

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



НЕДЕЛЯ НАУКИ – 2019

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО МОЛОДЁЖНОГО ФОРУМА



СТАВРОПОЛЬ, 2019

УДК 61 «312»(081)
ББК 5я431
Н 42

Неделя науки 2019: материалы Международного молодёжного форума.
Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2019. - 835 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

Технический редактор:

Анопченко А.С. – ассистент, ответственный секретарь Совета молодых
ученых и специалистов Ставропольского государственного медицинского
университета

Ответственный редактор:

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Актуальные вопросы философии и биоэтики	3
Раздел 2. Акушерство и гинекология	22
Раздел 3. Внутренние болезни	85
Раздел 4. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия	217
Раздел 5. Клиническая психология и социология медицины	237
Раздел 6. Общественное здоровье и социально-экономические науки	265
Раздел 7. Патологическая анатомия и судебная медицина	333
Раздел 8. Педиатрия и детские инфекционные заболевания	351
Раздел 9. Проблемы профилактической медицины и здоровьесбережения молодёжи	479
Раздел 10. Проблемы социально-гигиенических наук	531
Раздел 11. Регенеративная медицина и имплантология	545
Раздел 12. Стоматология	560
Раздел 13. Фармакология, клиническая фармакология, фармация	635
Раздел 14. Хирургия	668
Раздел 15. Экспериментальное и медико-биологическое направление	739

Раздел 1. Актуальные вопросы философии и биоэтики

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ВЕБ-КВЕСТ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Абакарова А.Р., Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одним из способов современной организации процесса интерактивного обучения в вузе является самостоятельная работа студентов с использованием веб-квестов.

Веб-квестом называется специальным образом организованный вид самостоятельной исследовательской деятельности по осуществлению поиска информации в сети Интернет по указанным адресам. Веб-квест по определению представляет собой проблемное задание с элементами ролевой игры, может быть оформлен в форме ситуационного задания. Веб-квест признаётся интересной инновационной формой обучения при групповой и индивидуальной работе.

Актуальность темы обусловлена тем, что при цифровой трансформации образования основой обучения становится творчество, вопрос использования технологии веб-квест в медицинском образовании представляет интерес.

Развитие медицинских наук, концепция непрерывного медицинского образования диктуют необходимость овладения студентами и специалистами, повышающими квалификацию, навыками рационального поиска профессионально значимой информации. Технология веб-квест решает эту задачу при преподавании различных учебных предметов на разных уровнях обучения.

Технология используется в медицинском вузе для организации групповой самостоятельной работы. При пропуске занятия для отработки пропущенных тем студенту может быть предложена работа над веб-квестом. При выполнении группового проекта каждая мини-группа осуществляет поиск информации, интеграция результатов даёт решение поставленной задачи (рекомендации врачам, памятка пациентам, презентация, сайт). Веб-квест является оценочным средством по теме или разделу дисциплины, формой дистанционного обучения.

Согласно Б.Доджу веб-квесты классифицируются в соответствии с типом поставленной задачи: пересказ, компиляция, загадка, журналистское задание, разработка дизайна, творческий квест, убеждение, самопознание, аналитический квест, формирование суждения, научное задание.

Цель исследования – рассмотреть возможности технологии на примере разработанного авторами в упрощенном виде веб-квеста «Описание типов заданий для веб-квестов», ознакомить с их примерами в сети Интернет по герниологии, биомедицинской этике и философии.

Используемый метод исследования - аналитический в сочетании с научно-теоретическим и практическим подходами.

В СтГМУ в рамках электронной информационно-образовательной среды поддерживается система электронной поддержки учебных курсов на базе программного обеспечения Moodle, цифровые образовательные ресурсы могут быть пополнены веб-квестами по учебным дисциплинам.

Пример веб-квеста в упрощенном виде «Описание типов заданий для веб-квестов»:

Введение.

Вам необходимо определить типы заданий для веб-квестов на русском языке по каждому вопросу и сложить ключевую фразу, обозначающую одну из разновидностей активного метода обучения.

Задание.

