кризисом и отображается низкими показателями рождаемости и высокой смертностью населения. Стагнация процессов рождаемости, высокая общая смертность, фетоинфантильные потери, изменение которых в большей степени связаны с охраной здоровья плода и новорожденного ведут к процессам депопуляции[2]. Вопросы воспроизводства населения являются актуальными и находятся в тесной связи с внутрисемейными установками. Однако и общество, а вместе с ним и семья за последнее время претерпели коренные изменения. Современные тенденции обуславливают доминирование ценности малодетной семьи или отказ от семьи, увеличение числа неполных семей, разводов, откладывание рождения первого ребенка, рост внебрачной рождаемости, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокое число аборт, увеличение возраста матери при рождении ребенка[3].

Целью данного исследования является анализ некоторых показателей воспроизводства населения Республики Крым и выявление факторов риска, способствующих их изменению.

Материалы исследования. В исследовании были использованы данные за 2012-2016 гг. официальной статистики ГБУ РК «Крымский медицинский информационно-аналитический центр», Крымстата, социологический метод с применением анонимного онлайн-анкетирования 226 человек, из них 69,9% (158) женщин и 30,1% (68) мужчин в возрасте от 18 до 45 лет. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Microsoft Office Excel.

Результаты исследования. По данным официальной статистики демографическая ситуация характеризуется увеличением показателя общей смертности (13,7 ‰ в 2012 г. до 15,2 ‰ в 2016 г) и снижением уровня рождаемости в РК (с 12,6 ‰ до 12,2‰ соответственно). Наметилась незначительная позитивная динамика суммарного коэффициента рождаемости. Если в 2012 г. он составил 1,684, то в 2016 году - 1,763. По официальным статистическим данным можно наблюдать изменение установок населения в плане оптимального возраста для создания семьи: для мужчин – 35 лет и более, для женщин – не моложе 25 лет. В настоящее время наравне с заключением брака по значимости стоит и бракоразводный процесс. По данным Крымстата около 50% браков в Республике Крым заканчиваются разводом: в 2016 году на 13493 брака приходится 6275 разводов. Немало важным значением обладает увеличение возраста матери при рождении ребенка: по сравнению с 2000 годом на 2016 год коэффициент рождаемости у женщин от 15 до 19 лет снизился с 25‰ до 22‰, в то же время у женщин от 25 до 29 лет увеличился с 55,2‰ до 112,1‰, от 30 до 34 лет – до 76,9‰ при исходном 28‰, от 40-44 лет увеличился с 1,9‰ до 8,4‰.

Официальные статистические данные нашли подтверждение в результатах проведенного анкетирования. Каждый второй респондент (53,5%; 95%ДИ [46,9;60,1]) ответственно подходит к вопросу о заключении брака и считает, что он должен быть официально зарегистрирован, кроме того 31,2% (95%ДИ [25,2;37,2]) пойдут на заключение брака и по религиозным обрядам. Каждый третий (34,5%; 95%ДИ [28,3;40,7]) считает гражданский брак неприемлемым, в то же время половина опрошенных (50%; 95% ДИ [43,3;56,7]) относятся к этой форме семьи нейтрально, 35,0% (95%ДИ [28,7;41,3]) относятся к гражданскому браку положительно, хотя среди опрошенных только 8,0% (95% ДИ [4,4;11,6]) находятся в гражданском браке.

Все чаще молодые люди откладывают время вступления в официально зарегистрированный брак, так как важным условием является получение образования (43%; 95% ДИ [36,4;49,6]), наличие высокооплачиваемой работы и финансовое благополучие (54,6%; 95% ДИ [48;61,2]), собственное жилье (47,7%; 95% ДИ [41,1;54,3]). Детей имеют 30,0% (95% ДИ [24;36]) респондентов. Из них двоих детей имеют 13,3% (95%ДИ [8,8;17,8]), одного ребенка 8,9% (95%ДИ 5,1;12,7), троих детей – 6,2% (95%ДИ

3;9,4), больше трех детей имеют 1,3% (95%ДИ [0,17;2,8]). При этом, родить еще ребенка хотели бы 17,3% (95%ДИ [12,3;22,3]) опрошенных, имеющих детей. Несомненно, на репродуктивное поведение населения влияют государственные меры демографической политики. В качестве государственных мер для поддержания семьи респонденты предложили жилищные субсидии (42%; 95%ДИ[35,4;48,6]), материнский капитал (38,3%; 95%ДИ [31,8;44,8]), единовременное пособие по рождению ребенка (39,8%; 95%ДИ [33,3;46,3]) и налоговые льготы (34,6%; 95%ДИ[28,3;40,9]).

Выводы. Демографическая ситуация в Крыму, несмотря на некоторые позитивные сдвиги характеризуется процессами депопуляции. Одним из факторов риска выступает кризис института семьи, который выражается в том, что семья все хуже реализует свою главную функцию – рождение и воспитание детей. Репродуктивные установки у населения Республики Крым остаются заниженными: значительная часть нацелена на 1-2 детей. С развитием индустриальной цивилизации большинство населения все больше внимания уделяет получению образования, финансовому благополучию и самореализации. Увеличение количества разводов и так называемых гражданских браков оказывает негативное влияние на восприятие семьи как таковой не только современного общества, но и будущих поколений. Несомненно, на рост демографических показателей влияет и экономическое положение страны, общество нуждается в поддержке государства в плане содержания и развития семьи.

Список литературы.

1. Третьякова О.С., Махкамова З.Р., Голубова Т.Н. Перинатальная смертность как основная составляющая фетоинфантильных потерь в Республике Крым //Таврический медико-биологический вестник. 2016. Т. 19. № 1. С. 77-81
2. Шульмин А.В., Добрецова Е.А., Бургарт Ю.В., Кеуш В.М. Медико-социальные особенности молодой семьи в современных условиях. // Сибирское медицинское обозрение, 2014, № 5 С.38-35

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Махмудова С.Э.

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера

Введение: По среднему варианту прогноза Федеральной службы государственной статистики до 2030 года естественная убыль населения России составит в среднем 267 тысяч человек ежегодно. Частично эти потери будут компенсироваться устойчивым миграционным приростом, однако, структура естественного движения населения обуславливает необходимость принятия комплексных мер по реализации репродуктивного потенциала населения России.

Демографический фактор, который не дает реализовать репродуктивный потенциал, состоит в том, что численность женщин уже к 30 годам выше численности мужчин по данным 2010 года, и возраст численного гендерного равенства продолжает снижаться. А средний возраст рождения третьего ребенка, который обеспечивает демографическое развитие – 33 года.

Вместе с тем в настоящее время наблюдается наиболее благоприятное соотношение населения репродуктивного возраста. С каждым годом доля населения репродуктивного возраста будет уменьшаться. Поэтому ближайшие 3-5 лет являются критическими в реализации мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации за счет улучшения репродуктивного здоровья населения. В ближайшие 10 лет численность

женщин в активном репродуктивном возрасте 20-29 лет, на которые приходится 2/3 рождений, снизится почти в 2 раза.

В сложившейся социально-демографической ситуации состояние репродуктивного здоровья, снижение репродуктивных потерь и реализация репродуктивного потенциала населения является одним из важнейших факторов, обеспечивающих социально-демографическую устойчивость и национальную безопасность страны в долгосрочной перспективе.

Достигнутые успехи. Благодаря принятым мерам в области охраны материнства и детства в последние 10 лет отмечается выраженная положительная тенденция в индикаторах, которые сегодня характеризуют репродуктивное здоровье. Уровень репродуктивных потерь, в частности материнской и младенческой смертности, прогрессивно снижается, достигнув исторического минимума, что отражает качественные изменения в системе здравоохранения Российской Федерации.

Стратегическая задача. Конечным объективным показателем реализации репродуктивного потенциала общества является рождаемость. Поэтому увеличение рождаемости является одной из стратегических задач для развития России. Бережное отношение к репродуктивному потенциалу населения, создание условий для его максимальной реализации и особое (бережное) отношение к каждой наступившей беременности является крайне важным.

Целью Концепции является реализация репродуктивного потенциала семьи и снижение репродуктивных потерь населения.

Основными задачами Концепции являются:

1. Совершенствование законодательной базы в области охраны репродуктивного здоровья граждан;
2. Усиление взаимодействия органов государственной власти, профессионального сообщества и институтов гражданского общества в области охраны репродуктивного здоровья;
3. Формирование мотивации для образа жизни, способствующего профилактике репродуктивных нарушений;
4. Формирование профилактической среды в области репродуктивного здоровья населения;
5. Повышение уровня рождаемости (увеличение суммарного коэффициента рождаемости) до уровня, превышающего уровень воспроизводства населения. [1]

Целью работы являлся анализ репродуктивного здоровья женщин на основе данных медицинских периодических осмотров

Оценка репродуктивного здоровья женщин осуществлялась посредством анализа данных плановых периодических медицинских осмотров у 3562 женщин и у 832 поступивших экстренно, осуществленный в гинекологическом отделении НУЗ ОКБ ОАО «РЖД» с февраля 2015 г. по февраль 2016 г. Производилась выкопировка из историй болезней и журнала осмотров, статистический.

Результаты и обсуждение. Уровень выявленной патологии у всех женщин составил 591,7 ‰. Частота госпитализации – 484,5 ‰. Распределение осмотренных по возрастам:

- до 20 лет – 4,8 %;
- 21–30 лет – 40,1 %;
- 31–40 лет – 43,4 %;
- более 41 года – 11,7 %.

Частота и структура выявленной патологии по данным плановых осмотров у 3562 женщин:

- эндометриоз – 205,9 ‰ (26,3 %);
- миома матки – 199,4 ‰ (25,5 %);
- воспалительные заболевания женской половой системы – 210,1 ‰ (26,9 %);
- эрозия шейки матки – 55,1 ‰ (7,1 %);

- аномалии половых органов – 66,9 ‰ (8,6 %);
- бесплодие – 143,8 ‰ (18,4 %);
- абсолютно здоровые – 8,2 %.

Среди экстренно госпитализированных 832 женщин уровень и структура выявленной патологии такова:

- эндометриоз – 53 ‰ (6,8 %);
- миома матки – 128,8 ‰ (16,5 %);
- воспалительные заболевания женской половой системы – 38,5 ‰ (4,9 %);
- эрозия шейки матки – 30,3 ‰ (3,9 %);
- аномалии половых органов – 20,9 ‰ (2,7 %);
- бесплодие – 22,1 ‰ (2,8 %).

Выводы.

1. По данным медицинских осмотров:

- на 1-м месте – воспалительные заболевания женской половой системы,
- на 2-м – эндометриоз,
- на 3-м – миома матки.

2. По экстренно госпитализированным

- на 1-м месте – миома матки,
- на 2-м – эндометриоз,
- на 3-м – воспалительные заболевания женских половых органов.

3. Среди планово осмотренных и экстренно госпитализированных женщин наиболее частая патология – эндометриоз.

4. Следовательно, акушерам-гинекологам следует организовывать и проводить первичную профилактику данных заболеваний.

Список литературы:

1. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения Российской Федерации на 2016-2025 годы. Госдума РФ. 2016

ОЦЕНКА УРОВНЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ПРОСВЕЩЕННОСТИ СРЕДИ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Мельник Н.Ю., Литнарович Л.М.

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

Медицинская академия им. С.И.Георгиевского ФГУАО ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Введение. В учебных заведениях России нет постоянного курса сексуального воспитания для детей и подростков. Он периодически вводился в программу образования, но через некоторое время по различным причинам прекращался. Гражданам РФ старше 25 лет курс сексуального просвещения практически не проводился, лицам от 18 до 25 лет этот курс на некоторое время был введен в программу образования в учебных заведениях, обучение по данной теме у граждан до 18 лет носит экспериментальный характер и в настоящее время не утверждено во всех учебных заведениях [1,2]. Сегодня в нашей культуре свобода сексуального поведения ассоциируется у молодежи с возможностью достижения личной свободы. Сексуальная информация свободно доступна в различных источниках и поэтому влияет на процесс формирования нравственной позиции молодых людей. Неправильное ее истолкование приводит к нездоровому восприятию сексуальных отношений и негативно сказывается на институте брака. В результате этого Россия теряет до 1 млн. населения в год вследствие аборт. Резко возросла заболеваемость инфекциями передающимися половым путем, что сказывается на детородной функции населения [3,4].

Цель. Выяснить уровень сексуальной просвещенности и сравнить отношение к половому воспитанию и контрацепции среди лиц разного возраста.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 300 человек, средний возраст: 20 ± 5 лет. Первую группу составили лица до 18 лет, вторую – от 18 до 25 лет, третью – старше 25 лет. Для сбора данных использовали программу для онлайн анкетирования Survio. Для обработки полученных данных были использованы программы Microsoft Office Exel 2010, Statistica 6.0. Различия считались статистически достоверными при определении вероятности 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждения. В группе опрошенных в возрасте до 18 лет 71,4% оценили свои знания о сексуальных отношениях, как достаточные, 12,2% мало осведомлены в данном вопросе, 16,3% – не владеют информацией. В группе от 18 до 25 лет достаточно осведомлены 94%, недостаточно – 6%. В группе после 25 лет 80,8% достаточно осведомлены, 19,2% – недостаточно. Вопрос о сексуальных отношениях интересен 87,8% опрошенных в 1 группе, 92% во 2 группе и 92,3% в 3 группе ($p < 0,01$). Не обсуждают с родителями вопросы о половой жизни 73,6% респондентов в возрасте до 18 лет, 68% – от 18 до 25 лет, 53,8% – после 25 лет ($p < 0,05$). Основой причиной этого является то, что респонденты не общаются с родителями по теме сексуального воспитания. 81,6% опрошенных в 1 группе задают вопросы о половой жизни в интернет пространстве, во 2 группе – 40%, в 3 группе – 82,7% ($p < 0,01$). О необходимости введения предмета по сексуальному воспитанию в учебных заведениях заявили 83,7% опрошенных в возрасте до 18 лет, 72% – от 18 до 25 лет, 82,7% – после 25 лет ($p < 0,05$). 75,5% респондентов в 1 группе считают любовь важнее секса, во 2 группе – 92%, в 3 группе – 65,4%. Живут половой жизнью 51,3% респондентов в возрасте до 18 лет, 94% – от 18 до 25 лет, 92,3% – после 25 лет ($p < 0,01$). О различных методах контрацепции осведомлены в 1 группе 49%, во 2 группе – 79,2%, в 3 группе – 78,8%.

Вывод. Уровень сексуальной просвещенности в первой и третьей группах выше среднего, осведомленность второй группы находится на высоком уровне. Это связано с тем, что молодые люди получали информацию не только из интернета, но и изучали курс сексуального воспитания в учебных заведениях. Тема сексуальных отношений интересна для всех вне зависимости от возраста. По сравнению с двумя другими группами, первая недостаточно информирована о методах и способах контрацепции, но часть из них уже состоит в сексуальных отношениях. В связи с этим существует реальная необходимость введения обязательного курса о сексуальном воспитании в учебных заведениях.

Список литературы.

1. Каган В.В. Что мы знаем о сексуальном воспитании? – М., 2005. – 95с.
2. Карам А.О. Сексуальное воспитание подростков и проблемы полового просвещения / А. О. Карам // Известия Алтайского государственного университета. – 2012. – № 2(1). – С. 208 – 210.
3. Чернева О. Е. Концепция сексуальности в психоанализе. Сексуальное воспитание / О. Е. Чернева, В. А. Мазин // Научное и образовательное пространство: перспективы развития : материалы II Междунар. науч.-практ. конф. — Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2016. — С. 222 – 225.
4. <http://www.who.int/ru/> Дата обращения 24.10. 2017 г.

МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЛИКВИДАЦИИ НАВОДНЕНИЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ И КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Моргунова Т.В. Кравченко А.И.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Калоев А.Д.
Ставропольский государственный медицинский университет

За последние 20 лет на территории Ставропольского и Краснодарского края произошло два наиболее разрушительных наводнения в 2002 и 2012 годах. С учетом геополитического положения, организация профилактической работы по предупреждению инфекционных заболеваний среди населения всегда оставалась актуальной проблемой.

Цель исследования. Проанализировать организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий наводнений в Ставропольском и Краснодарском крае. В настоящем докладе обобщены материалы проведения мероприятий по ликвидации медико – санитарных последствий наводнений 2002 и 2012 года.

Июньское наводнение на Юге России охватило огромную территорию. В период с 18 по 21 июня 2002 года в районе стихийного бедствия выпала месячная норма осадков. В зоне чрезвычайной ситуации оказалось более 10 тысяч ставропольцев. Наводнение в Краснодарском крае в 2012 году — стихийное бедствие, вызванное проливными дождями. В течение 6—7 июля 2012 года выпало более чем трёх-месячная норма осадков. Российские специалисты присвоили данному наводнению статус выдающегося, зарубежные отнесли его к категории «внезапный паводок».

Ученые и эксперты принимали участие в исследовании возникшей стихии. И пришли к тому, что на образование паводковой волны оказали свое влияние антропогенные факторы. Главной причиной стала недостаточная пропускная способность водопропускных систем в железнодорожных насыпях и железнодорожного моста через реку Адагум перед Крымском.

Схема управления и координации действий госсанэпидслужбы края в период ликвидации медико-санитарных последствий наводнений:

Во главе Правительственная комиссия РФ по ликвидации последствий наводнения в ЮФО, она подразделяется на : а) комиссию по чрезвычайным ситуациям правительства края и медицинский штаб по ликвидации медико-санитарных последствий наводнения ЮФО, который в свою очередь формируется из ВЦМК «Защита» и Департамента госсанэпиднадзора МЗ РФ.

Комиссия по чрезвычайным ситуациям Правительства края подразделяется на: а) главное управление по ГО и ЧС при правительстве края б) оперативный штаб госсанэпидслужбы края который в свою очередь формирует территориальные центры госсанэпиднадзора

Масштабы последствий и разрушений наводнений

В Ставропольском крае в 2002 году катастрофическому наводнению в результате прошедших ливневых дождей подверглись:

6 районов, больше всего от стихии пострадали Пятигорск, Кисловодск, Минеральные Воды, Ессентуки, Лермонтов, Ставрополь, Невинномысск

От проливных дождей пострадали 39 населенных пунктов

Краснодарском крае в 2012 году катастрофическому наводнению в результате прошедших ливневых дождей подверглись:

10 населенных пунктов- города Крымск, Геленджик, Новороссийск, н.п. Дивноморское, Нижнебаканская, другие населенные пункты Крымского района

Из зоны бедствия эвакуированы более 10 тыс. человек

8 тыс. пострадали в результате наводнения

погибли 42 человека.

Пострадало более 59 тыс. человек
Погибло 167 человек
Медицинская помощь оказана 53 тыс. человек, в том числе 9 тыс. детей
Были госпитализированы 4 тыс. человек, в том числе 700 детей
Разрушено 338 домов
Повреждено почти 8 тысяч жилых зданий
Пострадало медицинское оборудование МБУЗ-станция Барсуковская
Разрушено 632 дом
Подтоплено около 40 тыс жилых домов
Пострадало медицинское оборудование МБУЗ «Крымская городская больница» и центральной городской поликлиники, отделение скорой медицинской помощи
Вышли из строя 13 водопроводов
Без централизованного питьевого водоснабжения остались 35 населенных пунктов
Разрушены канализационные коллекторы
Вышли из строя 5 водопроводов
Без централизованного питьевого водоснабжения остались 8 тыс жилых домов
Разрушены канализационные коллекторы .

Противоэпидемические мероприятия проводимые в зоне затопления
В Ставропольском крае в наиболее пострадавшей от затопления ст. Барсуковской Кочубеевского района, провакцинировано все население (5813 человек, в том числе 800 детей). Всего первую аппликацию культуральной очищенной инактивированной вакциной «ГЕП-А-ин-ВАК» (г.Новосибирск) получили 36216 человек, в том числе 23420 детей, что составило 100% от подлежащих. Реакций на введение вакцины не отмечалось. В течении июля-сентября случаев заболеваний ВГА среди привитых не зарегистрировано.

В Краснодарском крае вакцину от вирусного гепатита А получили более 31 тысячи человек, 10 тысяч из них – дети. Прививки от дизентерии сделаны 28 тысячам пострадавших. Около 6 тысяч человек привиты от брюшного тифа. Бактериофаг от кишечной инфекции получили почти 45 тысяч человек. Прививки от столбняка сделаны всем без исключения пострадавшим, которые были травмированы во время стихийного бедствия, расчистки улиц и дворов от завалов. Эпидситуация в Крымске не превышала норму, количество госпитализированных в инфекционную больницу не выше уровня госпитализированных за 2011 год

Заключение.

Таким образом, в результате своевременно проводимого мониторинга инфекционной заболеваемости и правильно спланированных и проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий в пострадавших территориях удалось предупредить групповую и вспышечную заболеваемость ОКИ и ВГА.

В заключении хотелось бы отметить, что любое стихийное бедствие, которое возникло на определенной территории, несет за собой санитарные потери, масштабные разрушения инженерных и гидротехнических сооружений. В таких ситуациях главным является своевременная координация действий госсанэпидслужбы, для предотвращения распространения медико-санитарных последствий в зоне ЧС.

ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА, КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ СтГМУ

Пахотин С.В., Приймак В.В., Хаджимурзаева А.И.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Голодников Ю.Н.
Ставропольский государственный медицинский университет

Введение: Высшее учебное заведение призваны формировать не только компетентного специалиста, но и полноценную личность. К сожалению, число проблем высшей школы растет пропорционально росту ее значимости. И одна из наиболее острых – здоровье молодых людей. Ежегодные медицинские обследования студентов, поступающих в высшие учебные заведения, выявляют значительное ухудшение их функционального состояния, физического развития, а также высокий процент лиц, имеющих хронические заболевания [3]. Особый интерес представляет состояние здоровья студентов медицинских ВУЗов, будущих врачей от компетентности и здоровья которых зависит эффективность помощи населению.

Материалы и методы: В данной работе приведены результаты изучения особенностей питания 897 студентов Ставропольского государственного медицинского университета с использованием анкетно-опросного метода и расчётом индекса массы тела (ИМТ). Все медицинские данные и ответы на анкеты предоставлены лично студентами при добровольном согласии в анонимном виде. При обработке данных использовались: описательная статистика и расчёт относительной частоты встречаемости признака.

Целью данной работы было не только изучение фактического питания студентов-медиков в настоящее время, но также выяснить отношение респондентов к энергетическим напиткам и биологически активным добавкам, к выбору продуктов питания, режиму питания, и занятию спортом, как элементам здорового образа жизни.

Результаты и обсуждение: Данное исследование питания студентов СтГМУ является продолжением научной работы по мониторингу питания студенческой молодежи начатой еще в 2009 году. Первая публикация материалов по данной теме состоялась в 2014 году [1]. Также было проведено сравнение данных анкетирования студентов СтГМУ и студентов Уральского государственного медицинского университета. Общее количество заполнивших специальные анкеты в СтГМУ составило 897 человек в возрасте до 21 года, из них 597 девушек и 300 юношей, а в УГМУ 70 студентов.

Оптимальный режим питания соблюдают более половины (54%) респондентов СтГМУ. В Уральском государственном медицинском университете таких насчитывается лишь 20%.

У всех студентов рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) по которому судили о пищевом статусе. Большинство респондентов СтГМУ - 68% считают, что пищевой статус у них является оптимальным. Фактически по величине ИМТ оптимальный пищевой статус (ПС), соответствующий здоровому состоянию организма, имеют лишь 51% респондентов, 49% имеют отклонения от нормы. В УГМУ же наблюдается иная картина: здесь у 78% респондентов отмечается оптимальный пищевой статус, что скорее свидетельствует о малой выборке для анкетирования.

По сравнению с 2009 годом претерпела изменения структура питания: сократилось количество завтракающих студентов в обоих университетах. Их осталось 64%, против 78% в прошлые годы с СтГМУ, в УГМУ таких оказалось 58 %. Эти данные подтверждают, что Ставропольские студенты медики значительно лучше понимают важность утреннего приёма пищи. Следует отметить тот факт, что и возможности для организации рационального питания (столовые, буфеты и качество пищи) в СтГМУ лучше, чем в УГМУ. Практически 88% студентов медиков этого института «перекусывают», т.е. не имеют возможности для полноценного приема пищи. По-

видимому, и работа сотрудников СтГМУ, общественных и спортивных организаций по превращению университета в территорию здоровья играет свою положительную роль.

Настораживают данные, полученные при оценке отношения студентов СтГМУ к энергетическим напиткам. Практически все респонденты отмечают опасность их употребления, поэтому и не используют их. Изредка употребляют энергетики лишь 7% опрошенных студентов. Однако, отвечая на другие вопросы анкеты, 28% респондентов показали, что они систематически применяют их в период подготовки к экзаменам, что по их словам приносит положительный эффект.

Биологически активные добавки (БАД) включают в рацион питания около 15% респондентов. Причем приём БАД они осуществляют в период подготовки к соревнованиям.

Изучая частоту занятию спортом студентов, было отмечено, что 28% респондентов СтГМУ стабильно занимаются спортом, 57% по возможности находят время для физической активности, в УГМУ таких 22% и 60% соответственно. Анализ этих данных, показывает, что отношение к занятиям физической культурой и спортом со стороны студентов-медиков довольно прохладное.

Вывод: Приведенные результаты научного исследования свидетельствуют о том, что студенты не могут правильно организовать свой рабочий день и решают вопросы учёбы и отдыха за счёт сокращения времени на приём пищи или вовсе отказываются от одного приёма и не находят время для занятий физкультурой и спортом. Кроме того, сама специфика обучения и труда медицинских работников формирует предпосылки к возникновению у них хронических заболеваний органов пищеварения. В этой связи знание основ рационального питания становится просто необходимым для студентов-медиков.

Список литературы.

1. Минаев Б.Д. Мониторинг фактического питания молодежи по результатам анкетирования студентов СтГМУ / Б.Д. Минаев, Ю.Н. Голодников, Н.И. Кучерко // Проблемы гигиенической безопасности и управления факторами риска для здоровья населения. Научные труды ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора. Вып. 17. - Н.Новгород, 2015.- С.86-92.

2. Труд и здоровье медицинских работников / Под ред. В.К. Овчарова. М.-1985. С.85-104.

3. Зейналова Е.М., Полянская Е.С., Каминская Л.А. Оценка образа жизни и клинко-биохимические показатели здоровья студентов 2 курса лечебного факультета уральского государственного медицинского факультета/ Обмен веществ при адаптации и повреждении - Дни молекулярной медицины на дону): материалы XVI Российской научно-практической конференции с международным участием (Ростов –на-Дону, 12-13 мая 2017 г.), 2017. -С.28-31.

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ НА ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Раушанбек А., Келгенбаева Н.

Научный руководитель: Чуенбекова А.Б.

Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова

Неинфекционные заболевания представляют ведущую угрозу для здоровья людей и социально-экономического развития. Сердечно-сосудистые, онкологические и хронические респираторные заболевания, а также сахарный диабет являются, по оценкам

международных экспертов причиной 35 миллионов случаев смертей в год, 80% из которых приходится на страны с низким и средним уровнями доходов [1].

Неправильное питание в сочетании с другими факторами риска повышает распространенность неинфекционных заболеваний среди различных групп населения в результате роста артериального давления, повышения содержания глюкозы в крови, нарушений липидного состава крови и избыточного веса/ожирения [2].

Материалы и методы исследования: были обследованы и анкетированы 100 чел., из которых мужчины составили 43 человек (43%), а женщины – 57 человек (57%), в возрасте до 50 лет и старше 50 лет. Были определены антропометрические показатели, на основе этого оценен ИМТ и изучены пищевые предпочтения респондентов.

Результаты и обсуждение: женщины имели не зависимо от возраста рост в среднем 162,0 см, массу тела 63,4 кг, при ИМТ 27,4, что позволяет их отнести к группе риска. Доля женщин с массой тела меньше 50 кг до 50 и старше 50 лет составило 6% и 9%, соответственно. В возрастных группах 30-49 лет преобладали женщины с весом 60-69 кг, а среди женщин 50-64 года – с весом 70-79 кг. Доля женщин с весом 80 и более кг увеличивается с 30 летнего возраста и далее, и в возрастной группе 50-64 лет их удельный вес достигает максимума.

Средний рост мужчин до 50 лет и старше составил 176,7 см и 173,2 см.

Суммарный средний рост женщин и мужчин составил 168,5 см. Средний вес составил у мужчин до 50 и старше 50 лет – 73,5 кг и 80,2 кг, соответственно. Это свидетельствует о тенденции повышения средней массы тела на фоне тенденции снижения среднего роста у мужчин и женщин, что является отрицательным фактором.

Из всех обследованных 5,1 женщин, 4,5% мужчин, имели ИМТ<18,5, что свидетельствует о наличии у них и дефицита массы тела, или гипотрофии, основной причиной которой является недостаточное потребление пищевых калорий.

Нормальные показатели ИМТ (18,5-24) определены у 38% женщин, 45% мужчин. Избыточная масса тела, или пред-ожирение, с ИМТ = 25-29 обнаружена у 36,8% женщин, 30,6% мужчин. Показатель ИМТ=30-34, свидетельствующий о наличии ожирения легкой степени, определен у 18% женщин, 12% мужчин. Наиболее часто эти показатели у женщин и мужчин определялись в возрастных группах 50 лет и старше.

У 6% женщин, 2% мужчин, наблюдался высокий показатель ИМТ=35-39, что свидетельствует о наличии у них ожирения умеренной степени. Наиболее часто эти показатели у женщин и мужчин также определялись в возрастных группах 50 лет и старше. Ожирение тяжелой степени (ИМТ≥40) установлено у 3% женщин, 1% мужчин.

Пищевые предпочтения исследуемых людей были разнообразными. Несколько больший процент респондентов отдают предпочтение продуктам растительного (мужчины - 46,5% и женщины -52,6%), чем животного (41,9% и 36,8%) происхождения, а 11,6% и 7% респондентов, соответственно мужчин и женщин, не отдают предпочтения растительным или животным пищевым продуктам. Женщины (52,5%) чаще, чем мужчины (46,5%) предпочитают растительные продукты, а мужчины (41,9%) чаще, чем женщины (36,8%), предпочитают животные продукты. Основная часть исследованных не зависимо от пола не высказывали предпочтения жирной пище (65,1% мужчин и 72% женщин).

Что касается вида мяса и мясных продуктов то, основное количество как мужчин, так и женщин старались обычно потреблять смешанные виды мяса и мясных продуктов (49,6%). Причем, женщины предпочитали больше не жирные виды мяса и мясных продуктов (42,1%), чем мужчины (37,2%).

Высоко жировые сорта молока и молочных продуктов больше предпочитали мужчины (9,3%), чем женщины (7,3%).

Независимо от пола 75,5% респондентов использовали при приготовлении пищи натуральные растительные масла. При жарке использовали преимущественно растительные масла (мужчины -74,4% и женщины-70,2%). Среди опрошенных блюда быстрого приготовления больше использовали мужчины 48,8%, чем женщины 28,1%.

В нашем исследовании половина исследованных мужчин (44,2%) и женщин (59,6%) ограничивали потребление поваренной соли до 3 грамм в сутки. Не контролировали потребление соли до 3 грамм 37,2% мужчин и 33,3% женщин.

Напротив нашего ожидания как мужчины так женщины в равной степени предпочитали сладкую пищу. Однако, пищу с низким содержанием сахара больше бы выбрали женщины (54,4%), чем мужчины (37,2%). При этом, женщины также старались ограничивать употребление сладких напитков (68,4%). Мужчины ограничения употребления сладких напитков не ставили своей целью (51,2%).

Среди всех респондентов по 400 грамм овощей и фруктов в день не потребляют 60,5% мужчин и 45,5% женщин. Насчет блюд и специй, стимулирующих аппетит, их использовали в питании 46,5% лиц мужского и лишь 15,8% женского пола.

Вывод: Доля женщин и мужчин с нормальным ИМТ уменьшается с возрастом и становится минимальной в возрастных группах 50 лет и старше. В изученных возрастных группах ИМТ в среднем составил 22,8 и 31,9 у женщин, 24,0 и 26,1 у мужчин, соответственно. Сравнение этих данных с рекомендацией ВОЗ по интерпретации показателей ИМТ позволяет утверждать, что в целом, и женское и мужское население города имеют избыточную массу тела.

Список литературы.

1. Всемирная организация здравоохранения. Резолюция Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, принятая 21 мая 2010 г. Женева. - 2010. - С. 14.
2. Т. Шарманов «Питание – важнейший фактор здоровья человека» - Асем-Систем Алматы – 2010 – С.478.

ИСХОДЫ ОЧЕНЬ РАННИХ И РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПО ДАННЫМ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗА 2016 ГОД

Санина А.А., Сечина Ю.А.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Хрипунова А.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Преждевременные роды (ПР)– одна из важнейших проблем в охране здоровья матери и ребенка, поскольку они напрямую влияют на перинатальную заболеваемость и смертность. Частота ПР ежегодно растет во всех странах, варьируя от 5 до 18%. Преждевременные роды, особенно очень ранние, являются лидирующей причиной неонатальной заболеваемости и смертности и ответственны за 60–75% всех неонатальных смертей, не связанных с врожденными уродствами. Целью данной работы послужило изучение причин и определение исходов очень ранних и ранних преждевременных родов для плода и матери в перинатальном периоде за 2016 год в СККПЦ с помощью ретроспективного анализа.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 101 случая ПР по данным СККПЦ за 2016 гг. В рамках исследования родильницы были стратифицированы на три группы в зависимости от срока гестации, в котором произошли ПР:

I группу составили 25(25 %) женщин (6 новорожденных), родивших при сроке гестации 22–25 недель;

II группу — 19 пациенток(18,7%) (7 новорожденных), родивших в сроке 28-30 недель;

III группу (контрольная группа) — 57 женщин (56,3%) (51 ребенок), роды у которых произошли при сроке беременности 31-36 недель.

Результаты исследования: В 2016 г. в ПЦ проведено 5022 родов, из них 752 (14,9%) — преждевременные. Среди всех преждевременных очень ранних родов было 7,5%, а ранних родов — 5,1%. Среди всех родов ОРПР составили 1,1%. Для проведения данной работы были выбраны 101 история родов, проведенных через естественные родовые пути.

Анализ анамнеза пациенток, оцененный ретроспективно, показал, что большая часть из них (78 женщин, что составило 77,2%) находились в активном репродуктивном возрасте, 22 женщины в возрасте старше 34 лет — 21,8 % и 1 женщина моложе 18 лет — 1%.

Большинство исследуемых женщин имели вредные привычки (курение).

Пациентки всех групп имели отягощенный гинекологический анамнез:

1) Эрозия шейки матки наблюдалась в I группе в 9 случаях, что составило 36%, во II группе 5 случаев (26,31%), в III группе — 12 (21,05%)

2) Миома в I группе у 2 женщин (8 %), во II — у 1 (5,26 %), в III у 3 женщин (5,26%)

3) Медицинские аборт делали 6 женщин из I группы (24%), 2 из II группы (10,52%) и 18 женщин из III группы (31,57 %)

4) Самопроизвольные аборт случались у 8 женщин (32%) из I группы, 4 (21,05%) из II группы, 12 женщин (21,05%) из III группы.

5) Урогенитальную инфекцию диагностировали в 2 случаях (8%) в I группе, в 7 (36,84%) во II группе, в 16 (28,07%) в III группе.

Кроме того, в I триместре при настоящей беременности наблюдался гестоз у 7 женщин в I группе, 5 женщин во II, 28 женщин в III группе.

Угроза прерывания беременности с последующим лечением в стационаре в I группе отмечалась у 12 женщин, во II группе — у 6 женщин, в группе III — у 28.

Наиболее часто соматический анамнез осложнялся:

1) Хроническим пиелонефритом

2) Хроническими заболеваниями дыхательных путей

3) Вирусными заболеваниями

4) Артериальная гипертензия

5) Ожирением

Наследственный анамнез был отягощен сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

В результате родоразрешения через естественные родовые пути у родильниц развились:

1) Разрыв мягких тканей — I — в 12%, во II — в 52,63%, в III — 56,1% случаев.

2) Кровотечение — I — в 4%, во II — в 10,52%, в III — в 3,5% случаев.

Перинатальная смертность в I группе составила 76% (19 случаев), из них антенатальная 14 случаев (73,68%), постнатальная — 5 (26,32%), во II группе 63,15% (12 случаев), из них антенатальная 4 случаев (33,33%), постнатальная — 8 (66,66%), в III группе 10,52% (6 случаев), из них антенатальная в 100 %.

Причиной антенатальной смерти являлась в большинстве случаев асфиксия вследствие плацентарной недостаточности.

В раннем неонатальном периоде у новорожденных были выявлены

1) Внутренние пороки развития (ВПР) чаще наблюдались в I группе.

2) Синдром дыхательных расстройств (СДР) чаще наблюдались в I и III группах.

3) Внутривentricularное кровоизлияние чаще наблюдалось во II группе.

4) Инвалидизация чаще наблюдалась во II группе.

Выводы: Основным фактором риска преждевременных родов явился отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. У недоношенных новорожденных в большинстве случаев были выявлены ВПР и СДР.

С целью снижения риска развития патологических состояний, приводящих к преждевременным родам (невынашиванию беременности) необходимо повышение эффективности профилактических мероприятий относительно основных факторов риска (аборты, экстрагенитальная и акушерско-гинекологическая патология).

Также важным направлением работы является повышение качества оказываемой акушерско-гинекологической помощи пациенткам с высоким риском преждевременных родов и мероприятий, направленных на предотвращение младенческой смертности (профилактика асфиксии, внутриутробных инфекций, респираторного дистресс-синдрома новорожденных).

В связи с высокими показателями ранней инвалидизации детей, появившихся в результате преждевременных родов, необходима качественная пренатальная диагностика для раннего выявления серьезных пороков развития плода с дальнейшим решением вопроса о целесообразности пролонгирования беременности.

Список литературы.

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Этиопатогенез невынашивания беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. 2004. Т. 13. № 1. С. 37–41.
2. Доброхотова Ю.Э. Критерии выбора гестагенов в лечении невынашивания беременности // Академия Безен. 2010. № 4. С. 3–32
3. Кравченко Е.Н., Башмакова Н.В. Значение интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. № 2. С. 25–29.
4. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
5. Тимошенко В. Н. Недоношенные новорожденные дети: учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. 192 с.
6. Martin J.A., Kung H.C., Mathews T.J. et al. Annual summary of vital statistics: 2006 // Pediatrics. 2008. Vol. 121. № 4. P. 788–801.

АНАЛИЗ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА САМАРСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сиротко М.Л., Малахов В.Г., Кузьмина М.Д.

Самарский государственный медицинский университет, ГБУЗ СО «Самарская ССМП»

Скорая медицинская помощь (СМП) представляет собой особую структуру отечественного здравоохранения, от эффективности которой зависит, в том числе, перспектива улучшения основных социально-демографических показателей и показателей здоровья населения. Однако функционирование службы сопряжено с рядом проблем. За последние годы существенно увеличилось количество вызовов, изменилась их структура, существуют трудности в преемственности деятельности СМП и амбулаторно-поликлинического звена, что приводит к необоснованному увеличению нагрузки на СМП и не может не влиять на качество медицинской помощи [1,4]. Целью данной работы является проведение анализа кадрового потенциала ГБУЗ Самарской области «Самарская станция скорой медицинской помощи» за 2015-2017 гг. как важнейшего ресурса оказания населению срочной, неотложной и экстренной помощи.

Материал и методы: для оценки кадрового потенциала станции скорой медицинской помощи были использованы годовые отчеты учреждения с анализом штатного состава, финансовых и экономических показателей деятельности. В работе применялись статистический и аналитический методы.

Результаты и обсуждение. Основной целью деятельности станции скорой медицинской помощи является оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе, первой доврачебной и врачебной медицинской помощи [2].

Для учреждения устанавливается ежегодный норматив количества вызовов, который финансируется в соответствии с государственным заданием.

Учреждение имеет три источника финансирования: средства ОМС, субсидии из областного бюджета, средства предпринимательской деятельности.

Весь персонал станции делится на несколько основных категорий: врачи, средний медицинский персонал, младший медицинский персонал, прочий персонал.

Штатная численность станции составила 2 291 штатных единиц (шт. ед.) на первое января 2016 г. и 2 233,75 шт. ед. на первое января 2017 г. Сокращение, в основном, произошло по категории «прочий персонал».

Количество должностей, занятых врачами в 2015 и 2016 гг., составило 161,75 шт. ед. Разница между общим количеством должностей и количеством занятых должностей составляет 252,75 шт. ед., укомплектованность учреждения врачебным персоналом составляет всего 42% в 2015-2016 гг. и 34,6% в 2017 г. Это свидетельствует о том, что в ГБУЗ СО «Самарская ССМП» существует проблема нехватки врачебного персонала, которая повлекла за собой повышение коэффициента совместительства в среднем на 13% в 2017 г. по сравнению с 2016 г.

В соответствии с приказом МЗ РФ [2] определен норматив - 1 бригада на 10 тыс. населения. Норматив бригад скорой помощи для населения г. Самара, исходя из количества населения 1 170 910 человек, составляет 117 бригад. Фактически в ГБУЗ СО «СССМП» работает 78 бригад скорой помощи, что в 1,5 раза меньше нормативного значения.

Одним из важнейших социально-значимых показателей, характеризующих работу учреждения, является уровень средней заработной платы. Исследование начислений по заработным платам показало, что фактическое значение среднемесячных зарплат врачей по ГБУЗ СО «Самарская ССМП» ниже норматива, указанного в «Дорожной карте» [3]: в 2015 г. - на 1 800 руб., в 2016 г. - на 2 600 руб., что является отрицательной тенденцией для учреждения.

Для оценки эффективности использования учреждением трудовых ресурсов и рабочего времени был проанализирован такой показатель, как производительность труда: отношение объема работы за отчетный период и среднесписочной численности работников за аналогичный период.

Производительность труда, рассчитанная из фактического количества персонала, составила 207,7 услуг на человека в 2015 г. и 195,7 услуг на человека в 2016 году.

Производительность труда, рассчитанная из нормативного количества персонала, составила 111,9 услуг на человека в 2015 г. и 105,4 услуг на человека в 2016 году.

Выводы. Перегрузка персонала в Самарской ССМП составляет 95,8 услуг на одного человека в 2015 г. и 90,3 услуг на одного человека в 2016 г. Нехватка медицинского персонала приводит к тому, что учреждение не способно сформировать достаточное количество выездных врачебных бригад, что требует разработки и принятия срочных мер по укреплению кадрового потенциала учреждения.

Список литературы.

1. Мохнюк, С.В. Некоторые вопросы организации и управления скорой медицинской помощью / С.В. Мохнюк, И.В. Духанина // Скорая медицинская помощь. – 2015. – Том № 16. - № 1. – С. 9-14.

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70338200/> (дата обращения 17.10.2017 г.)

3. Распоряжение Правительства Самарской области от 12.04.2013 № 209-р Об утверждении Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Самарской области на 2013 – 2018 годы». URL: <http://volga.news/article/263241.html> (дата обращения 18.10 2017 г.)

4. Шляфер, С.И. Анализ деятельности скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С.И. Шляфер // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» - 2012. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/396/30/lang.ru>

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ВОПРОСАХ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ РФ

Соловьева Е.Л.

Научный руководитель: ассистент Спевак Р.С.

Ставропольская краевая клиническая больница

По мнению большинства авторов, студенты являются представителями социальной группы, которая составляет неотъемлемую часть общественного потенциала развития государства. Таким образом, уровень здоровья студенческой молодежи выступает в роли стратегического государственного ресурса.

Между тем, студенты медики бесспорно испытывают большие психоэмоциональные и интеллектуальные нагрузки на протяжении всего срока обучения, которые негативно сказываются на их функциональном состоянии, адаптационных механизмах и здоровье в целом. Основными неблагоприятными факторами выступают интенсивный процесс адаптации к специфике учебного процесса на младших курсах, перегрузка учебной информацией, отсутствие стабильного режима сна и бодрствования, гиподинамия, вредные привычки, нерациональное питание, работа в ночное время, не всегда идеальные бытовые условия.

Нововведения в сфере высшего образования преследуют цель, как модернизировать учебный процесс, так и сформировать у студентов устойчивые поведенческие стереотипы здорового образа жизни и создать потребность в физическом и нравственном совершенствовании. Однако не всегда этого удается достигнуть, таким образом, всего около половины студентов занимаются физкультурой в основной группе, около десяти процентов освобождены, а остальные определены в специальную и подготовительную группы. По данным анкетирования, лишь менее половины студентов занимаются утренней гимнастикой, а что касается рационального питания, имеются диспропорции в употреблении нутриентов.

При оценке здоровья студентов медицинских вузов используют различные подходы и методики, начиная от простых, которые можно провести в условиях учебной аудитории на занятиях по физиологии: антропометрия, осмотр, опрос, анкетирование, психологические тесты и, заканчивая сложными лабораторными и инструментальными исследованиями, проводимые на базе различных клиник, как например, измерение эластичности и жесткости стенки магистральных кровеносных сосудов. При этом, с одной стороны, студенты выступают в роли объекта исследований, с другой - глубже понимают, как можно исследовать здоровье здорового человека с целью первичной профилактики.

Основная стратегия профилактических мероприятий базируется на выявлении структуры заболеваемости по данным ежегодно проводимых медицинских осмотров перед летней практикой, где цель - оформление допуска к работе с пациентами, а не выявление патологии у данной категории лиц. При этом лидирующие позиции в структуре

основных заболеваний в студенческой среде являются: патология органов зрения, желудочно-кишечного тракта, заболевания лор-органов и опорно-двигательного аппарата.

В некоторых вузах Российской Федерации, в числе которых Ставропольский государственный медицинский университет, существуют центры студенческого здоровья, которые ведут мониторинг и разработку профилактических мер направленных на укрепление здоровья студентов.

Непрерывный контроль качества образовательного процесса влечет за собой необходимость проведения контрольных работ и экзаменов, что приводит к стрессу, и как следствие развитию заболеваний психосоматического генеза. Из вышеизложенного следует, что оптимизация учебного процесса в вузе требует научно-обоснованного подхода к организации профессиональной медицинской подготовки студентов.

При этом результаты исследований зачастую имеют характер рекомендаций. Поскольку абсолютный контроль за учебными нагрузками невозможен из-за отсутствия единой шкалы трудоемкости изучаемых дисциплин, объем которых определяется федеральными стандартами и учебными планами. При этом постоянно возрастает объем информации, а количество аудиторных часов уменьшается, чем обусловлена необходимость уделять больше времени самостоятельной работе. Указанный факт негативно сказывается на здоровье студентов, так во многих исследованиях показано, что около трети современных студентов спят меньше 6 часов в сутки.

Система ежегодных медицинских осмотров студентов реализуется на базе местных поликлиник, с которыми у вуза есть подписанные договоренности, при этом не осуществляется своевременная постановка на диспансерный учет.

Белым пятном в изучении оценки уровня здоровья студентов остается анализ временной нетрудоспособности у студентов при острых и хронических заболеваниях. В некоторых случаях приходится сталкиваться с халатным отношением к собственному здоровью, так как студенты не всегда обращаются за медицинской помощью.

Также необходима разработка и внедрение мероприятий ведомственного медицинского контроля уровня здоровья абитуриентов после поступления, ещё до начала занятий, с целью определения исходных данных.

САНИТАРНОЕ СОСТОЯНИЕ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Степаненко Е.А., Кисаханова Н.Р., Алёхина Н.А.

Астраханский государственный технический университет

Широкое распространение паразитарных и инфекционных болезней среди людей и животных способствует интенсивному обсеменению окружающей среды (почвы, воды, предметов обихода, овощей, столовой зелени, рыбной и мясной продукции) их возбудителями (яйцами гельминтов). Несоблюдение правил личной гигиены, отсутствие элементарных мер профилактики не только среди людей, но и среди животных, обсеменение объектов окружающей среды яйцами паразитов – все это ведет к увеличению числа случаев заболеваемости среди животных и человека.

Цель исследования. Изучить санитарное состояние объектов окружающей среды Астраханской области на примере лабораторного исследования проб почвы, смывов с твердых поверхностей и пищевой продукции.

Задачи:

1. Изучить санитарное состояние проб рыбы и рыбной продукции.
2. Изучить санитарное состояние проб смывов.
3. Изучить санитарное состояние проб почвы.

Материалы и методы:

В исследовательской работе применялись стандартные методы паразитологических и микробиологических исследований, статистической обработки (графическое изображение относительных величин и оценка достоверности результатов исследования)

Материалы: пробы почв, рыбы и рыбной продукции, смывов с твердых поверхностей, химические реактивы, питательные среды, оборудование микробиологической лаборатории.

Результаты исследования. В 2016-17г. были проведены исследования 120 проб, в т.ч. 38 проб почвы (31,7%), 60 проб смывов с твердых поверхностей (50%), 22 проб рыбы и рыбопродуктов (18,3%). Процент неудовлетворительных проб составил 15,8% (19 проб).

Паразитологические исследования.

Исследование рыб и рыбной продукции мы проводили согласно, методическим указаниям МУК 3.2.988-00 «Методы санитарно-паразитологической экспертизы рыбы, моллюсков, ракообразных, земноводных, пресмыкающихся и продуктов их переработки» В 2016-2017 г. было исследовано 22 проб рыб и рыбной продукции. Из них 21 проб рыбы и 1 проба икра. Пробы для исследования брали у частных лиц. В результате исследования в икре – была обнаружена мертвая личинка нематоды *Anisakis simplex*. Также в 4-х пробах (лещ, 2 пробы окуня и лещ) были обнаружены личинки метацеркарий паразита *Rossicotrema donicum*. В остальных пробах результат исследования был отрицательный

Отбор проб смывов с твердых поверхностей проводили согласно методическим указаниям МУК 4.2.2661-10. «Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Методы санитарно-паразитологических исследований» Таким образом, было исследовано 60 проб с твердых поверхностей (Торговый центр «Ярмарка», лифты жилых домов, столовые университетов, детские площадки, общественный транспорт, продуктовые магазины, ТЦ «Элко», общественные туалеты, банкоматы, домофоны, мусорные контейнеры и так далее. Результат паразитологических исследований – отрицательный.

Отбор проб почвы проводили согласно методическим указаниям МУК 4.2.2661-10. «Методы контроля. Биологические и микробиологические факторы. Методы санитарно-паразитологических исследований» Было исследовано 38 проб почвы, отобранной из разных мест г. Астрахани и Астраханской области Почва отбиралась из песочниц детских площадок, детских садов, парков, газона и клумб центральных улиц. В результате исследования, в 14 пробах (11,9 %), были обнаружены мертвые личинки *Strongyloides stercoralis* и *Ascaris lumbricoides*.

Микробиологические исследования.

Исследования почвы проводились в соответствии с МУК 1446-76 «Санитарно-микробиологические исследования почвы» В результате установлено, что численность КМАФАнМ в исследуемых почвах находится в пределах 105 КОЕ/г, БГКП и клостридии не обнаружены; установлено наличие в исследуемых почвах нитрифицирующих и термофильных микроорганизмов ($4,0 \cdot 10^2$ КОЕ/г – чистая, пределы нормы: $1,0 \cdot 10^2$ - $1,0 \cdot 10^3$ КОЕ/г).

Исследования смывов с твердых поверхностей, проводились в соответствии с МУ № 2657-82 «По санитарно-бактериологическому контролю предприятий общественного питания и торговли пищевыми продуктами». Пробы отбирались в столовых АГТУ. В результате установлено, что численность КМАФАнМ в исследуемых пробах находится в пределах 102 КОЕ/г и относится к категории хорошее состояние – 102 - 103 КОЕ/г, БГКП не обнаружены

Исследования рыбы и рыбной продукции проводились в соответствии с требованиями СанПиН 2.3.2.1078-01. По стандартной схеме, прописанной в ГОСТах. По данным поверхностной бактериоскопии количество клеток (кокки и палочки) колебалось от 10 до 37 (норма 10-30 клеток в 1 поле зрения микроскопа). По данным глубинной микроскопии количество клеток колебалось от 5 до 20 клеток в 1 поле зрения микроскопа (норма – единичные клетки). В результате установлено, что численность КМАФАнМ в

исследуемой рыбе находится в пределах 104 - 105 КОЕ/г (Нормы – не более 1 •105КОЕ/г). БГКП и сальмонеллы не обнаружены. Выявлено подозрение на наличие в 2х пробах рыбы *Staphylococcus aureus*.

Выводы:

1. Санитарное состояние рыбной продукции, отобранной для исследования у частных лиц не соответствует нормам. Обнаружены паразиты (*Anisakis simplex* и *Rossicotrema donicum*) и по микробиологическим показателям имеется подозрение на наличие *Staphylococcus aureus*.

2. Несмотря на огромное количество случаев паразитарной заболеваемости (в регионе ежегодно 3500-4000, аскаридоз- официально 758), санитарное состояние чистоты на различных поверхностях общественных мест остается в удовлетворительном состоянии

3. Санитарное состояние почвы по данным паразитарных исследований не в удовлетворительном состоянии, но результаты микробиологических исследований находятся в пределах нормы. Более того, наличие термофильных стрептомицетов и нитрифицирующих бактерий свидетельствует о протекании

ПОРЯДОК СОСТАВЛЕНИЯ ПРОГРАММНОГО БЮДЖЕТА В РОССИИ

Терехова М.Г.

Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева

Порядок составления бюджета программным методом достаточно похож на традиционный.

Ключевое отличие программного бюджета состоит в том, что его исполнение, то есть практически все расходы бюджетных средств направлены на конкретные программы.

Процесс составления бюджета страны определен в Бюджетном кодексе РФ. Выделены два основных этапа данного процесса.

На первом этапе разрабатываются основные характеристики проекта федерального бюджета РФ в следующей последовательности: Министерство экономического развития РФ разрабатывает план-прогноз развития государства на основе важнейших макроэкономических показателей, далее Правительство РФ рассматривает данный план и утверждает его, затем Министерство финансов на основе полученного плана-прогноза разрабатывает главные характеристики проекта федерального бюджета.

Правительство утверждает разработанные Минфином основные характеристики нового бюджета, которые в дальнейшем направляются федеральным министерствам и ведомствам.

На втором этапе формирования государственного бюджета происходит распределение объемов финансирования. Минфин определяет бюджетные расходы, после чего согласует их с профильными ведомствами и министерствами, а несогласованные вопросы требуют рассмотрения в межведомственной правительственной комиссии, возглавляемой министром финансов [3, с. 146].

Программный бюджет составляется по принципу «сверху-вниз». Это означает, что правительство устанавливает так называемые агрегатные лимиты расходов, то есть каким будет бюджетный дефицит, сколько будет потрачено всего, сколько – на инвестиции и т. д. Такие лимиты устанавливаются в соответствии с различными важными показателями, такими как: уровень безработицы в стране, темп экономического роста, уровень инфляции и другими.

В дальнейшем правительство определяет секторные лимиты, то есть распределяет расходы между основными секторами общественной жизни.

Далее правительство устанавливает внутрисекторные лимиты – устанавливает объем расходов для ведомственных бюджетов. Также правительство может определять норму расходов и для отдельных компонентов программ, например, текущие расходы (предпочитаемые ведомствами в ущерб капитальным).

После составления программного бюджета ведомства самостоятельно формируют свои бюджеты в рамках правительственных лимитов и конкурируют друг с другом за место своих программ в очередном бюджете.

При составлении программного бюджета особое значение уделяется четкому разделению ролей и обязанностей. Так решения по агрегатным и секторным лимитам принимает премьер-министр после согласования с министром финансов [1, с. 47-48].

Отправной точкой построения программного бюджета является установление тесной взаимосвязи между функциями государства и его стратегическими целями путем увязки полномочий каждого распорядителя бюджетных средств или центра расходов с государственной политикой в конкретном секторе.

Подпрограммы и проекты, реализуемые в рамках программ, являются центрами затрат, для них устанавливается экономическая или предметная классификация расходов.

Программный бюджет в отличие от традиционного составляется на основе классификации расходов по типу услуг и целей, а не поступлений. Программная структура представляет собой способ описания расходов в рамках достижения поставленных целей.

Программная классификация способствует повышению социально-экономической эффективности государственных расходов, установлению уровней наибольшей ответственности всех уполномоченных распорядителей бюджетных средств [2].

Следовательно, составление программного бюджетов - это основополагающая стадия бюджетного процесса, на которой не только определяются первичные параметры бюджета, но и закладываются основы для создания рациональной системы принятия экономических решений на высшем уровне и механизмов эффективного управления бюджетным процессом.

Проекты бюджетов составляются для того, чтобы установить полный объем денежных средств, которые необходимы для выполнения функций органов государственной власти и органов местного самоуправления по обеспечению населения необходимыми благами и предоставлению ему полного перечня государственных услуг.

Список литературы.

1. Козлов С.Н. Технология подготовки программного бюджета // Вестник НГИЭИ. – 2016. – №7. – С. 39–54.
2. Сугарова И. В. Программный бюджет: вопросы внедрения и применения // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2015. – №4 (64).
3. Шаш Н. Н., Бородин А. И., Татуев А. А. Проблемы перехода на программный бюджет: новые вызовы бюджетной политики России // Экономический вестник Ростовского государственного университета. – 2016. – №4–2 / том 11. – С. 145–152.

ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО И СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОК 1 КУРСА СЗГМУ ИМ. И.И.МЕЧНИКОВА

Третьяков А.А.

Научный руководитель: Петрова В.Б.

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

Актуальность изучения особенностей аддиктивного и сексуального поведения у студенток обусловлена тем, что в психологическое и социальное взросление подростков происходит в настоящее время раньше, чем у предыдущих поколений. В последние годы среди студенток отмечена высокая частота незапланированной беременности, а также у данной группы возросла встречаемость заболеваний, передающихся половым путем, причем характер и частота патологий напрямую связаны с сексуальной активностью подростка и распространенностью различных форм аддиктивного поведения (употребления алкоголя, наркотиков).

Целью данного исследования является выявление отношения студенток СЗГМУ им. И.И.Мечникова к контрацепции, определение уровня информированности молодежи о контрацепции, разработка рекомендаций для проведения эффективной профилактики по сохранению репродуктивного здоровья студенток.

Материалы и методы. Для достижения поставленных целей использовали анкету, состоящую из 23 вопросов. Для точной верификации результатов анкетирования были опрошены только девушки. Всего в опросе приняли участие 78 студенток 1 курса СЗГМУ им. И.И.Мечникова. Возраст респондентов составлял 17-26 лет (в среднем 18,4 года)

Результаты исследования показали, что в студенческой среде имеет место широкое распространение таких факторов риска, как курение и употребление алкогольных напитков. 6 девушек (7,7%) начали употреблять алкоголь в возрасте до 14 лет. Только 23 человека (29,5%) из всех опрошенных ведут трезвый образ жизни. По данным анкетирования 22 студентки (29%) курят от 1 до 10 сигарет в день, причем 23% из курящих студенток начали курить в 14-15 лет. Четыре человека (5,1%) хотя бы раз испытали на себе действие психоактивных веществ. У 41 человека (52,6%) отношение к вредным привычкам негативное, у 35 человек (44,9%) - «нейтральное», у 2 человек (2,5%) – положительное.

При изучении факторов риска в гигиене половой жизни было выявлено, что не живут половой жизнью 45 человек (57,7%); имеют постоянного полового партнера – 24 человека (72,7%); возраст полового дебюта у 11 девушек-студенток (33,3%) – до 17 лет, у 18 девушек (54,5%) – с 17 до 18 лет и у 4 девушек (12,2%) - после 18 лет.

Наиболее популярные методы контрацепции – это барьерный метод (использование презервативов), его используют 81,8% девушек и метод прерванного полового акта (12,1%), оральные контрацептивы используют 5 человек (15,1%).

О способах предохранения 34 человек (43,6%) узнали из интернета, книг и СМИ, 19 человек (24,4%) -- от друзей и в школе, 23 человека (29,5%) - от родителей, и только 2 человека (2,6%) – от врача гинеколога.

Планируют иметь детей в будущем 97,4% опрошенных студенток. 7 студенток (9%) считают аборт безвредным. В случае наступления беременности 62 (79,5%) будут рожать, 10 человек (12,8%) будут делать аборт и 6 человек (7,7%) – в зависимости от ситуации.

Выводы: исследование позволяет сделать выводы о необходимости проведения более эффективной пропаганды здорового образа жизни в студенческой среде: распространение информации о причинах, формах и последствиях злоупотребления алкоголем, табаком и наркотическими средствами; формирование у молодежи навыка анализа и критической оценки информации, получаемой об алкоголе, табаке и наркотиках. Так же необходимо уделить внимание гигиене половой жизни студенток и распространение информации о вреде абортов.

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ МУЖЧИН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Хамидова С.А., Тё Н.Г.

Научные руководители: Сухарева И.А., Павлюк В.Г.

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

Введение. В последние годы в мире все более актуальной становится проблема «сверхсмертности» мужчин, которая непосредственно влияет на экономический потенциал страны. В 2015 году средняя продолжительность жизни мужчин в России составила 65 лет, в то время как у женщин на 9 лет больше-74 года. В Узбекистане в 2015 году эта разница составляла 5 лет, при средней продолжительности жизни у мужчин-77,7 лет, у женщин-75,5 лет.

Цель. Провести сравнительную характеристику причин смертности мужчин Российской Федерации и Республики Узбекистан.

Материалы и методы. Проводился анализ данных ВОЗ, Всемирного банка, Института Здоровья и медицинской статистики Министерства Здравоохранения РУз, по отчетам Министерства Здравоохранения РФ и «Росстата»

Результаты. Выявлено, что смертность в Узбекистане и России имеют одинаковую причинную структуру: наиболее распространенными являются сердечно - сосудистые заболевания (ССЗ). Основными причинами, обуславливающими смертность от сердечно – сосудистых заболеваний, являются ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и цереброваскулярные заболевания, на долю которых приходится не менее 90 % всех случаев смерти. Смертность в трудоспособном возрасте значительно выше среди мужчин, а среди лиц пожилого и старческого возраста оно практически одинаково, независимо от пола.

В 2016 году по России в структуре смертности ССЗ составило (55,4%). Смертность от ССЗ на 90 % - ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ), лишь 10% - остальные виды патологии сердечно - сосудистой системы.

В Узбекистане в последние два десятилетия отмечается рост заболеваемости и смертности от сердечно – сосудистой патологии, и структура смертности ССЗ не отличается от мировой, которая составила (59,3%). Рассматривая структуру ССЗ по причинам можно отметить, что в структуре причин общей заболеваемости ведущее место занимают болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением 40,4 % (в том числе гипертония с поражением органов мишеней 14,2 %, стенокардия 7,7 %, хроническая ишемическая болезнь сердца 7,0 %, цереброваскулярные болезни 4,1 %, острый инфаркт миокарда 0,54 %).

Второй по распространенности причиной смерти являются злокачественные новообразования. В России 2016 году удельный вес онкологических заболеваний на долю мужского населения составил 54,5 %, на долю женского – 45,5 %. В Узбекистане этот показатель среди женского населения – 54,8 %, мужского – 45,2 %. В Республике Узбекистан в структуре онкологической заболеваемости обоих полов в последние несколько лет первое место занимает рак молочной железы – 7,5 на 100 000 населения; второе место – рак желудка; третье – рак дыхательной системы 4,6; четвертое – рак шейки матки 4,1; пятое – рак кожи 4,0 и шестое – злокачественные лимфомы 3,9. В Российской Федерации эта структура имеет значительные отличия, наиболее распространенными являются: рак дыхательной системы (бронхи, трахея, легкие) – 17,3%; рак молочной железы – 14,1 %; рак пищеварительного тракта (кишечник – 12,7%, желудка – 7,1 %, рак поджелудочной железы – 6,1 %); злокачественные лимфомы – 5,5 %.

Не менее распространенной причиной мужской смертности является травматизм. Показатель травматизма в России составил 86,6 на 1000 взрослого населения. В Узбекистане травматизм, чаще связанный с дорожно – транспортными происшествиями, составляет 7 %. Показатель травматизма в РУз и РФ у мужчин выше, чем у женщин почти

в 1,5 раза. Травмы среди мужского населения отличаются большей тяжестью. У мужчин в три раза чаще регистрировались разможения, травматические ампутации и травмы внутренних органов, почти в два раза чаще внутричерепные травмы с переломами костей черепа и перелом позвоночника. Чаще регистрируются ушибы, поверхностные травмы без повреждения кожных покровов, которые составляют 30,6 %. Не менее важное место в структуре травматизма занимают переломы костей, составляющие 18,6 случаев на 1000 взрослого населения (21,5 %).

По статистике, именно инфекционные заболевания становятся причиной 26% всех смертей на планете (по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) за 2016 год).

В России и в Узбекистане число мужских смертей от инфекционных заболеваний (туберкулёза, вируса иммунодефицита (ВИЧ)) составляет около 1 %. В последние годы рост числа инфекционных заболеваний удвоился и по сей день составляет 4,1 % как в РФ так и в РУз.

Выводы. Реализация и поддержка программы по охране здоровья и жизни мужчин в Узбекистане является не менее важным аспектом в политике Здравоохранения Республики, как и охрана здоровья матери и ребенка. А в России больше внимания уделяется охране материнства и детства. Реализация проектов по улучшению качества труда и жизни, программы ранней диагностики заболеваний, проведение социальных программ улучшающих здоровье мужчин являются необходимой частью политики, как в Республике Узбекистан, так и в Российской Федерации.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Ханина Н.Д.

Научный руководитель: к.п.н. доцент Новокрещенов И.В.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского

Актуальность вопроса лекарственного обеспечения многопрофильного стационара связана с высокой важностью медикаментозной терапии в структуре лечебных мероприятий, что объясняет ее значимую долю в бюджетных средствах на содержание медицинских организаций (МО). Лекарственная терапия составляет 95% всех лечебных назначений, и на нее в системе здравоохранения расходуется в среднем 25% финансовых средств [1]. Учитывая это, оптимизация системы лекарственного обеспечения в условиях ограниченных финансовых средств является сегодня одной из основных задач, которые остро стоят как перед отдельными МО, так и перед органами управления здравоохранением.

Цель работы: анализ структуры государственных закупок в многопрофильном стационаре на примере государственного учреждения здравоохранения «Саратовская городская клиническая больница № 1 им. Ю.Я. Гордеева».

Материалы и методы: исследование проведено на базе ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева», исходной информацией послужили данные государственных контрактов за 2016 год, проведен анализ и статистическая обработка собранной информации.

Результаты: За исследуемый период было заключено 326 контрактов с 24 поставщиками на общую сумму 47 966 438 руб. при средней цене контракта 147 136 руб. В структуре закупок преобладают лекарственные препараты промышленного производства (88,6%), значительно меньшую долю занимают лекарственные препараты аптечного изготовления (11,4%). 98,2% препаратов аптечного изготовления поставляет ООО «Аптека № 262» и 1,8% - ООО «Аптека № 282». Препараты промышленного производства предоставляют 23 поставщика (ООО «Аптека № 282» поставляет препараты

как аптечного изготовления, так и промышленного производства), в числе лидеров ООО «Резерв-98» (33,6%), ООО «ПрофиФарм» (22,4%) и АО НПК «Катрен» (12,4%).

96,3% закупок были проведены в форме электронного аукциона, 3,7% - в форме закупок у единственного поставщика. По критерию «стоимость контрактов» шесть основных поставщиков совокупно обеспечивают более 80% контрактов. Лидером среди поставщиков по критерию «стоимость контрактов» является ЗАО «Фирма ЕВРОСЕРВИС» - 12 625 686 руб. (26,3%), на втором месте - ООО «ПрофиФарм» - 10 960 611 руб. (22,9%), третье место - ООО «Аптека № 262» - 7 991 085 руб. (16,7%), четвертое место - ООО «Резерв-98» - 5 067 288 руб. (10,6%), пятое место - АО НПК «Катрен» - 2 345 962 руб. (4,9%) и шестое место занимает ООО «МЕДИПАЛ-ОНКО» - 2 273 289 руб. (4,7%). Среди фирм-лидеров половина зарегистрирована на территории г. Саратова (ООО «Резерв-98», ООО «ПрофиФарм» и ООО «Аптека № 262»), две фирмы – на территории г. Москвы (ЗАО «Фирма ЕВРОСЕРВИС» и ООО «МЕДИПАЛ-ОНКО») и одна фирма – на территории г. Новосибирска (АО НПК «Катрен»). С оптовым посредником ЗАО «Фирма ЕВРОСЕРВИС» ЛПУ заключило 30 контрактов (9,2%), средняя цена составляет 420 856 руб., при этом условная экономия - 261 676 (4,5%). При сотрудничестве с ООО «ПрофиФарм» - 9 контрактов (2,8%), средняя цена контракта - 1 217 845 руб., условная экономия отсутствует. С ООО «Аптека № 262» заключено 11 договоров (3,4%), средняя цена которых составляет 726 462 руб., условная экономия отсутствует. С ООО «Резерв-98» заключено самое большое число контрактов – 128 (39,3%) при относительно невысокой средней цене контракта – 39 588 руб. и самой высокой условной экономии - 1 475 654 руб., (25,4%). С АО НПК «Катрен» – 53 контракта (16,3%), средняя цена контракта - 44 263 руб., условная экономия - 1 298 504 руб. (22,4%). С ООО «МЕДИПАЛ-ОНКО» - 4 контракта со средней ценой 568 322 руб. и условная экономия отсутствует.

Отсутствие условной экономии при заключении договоров с некоторыми поставщиками связано с проведением закупки в форме закупки у единственного поставщика. Однако, в целом по всем закупкам с учетом стоимости всех лотов (53,8 млн. руб.) и средней цены лота (164 946 руб.), экономия составляет – 5 806 103 руб. (11%), средняя экономия – 17 810 руб., что почти на 3% выше среднего снижения цен при проведении конкурентных закупок по РФ за сопоставимый период (8,2%) [4]. Таким образом, анализ структуры закупок лекарственных препаратов в ГУЗ «СГКБ № 1 им. Ю.Я. Гордеева» позволяет говорить о том, что организация осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством. Организация процесса закупок позволяет данной МО закупать продукцию по минимально доступной цене, что способствует экономии бюджетных средств, которая превышает среднероссийский показатель.

Список литературы.

1. Косолапов В.П. К вопросу о лекарственном обеспечении стационара / Косолапов В.П., Чайкина Н.Н., Полянская Н.К.//Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. - №63. – С.134-138.
2. Малаев М.Г. Применение аудита с целью оптимизации закупок лекарственных средств медицинскими организациями / Малаев М.Г.//Качественная клиническая практика. – 2013. - №». – с.69-73.
3. Соколова С.В. Фармацевтический рынок: государственные закупки лекарственных препаратов / Соколова С.В., Орлов А.С., Румянцева М.С.//Проблемы современной экономики. – 2013. - №4. – с. 345-349.
4. Доклад о результатах мониторинга применения Федерального закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» за 2016 год [Электронный ресурс] // Официальный сайт Единой информационной системы в сфере закупок – Режим доступа: <http://zakupki.gov.ru/epz/main/public/download/downloadDocument.html?id=13809>

ИССЛЕДОВАНИЕ ИТОГОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЕВОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА В СОСТАВЕ ГБУЗ ДЕТСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Холодова В.Е.

Кубанский государственный медицинский университет

Сложившаяся в России неустойчивая демографическая ситуация, со-провожаемая негативными тенденциями в состоянии его здоровья, определяют особую социальную значимость службы родовспоможения[1,2]. Очевидно, что переход на новые критерии живорожденности согласно приказу Минздравсоцразвития России от 27.12.2011г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении порядке ее выдачи» обусловил и изменение параметров деятельности медицинских организаций акушерско-гинекологической службы. На протяжении последних четырех лет работы в этих условиях усилия службы родовспоможения Краснодарского края сосредоточены на поиске путей улучшения перинатальных исходов при преждевременных родах и выхаживания детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Задачи, стоящие перед службой родовспоможения на современном этапе, диктуют необходимость анализа результатов ее деятельности с учетом уровня медицинской организации. В структуре созданной в крае уровневой системы оказания акушерско-гинекологической помощи значительная роль отведена региональным перинатальным центрам, одним из которых является перинатальный центр в составе ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, созданный по программе модернизации службы родовспоможения при приоритетности высоких технологий выхаживания новорожденных с ЭНМТ.

Цель. Проведение исследования итоговых показателей деятельности Краснодарского краевого перинатального центра, характеризующих параметры здоровья новорожденных, в динамике за период 2012 – 2015 гг.

Материалы и методы. Исследование проведено по материалам официальных форм статистической отчетности ККПЦ (№ 066/у-02) в динамике за период 2012-2015гг.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным результатам, количество родов по ККПЦ к концу изучаемого периода увеличилось на треть, при этом количество преждевременных родов выросло на 38,6%, что связано, главным образом, с включением в понятие преждевременных родов сверхранних преждевременных родов в сроке беременности 22-27 недель. В связи с ростом использования вспомогательных репродуктивных технологий при лечении бесплодия в увеличении числа преждевременных родов большую роль играют многоплодные беременности, количество которых увеличилось на 44%, однако их доля в структуре всех родов существенно не изменилась. Учитывая, что с 2009г. дети с ЭНМТ регистрируются дифференцированно — по двум весовым категориям — 500-749 г и 750-999 г, нами изучена динамика распределения родившихся детей по отдельным весовым группам, которая показала рост числа родившихся во всех рассматриваемых группах, что в целом обусловлено общим увеличением количества принятых родов, однако наибольший прирост данного показателя отмечен в группах детей с ЭНМТ, где его уровень к концу изучаемого периода вырос в 2 раза (в весовой категории 500—749 г) и в 1,6 раза (в категории 750—999 г). Данная тенденция свидетельствует о концентрации сверхранних преждевременных родов в региональном перинатальном центре как «учреждении родовспоможения высокого риска». Одним из критериев эффективности работы регионального перинатального центра является комплекс показателей выживаемости новорожденных. Как свидетельствуют полученные результаты, за период перехода на новые критерии живорожденности перинатальная смертность по ККПЦ увеличилась почти в 1,8 раза (с 10,8 до 19,2 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, $p \leq 0,001$), причем ее рост был обусловлен исключительно уровнем мертворождаемости (главным образом, антенатальной), тогда как

показатель ранней неонатальной смертности за период 2012-2015гг. существенно не изменился. Разная динамика уровня различных компонентов перинатальной смертности привела к изменению соотношения внутриутробных и постнатальных потерь: если в 2012г. на 1 мертворожденного приходилось 2,3 умерших в первую неделю после рождения, то в 2015г. это соотношение составило 1:0,5. Данные тенденции свидетельствуют, на наш взгляд, с одной стороны, о низком качестве пренатальной диагностики нарушений состояния плода (в том числе внутриутробной гипоксии) и, соответственно, о недостаточной медицинской помощи беременным, а с другой, о нарастании частоты осложнений при беременности и в родах, особенно в группе сверххранных преждевременных родов. Ни среди беременных с невынашиванием, ни среди случаев прерывания по медицинским показаниям в сроке беременности 22-27 недель практически нет женщин без соматической или акушерско-гинекологической патологии. Среди этого контингента преобладают наиболее тяжелые формы сочетанного гестоза. Так, по данным настоящего исследования количество осложненных родов по ККПЦ за последние 4 года выросло почти на 15%, в том числе в связи с преэклампсией - в 13 раз.

Выводы. Таким образом, полученные данные сравнительного анализа деятельности Каснодарского краевого перинатального центра и выявлено, что в условиях перехода на рекомендованные ВОЗ критерии живорожденности региональный перинатальный центр становится важнейшим звеном современной службы родовспоможения. Именно на перинатальный центр возложена задача предотвращения необоснованных перинатальных потерь и формирования инвалидизирующей патологии как у матери, так и у ребенка.

Список литературы.

1. О состоянии здоровья населения и организации здравоохранения Краснодарского края по итогам за 2015 год: государственный доклад/ Администрация Краснодарского края, Министерство здравоохранения Краснодарского края; под ред. Е.Ф. Филиппова. - Краснодар: ГБУЗ МИАЦ, 2016. – 171с.
2. Стародубова В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России // Современные медицинские технологии. 2009. - №2. – С. 6-11

ДАННЫЕ АНТРОПОМЕТРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Хужахметова Ю.А., Иконникова Р.А.

Научный руководитель: д.м.н. доцент Мякишева Ю.В., д.м.н. доцент Сазонова О.В.
Самарский государственный медицинский университет

Ожирение является важной медико-социальной и экономической проблемой общества XXI века. По данным ВОЗ в странах Европы и России более 50% населения имеют избыточную массу тела, а более 20% страдают ожирением; в США данные показатели составляют 60% и 30%.

Как известно, ожирение – это хроническое заболевание обмена веществ, проявляющееся в избыточном развитии жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее определенный круг осложнений и обладающее высокой вероятностью рецидива после окончания курса лечения. [1,2,3]

Ожирение приводит к формированию заболеваний сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной, опорно-двигательной систем и т.д

Цель: проанализировать антропометрические данные и метаболические показатели пациентов с ожирением в динамике лечения.

Задачи:

1. Изучить данные биоимпедансометрии пациентов с ожирением до и после лечения.
2. Оценить параметры липидного и углеводного обменов в крови обследованных.
3. Провести анализ содержания холестерина, триглицеридов, глюкозы, в ротовой жидкости, определить корреляцию их изменений с показателями крови в процессе терапии.

Материалы и методы.

Антропометрические показатели (вес, рост, ИМТ), проведена биоимпедансометрия (биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма ABC-01МЕДАСС, Россия), исследованы показатели обмена в крови и в ротовой жидкости (фотометр фотоэлектрический КФК-3, Россия, с использованием диагностических наборов «Хронолаб», Россия)

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistika 20.0.

Было обследовано двадцать пациентов с ожирением, при первичном приеме им была рекомендована стандартная диетотерапия. Средний возраст пациентов составил 42 года, причем женщин, страдающих ожирением, больше, чем мужчин: 62% женщин, 38% мужчин.

Результаты.

Выявлено, что через три месяца стандартной диетотерапии наблюдались тенденции к нормализации метаболического профиля пациентов. Содержание холестерина в ротовой жидкости снизилось на 12%, триглицеридов - на 10%, глюкозы - на 20%. При этом отмечалась корреляция в изменении показателей крови и ротовой жидкости. Снижение веса пациентов от первоначальных значений составило 5.2% за три месяца терапии. Данные биоимпедансометрии свидетельствуют о качественном с точки зрения композиционного состава снижении массы тела (уменьшение процента жировой ткани, увеличение объема активной клеточной массы,

изменение значения фазового угла).

Выводы:

1. У пациентов в результате стандартной терапии через 3 месяца происходит снижение массы тела, изменение качественного композиционного состава тела.
2. В результате лечения изменяются биохимические показатели крови, ротовой жидкости: снижается уровень холестерина, триглицеридов, глюкозы, отмечается тенденция к нормализации метаболического профиля.
3. Наблюдается корреляция изменения показателей в крови и ротовой жидкости, что позволяет рекомендовать исследования параметров ротовой жидкости для неинвазивного контроля эффективности терапии.

Список литературы.

1. Сазонова О.В., Гинзбург М.М., Якунова Е.М., Галицкая А.В. Модификация рациона питания при ожирении с помощью функциональных питательных смесей // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. N2/4. – С. 493-497.
2. Мякишева Ю.В. и др. Факторы предрасположенности к ожирению у подростков с сердечно-сосудистой патологией. – Евразийский союз ученых, ежемесячный научный журнал. – 2017. - №3(36). – С. 11-13.
3. Якунова Е.М., Сазонова О.В., Гинзбург М.М., Галицкая А.В. Определение формы локуса контроля как диагностического критерия успешности лечения ожирения // Якутский медицинский журнал. 2015. N3 (51). - С.84-86.

ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ ОБСТАНОВКУ ПО ГРИППУ

Чернявская А. С., Фриева В. В.

Научный руководитель: Мкртычева К. Б.

Ростовский государственный медицинский университет

Одной из глобальных проблем современного здравоохранения является ряд инфекционных заболеваний, в частности – грипп. Грипп – острая респираторная инфекция, возбудителем которой является вирус гриппа. Значимость гриппа обусловлена особенностями возбудителя: вирус гриппа, в особенности род А, подвержен значительной изменчивости за счёт точечных мутаций в пределах одного антигена (Н-антигена или N-антигена) или за счёт рекомбинации обоих антигенов, что приводит к появлению нового серотипа. Вторая особенность – это то, что у человека, переболевшего гриппом, не формируется стойкий и длительный иммунитет. К тому же, вирус гриппа обладает повсеместной распространённостью [1, 3].

Перечисленные особенности способствуют ежегодному обострению эпидемиологической обстановки в период с ноября по март. Одним из действенных методов контроля эпидемиологической обстановки является широкий охват населения вакцинопрофилактикой. Тем не менее, одной из ведущих проблем данного вопроса является низкая приверженность населения к специфической профилактике гриппа. Низкий уровень комплаентности к вакцинации ведёт к увеличению числа осложнений и тяжёлых форм гриппа, а также к росту числа летальных исходов [2].

Целью данного исследования является сопоставление данных об отношении и приверженности населения к профилактике гриппа с эпидемиологической обстановкой по гриппу на примере г. Ростова-на-Дону и Ростовской области.

Материалы и методы. Дизайн исследования: начало – июль 2017 г., окончание – октябрь 2017 года. Выборочную совокупность составили 215 респондентов ($n = 215$). Критерии включения: жители Ростовской области старше 18 лет. Респонденты были разделены по возрастным группам: 18-29 лет ($n = 61$), 30 – 49 лет ($n = 82$), 50 лет и старше ($n = 72$). Для проведения исследования был составлен опросник, включающий в себя 9 вопросов закрытого и открытого типа. Проведен сравнительный анализ полученных результатов, анализ статистических данных Минздрава России, компарирование результатов первичного и вторичного анализа. Статистическая обработка и оценка данных проводилась с использованием программы MS Excel, достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента и U – критерию Манна-Уитни.

Результаты. В ходе анализа статистической сводки по гриппу за 2014, 2015 и 2016 гг. (Росстат, Форма 2) были получены следующие характеристики эпидемиологии гриппа. Уровень заболеваемости в различные годы существенно отличается: темпы роста составили 285% для взрослого населения и 262% для детского. Заболеваемость в различных федеральных округах существенно отличается: дисперсия темпов роста в пределах от 47% до 599%.

В Ростовской области отмечен значительный подъём заболеваемости гриппом в 2016 году по сравнению с аналогичным показателем в 2015 г. Значительно увеличилась детская заболеваемость: в 2015 году относительно взрослой заболеваемости она составила 146%, в 2016 – 185%. В 2016 году зарегистрировано 20 случаев летального исхода (3 случая в 2015 г.). На фоне этого отмечается следующая тенденция охвата (Росстат, Форма 5) вакцинацией против гриппа: в 2015 году вакцинированная доля взрослого населения составила 28%, в 2016 году – 42%. Доля охвата вакцинацией детского населения составила 31% и 33% соответственно.

В ходе опроса получены следующие данные. Приверженность населения к вакцинации против гриппа достоверно различна в 2015, 2016 году, а также отличается от количества респондентов, планирующих пройти вакцинацию в этом году. Большой охват

вакцинацией выявлен для возрастной группы 18 – 29 лет, наименьший – для возрастных групп 30 – 49 и 50+ лет ($p \leq 0,01$, U-критерий Манна-Уитни). Достоверных различий между возрастными группами 30 – 49 и 50+ лет отмечено не было. В среднем охват вакцинацией респондентов в 2015 и 2016 гг. составил 26% и 36%, что соответствует статистическим данным охвата населения вакцинацией. Анализ контрольного вопроса об отношении к вакцинации показал, что 28,3% опрошенных относятся к вакцинации негативно, а 51,7% хоть и относятся положительно, но сами вакцинируются избирательно или не вакцинируются вообще.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что заболеваемость гриппом имеет выраженную динамику в различные эпидемиологические сезоны. Несмотря на то, что по отношению к 2015 году в 2016 охват вакцинацией вырос, он не достигает необходимого порога массовой иммунизации, создающей в популяции стойкий иммунитет к предполагаемым ВОЗ штаммам. Одной из ведущих причин этого является скептическое или негативное отношение населения к вакцинации, особенно среди возрастных групп старше 30 лет.

Выводы. В ходе исследования были получены следующие выводы:

1. Грипп остается актуальной проблемой современного здравоохранения.
2. Вакцинация является одним из эффективных методов контроля заболеваемости в эпидемиологический сезон.
3. Ведущим фактором, препятствующим широкому охвату вакцинацией, является негативное или скептическое отношение к вакцинопрофилактике.

Список литературы.

1. Сторожаков Г. И., Чукаева И. И., Александров А. В. Поликлиническая терапия. 2 изд. М: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
2. Центр СМИ: грипп // Всемирная Организация Здравоохранения URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/ru/> (дата обращения: 19.07.17).
3. Чучалин А. Г., Сологуб Т. Ф. Грипп у взрослых: методические рекомендации по диагностике, лечению, специфической и неспецифической профилактике. СПб.: «НП-Принт», 2014.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕРАКТИВНЫХ СЕМИНАРОВ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО МЕТОДА БОРЬБЫ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шахиянов А. В., Катаян А. С.

Научный руководитель: Мкртычева К. Б.

Ростовский государственный медицинский университет

Борьба с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) является одной из приоритетных задач Всемирной Организации Здравоохранения. К НИЗ относятся болезни системы кровообращения, хроническая бронхо-легочная патология, новообразования и сахарный диабет. Эти заболевания имеют наибольшую долю в общей смертности населения (86%) и в глобальном бремени болезней (77%) в Европейском регионе [1]. Болезни системы кровообращения (БСК) служат ведущей причиной смертности в мире: в 2015 году на долю острого инфаркта миокарда и инсульта пришлось 15 млн. смертей. В России смертность от БСК в 2015 году составила 31,2 на 1000 человек, при этом с 2000 по 2015 год темп роста смертности не падал ниже 100%, что говорит о ежегодном росте смертности [2, 4].

В основе развития БСК, как и подавляющего числа НИЗ, лежат факторы риска (ФР), большую часть из которых составляют модифицируемые: курение, гиподинамия, неправильное питание, алкоголизм. Биологические ФР, такие как дислипидемия и артериальная гипертензия, хоть и являются модифицируемыми, но носят вторичный характер по сравнению с поведенческими ФР. Исходя из этого, понятно, что приоритетная стратегия борьбы с БСК – это воздействие на модифицируемые факторы риска путем информирования населения и повышения приверженности к здоровому образу жизни [3]. Особое значение имеет применение этой стратегии у молодого населения.

Целью исследования является дифференцированная оценка уровня информированности студентов г. Ростова-на-Дону о БСК с последующей оценкой эффективности проведенных интерактивных семинаров.

Материалы и методы. Дизайн исследования: начало – июль 2017 г., окончание – октябрь 2017 г. Выборочная совокупность на первом этапе – $n = 210$, на втором – $n = 140$. Критерии включения: студенты г. Ростова-на-Дону. Первый этап исследования (июль – сентябрь) включал определение уровня информированности респондентов. Для выявления уровня информированности был разработан и использован опросник, включающий 25 вопросов закрытого типа с выбором одного/нескольких вариантов ответа и разделенный на 5 блоков: блок 1 - «адекватность выбора источника информации медицинской направленности», блок 2 - «общая информированность о неинфекционных заболеваниях», блок 3 - «основные симптомы ОИМ и инсульта», блок 4 - «субъективная приверженность к профилактике», блок 5 - «объективная приверженность к профилактике и лечению». Для каждого блока применен метод позиционного кодирования, на основании которого были построены соответствующие балльно-рейтинговые шкалы. С помощью коэффициента соответствия все шкалы были приведены к пятибалльному значению (от 0 до 5). Второй этап исследования (сентябрь – октябрь) был представлен оценкой эффективности интерактивных семинаров, проведенных в двух ВУЗах и одном колледже Ростова-на-Дону. Программа семинаров была разработана исходя из полученных на первом этапе исследования данных. Статистическая обработка и оценка данных проводилась с использованием программы MS Excel, достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента, U-критерию Манна-Уитни. В качестве информационной базы были использованы данные ВОЗ и Росстата.

Результаты. На первом этапе ($n = 210$) исследования были получены данные об информированности респондентов по каждому из пяти блоков. Средний показатель по пятибалльной шкале составил $2,7 \pm 1,3$. Дифференцированная оценка проводилась по каждому блоку: блок 1 - $2,2 \pm 1,6$, блок 2 - $2,7 \pm 1,2$, блок 3 - $3,3 \pm 1,0$, блок 4 - $2,6 \pm 2,07$, блок 5 - $2,9 \pm 1,4$. Результаты, полученные в блоках 1, 3 и 5, достоверно различны ($p \leq 0,05$). На втором этапе ($n = 140$) были организованы и проведены три интерактивных семинара, посвященных вопросам эпидемиологии БСК, сущности этих заболеваний, факторам риска и методам оказания первой доврачебной помощи при инфаркте и инсульте. Семинары были проведены в двух ВУЗах и колледже. Во всех трех группах ($n = 65$, $n = 36$, $n = 39$) различия контрольных результатов анкетирования и исследуемых (по окончании семинара) в зоне значимости (U-критерий, $p \leq 0,01$).

Обсуждение. Полученные в ходе первого этапа исследования результаты позволяют судить о том, что в целом студенты информированы о проблеме БСК недостаточно. Тем не менее, информированность о различных аспектах проблемы неоднородна, что позволяет формировать целевые направления в стратегии обучения населения. Так, информированность о ведущих симптомах инфаркта и инсульта относительно высока, тогда как понимание сущности НИЗ, в частности БСК, и приверженность к их профилактике низкие. Спланированные на основании этих данных интерактивные семинары показали высокую эффективность: данные анкетирования, проведенного перед семинаром и после него, достоверно различаются.

Выводы. На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Уровень информированности студентов о БСК недостаточно высокий.
2. Исследование и оценка информированности о проблеме БСК требует дифференцированного подхода.
3. Интерактивные семинары, разработанные для повышения информированности студентов по вопросам целевых аспектов проблемы БСК, показали высокую эффективность.

Список литературы.

1. Европейское региональное бюро // Всемирная Организация Здравоохранения URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/what-are-noncommunicable-diseases> (дата обращения: 12.08.17).
2. Здравоохранение в России. 2015: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2015. – 174 с.
3. Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе // Всемирная Организация Здравоохранения URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108342/2/E70041R.pdf> (дата обращения: 17.08.17).
4. 10 ведущих причин смертности в мире // Всемирная Организация Здравоохранения URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/> (дата обращения: 12.08.17).

Раздел 9. ГУМАНИТАРНЫЕ И ОБЩЕСТВЕННЫЕ НАУКИ

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В ПРОПАГАНДЕ ТЕРРОРИЗМА

Андреев Д.Ю., Власов В.О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Калоев А.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Терроризм — общественный феномен, заключающийся в противоправном использовании крайних форм насилия для устрашения противников с целью достижения конкретных целей.

На сегодняшний день технологии далеко шагнули вперед и становятся всё более популярными — Интернет, социальные сети, мессенджеры. Вместе они представляют обширное поле для деятельности террористов, которые с их помощью осуществляют вербовку новых соратников в свои ряды. Усложнением проблемы является и тот факт, что с каждым годом пользователи Сети становятся всё моложе и моложе — дети, подростки, школьники, которые, зачастую, имеют множество, на их взгляд, проблем.

Этим и пользуются вербовщики, надавливая на "болевые точки".

Вербовщики тщательно подбирают кандидата. Желательно, чтобы у него было мало друзей, чтобы он был замкнут, закомплексован, еще лучше — трудности в личной жизни, чтобы была необходимость восполнить недостаток общения, и повысить самооценку.

В психологии существует несколько основных «крючков», на которые можно зацепить человека, это: деньги, идеология, секс, компромат (так называемая методика «ДИСКо»). Вербовщик ищет ключи к конкретному человеку, определяет его слабые места. Огромную помощь в этом оказывает информация со страницы пользователя в социальной сети, анкета на сайте знакомств или излишняя разговорчивость и стремление поделиться своими личными переживаниями с малознакомыми людьми. Далее ситуация развивается в несколько основных этапов. Сначала вербовщик знакомится с потенциальной жертвой, завязываются дружеские отношения. Разговор постепенно начинает крутиться вокруг страхов, проблем или тех самых «крючков».

Причём вербовщик агрессивно и навязчиво предлагает свою помощь, идут бесконечные сообщения и звонки. Человек постоянно находится под давлением и, в конце концов, соглашается, чтобы ему оказали помощь. Далее собеседник настаивает на том, чтобы в обмен на помощь человек также оказал ему услугу. Причём первое задание может быть абсолютно бессмысленным и не затратным — например, передать письмо кому-то из знакомых. После его выполнения человека благодарят, тем самым формируя психологическую привязанность. Также побуждающим мотивом к действиям могут служить и деньги, и «любовь».

Затем задания все более усложняются и становятся конкретнее — перегнать машину, передать оружие.

В результате вербовщик начинает манипулировать эмоциями человека, который пребывает в состоянии полного смятения. Именно в таком состоянии его и можно выдернуть из привычной среды, он уже готов ехать на край света, отстаивать интересы людей, которые так ему помогли. Если не срабатывает психологическое давление, возможны и другие методы воздействия, вплоть до реальных угроз в адрес близких.

А потом следует участие в теракте, и всё — обратной дороги уже нет. Он повязан кровью и коллективной ответственностью.

Жертва сталкивается с тем, что говорят в мечете, и те сложности жизни, которые там не всегда совпадают. И тут ему предлагают другой, легкий путь: «Мы за тебя все твои проблемы решим, ты только делай что надо, что мы скажем, потому что мы действуем от имени Аллаха, от имени всевышнего.»

Попавшему в эти "сети" заужают сознание, ему выстраивают модель, в которой абсолютно легко жить, ни за что не нужно отвечать. Ведь это проще — не надо думать, не надо соображать, нужно только выполнять приказы.

Но кукловодам мало одного бойца. Терроризм для них — семейный подряд: будущих чёрных вдов собирают по соц. сетям и сайтам знакомств. Эти интернет-ресурсы могут обещать замужество, но не обязательно долгую и счастливую жизнь. Девушек идеологически обрабатывают и выдают замуж за уже "готовых" боевиков.

Большинство вербовок производится сегодня в социальных сетях. Проблема заключается в том, что 90% электронных ресурсов, с которых ведутся вербовки находятся за пределами государств-участников СНГ, т.е. они физически размещены на серверах, на других территориях — их достаточно сложно закрывать, тем не менее, с этим можно работать.

Собирать информацию по лицам профессиональные вербовщики обучены давным-давно по социальным сетям, т.е., фактически, люди выкладывают о себе сведения, которые следовало бы поостеречься выложить.

Вербовщику важно, что молодой человек представляет интерес с точки зрения его профессиональной принадлежности, тех навыков, которыми он уже овладел, обучаясь в ВУЗе, но при этом он экстремистски реагирует на социально значимые, политические события в обществе, высказывает экстремистского содержания комментарии.

Когда мы говорим о том, почему возникает вот этот эффект "притягательного зла", то представители религиозных организаций южных федераций обращают внимание на глобализацию столкновения Добра и Зла.

Разумеется, ДАИШ — Зло, столкновение "крестоносцев" и Добра произойдёт в городе Дабик, поэтому они так усердно бьются за этот территориальный объект. И по ложной мифологии, которую на самом деле имамы развенчивают и муфтии говорят об этом прямо, что это очень серьёзные искажения: идея справедливости лежит в основе всех религий.

АФРИКАНСКАЯ ФИЛОСОФИЯ - ДРЕВНЯЯ АФРИКАНСКАЯ ФИЛОСОФИЯ

Адзеге Ф.М.

Научный руководитель: к.ф.н., доцент С.Р. Агирбов
Ставропольский государственный медицинский университет

В Диалогах Платона (Теэтет) Сократ предполагает, что философия начинается с удивления. Аристотель согласился. Однако образец дискурса в истории систематической африканской философии, начавшийся в 1920-х годах, предполагает, что африканская философия началась с разочарования, а не с удивления. Это разочарование, по мнению Руха и Анянву (1981: 184-85), было связано с такими историческими событиями, как рабство, колониализм и расизм, которые явились причиной разочарования европейской философией. Это, в конечном итоге, привело к яростным вопросам, а затем ответам и реакциям, из которых и возникла африканская философия.

Нигерийский философ К.К. Анянву определил африканскую философию как то, «что затрагивает вопрос о том, как африканские люди прошлого и настоящего осознают свою судьбу и мир, в котором они живут».

По словам Брюса Янца, «Философия считается африканской, если она затрагивает африканские темы, такие как восприятие времени, личности, пространства и других предметов, или использует методы, которые определяются как отчетливо африканские. В последнем случае африканская философия - это любая философия, созданная

африканцами или людьми африканского происхождения, а другие занимаются критикой или анализом своих произведений».

Что же тогда африканская философия?

«Африканская философия - это философия, созданная африканскими людьми, философия, которая представляет африканские мировоззрения или философию, которая использует различные африканские философские методы».

Философия в Африке имеет богатую и разнообразную историю, такую же, как и Древнеегипетская философия, с идентичными мировоззрением и культурой, как и в додинастическом Египте, развитие основных региональных философских традиций продолжается в Северной, Западной, Центральной Африки и в районах Северо-Восточной Африки.

В начале и середине двадцатого века антиколониальные движения оказали огромное влияние на развитие отдельной Африканской политической философии, которая имела резонанс как на континенте, так и среди африканских переселенцев. Было также заметное участие в доколониальной и ранней постколониальной эпохе с марксистскими и коммунистическими философскими традициями, развивающимися на протяжении всего двадцатого века, что и послужило причиной расцвета африканской экономической и философской традиции.

В Северной Африке, по всей видимости, занимающей центральное место в развитии древнеегипетской философской традиции Египта и Судана, была концепция «маата», которую при приблизительном переводе можно передать как «справедливость», «истина» или «то, что является правильным». Одними из первых произведений политической философии были Максимы Птах-Хотэ (общеизвестные истины), которые веками преподавались египетским школьникам.

Древнеегипетские философы также внесли важный вклад в эллинистическую философию и христианскую философию. В эллинистической традиции влиятельная философская школа неоплатонизма была основана египетским философом Плотинем в 3 веке н.э.

В христианской традиции Августин Гиппонский (Аврелий Августин, Августин Блаженный) был основным автором произведений по христианской философии и теологии. Он жил с 354 по 430 г. н.э. и написал свою самую известную работу «Град Божий» в Гиппо-Региге (ныне Аннаба, Алжир). Он оспаривал ряд идей, включая арианство, и установил понятия первородного греха и божественной благодати в христианской философии и богословии.

В исламской традиции Ибн Баджа являлся философом 12 века н.э. Целью человеческой жизни, по словам Байджи, было получить истинное счастье, а истинное счастье достигается путем овладения универсалиями через разум и философию, часто вне рамки организованной религии.

Ибн Рошд больше придерживался философии Аристотеля, образуя философскую школу аверроизма. Примечательно, но он утверждал, что не существует конфликта между религией и философией, а вместо этого существует множество путей к Богу, все одинаково действенные и что философ свободен, чтобы идти по пути разума, в то время как простолюдины не могли принять этот маршрут и лишь способны пройти путь учений, которые он передал им.

Ибн Сабин оспаривал вышеупомянутое мнение, утверждая, что аристотелевские методы философии бесполезны в попытке понять Вселенную, потому что эти идеи не смогли отразить основное единство Вселенной как с самой собой, так и с Богом, поэтому истинное понимание потребовало другого метода рассуждений.

Самыми значительными древними философскими традициями Западной Африки была философия йоруба и возникшее за тысячи лет своего развития своеобразное мировоззрение, а также космология и философия Акана, Догона и Дагомеи.

Исторически философские традиции Западной Африки и Северной Африки оказали значительное влияние на исламскую философию в целом, так как большая часть исламской философской традиции подвергалась влиянию ученых, родившихся или работающих на африканском континенте, в таких центрах обучения, как Каир в Египте и Тимбукту в Мали. Многие из этих интеллектуалов и ученых создали в этих городах философскую традицию.

Развитие оригинальной философии Банту, направленной на природу существования, космос и отношение человечества к миру после продвижения идей Банту, оказало самое значительное влияние на философские события в Юго-Восточной и Южной Африке. Так развитие философии Убунту, африканской идеологии, построенной на человеческом отношении друг к другу, соединяется с идеями африканского возрождения. Убунту является замечательным примером такого мировоззрения.

Многие философские традиции Центральной Африки до миграции философии Банту в Южную Центральную Африку рассматривались в русле объединяющей характеристики многих людей из Нилота и Судана, которые, в конечном счете, порождали отличное мировоззрение в определении концепции времени, создании мира, человеческой природы и правильной связи между человечеством и природой. Всё это получило распространение в мифологии Динки, Масаи и аналогичных философских традициях.

В развитии Африканской философии в эти периоды выделяются две значимые концепции, а именно, африканская философия – это, с одной стороны, взаимоучастие традиции и индивидуальных мыслителей, а, с другой стороны - это построение будущего. Когда отдельные африканские философы критикуют традицию, чтобы установить свою логическую согласованность и универсальность, они создают африканскую философию. И когда они при этом используют инструменты логики, они занимаются африканской философией. Во второй концепции, когда африканские философы участвуют в критических беседах друг с другом и высказывают новые мысли по вопросам, относящимся к Африке, но универсальным и спроектированным из африканских систем мышления коренных народов, они занимаются африканской философией. Итак, подлинная (истинная) африканская философия - это не просто будущий проект, он также имеет свои корни в прошлом.

Итак, данная статья была посвящена началу становления Африканской философии и особенностях Африканской философской традиции. Тем не менее, стоит отметить, что история систематической Африканской философии - это дитя разочарования, а не чудо.

ПРОБЛЕМА «РАЗУМ-ТЕЛО» (ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СОЗНАНИЯ)

Апемпе С.О.

Научный руководитель: к.ф.н. доцент Агирбов С.Р.

Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема ума и тела - это проблема объяснения того, как наши ментальные состояния, события и процессы, такие, как убеждения, действия и мышление, связаны с физическими состояниями, событиями и процессами в наших телах. Вопрос о форме «как А связано с Б?» сам по себе не представляет собой философскую проблему. Чтобы создать такую ситуацию, должен быть какой-либо материал об А и Б, что заставит взаимосвязь между ними казаться проблематичной. Многие особенности ума и тела являлись ответственными за наше чувство проблемы. Здесь я сосредоточусь на двух фактах: на факте того, что разум и тело, по-видимому, взаимодействуют причинно, и на отличительных чертах сознания.

Долгая традиция философии Рене Декарта заключалась в том, что ум должен быть не телесным существом: душой или ментальной субстанцией. Этот тезис называется

«субстанциональным дуализмом» (или «декартовым дуализмом»), потому что в нем говорится, что существуют два вида вещества в мире, ментальные и физические, или материальные. Одна из причин, по которой следует в это верить, это вера в то, что душа, в отличие от тела, бессмертна. Еще одна причина полагать, что у нас есть свободная воля, это требование того, чтобы ум был нефизическим, поскольку все физические вещи подчиняются законам природы.

Утверждать, что ум (или душа) - это ментальная субстанция, это не значит говорить о том, что ум состоит из какого-то нефизического вида материала или материи. Использование термина «вещество» имеет скорее традиционное философское значение: вещество - это сущность, которая обладает свойствами и сохраняется через изменение ее свойств. Тигр, например, является веществом, тогда как ураган - нет. Сказать, что есть ментальные вещества - индивидуальные умы или души - это утверждать то, что есть объекты, которые являются нематериальными или нефизическими, и эти объекты могут существовать независимо от физических объектов, таких как тело человека. Эти объекты, если они существуют, не состоят из нефизического «материала»: они вообще не сделаны из «материала».

Но если существуют такие объекты, то как они взаимодействуют с физическими объектами? Наши мысли и другие психические состояния часто, по-видимому, вызваны событиями в мире, внешними по отношению к нашему уму, и наши мысли и намерения, похоже, заставляют наши тела двигаться. Восприятие бокалом вина может быть вызвано наличием бокала вина передо мной, и мое желание вина, а также убеждение, что есть бокал вина передо мной, может заставить меня приблизиться к стакану. Но многие считают, что все физические эффекты вызваны чисто физическими причинами: физических состояний моего мозга достаточно, чтобы вызвать физическое событие моего достижения к стеклу. Итак, как мои психические состояния могут сыграть какую-либо причинную роль в выполнении моих действий?

Некоторые дуалисты реагируют на это, отрицая, что такая психофизическая причинность действительно существует (эта точка зрения называется «эпифеноменализмом»). Некоторые философы думали, что психические состояния имеют причинную связь только с другими психическими состояниями, а физические состояния взаимосвязаны только с другими физическими состояниями: ментальные и физические сферы действуют независимо. Эта «параллельная» точка зрения была непопулярной в XX веке, как и большинство других дуалистических мнений. Так, если мы обнаруживаем, что дуализм является неудовлетворительным, есть еще один способ ответить на вопрос о психофизической причинности: мы можем сказать, что психические состояния оказывают влияние в физическом мире именно потому, что они, вопреки внешности, являются физическими состояниями (см. Льюис 1966). Это «точка зрения монизма», так как здесь утверждается о существовании одного вещества, физического или материального. Поэтому он известен как «физикализм» или «материализм».

Физикализм имеет много форм. Самая сильная форма - это только что упомянутая форма, по утверждению которой психические «состояния» или «свойства» идентичны физическим состояниям или свойствам. Эта точка зрения, иногда называемая «теорией типа тождества», считается эмпирической гипотезой, которая ожидает своего научного подтверждения. Моделью такой теории идентичности является идентификация таких свойств, как теплота газа со средней кинетической энергией составляющих его молекул. Так как такая идентификация часто описывается как часть «редукции» термодинамики по отношению к статистической механике, параллельное утверждение о психическом часто называют «редуктивной» теорией разума или «редуктивным физизмом» (см. Льюис, 1995).

Многие философы определяют редуктивный физикализм чрезмерно ярким опытным (эмпирическим) наблюдением. Кажется неправдоподобным утверждением, что все создания, которые считают, что трава зеленая, имеют одно общее физическое свойство -

свойство, которое идентично убеждению, что трава зеленая. По этой (и другим) причине некоторые физиологи принимают более слабую версию физикализма, который не имеет этого следствия. Согласно этой версии физикализма, все конкретные объекты и события являются физическими, но допускают наличие психических свойств, которые не идентичны физическим свойствам. Дэвидсон (1970) является одним из вдохновителей таких взглядов. Такая точка зрения, как «нередуктивный физикализм», является своего рода дуализмом, поскольку здесь присутствуют два вида свойственности - умственное и физическое. Но это не «субстанциональный» дуализм, поскольку считается, что все вещества являются физическими веществами.

Нередуктивный физикализм также иногда называют теорией маркера идентичности, поскольку он идентифицирует ментальные и физические особенности или маркеры и неизменно дополняется утверждением о том, что психические свойства «контролируют» физические свойства. Несмотря на то, что понятие может быть определено по-разному, характер появления чего-л. неожиданного - это, по сути, требование о зависимости психического от физического: не может быть никакой разницы в психических фактах без разницы в некоторых физических фактах (см. Kim 1993; Horgan, 1995).

Если проблема психофизической причинности была всецело проблемой «разум-тело», то может показаться, что физикализм является прямым решением этой проблемы. Если единственный вопрос: «Каким образом психические состояния оказывают влияние в физическом мире?», то оказывается, что физикалист может ответить на это, сказав, что ментальные состояния идентичны физическим состояниям.

Но здесь существует трудный момент. Оказывается, физикалисты могут только предложить решение проблемы психофизической причинности, только если психические причины идентичны физическим причинам. Однако, если свойства или состояния являются причинами, как полагают многие редуктивные физикалисты, то нередуктивные физикалисты не решают данную проблему, поскольку они не идентифицируют психические и физические свойства. Это проблема психической причинности для нередуктивных физикалистов. (См. Davidson 1993, Crane 1995, Jackson 1996).

Однако даже если физикалист может выяснить проблему ментальной причинности, существует более глубокая причина, по которой проблема «разум-тело» является более весомой, чем проблема психофизического взаимодействия. По мнению многих философов, причина в том, что физикализм не является «решением» проблемы «разум – тело», а является тем, что даёт определение этой проблемы. Они рассуждают так: мы знаем достаточно, чтобы знать, что мир полностью физический. Поэтому, если разум существует, он тоже должен быть физическим. Однако, кажется, трудно понять, как определенные аспекты сознания - особенно сознания - могут быть просто физическими особенностями мозга. Как сложная субъективность сознательного опыта может быть вызвана серой материей мозга? Как утверждает Макгинн (1989), нейроны и синапсы кажутся «неправильным видом» материала для создания сознания. Проблема здесь заключается в чёткости: мы знаем, что умственное является физическим, поэтому сознание должно иметь свое происхождение в мозге; но как мы можем понять этот таинственный факт?

Томас Нагель осветил это в знаменитой статье (Nagel, 1974). Нагель говорит, когда существо является сознательным, есть что-то «подобное» тому, чтобы быть этим существом: существует что-то, что похоже на летучую мышь, но нет ничего похожего на камень. Ключевой проблемой «разум – тело» для Нагеля является очевидный факт того, что мы не можем понять, «как» сознание может быть просто физическим свойством мозга, хотя мы знаем, что в каком-то смысле физикализм является истинным (см. Также Chalmers 1996).

Некоторые физикалисты говорят, что эта проблема иллюзорна: если физикализм «является» истиной, тогда сознание - это просто физическое свойство, и оно является противоположностью физикализма, задаваясь вопросом, «может ли это быть» истиной

(см. Льюис 1983). Но критицизм Нагеля может быть острым, тем, что Франк Джексон называет «аргументом знания» (Jackson 1982, см. Также Robinson 1982). Джексон утверждает, что если бы мы даже знали все физические факты о, скажем, боли, мы бы не знали фактически, что значит испытывать боль. Кто-то знающий о физических фактах боли, мог бы узнать что-то новое, когда он знает, что значит «больно». Поэтому есть некое знание – знание того, на что это похоже – которое не является знанием какого-либо физического факта. Таким образом, не все факты являются физическими. (Для ответов физикалистов на аргумент Джексона см. Lewis 1990, Dennett 1991, Churchland, 1985.)

В конце двадцатого века философия разума, дискуссии о проблеме «разум-тело» вращаются вокруг двух полюсов проблемы психофизической причинности и проблемы сознания. И хотя это можно рассматривать как самостоятельные проблемы, тем не менее, между ними существует связь, которая может быть выражена как дилемма: если умственное не физическое, то как мы понимаем его причинное взаимодействие с физическим? Но если это физическое, то как мы можем осознать явления сознания? Эти два вопроса, по сути, и определяют современные дискуссии по проблеме разума и тела.

Список литературы.

1. Chalmers, D., 1996, *The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory*. Oxford: Oxford University Press.
2. Churchland, P.M., 1985, 'Reduction, qualia and the direct introspection of brain states.' *Journal of Philosophy* 82: 8-28.
3. Crane, T., 1995, 'The mental causation debate.' *Proceedings of the Aristotelian Society*, Supplementary Volume 69: 211-236.
4. Davidson, D., 1970, 'Mental events.' In *Experience and Theory*, L. Foster and J. Swanson, eds. London: Duckworth 79-101.
5. Davidson, D., 1993, 'Thinking causes.' In *Mental Causation*, J. Heil and A. Mele, eds. Oxford: Oxford University Press, 1-17.
6. Kim, J., 1993, *Supervenience and Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
7. Horgan, T., 1993, 'From supervenience to supervenience: meeting the demands of a material world.' *Mind* 102: 555-586.
8. McGinn, C., 1989, 'Can we solve the mind-body problem?', *Mind* 98: 349-366.
9. Nagel, T., 1974, 'What is it like to be a bat?' *Philosophical Review* 4: 435-450.
10. Robinson, H., 1982, *Matter and Sense*. Cambridge: Cambridge University Press.
11. Lewis, D., 1990, 'What experience teaches.' In *Mind and Cognition*, W. Lycan, ed. Oxford: Blackwell, pp. 499-519.

РЕКЛАМА ЛЕКАРСТВ В ИНТЕРНЕТЕ: ЕСТЬ ЛИ ОПАСНОСТЬ?

Блинова А.В.

Тверской государственный медицинский университет

Характерной чертой современного общества является его информатизация – активная разработка и внедрение во все сферы человеческой деятельности информационных технологий и средств. Одна из самых распространенных форм Интернет-взаимодействия в сфере здравоохранения — общение пациентов на форумах, обсуждение своих диагнозов и применяемых медицинских препаратов с последующей «рекламой» последних. К сожалению, последствия подобных непрофессиональных советов относительно лечения каких-либо заболеваний не всегда такие безобидные, какими кажутся на первый взгляд.

Цель работы — обратить внимание на проблему обсуждения и последующей рекомендации в сети Интернет лекарственных препаратов непрофессионалами.

Для подтверждения актуальности данной темы был использован метод социологического опроса. В нем приняло участие 350 человек: из них 192 - студенты медицинских ВУЗов (ТГМУ, ИвГМА, НГМУ г. Новосибирск, РНИМУ им. Н.И. Пирогова), 158 - люди, не имеющие медицинского образования. По результатам анализа полученных данных были сделаны следующие выводы:

1) Простые обыватели чаще пользуются веб-форумами при выборе лекарственных препаратов, чем студенты-медики – 64% против 25%.

2. Среди положительных ответов на предыдущий вопрос превалирует причина невозможности проконсультироваться с врачом - 22,4% у студентов-медиков и 40,5% у простых обывателей.

3. Процент положительных ответов на вопрос « Даёте ли Вы рекомендации о понравившихся лекарственных препаратах на форумах?» выше у простых обывателей (10,2% против 7,8%), которые по сути вообще не должны были давать положительных ответов.

Медикаментозная «рекламная агрессия» в широком смысле слова является одной из иллюстраций настоящего телесного террора. Полная социальная незащищенность людей, связанная с медицинской неграмотностью, недоверием к официальной медицине, порождает бесконтрольное и неосознанное употребление лекарственных препаратов.

Так например, на одном из форумов пользовательница рекомендует «Кардиомагнил». Из-за навязчивой рекламы многие считают его профилактическим и безопасным лекарством, что крайне неправильно. Лекарственные средства данной группы обладают выраженным антикоагулирующим действием, препятствуя процессу склеивания тромбоцитов. Следовательно, перед их назначением лечащий врач обязательно проводит анализ крови на свёртываемость. При бесконтрольном приеме антиагреганты могут вызывать носовые, желудочно-кишечные кровотечения, вторичные кровотечения после хирургических стоматологических вмешательств, усугублять ситуацию в случае геморрагического инсульта. Кроме того, приём «Кардиомагнила» несовместим с алкоголем, даже «по праздникам».

Вывод: реклама лекарств должна производиться на специализированных фармакологических сайтах или интернет-ресурсах, где предусмотрена онлайн-консультация с врачом-специалистом, а обыватели должны быть предупреждены об ответственности, которую может повлечь их непрофессиональная рекомендация

Развив законодательную базу по данному вопросу, государство повышает не только уровень информационной безопасности граждан, но и престиж медицинской специальности, т.к. простой обыватель будет осознавать, что верное назначение может сделать только специалист с соответствующим сертифицированным высшим медицинским образованием.

Список литературы.

1. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. М.: Видаль Рус, 2015 г. 1480 с.

2. Фармакотерапия. Клиническая фармакология: Практическое руководство для студентов и врачей / Ф.фон Бруххаузен, Х.Вёльхёнер, Х.Гробекер и др.; Под ред. Г.Фюльграфа, Д.Пальма; Пер. с нем. Г.И.Шаранды и др. - Мн.: Беларусь, 1996.- 689 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

Бодрова А. А.

Научный руководитель: к.п.н. доцент Аракчеева З.В.

Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет

Главный способ развития и формирования игровой деятельности у детей с нарушением зрения это подготовка к обучению. Это связано с тем, что только самостоятельно ребенок может в процессе общения с людьми не овладеть теми знаниями и умениями, которые нужны для полноценной игры.

Подготовка к обучению я рассматриваю как целенаправленное взаимодействие педагога и ребёнка в процессе, которого происходит организация и освоение его познавательной и практической деятельностью, обеспечивающей овладение им знаниями, умениями и навыками, отношением к окружающей действительности.

Подготовка к обучению в игре происходит с помощью различных методов и приемов, используемых в соответствии с решаемыми вопросами и задачами. Например: игровые упражнения, исследования, прочтение литературы, нравоучительные и обучающие игры, фильмы, фотографии, поездки и т.п.

Игротерапия представляет собой вариант арт-терапии, задачей, которой, считается предоставление и обеспечение психологически-эмоциональной разрядки и комфорта. Ее используют для общей единой терапии, психоанализа, коллективной и персональной работы[4].

В настоящее время имеются более современные инновационные методы и способы коррекции нарушений психологического развития у детей дошкольного возраста с нарушением зрения с применением различных способов игротерапии, такие, как традиционные и даже нетрадиционные методики. Особый интерес у специалистов, привлек такой метод, как песочная игротерапия, что не удивительно, ведь игры в песке это один из наиболее действующих и активных занятий детей младшего дошкольного возраста, а так же широко распространенная практическая деятельность песочной игротерапии по всему миру.

Так же нам хочется выделить особое значение, это значение семьи в воспитании ребёнка с нарушением зрения. Для таких детей, способности овладения социальным опытом, немаловажно какую помощь дадут отец и мать в начале жизни ребенка. От этого и будет зависеть весь процесс формирования и развития ребенка.

Исходя из выше сказанного, мы предполагаем, что нужно не только развивать, но и совершенствовать игровую деятельность детей, разъяснить важность участия родителей в игровом процессе (ознакомить их как правильно подобрать игрушки, ознакомить с различными видами игр для игры в домашних условиях и т.д.)

Нами был проведен анализ, в котором принимало участие 12 человек. Они поделены на 2 группы, с нарушением зрения и сохраненным зрением. В каждой группе одинаковое количество детей - 6. Первая – контрольная группа, и вторая группа – экспериментальная. Нами была выбрана методика для диагностики детей с нарушениями зрения Симаго. Эта диагностика предназначена как для детей с нарушением зрения, так же и для детей с сохраненным зрением.

Исследование показало, что дети двух группы перепутали названия фигурок (круг, квадрат, ромб, треугольник), так же они перепутали цвета. Сложность так же возникла при обозначении схожих слов. Ребята двух групп испытывали небольшие затруднения в данной работе, в результате чего, они допускали различные ошибки.

Проведенное нами исследование показало всю эффективность исследованной и разработанной коррекционной-развивающей программы, которая направлена на формирование игровой деятельности детей младшего дошкольного возраста. Об этом

возможно оценить как по положительным переменам, по положительной динамике, которые происходят в зрительном развитии ребенка.

С полученными данными, была разработана система коррекционно-развивающих уроков, которые включают в себя проведение тифлопедагогом дидактических игр, направленных на развитие у детей.

В этой системе развивающих уроков дети овладевают такими знаниями, как умение различать форму фигур и называть их, умение различать величину предмета (большой, маленький), умение различать цвета, а так же формировать целостное восприятие окружающего вокруг себя мира.

Таким образом, предложенная концепция коррекционно-развивающих занятий, уроков способствует наиболее успешной и эффективной коррекции зрительного восприятия у детей младшего дошкольного возраста с нарушением зрения.

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующий вывод, что проведенное исследование, изучение подтвердило эффективность разработанной коррекционной-развивающей программы, направленной на формирование игровой деятельности детей младшего дошкольного возраста.

Список литературы.

1. Arakcheeva Z. V. Thinking and methods of ascent from the abstract to the concrete. Proceedings of the 2nd European Conference on Education and Applied Psychology (May 14, 2014). «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. Vienna. 2014. 298 P
2. Аракчеева З.В., Носкова Л.А., Курылева В.В. Формирование различных типов развивающего обучения В сборнике: Основные проблемы и тенденции развития современных наук сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2016. С. 97-103.
3. Аракчеева З.В., Нуретдинова Л.А. Психолого-педагогические условия развития учебной деятельности младших школьников с задержкой психического развития В сборнике: Научная мысль: традиции и инновации Международный сборник статей студентов и молодых специалистов . Магнитогорск, 2017. С. 20-22.
4. Волков Б.С., Волкова Н.В. Детская психология. – М.: Педагогическое общество России, 2012 – 144с.

ЧУВСТВО ДИСГАРМОНИИ В ОТНОШЕНИЯХ У ПОДРОСТКОВ

Бурьянова Е.А., Шашкова М.С.

Научный руководитель: профессор Ахвердова О.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Межличностные отношения представляют собой реализацию субъективных отношений людей друг к другу, изменяющую их состояния и настроения. Это взаимодействие по типу обмена (который может быть односторонним и обоюдным) и сотрудничества. Отношения предполагают взаимную связь между людьми, их обусловленность друг другом, взаимное притяжение, близость между ними (что не всегда можно наблюдать в совместной деятельности и общении) [1].

Дисгармония, как и напряженность в межличностных отношениях характеризуется отсутствием единства, согласия между субъектами отношений; ослаблением позитивных эмоциональных связей между ними, преобладанием удаляющих чувств над сближающими; дисбалансом между познавательным (когнитивным), эмоциональным и поведенческим компонентами отношений; гиперболизированным доминированием сближающих чувств [2].

В эмпирическом психологическом исследовании было задействовано 152 школьника, мужского и женского пола, средней школы №21 г. Ставрополя в возрасте 13-16 лет. Выбор возрастной группы обусловлен тем, что сильнее всего испытывают чувство дисгармоничности в отношениях подростки. Т.к. в это время складываются важные личностные отношения, в первую очередь с ближайшим социальным окружением и противоположным полом. В качестве психологических методов исследования использовались: психологический рисуночный тест «Рисунок семьи», методика «Субъективная оценка межличностных отношений» С.В. Духновского.

Нас интересовало число детей, находящихся в дисгармоничных отношениях, а также взаимосвязь между дисгармоничными видами общения.

Таким образом, основываясь на результатах проведенного исследования, мы можем сделать следующие выводы. У большинства школьников (60%), по четырем шкалам (напряженность, отчужденность, конфликтность, агрессия) преобладают взаимоотношения, которые по выделенным нами показателям, мы можем условно отнести к группе гармоничных. Это свидетельствует о достаточном развитии положительных личностных характеристик этих подростков, уравновешенности их эмоционального состояния и достаточно развитой коммуникации с окружающими людьми.

Меньше половины испытуемых подростков (40%) можно отнести к категории людей, которые имеют дисгармоничные взаимоотношения с окружающими. У половины детей (50%) прослеживается связь высокого уровня напряженности и высокого уровня конфликтности в отношениях. Меньший процент, как сопутствующий индикатор напряженности, составляет агрессия (38%) и отчужденность (32%). Дисгармоничные отношения в семье часто становятся причиной нарушения взаимоотношений подростка в школе, как со сверстниками, так и со взрослыми. Совершенно очевидно, что существует связь, между высоким уровнем напряженности и высоким уровнем конфликтности во взаимоотношениях у школьников. Таким образом, эти два фактора могут обуславливать появление друг друга. Также можно провести связь между высоким уровнем агрессивности и высоким уровнем конфликтности во взаимоотношениях с окружающими у этих подростков.

Кроме того, мы можем сделать вывод, что дети, которые имеют высокий уровень отчужденности, всегда испытывают чувство напряженности и часто сталкиваются с конфликтными ситуациями, из-за непонимания или непринятия другими их точки зрения. В подростковом возрасте такое нарушение взаимоотношений становится травмирующим для развития личности ребенка. При этом, большинство подростков, которые чувствуют себя изгоями, используют дисгармоничные отношения, как своеобразный механизм защиты своей личности, зачастую намеренно противопоставляя свою точку зрения и свои интересы точке зрения и интересам окружающих. Но в целом такой механизм сопротивления не является продуктивным, и применяется ребенком в следствие того, что он не может найти другого выхода из сложившейся ситуации. Поведение такого ребенка зачастую характеризуется проявлениями беспричинной агрессии, повышенной конфликтностью, нарушениями принятых в обществе норм и правил поведения. Высокий уровень конфликтности у школьников связан со всеми высокими показателями дисгармоничных отношений. Конфликты являются основой для агрессии, отчужденности и напряженности во взаимоотношениях у подростков.

В результате исследования стало очевидным, что сильнее всего испытывают дисгармонию в отношениях дети с низким уровнем конфликтности. Эти подростки избегают конфликтных ситуаций, что очевидно мешает формированию адекватной самооценки у этих детей, а также развитию у них таких личностных характеристик как уверенность в себе, активность, целеустремленность, коммуникабельность. А также не позволяет им выработать эффективных паттернов поведения, которые необходимы для создания плодотворных, доверительных контактов с окружающими людьми, дружеских отношений со сверстниками.

Завершая наше исследование, мы пришли к выводу, что гармоничные отношения – это не только способность к построению эффективных и полноценных взаимоотношений с окружающими людьми. Но и умение справляться со всеми качествами, присущими дисгармоничным отношениям, способность преодолеть свою агрессию, напряженность, отчужденность или конфликтность, трансформировав их в активность, целеустремленность, способность концентрировать и мобилизовать свои силы тогда, когда это необходимо.

Список литературы.

1. Духновский С.В. Переживание дисгармонии межличностных отношений/ Монография.: Издательство Курганского гос. университета, 2005. –175с.
2. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983. – 167с.
3. Argyle M., Furnham A., Graham J. Social situations. Cambridge, 1981.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ТЕЛА НА ФОРМИРОВАНИЕ САМООЦЕНКИ ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ И НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Гончарук А.Ф.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Каштанова Т.В.
Сибирский государственный медицинский университет

В современном мире девушки являются наиболее уязвимыми для влияния внешнего окружения, в том числе средств массовой информации, поскольку для них характерен высокий уровень обеспокоенности внешним видом и тем, как их оценивают другие. Образ тела является наиважнейшим компонентом формирования самооценки.

В своей социальной среде девушки вынуждены уделять внимание не только умственным, а скорее всего даже телесным особенностям, учиться понимать, чем они похожи на своих сверстников, что отличает их от других девушек. Если в период с 16-18 лет девушки активно занимаются физической культурой или спортом, то двигательная активность, становится мощным фактором в формировании телесного Я. Для девушек, не занимающихся спортом, основными «помощниками» в формировании образа тела являются родители, родственники, сверстники, а для девушек, занимающихся спортом, к этой группе присоединяется очень авторитетный, но обычно очень критичный человек – тренер. В центре внимания постоянно оказывается тело спортсмена, образ этого тела в соотношении с другими, иногда более успешными, спортсменами. «Телесную моду» задает характер двигательной активности, в оценке своего тела важным становится то, что может принести спортивный результат, даже, если это не совсем красиво с точки зрения традиционных телесных стереотипов, принятых в обществе.

Цель данного исследования состоит в выявлении оценки удовлетворенности образом тела девушками 16-18 лет.

Материал и методы. Опрос 106 учащихся МАОУ СОШ №43 города Томска и 98 студентов СибГМУ фармацевтического факультета и факультета поведенческой медицины и менеджмента проведен в период 2017 года на основании методики «Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом». Статистическая обработка выполнена с использованием прикладных программ статистического анализа IBM SPSS Statistics v. 23.0.

Результаты опроса позволили установить, что девушки, занимающиеся спортом, и девушки, не занимающиеся спортом, оценивают степень удовлетворённости своей головы высоким баллом (5 баллов), что составляет 43,3% у спортсменок и 35,4% у не спортсменок. Можем наглядно видеть, что у спортсменок и у девушек, не занимающихся

спортом, не наблюдается различие в оценке образа головы. При этом образ туловища оценен девушками-спортсменками и девушками, не занимающимися спортом, четырьмя баллами, что свидетельствует о повышенном уровне удовлетворённости, то есть процент у девушек-спортсменок равен 39,5%, а у не спортсменок - 32,9%. Оценивая образ рук, девушки-спортсменки ставили высокий уровень удовлетворённости (29,4%), в то время как не спортсменки ставили очень высокий уровень удовлетворённости (26,8%). Сравнительная оценка нам свидетельствует о том, что не спортсменки довольны своим сложившимся образом рук. Если сравнивать результаты компонента удовлетворённости образом ног, то мы видим, что у спортсменок наиболее превалирует повышенная оценка, а у не спортсменок высокий уровень удовлетворённости. Мы замечаем, что расхождение присутствует в оценке удовлетворённости конечностями.

В результате проведённого исследования обнаружены различия в оценке удовлетворённости восприятия образа рук и ног. Оценка головы и туловища спортсменками и не спортсменками получилась идентичная.

Список литературы.

1. Дурьева, М.Ю. Формирование отношения к телу и пищевое поведение у девушек подросткового и юношеского возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ю. Дурьева – Москва, 2014. – 30 с.
2. Карабина Ю.С. Эталон физической привлекательности как социокультурный фактор образа телесного я у женщин / Ю.С. Карабина // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2010. – Том 16. – С. 144-148.
3. Ильина, Н.Л. Особенности восприятия образа тела у девочек 10-12 лет, занимающихся спортом / Н.Л. Ильина, Л.А. Егоренко // Научно-теоретический журнал «Ученые записки». – 2014. – № 9. – С. 172-176

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН

Иванова Е.В.

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

Стерилизация является наиболее распространенным методом контрацепции среди супружеских пар, причем почти вдвое больше пар, выбирающих стерилизацию женщин. Хотя стерилизация является одной из самых простых хирургических процедур, которую выполняет акушер-гинеколог, она чрезвычайно сложна, если рассматривать ее с исторической, социологической или этической точки зрения. В данной работе будут рассмотрены этические вопросы, связанные со стерилизацией женщин в рамках репродуктивной системы правосудия, а так же будет следовать вывод, что все женщины имеют право иметь детей, а так же и предотвращать беременность.

Стерилизация в настоящее время рассматривается в основном как один из методов планирования семьи и получает все большее распространение. И представляет собой необратимый, самый эффективный метод предохранения от беременности не только для мужчин, но и для женщин, и заключается в лишении детородных функций без видимых повреждений, основанная на внутреннем вмешательстве в организм человека. Добровольная медицинская стерилизация является наиболее распространенным методом планирования семьи, как в развитых, так и в развивающихся странах. В нашей стране она разрешена с 1993 года, до этого хирургические вмешательства с целью стерилизации производились исключительно по медицинским показаниям. Постоянная стерилизация разрешает гетеросексуально активным женщинам наслаждаться своими сексуальными половыми актами, без риска забеременеть. Таким образом, стерилизация - путь к репродуктивной автономии для женщин. В то же время стерилизация может привести к

репродуктивной несправедливости, как это было сделано в истории Соединенных Штатах, когда многие женщины с низким доходом и темным цветом кожи были принудительно простерилизованы. Так же Соединенные Штаты проводили подобные программы и на международном уровне, к примеру, через Корпус Мира (правительственная организация, учрежденная в 1961 году и подчиненная государственному департаменту США) в Боливии стерилизовали женщин кечуа.

Поскольку хирургическая стерилизация - метод планирования семьи (и контроля численности населения) государственного масштаба, показания к ней строго определены, в том числе законодательно.

Показаниями для проведения медицинской стерилизации могут быть: нежелание супругов иметь детей по социальным или медицинским (со стороны супруги) причинам и непереносимость других методов контрацепции. Основанием также могут быть психические (вне фазы обострения) или наследственные заболевания, ряд соматических заболеваний. Полный перечень показаний представлен в приложении 2 к приказу Министерства Здравоохранения от 28.12.93 Ж303.

Медицинская женская стерилизация – это операция, которая имеет ряд противопоказаний. Противопоказаниями для стерилизации являются: беременность, воспалительные заболевания органов малого таза, а также различные инфекции, передающиеся половым путем. Нежелательно проводить стерилизацию женщинам, имеющим избыточный вес, страдающим сахарным диабетом в активной форме, хроническими болезнями сердца, спаечными процессами и опухолями в области таза. В книге «Медицина и права человека», в разделе 3 «Религиозная мораль» указано следующее:

«Католическая. В соответствии с учением католической церкви, стерилизация как средство, препятствующее деторождению, абсолютно запрещена, несмотря на всю субъективную обоснованность мотивов.

Протестантская. Этот вопрос решается только самой супружеской парой или даже скорее одной матерью, что не исключает определенного размышления и получения необходимой информации.

Иудейская. Иудаизм допускает перевязывание маточных труб в связи с тем, что женщина не обязана участвовать в деторождении наравне с мужчиной.

Мусульманская. При условии наличия общего согласия супругов перевязывание маточных труб считается законным, но только если оно не влечет за собой необратимой стерильности и психологически полезно супругам.

Буддийская. Положительно относится к самому принципу, хотя остается проблема обратимости операции».

Хью Хефнер, анализируя причины сексуальной революции XX века, говорит о трех основных факторах: появлении контрацептивов, антибиотиков и свободных денег. Нельзя не добавить к этим факторам и принципиальные изменения в морально-этическом сознании. Он заключался в принципиальном разграничении собственно сексуальности и функции продолжения рода. Контрацепция является средством подавления этой функции и становится символом освобожденной сексуальности.

Итак, подведем итог. Основания, на которых строится моральное суждение о недозволенности принудительной стерилизации и дозволенности стерилизации хирургической, очевидны с точки зрения этического разума: в первом случае без всякой объективной необходимости терапевтического показания наносится ущерб целостности физической личности и нарушается свобода личности в ее праве - возможности деторождения в браке; во втором случае в целях спасения организма, в соответствии с принципом целостности личного блага требуется и узаконивается такое вмешательство, о котором, разумеется, пациент должен быть поставлен в известность и на которое он должен дать свое согласие. Контрацепция, в частности стерилизация, как средство подавления функции продолжения рода становится, с одной стороны, символом

освобожденной сексуальности, а, с другой стороны, может приводить к утрате чувства моральной ответственности перед будущим поколением.

Список литературы.

1. Карсавин Л.П. О личности. Религиозно-философские сочинения. Т.1. М., 1992, с.153.
2. Медицина и права человека. М., Прогресс, 1992, с.83.
3. Приказ МИНЗДРАВА РФ от 28.12.93 N303 «О применении медицинской стерилизации граждан».
4. Соловьев В. Смысл любви. Соч. Т.2, М., 1988, с.529.
5. Atkinson G. M. - Moraczewski A., A moral evaluation of contraception and sterilization. A dialogical study (Моральная оценка контрацепции и стерилизации. Диалогическое исследование), The Pope John Center, St. Louis (MO), 1979.

СУЩЕСТВОВАНИЕ БОГА И КОНЦЕПЦИЯ СТРАДАНИЯ

Йаломхе О.Е.

Научный руководитель: к.ф.н. доцент Агирбов С.Р.
Ставропольский государственный медицинский университет

Каждый из нас видел, как умирает любимый человек, вероятно, или ставший жертвой преступления, или живущий среди бедняков, или ещё каким-то образом столкнулся с реальностью страданий. История человечества иногда кажется одной сплошной чередой страданий и отчаяния. В разгар страдания мы взываем:

Если есть Бог, то почему существует страдание?

Почти все религии согласны с тем, что их собственный Бог / Боги / Богиня / другие божества являются доброжелательными, любящими, заботливыми и всемогущими.

Если это так, то почему бы всемогущему любящему божеству не прекратить наши страдания?

Если он / она / они / любят, неужели они хотят видеть, как мы страдаем? Если они всемогущи, почему он / она / они / оно ничего с этим не делают?

Этот вопрос приходит во многих формах, даже, например, если есть Бог, почему существует зло? Для вольнодумца это еще один момент в аргументе против существования Бога. Многие философы пытались ответить на этот вопрос, но окончательное решение вопроса невозможно, потому что многие наши ответы поднимают дополнительные вопросы. Тем не менее, наша недостаточная способность ответить на вопрос совершенно не означает, что нет относительно приемлемых решений. Конечно, мы не можем предполагать, что можем окончательно ответить на эти вопросы, но если какое-либо возможное решение должно быть принято, читатель должен сначала выяснить свою позицию по следующим вопросам: что значит «существовать»? Существует ли Человек? Существует ли Бог? Что такое страдание?

Слово «существование» происходит от латинского слова *exsistere*, означающего «появляться», «возникать», «становиться» или «быть», но буквально означает «выделиться». Существование, обычно, это то, что объективно сохраняется независимо от его присутствия.

Горгий Леонтийский, нигилист, разработал критический аргумент против теории существования, предложив, чтобы ничего не существовало, даже если что-то существует, о нем ничего нельзя узнать; и если что-то может быть известно об этом, знание об этом не может быть передано другим, и даже если оно может быть сообщено, оно не может быть понято.

В продолжение темы о существовании, Декарт начал с основной эпистемологической предпосылки, «предыдущей уверенности в сознании», напоминая нам латинское выражение «*Cogito ergo sum*» - «Мыслю, следовательно - существую». Это убеждение в том, что существование внешнего мира не самосознание этого, а доказанный аргумент путем вычитания из содержания своего сознания. Это можно интерпретировать, полагаясь на концепцию сознания как некоторую способность, отличную от способности восприятия и неизбирательного содержания своего сознания как неприводимого первичного и абсолютного, которому должна соответствовать реальность.

В заключение Декарт сказал: «Я воспринимаю существа, поэтому существуют какие-то вещи, из которых я должен быть одним, потому что я исполняю акт восприятия существ, которые существуют вне моего восприятия». Это ближе всего к окончательному ответу, который мы можем получить не только на вопрос о существовании, но и на вопрос о существовании человека.

Аргументы за и против существования Бога были предложены философами, теологами, учеными и другими людьми в течение тысяч лет. Существование Бога подлежит оживленным дебатам в философии религии и философии. Аргументы вольнодумца о существовании Бога являются недостаточными, ошибочными или менее весомыми по сравнению с противоположными аргументами.

Фидеисты признают, что вера в существование Бога не может поддаваться демонстрации или опровержению, но опирается только на веру. Католическая церковь утверждает, что знание о существовании Бога является «естественным светом человеческого разума» и что вся личность участвует в принятии решения об участии в существовании Бога так же верно, как и в других решениях жизни. Августин сказал: «Не все, кто считает разум, но тот, кто считает, полагает, потому что он верит в рассуждения и причины в вере». Это основывается на правильном соотношении веры и рассуждения, веры и разума.

Одни религии, такие как буддизм, не заботятся о существовании богов вообще, в то время как другие религии, такие как джайнизм, отвергают возможность божества-создателя.

Страдание - это состояние переживания боли или лишений. Страдание является основным элементом, который составляет отрицательную валентность аффективных явлений. Противоположность страдания - это удовольствие или счастье. Страдания людей принимают разные формы: эмоциональные, природные и моральные. Одиночество, беспокойство и горе являются примерами эмоциональных страданий. Причинами природных страданий являются пожары, торнадо, землетрясения, ураганы, цунами и физические болезни (например, рак). Моральные страдания вызваны преднамеренными действиями других людей, чтобы причинить страдания, некоторые называют это «злом». Адаптируя термин зла, можно сделать вывод, что зло является причиной страданий, а страдания являются результатом зла. Зло, в общем контексте, является отсутствием или противоположностью того, что описывается как «хорошее». Затем мы можем попытаться классифицировать зло по его причине: «Естественное зло» (страдание, вызванное событиями, которые не имеют ничего общего с людьми и которые связаны с тем, как мир, например, стихийные бедствия) и «Моральное зло» (страдание, вызванное людьми, действующими таким образом, который считается морально неправильным, например, издевательства, убийства).

Часто зло используется для обозначения глубокой безнравственности. В некоторых религиозных контекстах зло описывается как сверхъестественная сила. Определения зла различаются, как и анализ его мотивов. Тем не менее, элементы, которые обычно связаны со злом, включают в себя и неуравновешенное поведение, связанное с беспринципностью, эгоизмом, невежеством или пренебрежением.

Проблема определения зла заключается в вопросе о том, что принимается за «хорошее». В культурах с авраамическим религиозным влиянием зло обычно

воспринимается как дуалистическая антагонистическая противоположность добра, в которой добро должно преобладать, а зло должно быть побеждено. В культурах с духовным влиянием буддизма как добро, так и зло воспринимаются как часть антагонистической дуальности, которую нужно преодолеть путем достижения *Śūnyatā*, означающего пустоту в смысле признания добра и зла, будучи двумя противоположными принципами, но не реальностью, опорожняющей двойственность из них и достижения единичности.

В теистическом мире существует объективный стандарт добра и зла, который возвышается над отдельными людьми, потому что он установлен объективным и трансцендентным Законодателем, который принят как Бог. В нетеистическом мире, где ценности являются социальными конвенциями, механизмами выживания, мнениями большинства или утверждениями самых сильных, не может быть абсолютных, вечных ценностей. «Хорошее» как социальное соглашение - это просто то, что общество объявляет хорошим; в одном обществе он может поедать своих врагов, а в другом он может любить своих врагов. «Хорошо» в качестве механизма выживания может включать в себя убийство несовершеннолетних, непроизводительных членов вида, таких как люди с менее средним интеллектом или плохим зрением, или ограничение воспроизводства физической и психической элиты и т.д. Для вольнодумца идея о правильном и неправильном - это всего лишь результаты некоторых химических процессов, которые происходят в мозге, и которые, как правило, дают преимущество выживанию нашим предполагаемым обезьяноподобным предкам. Но понятия в мозгу Гитлера подчинялись тем же химическим законам, что и у матери Терезы, и на каких основаниях действия последнего «лучше», чем первые? Кроме того, почему террористический акт, убивающий тысячи людей в Нью-Йорке, страшнее, чем лягушка, убивающая тысячи мух?

В религии и философии, добро и зло является концептом всех человеческих желаний и поведенческих реакций, соответствующих дуалистическому спектру, в котором в одном направлении находятся аспекты, которые благоговейно почитают жизнь и непрерывность («добро»), а в другом - аспекты, которые тщетно преклоняются перед смертью и разрушением («зло»). Моральное суждение является основной детерминантой и стандартом того, что принято как добро или зло. Философский вопрос о том, является ли мораль абсолютной, относительной или иллюзорной, приводит к большому количеству вопросов о природе зла, причем взгляды попадают в один из четырех противоположных лагерей: моральный абсолютизм, аморализм, моральный релятивизм и моральный универсализм.

Мы попытались предложить ответы на важные вопросы и помочь выяснить позицию инквизитора или вопрошателя до того, как можно попытаться разрешить проблему существования Бога и концепции страдания. К сожалению, поставив под сомнение эти основные вопросы, в ходе попытки ответить на главный вопрос, у нас осталось еще много вопросов без ответа.

Возьмем, к примеру, парадигму «Бог всеведущий, всемогущий и всеблагий». Вольнодумец мог бы сказать: «Если Бог всезнающий, тогда он знает о страданиях, если он по-настоящему всемогущ, тогда он имеет право прекратить страдания и хочет остановить его. Однако страдание существует, поэтому нет всеведущего, всемогущего, всеблагого Бога». Тем не менее, Теист мог бы противопоставить Теодицию: «Тот, кто обладает этими характеристиками, существует вне времени и пространства, а так как страдание существует во времени и пространстве, его существование может быть завершено во времени и пространстве. Поэтому Бог позволил бы временным страданиям, если бы его временное существование во времени и пространстве позволяло ему приносить вечное добро вне времени и пространства». Затем возникает вопрос: «Существует ли что-нибудь действительно вне времени и пространства?». Некоторые могут предположить, что мир не был создан таким образом, но на пути восстановления страдание разрешено «на короткое

время»; или что действительно у всемогущего Бога есть хороший план. Некоторые даже предполагают необходимость двойного существования в смысле добра и зла.

Однако можно сказать, что эта проблема останется той, над которой будут думать долгое время. Теист может продолжать жить, чтобы угодить своему Богу, надеясь на возможность загробной жизни, когда страдание перестанет существовать, а вольнодумцы могут продолжать делать все возможное, чтобы извлечь максимальную пользу из жизни.

Список литературы.

1. Descartes, R. The Philosophical Works of Descartes, rendered into English. Translated by Elizabeth S. Haldane and G.R.T. Ross. Cambridge University Press; 1911.
2. Farley, E. Good and Evil: Interpreting a Human Condition. Fortress Press / Vanderbilt University. ISBN 978-0800624477; 1990.
3. Higgins, C. F. "Gorgias". Internet Encyclopedia of Philosophy.
4. Davies, J. The Importance of Suffering: the value and meaning of emotional discontent. London: Routledge ISBN 0-415-66780-1.
5. Schlesinger, G. The Problem of Evil and the Problem of Suffering. American Philosophical Quarterly; Vol. 1, No. 3; 1964.

МУЗЫКОТЕРАПИЯ КАК ИНТЕГРАТИВНАЯ ДИСЦИПЛИНА

Касумова Д.Р.

Научный руководитель: к.ф.н. старший преподаватель Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Самое прекрасное, что есть у человека - это восприятие звуков. С древних времен человек прислушивался к звукам и старался создать подобные в своей жизни, придумывая для этого различные музыкальные инструменты.

Документально подтверждено, что шаманы и целители аборигенных народов, использующие такие инструменты, как человеческий голос, флейты, барабаны и другие ударные, способны изменять состояние мозга. Аристотель считал музыку средством лечения тела и очищения души. Музыка помогает переносить физическую боль.

Именно благодаря общности звуковой природной среды музыка способна устанавливать связь со звуковой природой нашей речи, с нашим эмоциональным миром, психикой и физиологией. Во все времена вера в целебное воздействие музыки была, есть и будет сопровождать человека.

Звукотерапия – применение музыки в лечебных целях, часть медицины, которая еще и сама делится на несколько составляющих. Звуки природы являются одной из этих составляющих. Довольно часто можно услышать музыку в кабинете у стоматолога или иного врача. Музыка – это своеобразное лекарство, которое можно принимать без рецепта и в любом месте.

Термин «музикотерапия» в переводе означает «лечение музыкой». Существует много определений понятия «музикотерапия». Значительная часть ученых считают музикотерапию вспомогательным средством психотерапии, средством специфической подготовки пациентов к использованию сложных терапевтических методов. Другие авторы определяют музикотерапию как контролируемое использование музыки в лечении, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых, страдающих от соматических и психических заболеваний.

Терапевтический эффект музикотерапии основывается на колебании музыкальных звуков, которые вступают во взаимодействие с отдельными органами, системами или всем организмом человека в целом. Музикотерапия была официально признана в Европе в XIX

веке, ее стали использовать в своей практике многие передовые врачи. Расцвет этого направления медицины и психотерапии пришелся уже на XX век.

Цель исследования – рассмотрение музыкотерапии с точки зрения растущих перспектив ее дальнейшего развития.

Начиная с XIX в. наука накопила немало жизненно важных сведений о воздействии музыки на человека, полученных в результате экспериментальных исследований. Эксперименты базировались на влиянии музыки великих гениев человечества и отдельных музыкальных инструментов на живые организмы, воздействии на организм человека традиционных народных направлений в музыке.

Музыкотерапия становится признанной наукой и в целом развивается как интегративная дисциплина на стыке нейрофизиологии, психологии, рефлексологии, музыкальной психологии, музыковедения. В целом ряде западных вузов сегодня готовят профессиональных докторов, лечащих музыкой.

В России музыкотерапия стала официальным методом лечения с 2003 года после утверждения Минздравом России учебно-методического пособия для врачей “Методы музыкальной терапии” (автор пособия – профессор С.В. Шушарджан). Им написано первое в мире полное «Руководство по музыкальной терапии» (2005), впервые установлено влияние акустических полей на различные культуры клеток и кровь (1999-2013). С 2004 года в России начата подготовка профессиональных музыкотерапевтов в лице “музыкальных реабилитологов”.

В современной музыкотерапии традиционно выделяют 3 вида: клиническая, оздоровительная, экспериментальная.

Клиническая занимается вопросами лечения различных психосоматических нарушений, устранением патологических синдромов, восстановлением нарушенных жизненно важных функций после перенесенных заболеваний.

Оздоровительная используется для активизации резервных возможностей человека, снятия нервного перенапряжения и утомления, для повышения работоспособности, социальной адаптации, развития психических и интеллектуальных способностей, общего оздоровления.

Экспериментальная работает в области поиска и апробации новых технологий и методик. В ее задачи входит также исследование реакций, возникающих в живых системах различного уровня в результате такого воздействия (особенно перспективны исследования реакций на музыкальное воздействие клеточных структур).

Приведенная градация видов современной мировой музыкотерапии является во многом условной (все 3 вида тесно взаимосвязаны друг с другом и даже взаимозависимы).

Практически все существующие на сегодняшний день методы универсальны, поскольку применяются в работе, как с больными, так и со здоровыми людьми. При этом сеансы могут быть групповыми и индивидуальными (См.: Шамина С.В. <http://skachate.ru/turizm/88471/index.html>).

Музыкотерапия может быть как активной, так и пассивной. При пассивной терапии пациенты прослушивают музыкальные произведения, подобранные врачом музыкотерапевтом.

При активной музыкотерапии пациенты непосредственно участвуют в музицировании. Как правило, они используют достаточно простые музыкальные инструменты, для игры на которых не требуется специальной подготовки (колокольчики, барабан, цимбалы, и даже собственное тело — хлопки, притопы).

Следует учитывать тот факт, что научным исследованием этой темы в России занялись совсем недавно.

Современная музыкотерапия представляет собой технологию разрешения медицинских, реабилитационных, развивающих, коррекционных и воспитательных задач. Исследования в этой области направлены на изучение возможности влияния на личность

человека посредством соединения медицинских, педагогических, психотерапевтических методов с управляемым музыкальным воздействием.

В России чаще всего вопросами музыкотерапии занимаются дефектологи, неврологи, психологи, логопеды.

Музыкотерапия широко применяется в российских санаториях, профилакториях, реабилитационных центрах и лечебных учреждениях. Роль терапии музыкой для детей-инвалидов, престарелых велика и неоспорима.

Музыкотерапия становится все более популярной в России. Исследования в этой области продолжаются. Профессия музыкального терапевта относительно молодая, ее эффективность приходится доказывать снова и снова.

ЦЕННОСТНЫЙ ВЫБОР СОВРЕМЕННЫХ СТУДЕНТОВ СТАВРОПОЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Михайлюта А.Г.

Научный руководитель: к.ф.н. старший преподаватель Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В современном обществе в условиях происходящих изменений политического и социально-экономического характера особенно трудно приходится молодежи.

Термин «молодежь» является многоаспектным в своем толковании. Одно из первых определений понятия «молодежь» было дано в 1968 г. В.Т. Лисовским: «Молодежь — поколение людей, проходящих стадию социализации, усваивающих, а в более зрелом возрасте уже усвоивших, образовательные, профессиональные, культурные и другие социальные функции; в зависимости от конкретных исторических условий возрастные критерии молодежи могут колебаться от 16 до 30 лет» (См.: Лисовский В.Т. Социология молодежи: Учебное пособие. – СПб: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 1996. – 460 с.).

Из социально-духовных проблем молодого поколения следует отметить формирование мировоззрения, определение приоритетов ценностных ориентаций.

Характерной чертой современного общества является нестабильность системы ценностей в отличие от традиционного общества. Соответственно тема изменений ценностных ориентаций молодежи в современном обществе не утрачивает своей актуальности.

В контексте развития общества студенчество представляет собой значимую часть молодежи со своими специфическими особенностями.

В процессе социализации личности ценности имеют определенные структуру и динамику, образуют систему ценностных ориентаций, осуществляющую регуляцию поведения в социальной среде, в том числе университетской среде.

На глазах современного поколения молодежи происходят колоссальные перемены, затрагивающие все сферы жизнедеятельности общества, влияющие на весь уклад жизни современного молодого человека. Он осуществляет свою жизнедеятельность на основе базовых ценностей и ценностных ориентаций.

Целью данной работы является анализ специфики ценностных предпочтений студентов Ставропольского государственного медицинского университета (далее СтГМУ).

В исследовании использовался метод опроса по ограниченному кругу вопросов.

Было опрошено 50 студентов 2 курса лечебного и стоматологического факультетов в октябре 2017 года. Результаты данного опроса приведены ниже.

Какие направления воспитания молодежи вы считаете наиболее важными в настоящее время (выбрать 4 из 8)?

Нравственное-94% ответивших, эстетическое-72%, религиозное-62%, правовое-58%, физическое-40%, патриотическое-26%, трудовое-24%, гражданское-24%.

Чего бы Вы больше всего хотели добиться в жизни (выбрать не более 5-и)?

Семейного счастья-100% ответивших, стать отличным специалистом-90%, принести пользу людям-56%, быть хозяином своей жизни-52%, славы-52%, получить достойное образование-40%, найти смысл жизни-24%, сделать карьеру-22%, богатства-20%, власти-12%.

Из ответов студентов СтГМУ следует, что современная молодежь заинтересована в воспитании себя и своего будущего поколения, ведь не зря 94% считают, что нынешнему и будущему поколению не хватает именно нравственного воспитания, которое дает представление о ценностях жизни человека и культуры, корректирует различные знания в области морали. При этом все опрошенные студенты хотят добиться семейного счастья в своей жизни и лишь 12 % - власти и 22% - сделать карьеру. Именно нравственное, эстетическое, религиозное воспитание учит, как правильно достигать семейного счастья, как сделать свою жизнь лучше, как обогатить свою жизнь нравственным опытом.

Под базовыми ценностями понимаются основные жизненные смыслы, которыми индивиды, включенные в различные формы социальной активности, руководствуются в своей повседневной жизни, смыслы, которые в значительной степени определяют отношение индивидов к окружающей их действительности и детерминируют основные модели социального поведения.

По данным опроса 80% студентов СтГМУ под базовыми ценностями понимают благополучие и здоровье их семьи, 15% - свободу выбора, 5% выбирают музыку, 2 % - общение и социум.

Психологическое состояние человека в стабильном обществе в основном зависит от того, насколько его поведение соответствует социальным требованиям.

Нестабильное общество характеризуется тем, что разрушается ценностно-нормативная система как всеобщая основа социальной интеграции.

Проведенное исследование среди студентов СтГМУ показало, что формирование ценностно-нормативной системы основывается на способе достижения своих целей. Из опрошенных 90% имеют цель в жизни, 52% сознательно приходят к обману ради ее достижения.

После подведения итогов по ответам студентов на вопрос: «Какими качествами Вы бы хотели обладать к 30 годам?» были получены следующие цифры: хорошая материальная обеспеченность – 94%, толерантность – 76%, социальная активность – 74%,

опора на собственные силы - 58%, крепкое здоровье - 54%, прагматизм – 50%, скромность – 50%, готовность к переменам – 48%, порядочность - 40%, профессионализм – 40%, оптимизм – 40%, деловая самостоятельность - 38%, мобильность - 38%, предприимчивость - 38%, умение ценить дружбу – 36%, патриотизм - 34%, независимость – 30%, индивидуализм – 30%, хватка – 18%.

Несмотря на ориентацию на материальное благополучие студенты СтГМУ предпочитают также толерантность и социальную активность.

Итак, молодость - не служебно-подготовительная фаза возрастного развития, как считалось столетиями, а главный источник сегодняшних изменений (См.: Головатый Н.Ф. Социология молодежи: Курс лекций. - К.: МАУП, 1999. - 224 с.).

Процесс жизнедеятельности молодёжи происходит во всех основных сферах жизнедеятельности личности, реализуясь посредством обучения и воспитания, усвоения и преобразования опыта старших поколений. Основными регуляторами этого процесса и одновременно показателями положения молодёжи в обществе выступают ценностные ориентации, определяющие тип сознания, характер деятельности, специфику интересов, ожиданий молодёжи, типичные образцы поведения.

На основании изученного материала и результатов проведенного опроса автор смеет надеяться, что будущее российского общества будет зависеть от выбранных нынешним поколением молодежи в лице студентов-медиков ценностей и качеств личности.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ СТУДЕНЧЕСКОМ СООБЩЕСТВЕ

Морозов А.М., Буданова К.А., Мареева Т.С.

Тверской государственной медицинской университет

Латинский язык принадлежит к италийской ветви группы индоевропейских языков. Он получил своё название от латинян - племени, жившего в глубокой древности в Лациуме, одной из областей Аппенинского полуострова. Центром этой области был город Рим, ставший в последствии столицей Римской империей [1]. Латынь с древних времён неразрывно связана со становлением и развитием медицины. Начиная с античности медицинская терминология стала формироваться на двуязычной греко-латинской основе [2].

«Не смотря на то, что латинский язык называют «мёртвым», в том смысле, что он давно перестал быть разговорным, его фонетика, графика, элементы грамматики, лексика и словообразовательные средства наряду с лексикой и словообразовательными средствами древнегреческого языка продолжают жить в профессиональном языке медицинских работников [1].»

В настоящее время латинский язык - это дисциплина гуманитарного цикла, которая обучает начинающего студента мыслить научно, понятиями и категориями будущей специальности [3]. Однако в современном обществе ставится под сомнение необходимость изучения латинского языка студентами медицинских вузов. Так ли это? На сколько изменилось положение этого языка в 21 веке?

Нельзя оспорить тот факт, что современные медицинские терминологии большинства стран мира построены на основе латинского языка. Из него заимствованы огромное количество понятий во все социально, культурно и политически значимые языки современного мира. В их число входит и английский язык, роль которого непрерывно растёт. Большая часть английской медицинской терминологии происходит от латинских и латинизированных единиц [4]. Медицинские работники большинства европейских стран используют именно английскую терминологию, оставив латинский в прошлом. Латынь как «язык науки» жив на сегодняшний день, только в странах СНГ. Так чем же является латинский язык в настоящее время: актуальностью или архаизмом?

Целью исследования явилось изучение актуальности использования латинского языка среди студентов педиатрического факультета Тверского ГМУ.

Материалы и методы: для решения поставленной задачи проводилось анонимное анкетирование студентов ТГМУ (Тверского Государственного медицинского университета). В опросе приняли участие 75 респондентов: студенты 3 курса педиатрического факультета ТГМУ. Методами статистической обработки явились анализ и синтез полученных результатов.

Результаты и обсуждение: данные, полученные в результате анкетирования, позволили рассмотреть 3 основные проблемы.

Проблема 1 - частота использования латинской терминологии вообще и отдельных разделов терминов. В результате исследования было выяснено, что большая часть студентов-педиатров редко или иногда использует латынь при работе (около 75%). Часто пользуются латынью на практике 24% опрошенных, и лишь 1 % студентов никогда не используют латинскую терминологию. Среди всех респондентов почти 15% чаще всего используют термины, обозначающие названия органов, болезней, инструментов и

медицинских манипуляций. 38% студентов педиатрического факультета используют исключительно термины, обозначающие названия органов, а 32% только названия болезней. И только около 7% опрошенных не смогли определиться и воздержались от ответа на этот вопрос.

Проблема 2 - значимость латыни и актуальность её сохранения в медицине. Согласно результатам 68% педиатров считают, что латинский язык нужно сохранять в медицинской сфере. 42% студентов считает, что латынь - это дань традиции, а 58% убеждены, что латинский язык абсолютная необходимость в современной медицине.

Проблема 3 - отношение к внедрению английского языка в медицину. После анализа результатов анкетирования, стало видно, что достаточно большое количество студентов-педиатров выступает против внедрения английского языка в медицине, их число составило 68% респондентов.

Выводы:

Нельзя недооценивать культурологическое значение латинского языка не только в медицине, но во множестве других сфер жизнедеятельности [5].

Однако трудно не согласиться с тем, что функциональность латыни в настоящее время очень низкая. Её роль интернациональной коммуникации в 21 веке играет английский язык, знание которого необходимо для современного врача, чтобы участвовать в крупных научных конференциях, читать новейшую литературу, поддерживать и обновлять свои знания. Сегодняшняя политическая обстановка заставляет нас противиться такому навязчивому внедрению англоязычных терминов, но бороться с этим очень трудно, и, чтобы не быть в информационной блокаде, мы вынуждены изучать этот язык. А в результате, латынь уходит в прошлое, живя в медицине России и странах ближнего зарубежья только как дань традиции.

Список литературы.

1) Ю.И. Городкова. Латинский язык (для медицинских и фармацевтических колледжей и училищ): учебник / Ю.И. Городкова. — 26-е изд., доп. — Москва: КНОРУС, 2017. — с. 13-14.

2) Г.В. Мацакова. Роль латинского языка в медицине и современном мире./ Мацаков Г.В. - INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE WORLD SCIENCE.// ROST (Dubai), 2017. - с. 40-42

3) О.В. Архипова. О роли латинского языка в процессе межкультурной коммуникации./ Архипова О.В. - Лингвистика, лингводидактика, переводоведение: актуальные вопросы и перспективы исследования. Сборник материалов Международной научно-практической конференции.// Министерство образования и науки РФ; ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», 2015. - с. 17-20.

4) Фролова Н.Г., Фролов М.Г./Латынь вокруг нас: греко-латинские словообразовательные элементы в русском языке (Специальный учебный словарь). Красноярск: ИПЦ «КаСС», 2010, 194 с.

5) Бородина М. А., Горбунова В. С. Латинский язык в современном мире // Молодой ученый. — 2015. — №12. — С. 898-906.

О ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ТВЕРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Морозов А.М., Буданова К.А., Мареева Т.С.

Тверской государственной медицинский университет

Неотъемлемой частью обучения любой медицинской специальности является дисциплина «Латинский язык». С давних пор латинский и греческий языки воспринимались как основные языки медицины, но можно ли сказать, что в век технического прогресса и повсеместного распространения английского языка положение латинского языка в медицине остаётся на том же уровне, что и раньше? Таким образом, основной целью исследования является оценка практической значимости латинского языка в современной медицине.

В 21 веке латинский язык считается мёртвым, поскольку отсутствуют его живые носители. История латыни очень долгая и интересная, восходит к началу первого тысячелетия до н.э. и принадлежит к италийской ветви индоевропейской семьи языков[1].

Впервые медицинские термины были собраны и записаны «отцом» медицины – Гиппократом в V в. до н.э., автором труда «Гиппократов корпус» («Corpus Hippocraticum»). До сих пор в медицине имеется ряд терминов искусственно образованных Гиппократом, Галеном и Цельсом. [2]. В латинском языке появилось большое количество греческих слов [3], поэтому греческий и латинский языки исторически и территориально взаимодействующие, и недостающие обозначения заимствовались латинским языком из греческого[4].

Интересным в истории языка научной медицины в Англии является тот факт, что в английском не было собственной терминологии, и термины создавались на латинской основе, при этом латинским словам придавалась англизированная форма. Из этого можно сделать вывод, что латынь была побеждена путем заимствования терминов из нее самой[5].

Среди крупнейших русских ученых, оставивших научные труды на латинском языке, были М.В. Ломоносов и Н.И. Пирогов – знаменитый русский хирург, который написал свой классический труд по топографической анатомии[1].

В 21 веке свою важнейшую функцию международного общения и взаимопонимания врачей разных культур и языков, латинский язык утратил. Своё положение в качестве основного языка медицины и науки в целом латинский сохраняет исключительно на территории стран СНГ.

Целью исследования явилось изучение актуальности использования латинского языка среди студентов лечебного факультета Тверского ГМУ.

Материалы и методы: в качестве основного метода исследования использовалось анонимное анкетирование студентов лечебного факультета Тверского государственного медицинского университета. В опросе приняли участие 75 студентов лечебного факультета ТГМУ.

Анкетирование было произведено с целью получения ответов на три основных вопроса:

I. Какова частота использования латинской терминологии при работе студентом и какие термины используются чаще всего. Для получения ответа на данный вопрос респондентам было задано несколько вопросов:

1. Как часто Вы пользуетесь латинской терминологией на рабочем месте?
2. Какие виды терминов Вы чаще используете? (Ответы на выбор: названия органов, названия болезней, названия инструментов, названия медицинских манипуляций).
3. Если есть выбор, назвать болезнь латинским термином или русским, какому Вы отдадите предпочтение?

II. Какова значимость латинского языка и актуальность сохранения латинской терминологии в медицине, для получения ответа а этот вопрос респонденты ответили на следующие вопросы:

1. Как вы считаете латинский язык – это...? (На выбор были предоставлены ответы: дань традиции/ необходимость).

2. Как Вы считаете, стоит ли сохранять в медицине латинскую терминологию?

III. Каково отношение студентов к внедрению английского языка в медицину.

Методами статистической обработки явились анализ и синтез полученных результатов.

Результаты и обсуждение: по полученным данным, большая часть студентов редко или иногда использует латыню в процессе работы и обучения- около 62%, частое использование латинского языка при работе распространено у 35% респондентов. Наиболее часто студенты используют латинскую терминологию для обозначения названия болезней- около 45%, на втором месте по использованию латинского языка (34% из опрошенных студентов) - названия органов и инструментов.

Из студентов-лечебников 54% считают необходимостью сохранение латинской терминологии в медицине.

Данные проведенного опроса показали, что внедрение английского языка и английской терминологии в медицину поддерживает лишь 25% студентов лечебного факультета ТГМУ.

Выводы: в России латинский язык по-прежнему занимает важное значение в культурном аспекте, его практическое применение со временем утраивается.

В какой-то степени это связано с распространением английского языка, который уже приобрёл статус международного и внедрился во многие социальные сферы, среди которых оказалась и медицина. Для того, чтобы не оставаться в информационной изоляции, хотим мы того или нет, необходимо изучать английский язык, потому что большинство научной литературы написано на этом языке, а также возможность участия в конференциях и общественной жизни основано на знании данного языка.

Таким образом, изучение дисциплины «Латинский язык» в медицинских вузах на сегодняшний день реализуется в большей степени как дань традиции, так как функциональность этого языка в настоящее время минимальна.

Список литературы.

1) Ю.А. Гордокова. Латинский язык (для медицинских и фармацевтических колледжей и училищ): учебник / Ю.И. Городкова. — 26-е изд., доп. — Москва: КНОРУС, 2017. — с. 13-14.

2) Кожина Т.В., Алькешова Б.А. Латинский язык и медицинская терминология: Учебное пособие /Под редакцией Т.В. Кожинвой. — Бишкек: КРСУ,2007. — с.1.

3) Князева Т.Х. Латинский язык как основной язык медицины / Инновационная наука. – 2016. –№5-3(17).– с.137-139.

4) Рагимова В.М. Происхождение медицинской терминологии/В.М. Рагимова, З.Г. Саламова // Успехи современной науки и образования. – 2017. –том 3, №1. – с.92 –94.

5) «Язык. Образование. Культура». Сборник материалов X Всероссийской научно-практической электронной конференции с международным участием, посвященной 81-летию КГМУ (25-30 апреля 2016 г.) – Курск: КГМУ,2016, с.333-338.

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ ОТ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сарсембай К., Кыргызбай Г.К.

Научный руководитель: Сертай Б.А

Западно Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата
Оспанова

Актуальность. По данным различных авторов студенты медицинских вузов испытывают большие физические и психические нагрузки, что влияет на усвоение и укрепление учебного материала, состояние здоровья [1]. Психологический статус человека во многом зависит от типа телосложения и генетически детерминирован[2].

Цель исследования. Установить зависимость невротизации и психопатизации от типа телосложения у студентов медицинского вуза.

Материалы и методы. Дизайн исследования – поперечное, когортная, выборочная (Удобная выборка – это лица или группа лиц, отобранные для участия в исследовании, исходя из удобства для исследователя или благодаря тому, что они находились в определенном месте в определенное время.) Исследование было проведено среди студентов первого курса факультета общей медицины. Количество студентов 100, из них 50 мужчин, 50 женщин в возрасте от 17 до 20 лет. В исследовании определялись антропометрические параметры: рост, вес, обхват головы, обхват груди, обхват талии, обхват бедер, длина руки. Для определения уровня невротизации и психопатизации использовался опросник разработанный Ленинградском институте им. В. М. Бехтерева в 1974 г. Статистическая обработка полученных результатов – программа STATISTICA 12.

Результаты исследования. Тип телосложения определялся по индексу обхват талии/обхват бедер: <0,8 тип телосложения – гиноидный; от 0,8 до 0,9 – промежуточный; >0,9 тип телосложения – андронидный.

Антропометрические данные мужчин: рост – 174,84 см, масса – 65,48 кг, обхват головы – 57,78 см, обхват груди – 92,44 см, обхват талии – 77,36 см, обхват бедер – 88,52 см, длина руки – 77,24 см. Женщин: рост – 168,9 см, масса – 53,86 кг, обхват головы – 57,18 см, обхват груди – 87,22 см, обхват талии – 67,22 см, обхват бедер – 89,86 см, длина руки – 76,22 см.

У студентов были установлены следующие типы телосложения и уровень невротизации и психопатизации: промежуточный – 58% (низкий уровень невротизации – 93,1% и высокий – 6,9%; низкий уровень психопатизации – 96,6% и высокий – 3,4%); андронидный – 16% (низкий уровень невротизации – 66,7 % и высокий – 33,3%; низкий уровень психопатизации – 100%) гиноидный – 26% (низкий уровень невротизации – 84,6% и высокий – 15,4%; низкий уровень психопатизации – 92,4% и высокий – 7,6%)

У студентов по типам телосложения и уровнем невротизации и психопатизации: промежуточный – 14% (низкий уровень невротизации – 85,8% и высокий – 14,2%; низкий уровень психопатизации – 85,7% и высокий – 14,3%); андронидный – не выявлен; гиноидный – 86% (низкий уровень невротизации – 66,7% и высокий – 33,3%; низкий уровень психопатизации – 69,8% и высокий – 30,2%)

Выводы. Процессы акселерации привели к увеличению антропометрических показателей студентов (рост масса и др.); у студентов всех типов отмечаются низкие уровни невротизации и психопатизации

Список литературы.

1. Асанова Н. К., Сухотина Н. К., Ермолина Л. А. и др. Ранняя диагностика патологических форм девиантного поведения и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий у детей и подростков. Методические рекомендации МЗ РФ. – М., 1992.
2. Биоимпедансный анализ состава тела человека / Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская, С.Г. Руднев. М.: Наука, 2009. 392 с.

3. Кравченко Н. Е. Уровень невротизации и психопатизации у пятнадцатилетних подростков общей популяции // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2004 (4), № 1. - С. 81-84.

4. Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) Методические рекомендации. – Л. : Изд. инст. им. Бехтерева, 1980.

6. Сухотина Н. К., Асанова Н. К. Опыт использования личностной анкетной методики по определению уровня невротизации и психопатизации среди подростков / В кн.: Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрические и неврологические аспекты). – М., 1989. - С. 39-43.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ – ПЕРВОКУРСНИКОВ

Серкова – Холмская Е.А., Носкова М.В

Уральский государственный медицинский университет

Актуальность изучения психологической адаптивности студентов младших курсов к условиям обучения в медицинском вузе определяется большой практической значимостью в учебной деятельности и в профессиональном обучении. Студенты – первокурсники медицинского вуза сталкиваются с различными трудностями: интенсивной учебной нагрузкой, эмоциональным напряжением, с установлением новых контактов с преподавателями вуза, сокурсниками, одногруппниками. Особо остро эти трудности проявляются в период экзаменационной сессии, что способствует нарастанию психического напряжения у студентов. На протяжении первых двух лет обучения происходит вхождение студентов в новый учебный коллектив, осознание выбора профессии, формируются необходимые навыки самоорганизации умственной деятельности, вырабатывается оптимальный режим труда, отдыха и досуга, раскрываются профессиональные значимые качества личности, необходимые для будущего специалиста.

Необходимость формирования правильного совладающего поведения у будущих врачей является важной частью обучения. Профессиональная подготовка будущего специалиста в области практического здравоохранения во многом зависит не только от организации учебного процесса в вузе, а также от мотивационно – личностных качеств самих студентов и способности совладания своим поведением. В этой связи необходимо своевременно проводить исследование психологической адаптивности студентов и уровня стрессоустойчивости. Они определяют личностную составляющую будущих врачей и могут помочь в раскрытии внутреннего потенциала к изучению медицинской науки.

Исследователи полагают, что процесс адаптивности к процессу обучения можно рассматривать в таких критериях, как: эффективность учебной деятельности, которая определяется через успешную академическую успеваемость и активность на практических занятиях, усвоение необходимых образовательных норм и правил поведения в вузе и успешность социальных контактов, а также благоприятное эмоциональное состояние.

Таким образом, психологическая адаптивность и регуляция уровня стрессоустойчивости в период обучения на первом курсе медицинского университета являются сложным многогранным процессом, включающим все особенности молодого организма, и требует обеспечения целостного подхода к формированию психологической адаптивности студентов и развитию совладающего поведения в борьбе с факторами стресса на начальном этапе профессионального обучения.

Недостаточное представление о психологической адаптивности в период обучения на первых порах профессионального изучения у студентов может приводить к нарушению развития адаптации и может сопровождаться конфликтностью, непониманием своей социальной роли, ухудшением физического здоровья.

Изучение всех особенностей адаптивного поведения у студентов является перспективным направлением в современном медицинском образовании и существует необходимость совершенствования образовательной деятельности, направленной на повышение уровня психологической адаптивности обучающихся, что способствует формированию будущего компетентного врача.

Цель исследования – определить особенности психологической адаптивности и уровня стрессоустойчивости у будущих врачей – педиатров.

В исследовании приняли участие 73 человека, студенты первого года обучения педиатрического факультета. Из них 18% – юноши и 82 % – девушек. Средний возраст составил $18,1 \pm 0,8$ лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты исследования позволили сформулировать следующие выводы.

У студентов-первокурсников педиатрического факультета в шкалах «адаптивные способности» (67,1%) и «нервно-психическая устойчивость» (68,5%) проявлен низкий уровень. А это означает, что студенты обладают признаками явных акцентуаций характера. Возможны нервно-психические срывы, обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны. Средний уровень моральной нормативности показывает на то, что студенты не всегда могут оценить свою роль в коллективе, а также не всегда ориентируются на соблюдение общепринятых норм поведения.

Преобладающими шкалами совладающего поведения у студентов первого курса являются «мысленный уход от проблемы» (ср.ариф. 13,1), данные студенты могут использовать разные виды деятельности для отвлечения от неприятных мыслей, связанных с трудными проблемами, например сон или фантазирование, шкала «поиск социальной поддержки по эмоциональным причинам» (ср.ариф. 12,7) демонстрирует, что студенты педиатрического факультета стремятся найти эмоциональную поддержку у близких и родных людей, шкала активное совладание (ср.ариф. 12,6) показывает, что студенты активно совершают прямые действия для преодоления трудной стрессовой ситуации, шкала «подавление конкурирующей деятельности» (ср.ариф.11,6) говорит о том, что будущие врачи избегают отвлечения от различных видов активности для того, чтобы лучше справляться со стрессовой ситуацией, шкала «сдерживание совладания» (ср.ариф. 11,4) демонстрирует результаты о том, что студенты ожидают подходящего момента для совершения слишком импульсивных действий. Меньшинство студентов прибегают к использованию «успокоительных», таких как алкоголь, различные лекарственные средства как способа избегания проблемы (ср.ариф.6,7)

Выводы

1. Проблема адаптации студентов - первокурсников является очень актуальной и интересной для современного медицинского образования;

2. Будущие врачи – педиатры демонстрируют низкий уровень адаптивных способностей и нервно - психической устойчивости, что может быть связано с трудностями обучения на первом курсе в медицинском университете, с проблемами взаимоотношения в группе и большой учебной нагрузкой;

3. Данные по двум методикам демонстрируют значительную необходимость создания специальной социально – психологической программы адаптации для студентов всех факультетов Уральского государственного медицинского университета.

Список литературы.

1. Браун Т.П. Адаптация студентов к обучению в Вузе в условиях оптимизации образовательной среды. М.: 2012, 77 с.
2. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М.: ПЕР СЭ, 2010.
3. Крюкова Т. Л. Человек как субъект совладающего поведения. М.: 2011, 70 с.

4. Маклакова А.Г., Чермянина Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) и // Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. / Самара: 2011, 549-672 с.

5. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг стратегии в структуре деятельности и саморегуляции. Психология. Журнал высшей школы, 2013, 82 с

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ДЕЛО В КРЫМУ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Соболев А.А.

Научные руководители: к.м.н. доцент З. Р. Махкамова, ассистент Г. Н. Санина
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»

Актуальность. Сохранение и восстановление здоровья населения являются важными задачами для любого государства. Крым является одним из ключевых и общедоступных мест в России способных в полной мере решать поставленные задачи. Исторические данные о применяемых ранее методах лечения и их доказательной базе, а также учреждениях, где применялись самые смелые на то время методики, вызывают неподдельный интерес.

Цель. Провести системно-исторический анализ данных о санаторно-курортном деле в Крыму в конце XIX начале XX веков. Оценить значимость различных методик лечения и возможность применения их сегодня.

Материалы и методы. Для поставленной цели использовались сравнительно-исторический и ретроспективный методы анализа архивных документов библиотеки Медицинской академии им. С.И. Георгиевского.

Результаты и обсуждение. На территории полуострова Крым врачи изучали, обосновывали и внедряли в практику самые разнообразные методы санаторно-курортного лечения. Гелиотерапию начали активно применять ещё с середины девятнадцатого века. Доктор А. Н. Бобров в своем очерке «Купание в солнечных лучах» (Феодосия, 1915 г.) приводит схемы принятия солнечных ванн для взрослых и детей с различной патологией. Применялись общие и местные, отвлекающие и ванны «для потения». В журнале «Курортное дело» 1923 г. представлен отчет д-ра Финкельштейна «Лечение солнцем детей на Южном берегу Крыма (Ялта)», в котором описываются преимущества лечения южными солнечными лучами перед северным морем или климатом континентальной России. Это и продолжительность солнечного сияния, более высокая температура воздуха, малое количество ветров, малый прибой, небольшое количество холодных течений, осадков и облачных дней. А в сообщении П. Нания от 1934 г. говорится об успешном внедрении на феодосийских пляжах лежаков над водой для проведения сеансов гелиотерапии. По приведенным данным можно судить о том, что вопросом лечения солнечными лучами именно в Крыму ученые и врачи занимались активно, пытаясь найти наиболее эффективные решения как для отдыхающих, так и для полуострова как курорта.

Разнообразие рельефа, гидрологии и геологического строения полуострова Крым объясняет наличие на его территории многочисленных источников минеральных вод. Альбов С. В. в журнале «Охрана и развитие природных богатств Крыма» 1969 г. указывает на более чем 100 источников минеральных вод, выявленных в Крымской области. Наибольший интерес представляли сероводородные, углекислые, термальные и слаборадоновые источники. Широко использовались для питья источник Феодосия (б. Паша- Тепе), Кафа (нарзан крымский), скважина вблизи г. Саки (боржом крымский), а также Черные воды (б. Аджи-су) для ванн. Широко известны Чокракские и Караларские сероводородные источники вблизи Чокракского озера. В 1969 году Альбов С. В. отмечал широкое применение минеральных вод для лечения заболеваний нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной систем, заболеваний кожи и обмена

веществ. Производился разлив минеральных вод источников: Феодосия, нарзан крымский и боржом крымский. Функционировали водолечебницы в г. Саки (боржом крымский) и Чёрные воды, бювет для питья на источнике Мелас на ЮБК.

Лечение виноградом привлекло внимание врачей южного берега Крыма ещё с шестидесятых годов девятнадцатого века. Сезон длился с 1 сентября по 1 ноября. Ялтинские врачи Дмитриев, Иванов, Бялокур в своих работах указывали на научную обоснованность способа и поднимали вопрос о наибольшей возможности правильного использования винограда как важного фактора диетотерапии. Лечебными сортами считались щасла (белая, розовая, мускатная), педро, семильон, рислинг, изабелла. Показаниями к виноградному лечению являлись болезни лёгких (туберкулёз, хронические бронхиты, бронхиальная астма), болезни желудочно-кишечного тракта (функциональные расстройства, хронические гастриты, запоры, хронические колиты), болезни почек (хронический гломерулонефрит), болезни обмена веществ (мочекислый диатез, подагрические состояния, оксалурия), малокровие, нервные болезни.

Особое внимание хотелось бы уделить кумысолечению, которое активно возрождается сегодня. Кулеша Г. С. в журнале «Курортное дело» 1925 г. подчеркивает, что Крым как кумысолечебный район обладает огромными перспективами и преимуществами, которые позволяют сделать кумысолечебный сезон чрезвычайно долгим. Они заключаются в достоинствах климата: ранней и теплой весне, жарком сухом лете, теплой сухой осени. Кумыс имеет высокую питательную ценность, возбуждающий и мочегонный эффект, помогает пищеварению, ускоряет обмен веществ. В середине прошлого года кумысолечение активно применялось в санаториях «Старый Крым» и «Сосновая роща», которые получали кумыс из с. Зеленогорское.

В. И. Дмитриев в работе «Лечение молоком и его препаратами на южном берегу Крыма» подробно описывает применение не только кумыса, а также молока и кефира. Лечение молоком было поставлено на строго научную почву и занимались им не без увлечения: первые дни больных держали впроголодь, прибавляя молоко постепенно; прием обычной пищи возобновлялся через 2-4 недели. Показаниями для его проведения считали болезни сердца (пороки, сердечная астма), почек и мочевых путей (нефриты, циститы), органов дыхания (плевриты, бронхиты), подагру, диабет.

Выводы. Особенности рельефа, климата, а также наличие бальнеологических ресурсов позволяет рассматривать Крым как одну из основных баз для оздоровления населения Российской Федерации. Многие методы санаторно-курортного лечения начали активно и успешно применяться ещё в прошлые столетия. К сожалению, неоправданно забыты или не в полной мере реализованы некоторые из них, активно внедряемые отечественными врачами на полуострове, в частности лечение виноградом и кумысом. Необходимо изучать опыт крымских врачей прошлых столетий и использовать его сегодня с целью наиболее эффективного воспроизводства трудовых ресурсов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ БУДУЩЕГО ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Соловьева К.Ю., Морозов А.М, Шаламова С.В.

Тверской государственный медицинский университет

Актуальность. Психологический портрет человека является многокомпонентным и сложным описанием личности, дающим ключ к пониманию ее основных особенностей и характеристик. Составление психологического портрета современного студента-медика является путём к пониманию условий формирования личности врача. На основании данного исследования мы можем проанализировать отношение современного студента-медика, обучающегося по специальности «стоматология», к процессу обучения, выявить, что является наиболее сложным в процессе обучения, какие дисциплины в большей

степени привлекают будущих врачей, выявить некоторые морально-нравственные ориентации, мотивацию к овладению будущей профессией.

Цель: Оценить особенности различных сторон жизни современных студентов-медиков, ценностных ориентаций, особенности характера, выяснить, как данные положения влияют на становление личности врача.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 100 студентов стоматологического факультета 3 курса ТГМУ. Было проведено анонимное анкетирование, включающие вопросы об отношении современных студентов к процессу обучения, а так же к их будущей профессии. Были использованы классические статистические методы для определения количества студентов, выбравших разные варианты ответов из предложенных в анкете.

Результаты: В результате анкетирования 100 студентов были получены следующие результаты.

На вопрос о том, что больше нравится в будущей профессии большинство выбрало возможность помогать людям (32,65%) столько же (32,65%) считает профессию врача интересной и творческой, поровну разделились мнения о престиже профессии врача и высокой оплате труда(12,24%), небольшой процент студентов привлекает научные исследования в сфере медицины (8,16%), а 2,04 % выбрали вариант «мои родители/знакомые».

Большинство респондентов (55,1%) считают наиболее сложным в учебном процессе большой объем учебной нагрузки, для 18,37 % респондентов таковым оказывается недостаточное время для самоподготовки либо отсутствие условий для этого, 14,29 % считают основной сложностью учебного процесса задания в тестовой форме, а 12,24% респондентов, что не учитываются индивидуальные особенности.

На вопрос: «Что Вы считаете важным, не очень важным и не важным для достижения успеха и благополучия в жизни?» - хорошее образование важно- выбрали 83% респондентов, 0% считают данный критерий не очень важным и 17% считают ,что образование не важный критерий в данном вопросе. Знакомства с людьми имеющими авторитет в данной области-важно-83%, не очень важно-8%, не важно-9%. Трудолюбие-важно-50%, не очень важно-25%, не важно-25%. Внешность-важно-25%, не очень важно-32%, не важно-43%. Моральные качества-важно-47%, не очень важно-24%, не важно-29%. Ответственность - важно- 57%, не очень важно-21%, не важно-22%. Сочувствие к людям-важно-59%, не очень важно-32%,не важно-9%.

На вопрос «Сожалеете ли Вы о поступлении в медицинский университет?» отрицательный ответ дали 87,63 % респондентов, в то время как утвердительный лишь 4,08 %, затруднились с выбором ответа 14,29%.

28,57 % опрошенных состоят в общественных организациях, 71, 43% не являются членами общественных организаций.

Хорошими считают свои отношения со сверстниками 56,25 % опрошенных студентов, удовлетворительными их находят 41,67%, оценивают их как плохие 2,08% респондентов.

На вопрос «Как хорошо Вы справляете со стрессом?» были получены следующие ответы: хорошо-55,1%, не очень хорошо- 37,78%, плохо -6,12%, очень плохо-0%.

Выводы: В результате анкетирования 100 студентов было выявлено, что большинство студентов выбирают профессию врача, что бы помогать людям, и потому что они находят эту профессию интересной и творческой, меньшинство выбрало данную профессию под влиянием друзей/знакомых/родственников. Наиболее сложным в учебном процессе практически для всех студентов-медиков является большой объём учёбной нагрузки и нехватка времени на самоподготовку или отсутствие условий для последней. Практически все опрошенные считают клинические дисциплины наиболее интересными для обучения. Для большинства респондентов хорошее образование, целеустремлённость, трудолюбие, ответственность, сочувствие людям, моральные качества являются важными

для достижения успеха в жизни. Также студенты отметили важность наличия высоких амбиций и знакомств с людьми, имеющими авторитет в данной области. Подавляющее большинство студентов не жалеют выбранной профессии врача, лишь 4 человека из всех опрошенных не довольны своим выбором. Отношения со сверстниками поддерживаются на хорошем уровне практически у всех опрошенных, что является очень важным критерием для оценки коммуникабельности и мобильности будущих врачей. Половина студентов не очень хорошо справляется со стрессом, что свидетельствует о высокой нагрузке в процессе обучения, и всё же процент студентов, кто плохо справляется со стрессом очень мал, а также отсутствуют те, кто очень плохо справляется со стрессом, что свидетельствует о высокой мобильности и устойчивости к разного рода неприятным ситуациям, будущих врачей. И более 1/3 студентов хорошо справляются со стрессовыми ситуациями.

Список литературы.

1. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. СПб.: Питер, 2008. -432 с.
2. Гуревич К. М. Дифференциальная психология и психодиагностика. Избранные труды. СПб.: Питер, 2008.- 336 с.
3. Аникина О.М. О необходимости создания службы психологического консультирования для студентов вуза. //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования»- Чебоксары, 2009. – 160 с.
4. Толстолес Е. С., Банникова А. Н. Психология: учеб.-метод. пос. для студ. Томск: В-Спектр, 2012.- 116 с.
5. Дианкина М.С., Кальченко А.Г. Социально-психологический портрет современного студента-медика. //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования» -Чебоксары, 2009. – 160 с.

ВИЧ-ДИССИДЕНСТВО

Третьяк Е.В., Булавинцева А.В.

Научный руководитель: к.м.н. доцент Сухарева И.А.

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

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вызываемый вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), является смертельной болезнью, методов лечения которой в настоящее время не существует [2]. Его контагиозность, стремительное распространение и неизлечимость снискали заболеванию славу «чумы XX века». Однако есть группа людей, отрицающих то, что СПИД вызывается вирусом иммунодефицита. Их называют ВИЧ-диссиденты [1]. Сторонники этого движения отрицают общепринятую теорию существования вируса иммунодефицита человека, как инфекционного агента ВИЧ-инфекции. Некоторые из них не принимают факт существования ВИЧ, а СПИД считают результатом действия различных агентов неинфекционной природы. Они призывают прекратить тестирование людей на ВИЧ и запретить применение антиретровирусной терапии [6]. Взгляды участников движения, были отклонены научным сообществом, как противоречащие существующим канонам, не имеющие достаточной научной обоснованности и являющиеся псевдонаучными [3]. Целью нашей работы является. Оценка отношения населения к проблеме ВИЧ-диссидентства в современном обществе.

Материалы и методы. Путем анкетирования опрошено 150 респондентов, средний возраст 22 ± 3 года. Мужчины составили 34%, женщины- 66%. Данные обработаны в пакете программ вариационной статистики MicrosoftOfficeExcel 2013.

Результаты и обсуждения. Тестирование показало, что 63,4% опрошенных никогда не слышали о ВИЧ-диссидентстве, а 36,6% узнали об этом движении из интернета. 66% респондентов верно считают, что ВИЧ-диссиденты – это ВИЧ - положительные и ВИЧ - отрицательные люди, не признающие существование вируса и выступающие против антиретровирусной терапии. 92,7% опрошенных указали, что ВИЧ-инфекция - это реальная угроза на сегодняшний день и её наличие научно доказано. 85,4% утверждают, что необходимо более широко освещать проблему ВИЧ, пути её передачи и лечение. 51,2% опрошенных придерживаются мнения, что ВИЧ-диссиденты должны нести ответственность за пропаганду своих взглядов, если она стала причиной усугубления здоровья или смертельного исхода лица, на которого была направлена, а 36,6% из них указали на необходимость привлечения диссидентов к уголовному наказанию. На вопрос о необходимости закона, привлекающего родителей ВИЧ - позитивных несовершеннолетних к уголовной ответственности в случае их отказа давать своим детям антиретровирусную терапию 85,4% опрошенных ответили положительно. 75,6% указали на то, что центры по борьбе со СПИДом в нашей стране работают недостаточно хорошо в плане освещения проблемы ВИЧ и необходимости антиретровирусной терапии, как среди ВИЧ положительных пациентов, так и населения в целом. 73,2% респондентов выступили за необходимость оповещения о своём статусе работодателей ВИЧ-позитивными людьми перед устройством на работу. 95,1% поддержали предложение о проведении в учебных учреждениях лекций на тему ВИЧ-инфекции, аргументировав это тем, что данная проблема актуальна и существует необходимость освещать её более полно. 34,1% опрошенных считают, что иностранцев, не являющихся гражданами РФ с ВИЧ-позитивным статусом необходимо депортировать из нашей страны. Всего лишь 12,2 % респондентов знают о таком направлении, как Багчейзинг, верно считая, что это добровольное и осознанное заражение себя ВИЧ-инфекцией путём вступления с ВИЧ - положительным партнером в незащищённый половой контакт [4].

Закключение. Современное общество негативно относится к ВИЧ-диссидентам, видя в них угрозу, предрасполагающую к массовому инфицированию населения и повышению процента смертности среди ВИЧ позитивных людей. Социальный аспект критики состоит в том, что действия участников движения могут стать препятствием для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа. Люди, разделяющие взгляды участников движения, в большей степени склонны игнорировать меры профилактики ВИЧ и отказываться от современного лечения, при этом привлекая в свое движение новых участников. Все это в итоге может лишь усугубить эпидемию ВИЧ-инфекции и СПИДа, а также значительно препятствовать борьбе с ней.

Список литературы.

1. Добровольное согласие на заражение ВИЧ-инфекцией / Панкратов В. В. // Журнал российского права. N 5.
2. Покровский В.В. (редактор). ВИЧ-инфекция и СПИД: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 608 с. — ISBN 978-5-9704-2442-1.
3. Dean T. Unlimited intimacy: Reflections on the subculture of barebacking. — The University of Chicago Press, 2009. — 237 с. — ISBN 978-0-226-13939-5
4. Moskowitz D., Roloff M. The Ultimate High: Sexual Addiction and the Bug Chasing Phenomenon (англ.) // SexualAddiction & Compulsivity. — 2007. — № 14. — С. 21-40. — ISSN 1532-5318. — DOI:10.1080/10720160601150121
5. Heide Funk, Karl Lenz: Sexualitäten: Diskurse und Handlungsmuster im Wandel, Juventa 2005, Kap. 5.3 «BugChasing», p. 170—171, ISBN 3-7799-1373-9

6. Малый В.П. ВИЧ. СПИД. Новейший медицинский справочник. — М.: Эксмо, 2009. — С. 224-307. — 672 с. — ISBN 978-5-699-31017-3.

ЦЕННОСТНО-ЛИЧНЫЕ КАЧЕСТВА СТУДЕНТОВ ТГМУ КАК ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

Шаламова С.В., Морозов А.М., Соловьева К.Ю.

Тверской государственный медицинский университет

Актуальность: Многие факторы оказывают влияние на составление психологического портрета человека. Составление психологического портрета современного студента-медика является путём к пониманию условий формирования личности врача. На основании данного исследования мы можем проанализировать отношение современного студента-медика к процессу обучения, выявить, что является наиболее сложным и трудоёмким в процессе обучения, какие дисциплины в большей степени привлекают будущих врачей.

Цель: Оценить особенности различных сторон жизни современных студентов-медиков, ценностных ориентаций, особенности характера, выяснить как данные положения влияют на становление личности врача.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 200 студентов 3 курса ТГМУ, а именно: 100 студентов педиатрического факультета и 100 студентов лечебного факультета. Было проведено анонимное анкетирование, включающие вопросы об отношении современных студентов к процессу обучения, а так же к их будущей профессии.

Результаты: В результате анкетирования 200 студентов были получены следующие результаты.

На вопрос: «Чем вам нравится профессия врача?» - 47% студентов ответили - «хочу помогать людям», примерно одинаковое количество студентов (20% и 24% соответственно) ответили - «хочу помогать людям» и «это творческая, интересная профессии», 2% нравится высокая оплата труда, 6% выбирают престиж врачебной профессии и всего 1% ориентируется на знакомых или родителей врачей.

Для большинства респондентов, а именно 47% наиболее сложным в учебном процессе стал большой объём учебной нагрузки, 33% не хватает времени на самоподготовку, 14% считают, что при обучении не учитываются индивидуальные особенности и для 6% студентов главную сложность в учебном процессе составляют задания в тестовой форме.

90% студентов, как более интересные дисциплины к изучению выбрали клинические и всего 10% отдают предпочтение фундаментальным дисциплинам.

На вопрос: «Что Вы считаете важным, не очень важным и не важным для достижения успеха и благополучия в жизни?» - хорошее образование важно - выбрали 81% респондентов, 9% считают данный критерий не очень важным и 0% считают, что образование не важный критерий в данном вопросе. Знакомства с людьми имеющими авторитет в данной области – важно - 53%, не очень важно - 40%, не важно - 7%. Целеустремлённость, высокие амбиции - важно-61%, не очень важно - 39%, не важно-0%. Способности – важно-62%, не очень важно-38%, не важно-0%. Трудолюбие-важно-56%, не очень важно-36%, не важно-8%. Внешность-важно-21%, не очень важно-77%, не важно-2%. Обходительность, приятные манеры-важно-82%, не очень важно-11%, не важно-7%. Моральные качества - важно-86%, не очень важно-13%, не важно-1%. Ответственность – важно-70%, не очень важно-24%, не важно-6%. Сочувствие к людям – важно-82%, не очень важно-12%, не важно-6%. Подхалимство к вышестоящим людям –

важно-2%, не очень важно-36%, не важно-62%. Участие в общественных организациях - важно- 5%, не очень важно- 50%, не важно-45%.

В свободное от учёбы время по индексу значимости студенты отдают предпочтения таким занятиям как: 0,18-занятия спортом; 0,19 провести время на природе; 0,5 ходить в театр, на выставки; 0,27-ходить в кино; 0,82 ходить в клубы; 0,25-читать литературу не связанную с учёбой; 0,5 играть в компьютерные игры; 0,5-проводить время в интернете; 0,26-проводить время с друзьями; 0,33 смотреть телевизор; 0,26 ничего не делать.

После окончания университета 2% студентов планируют работать участковым врачом, 82% специалистами общего профиля, 10%-открыть собственный бизнес, 1%- не собирается работать в медицине, 5%-не определились.

12% студентов сожалеют о поступлении в медицинский, 81%-довольны своим выбором и 7%-затрудняются ответить на данный вопрос.

23% студентов-медиков не состоят в каких-либо общественных организациях, 77% - нет.

Свои отношения со сверстниками оценивают, как хорошие-84%, удовлетворительнее-10% и плохие-6% студентов.

Выводы: В результате анкетирования 200 студентов было выявлено, что большинство студентов выбирают профессию врача с целью помогать людям и меньшинство отдаёт предпочтение данной специальности из-за возможности иметь высокую оплату труда. Наиболее сложным в учебном процессе практически для всех студентов-медиков является большой объём учебной нагрузки и нехватка времени на самоподготовку или отсутствие условий для последней. Практически все опрошенные считают клинические дисциплины наиболее интересными в обучении. Для большинства респондентов хорошее образование, целеустремлённость, трудолюбие и другие положительные критерии оценки являются залогом успеха и благополучия в жизни. Работать в сельской местности не планирует никто из студентов. Половина студентов не очень хорошо справляется со стрессом, что свидетельствует о высокой нагрузке в процессе обучения и всё же процент студентов, кто очень плохо справляется со стрессом очень мал, что свидетельствует о высокой мобильности и устойчивости к разного рода неприятным ситуациям, будущих врачей. И более 1/3 студентов хорошо справляются со стрессовыми ситуациями, что является хорошим показателем.

Список литературы.

1. Аникина О.М. О необходимости создания службы психологического консультирования для студентов вуза. //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования»- Чебоксары, 2009. – 160 с.

2. Гуревич К. М. Дифференциальная психология и психодиагностика. Избранные труды. СПб.: Питер, 2008.- 336 с.

3. Дианкина М.С., Кальченко А.Г. Социально-психологический портрет современного студента-медика. //Материалы научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования» -Чебоксары, 2009. – 160 с.

4. Ильин Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. СПб.: Питер, 2008. -432 с.

5. Толстолес Е. С., Банникова А. Н. Психология: учеб.-метод. пос. для студ. Томск: В-Спектр, 2012.- 116 с.

ОТРАЖЕНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ОБРАЗЕ ПЕРСОНАЖА В ТЕКСТОВЫХ РОЛЕВЫХ ИГРАХ

Шумаева Д., Абисогомонян Л.

Научные руководители: к.п.н., доцент Чурсина П.В., к.п.н., доцент Айдинова Л.В.
Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы обусловлена тем, что с момента широкого распространения компьютеров сеть интернет играет огромную роль в жизни подростков и юношей. Психологи и социологи стремятся охватить своим вниманием все существующие интернет-феномены, оценить их влияние на формирование личности и выявить взаимосвязи между интересами интернет-пользователей и их особенностями. Текстовые ролевые игры являются распространённым и постоянно развивающимся явлением, способным удовлетворить потребности современной личности подростка как в творческом самовыражении, так и в общении. Данное явление было широко исследовано в работах российского ученого Е. А. Медведева в 2003 году. Он приводит следующее определение ролевых игр в целом: «вид интеллектуального развлечения для группы лиц, состоящий в воспроизводстве гипотетических жизненных ситуаций, представленных в форме конкретных сюжетов при посредстве формальных моделей и с участием ведущего, исполняющего функции сценариста и арбитра» [4, с.17]. На данный момент исследование текстовых ролевых игр с психологической, социальной и педагогической точки зрения недостаточно. Очевидно, что характеристики игрового персонажа и его биография несут много информации о проблемных сторонах семейных отношений и об ожиданиях личности подростка от самого себя и своих близких, но точные взаимосвязи не были установлены.

Семья и семейные отношения являются главными источниками гармоничного формирования и развития личности подростка. Они представляют собой «систему, или совокупность, родительского, эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним» [5, с.704] и могут рассматриваться как непрерывные, длительные и опосредованные возрастными особенностями ребенка и родителя. Положительные детско-родительские отношения в подростковый и юношеский возраст сопровождаются эмоциональной вовлеченностью родителей в жизнь детей, установление доверительных, теплых отношений, сочетающие в себе требовательность с уважением и относительной автономией. В дисгармоничных семьях, где происходит нарушение системы детско-родительских отношений, «детей сопровождает чувство собственной изолированности и ненужности, малая социальная активность и неудовлетворенность в межличностных контактах» [3, с. 1].

Очень часто игра выступает как средство преодоления конфликтов, вызванных глубинными причинами, которые лежат в области семейных отношений и/или отношений со сверстниками.

На основании вышеизложенного, нами было проведено психолого-педагогическое исследование по выявлению влияния детско-родительских отношений на формирование у подростков того или иного предпочитаемого образа игрового персонажа.

Цель исследования: у людей подросткового и раннего юношеского возраста изучить связь между климатом в семье, отношениями с родителями и образом игрового героя в ролевом сообществе.

В своём исследовании мы использовали следующие методы: контент-анализ опубликованных научных работ по исследуемой проблеме, анкетирование, опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним (ПОР; Е.Шафер)».

В своей работе «Полевая игра как средство коммуникативного общения» К.П. Казанчян расписывает три этапа игры: подготовительный, проведение игры, контроль или анализ. Для нашего исследования наибольшую ценность представляет подготовительный процесс, а именно - заполнение анкеты игрового персонажа участниками.

При изучении анкет было отмечено частое повторение одних и тех же ситуаций: ролевики не прописывали родителей своих героев вообще или сообщали, что те погибли, либо помещали персонажа в приемную семью или приют. Так же выражена тенденция отыгрывать персонажа более взрослого, чем сам игрок, полное отдаление от гипотетической семьи за счет зрелости и самостоятельности персонажа.

Необходимо было выяснить, насколько для представителей ролевого движения характерна неудовлетворенность детско-родительскими отношениями в целом и как конкретные проблемы отражаются на облике персонажа. Для этого мы предложили участникам движения заполнить небольшую анкету, позволяющую сравнить их личность и личность игрового персонажа, а так же пройти опросник Е.Шафера «Поведение родителей и отношение подростков к ним». Данная методика была выбрана, так как она учитывает особенности возраста и пола опрашиваемого, а так же позволяет оценить отношения с матерью и отцом по отдельности. Оценка особенностей взаимоотношений с родителями происходит при помощи трех факторных переменных: «принятие – эмоциональное отвержение», «психологический контроль – психологическая автономия», «скрытый контроль – открытый контроль».

Были выявлены следующие закономерности:

Игрокам, ничего не сообщаящим о родителях персонажа или описавшим их раннюю смерть, свойственны эмоциональное отвержение и высокий уровень автономности. Не ощущая реального присутствия родителей в собственной жизни, игрок оставляет персонажа без семьи.

Проблемы с одним из родителей обычно так же проецируются на родителя персонажа - игрок либо предпочитает не прописывать его совсем, либо описывать мертвым или исчезнувшим из поля зрения семьи. Лишь небольшая часть игроков (около 10%) пытается компенсировать в игре недостающее внимание матери или отца путем создания идеального родственника того же пола.

Недостаток внимания может принимать форму «усыновления» - игрок описывает приемную семью или жизнь в приюте, стараясь либо максимально отдалиться от своей настоящей семьи, либо вызвать сочувствие других участников ролевой игры. В данном случае, игрок показывает низкие результаты по шкале принятия.

Иногда, игрок отделяет своего персонажа от целого народа или расы, как следствие психологической автономии и скрытого контроля.

Игроки, описывающие большую и дружную семью персонажа, обычно сами обладают такой семьей. Но излишне идеализированные отношения в семье героя – признак психологической автономности опрашиваемого и наибольших показателей по шкале непоследовательности.

Эмоциональное отвержение и открытый контроль часто приводят к тому, что игрок предпочитает преувеличить возраст персонажа по сравнению с собственным, видя это наилучшим способом избавления от усиленного контроля.

Высокий уровень психологического контроля и отвержения так же порождают героев-одиночек, которые не готовы брать ответственность.

Последние два типа характерны для игроков в возрасте 12-14 лет и уступают место более сложным схемам по мере взросления.

Таким образом, отыгрывая различные сюжеты в процессе игры, подросток восполняет нехватку внимания и принятия. Недостаток близости с родителями в жизни компенсируется взаимодействием ролевых персонажей. Для психологов текстовые ролевые игры представляют профессиональный интерес, так как в них отчетливо отражаются детско-родительские отношения, а так же внутренние переживания и представления личности об идеальной семье.

Список литературы.

1. Гуров В.Н. Социальная работа школы с семьей: уч. Пособие .- М. Ставрополь: Изд-во СГУ, 2001
2. Кретинина Анастасия. Роль социальных сетей в жизни молодежи. <https://nsportal.ru/ap/library/drugoe/2013/12/03/rol-sotsialnykh-setey-v-zhizni-molodezhi>
3. Кузьмина К. Е. Детско-родительские отношения как фактор развития представлений подростка о самом себе / К.Е. Кузьмина // Концепт. – 2015. – № 11 (ноябрь). – ART 15406. – 0,4 п. л. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/15406.htm>. – ISSN 2304-120X.
4. Медведев Е.А. Субкультура участников ролевых игр и метода исследования ее воздействия на личность: Дис. канд. социолог. наук; 2200.06. М., 2004.
5. Фомина Л. К. Понятие и типы детско-родительских отношений / Л.К. Фомина // Молодой учёный. Ежемесячный научный журнал № 2 (61) / 2014. С.704-706.

МИР В МИРЕ

Явутама Е.А.

Научный руководитель: к.ф.н. доцент С.Р. Агирбов

Мир - это состояние спокойствия и гармонии; отсутствие жестокости или насилия. Это государство, свободное от войны. Антонимами слова «мир» являются: насилие, жестокость, борьба и конфликт. Или просто война.

Человеческое существование было и остается борьбой за достижение состояния мира в самом себе, в своём «я», в семье, в нации, в обществе, в стране, в регионе. И, в конечном счете, цель человека - достичь состояния совершенного мира (спокойствия) во всем мире в целом.

Но как это возможно?

Многие люди верят в то, что они были едины и говорили на одном языке и жили в спокойном (мирном) мире. Но стало возникать много вопросов:

- Почему сегодня в мире насчитывается более семи тысяч языков?
- Почему люди разделены?
- Почему мир находится в состоянии войны?

В истории человечества вопрос о происхождении языка всегда был яблоком раздора. Происхождение языка в человеческом роде является предметом научных дискуссий в течение нескольких столетий. Несмотря на это, нет единого мнения о конечном происхождении или возрасте человеческого языка. Одной из проблем, затрудняющей изучение данной темы является отсутствие прямых доказательств. Существует много гипотез о происхождении языка.

В 1861 году лингвист, работающий над историей происхождения языка, Макс Мюллер опубликовал список теорий, связанных с историей происхождения разговорного языка:

- Бау-вау. По теории Бау-вау или теории кукушки, которую Мюллер приписывал немецкому философу Иоганну Готфриду Гердеру, ранние слова распознавались как подражания крику зверей и птиц.

- Пух-Пух. Теория Пуха-Пуха увидела первые слова как эмоциональные междометия и восклицания, вызванные болью, удовольствием, неожиданностью и т. д.

- Дин-Дон. Мюллер предложил то, что в названной теории Дин-Дон, говорится, что все вещи имеют вибрирующий естественный резонанс, который когда-то эхом отозвался человеком в его самых ранних словах.

- Йо-хе-хо. Теория уо-хе-хо утверждает, что язык возник из коллективного ритмического труда, при попытке синхронизировать мышечное усилие, приводящее к звукам, таким как качание, чередующееся со звуками, подобными звуку «хо».

- Та-та. Это не фигурирует в списке Макса Мюллера, а является теорией, предложенной в 1930 году сэром Ричардом Пэйджетом. Согласно Теории Та-та, люди произносили самые ранние слова при движении языком, которые имитировали ручные жесты, делая их слышимыми.

Существует также религиозная теория происхождения языка.

Чтобы человек мог достичь максимального уровня мира я предлагаю:

«Разделённые этнические группы и независимый стиль жизни» - мир в разнообразии. Он должен служить мировой организацией межэтнических групп и на практике выступать в качестве независимых стран. Вот мои рекомендации:

1. Пусть каждая этническая группа (нация) будет страной, даже если это означает наличие более 5000 стран или со временем, когда растёт число людей, больше этнических групп выходят в независимые страны. Население человека быстро растёт. Оно увеличилось с 2,3 млрд. в 1940 году до 7,4 млрд. в 2016 году. Становится слишком поздно. Лучше если люди сейчас будут делиться и будут более внимательные, или же человечество уничтожит себя в ближайшем будущем в борьбе за выживание. И это будет величайшая катастрофа (человеческая) в истории.

2. Пусть слово «религия» будет отменено и будет введен термин «образ жизни» или «стиль жизни».

3. Пусть свобода будет дана каждому человеку.

4. Пусть права человека будут реализованы и в теории и на практике.

5. Пусть закон и порядок будут применены к каждому человеку и станут правилом дня.

6. Пусть будет реализована свободная и справедливая демократия и открытая система голосования.

7. Пусть прекратятся области знаний и исследований по дифференциации людей.

8. Классификация человека за пределами видов будет прекращена. Точно так же все, что знают другие животные, которые могут размножаться вместе, являются одним видом и среди них отсутствует иерархия.

9. Тот, кому некомфортно среди другой этнической группы, возвращается к своему сословию или позволяет ему или ей быть изолированными.

10. Границы между этническими группами должны быть четко определены. Если возможно, пусть человек вернется во времена строительства стен вокруг своих стран. Как мы можем видеть сейчас в Восточной Европе.

11. Пусть каждая этническая группа выбирает и решает для себя свою судьбу и сама будет ответственна в своих решениях.

12. Пусть каждая страна (этническая группа) имеет право защищать свои личные интересы, но только до тех пор, пока она не ущемляет свободу (права человека).

13. Миссия человека - завоевывать, покорять, объединять мир в мире.

14. Пусть все этнические группы (нации) придут к согласию, одинаково стоят вместе и поддерживают теорию «разделённых этнических групп и независимого стиля жизни».

Я также считаю, что созданный разрыв (разобщенность) является результатом личности и индивидуальных различий, преодолеваемых при помощи:

- понимания точки зрения человека. Точка зрения - это угол рассмотрения вещей, из которого показывается мнение или чувства людей, вовлеченных в ситуацию;

- стирания всех различий. Это может быть сделано, опустив наши излишества;

- общения со всеми группами людей. Таким образом, у нас может быть достаточно опыта для вынесения суждений;

- равного принятия всех людей;

- приятия наших индивидуальных различий;

- не перекладывать насильно свои идеи ни на кого и не вмешиваться в дела другого человека;
- позволить вещам оставаться вещами;
- изменение контекста посредством путешествий, проживания и работы за рубежом;
- и если человек не может изменить свою суть, то пусть он меняет своё содержание.

Это достижимо благодаря образованию и чтению. Ищите знания, чтобы получить мудрость во всем, что вы получаете. Более 2000 лет бесплодного труда человека - достаточный урок для человечества.

Вопрос: готов ли человек сделать это, чтобы на земле был относительный мир?

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ВЫРАЩИВАНИЯ ЖУКОВ ULOMOIDES DERMESTOIDES Топчий М. В., Магомаева М.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одной из важных задач современной фармацевтической науки является исследование биотехнологического потенциала сырья природного происхождения. Интерес к препаратам на основе лекарственного сырья природного происхождения повышается с каждым годом. Такую тенденцию возрождения интереса к биопрепаратам объясняют недостатки синтетических лекарственных средств: токсичность, побочные действия и аллергии. По данным ВОЗ, аллергические явления, возникающие в результате применения синтетических лекарственных средств, возникают у 12-18% населения.

Перспективным объектом для исследований являются жуки *Ulomoides dermestoides*. Это связано с тем, что с 90-х годов XX века жуков *Ulomoides dermestoides* начали применять в народной медицине. Так, в Юго-Восточной Азии жуков едят живыми как афродизиак, в Центральной и Южной Америке он используется для лечения различных заболеваний, таких как бронхиальная астма, дерматит, ревматоидный артрит, геморрой, воспаления и боли в печени и почках, болезнь Паркинсона, сахарный диабет и различные типы рака [1,2].

Основные научные исследования рассматривают этого жука, как вредителя сельскохозяйственных культур, но широкое использование жуков в народной медицине способствовало началу научного изучения эффективности применения жуков *Ulomoides dermestoides* в медицинских целях. На сегодняшний день исследования биотехнологического потенциала данных насекомых в основном проводят ученые стран Центральной и Южной Америки. Так, описаны цитотоксические и генотоксические свойства *U. dermestoides* на линии эпителиальных клеток карциномы человека A549 [3], противовоспалительные свойства цельного экстракта *U. dermestoides* [4].

При разработке технологии приготовления биопрепарата, на основе сырья полученного из жуков *Ulomoides dermestoides* одной из задач является определение оптимальных условий культивирования изучаемой зоокультуры. В странах Центральной и Южной Америки в качестве субстрата используется арахис. Так как, использование арахиса в российских условиях экономически не выгодно, нами было проведено исследование по подбору оптимального субстрата и режима культивирования жуков *Ulomoides dermestoides*.

Эксперимент по разработке культивирования жуков *Ulomoides Dermestoides* проводился поэтапно. Особи, используемые в эксперименте, изначально были удалены из первоначальной культуры (арахиса), содержащиеся в условиях естественного колебания температур и влажности воздуха. Личинки были отобраны с целью формирования для дальнейшего культивирования, затем помещались в стеклянные колбы и хранились на 3

контролируемых температурах. Была выявлена прямая зависимость между длительностью стадии куколки и температурой содержания. Так, при температуре с пониженной температурой и относительной влажностью, вылупление из куколок жуков начиналось в среднем через 16-17 дней, при повышенной температуре и влажности воздуха через 12-14 дней (рис. 1), и достигало максимального значения при оптимальной температуре и относительной влажности воздуха 8-10 дней (рис. 2).



Рисунок 1. Культивация жуков при оптимальной температуре и относительной влажности воздуха



Рисунок 2. Культивация жуков при повышенной температуре и относительной влажности воздуха

Исследования по культивации жуков показали, что разведение насекомых в теплой и влажной среде более продуктивно. Проанализировав влияние температуры на рост и развитие личинок, была использована оптимальные термические показатели для культивирования жуков. В качестве начальной культуры было отобрано 5 групп по 100 взрослых личинок. Для окукливания они были помещены в индивидуальные пластиковые контейнеры объемом 500 мл. С момента помещения в индивидуальный контейнер до начала окукливания проходило от 7 до 11 дней. Далее группа из 100 жуков помещалась в пластиковый контейнер. При подборе питательной среды были учтены критерии

стоимости и доступности субстрата. Согласно исследованиям, у жуков жизненный цикл при употреблении кожицы фруктов, арахиса возрастает на 15-20%. Использование зерна в качестве корма может сократить репродуктивный цикл насекомых. Воспользовавшись данными исследований, было подобрано 5 питательных сред для культивирования жуков. Первая питательная среда включала потребление жуками кожуры банана, во второй кочерыга капусты, в третьей шрот из семян подсолнуха, в четвертой яблочный жом, и в пятой овсяные хлопья. Этапы развития особей на питательных средах отображены в таблице 1.

Таблица 1

Этапы развития особей на питательных средах, кол-во дней

Этап развития	Субстрат					
	Контрольная группа (арахис)	Банановая кожура	Кочерыга капусты	Шрот подсолнечный	Яблочный жом	Овсяные хлопья
Куколка	11	6	10	13	7	9
Взрослая особь	29	22	31	36	24	28

Таким образом, оптимальными субстратами для культивирования зоокультуры *Ulomoides Dermestoides* являются, банановая кожура и яблочный жом, так как сроки развития особи меньше в отличие от других субстратов.

Статический анализ проводили на основе χ^2 -теста для оценки различий жизнеспособности между питательными средами и F-теста для оценки различий в развитии и продуктивного цикла жуков с учетом подобранных питательных сред и оптимально подобранной температуры. Результаты тестов показали отрицательную корреляцию между количеством особей и времени развития независимо от выбранного субстрата. С учетом поддержания оптимальной температуры от 21 до 24°C цикл развития существенно был короче, в отличие от прочих температурных условий.

Раз в 3 дня жукам давали незначительную подкормку. Контейнеры с жуками были накрыты марлевой тканью с целью создания вентиляции - подобные условия позволяли избежать появления плесени и других нежелательных грибков. Раз в две недели с целью отделения жуков субстрат просеивался через металлическую ячеистую сетку с диаметром ячеек 1 мм. Отобранный субстрат из-под жуков с отложенными яйцами смешивали в пропорции 1:1 с первоначальной культурой и помещали в сухой проветриваемый бокс для развития личинок из яиц. По мере потребления питательного субстрата личинкам дают новые порции, в среднем раз в пять дней. Так же периодически производится подкормка животным белком. Средняя продолжительность жизни взрослого жука три месяца. Продолжительность стадии личинки до окукливания составляет около недели. Исходя, из наблюдений был, оценен рост популяций жуков на протяжении 3 и 6 месяцев (табл. 2)

Таблица 2

Динамика развития зоокультуры *Ulomoides Dermestoides*, (n=100)

Сроки	Контрольная группа (арахис)	Банановая кожура	Кочерыга капусты	Шрот	Яблочный жом	Овсяные хлопья
Количество взрослых особей через 3 месяца	303	474	322	218	456	297
Количество взрослых особей через 6 месяцев	376	1126	613	504	1098	591

Проанализировав полученные данные, мы пришли к выводу, что лучшими субстратами для культивирования жуков, по нашему мнению, являются банановая кожура и яблочный жом. Так как, через 3 месяца культивирования на банановой кожуре количество взрослых особей в исследуемой популяции было на 56,7% больше, чем в контрольной группе. В то же время количество особей, выращенных на субстрате из яблочного жома, через 3 месяца достигло 456 шт, что больше на 50,5%, чем в контрольной популяции, и на 53,3% больше чем субстрате из овсяных хлопьев.

Через 6 месяцев динамика роста популяций изменялась следующим образом: количество жуков, выращиваемых на субстрате из банановой кожуры, было втрое выше, чем в контрольной группе, на 83,6% больше, чем на субстрате из кочерыги капусты, на 123% выше, чем в третьей, и на 190,5%, чем в пятой группе.

В то же время количество особей, выращенных на субстрате из яблочного жома через 6 месяцев достигло 1098 шт, чем в контрольной популяции, на 292%.

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее оптимальными субстратами являются банановая кожура и яблочный жом, так как динамика роста линейно возрастает на данных субстратах.

Список литературы:

1. Flores GE, Padín SB, Stetson RE. First records of the Oriental species *Ulomoides dermestoides* (Coleoptera: Tenebrionidae) in Argentina. Rev Soc Entomol Argent. 2002; 61 (3/4): 48-50.
2. Crespo R, Villaverde ML, Girotti JR, Güerci A, Juárez MP, de Bravo MG. Cytotoxic and genotoxic effects of defence secretion of *Ulomoides dermestoides* on A549 cells. J Ethnopharmacol. 2011 Jun 14; 136 (1): 204-209.
3. Santos RC, Lunardelli A, Caberlon E, Bastos CM, Nunes FB, Pires MG, et al. Anti-inflammatory and immunomodulatory effects of *Ulomoides dermestoides* on induced pleurisy in rats and lymphoproliferation in vitro. Inflammation. 2010 Jun; 33 (3): 173-179.
4. Wahrendorf MS, Wink M. Pharmacologically active natural products in the defence secretion of *Palembus ocularis* (Tenebrionidae, Coleoptera). J Ethnopharmacol. 2006 Jun; 106 (1): 51-56.