Для ответов на вопросы используйте материал электронных ресурсов:

Виды заданий для веб-квестов <https://slide-share.ru/slide/6507273.jpeg>

Персональный сайт Бурдасовой Е.В. <http://english-love.ru/master-klass/sozдание-veb-kvestov-na-platforme-jimdo>

1. Переведите на русский язык тип задания для веб-квестов consensus building tasks

2. Назовите тип веб-квестов, которые служат для знакомства и приобщения к научным исследованиям в различных областях знаний scientific tasks
3. Задания для веб-квеста требуют создания продукта или плана действий по выполнению заранее определенной цели в определенных рамках design task
4. judgment tasks представляют обучающимся ряд предметов и просят их оценить или классифицировать, или выбрать решение из ограниченного списка
5. Демонстрация понимания темы на основе представления материалов из разных источников в новом формате: создание презентации, плаката, рассказа retelling tasks
- 6....требует синтеза информации из набора источников и создания головоломки mystery tasks
- 7....исследуют взаимозависимость вещей реального мира в рамках заданной темы analytical tasks
- 8....имеют своей целью создание продукта, способного убедить кого-то в чем-то.
- 9....требуют создания какого-либо продукта в заданном формате creative products task.
- 10....имеют своей целью лучшее понимание себя самих self-knowledge tasks.
- 11....закljučаются в том, что необходимо взять информацию из различных источников и привести ее к единому формату compilation tasks.
- 12....необходимо собрать факты и организовать их в жанре новостного репортажа, интервью, другого журналистского жанра.

Порядок работы.

Ознакомьтесь с теоретическими вопросами по технологии веб-квеста. Проведите интернет-сеанс по ссылкам, выполните задания, оформите веб-квест в форме презентации.

Оценка.

Ключевую фразу изобразите в виде столбца по буквам и впишите типы заданий для веб-квестов горизонтально с пересечением по буквам согласно вопросам-заданиям для самопроверки.

Заключительный этап.

Составьте ключевое словосочетание из букв по схеме:

1 слово состоит из 13 букв: 1 слово 6 буква, 2 слово 1 буква, 3 слово 9 буква, 4 слово 3 буква, 5 слово 3 буква, 6 слово 2 буква, 5 слово 6 буква, 7 слово 6 буква, 8 слово 9 буква, 9 слово 2 буква, 10 слово 8 буква, 11 слово 2 буква, 12 слово 13 буква.

2 слово состоит из 8 букв: 11 слово 2 буква, 8 слово 2 буква, 2 слово 3 буква, 9 слово 5 буква, 5 слово 2 буква, 7 слово 2 буква, 12 слово 12 буква, 8 слово 3 буква.

ОТВЕТЫ: 1.Решение спорных проблем. 2.Научные. 3.Конструкторские. 4.Оценочные. 5.Пересказ. 6. Загадки. 7. Аналитические. 8. Убеждающие. 9. Творческие. 10. Самопознание. 11.Компиляционные. 12. Журналистские. Ключевая фраза – интерактивное обучение.

Список литературы

<https://ds05.infourok.ru/uploads/ex/0612/00015219-a3ad3bff/img1.jpg>

<https://ds05.infourok.ru/uploads/ex/07fa/00041321-8faf7885/img4.jpg>

<http://www.myshared.ru/slide/1289005/>

<https://www.volgmed.ru/ru/files/list/8022/?dept=119>

<https://multiurok.ru/index.php/files/vieb-kviest-po-filosofii.html>

ОТНОШЕНИЕ К ПРОБЛЕМЕ ЭВТАНАЗИИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ г. СТАВРОПОЛЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Аванисян В.М.

Научный руководитель: Брыцина И.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

На протяжении уже многих лет проблема эвтаназии является одной из самых актуальных тем. Трудно переоценить значимость данного вопроса, так как любая проблема, связанная с жизнью человека, всегда важна!

Как известно, у медали есть две стороны. Этот постулат актуален и при рассмотрении вопроса об эвтаназии. Данная проблема является полиспектральной - к ее обсуждению должны быть привлечены не только медицинские работники, но и философы, биоэтики, юристы, психологи и другие специалисты [2-5]. Эвтаназия в Российской Федерации запрещена Конституцией РФ и статьей 45 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [1]. Однако, до сих пор этот вопрос остается открытым, поскольку при его решении нельзя руководствоваться только юридическим аспектом.

Многочисленные споры по данной теме постоянно возникают среди медиков, юристов, психологов, политиков, религиозных деятелей. Дискуссии по поводу эвтаназии уже не один год ведутся на различных уровнях, вовлекая тем самым все больше представителей различных сфер общественной жизни, и все же в России данная проблема до сих пор находится на стадии формирования [2-5].

Цель исследования. Определение значения эвтаназии для студентов различных университетов города Ставрополя.

Материал и методы исследования. Научная студенческая работа выполнена на базе кафедры судебной медицины и права с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета путем анонимного анкетированного опроса с последующей статистической обработкой полученных результатов.

В анкете «Отношение к эвтаназии» приняли участие 300 студентов различных вузов: Ставропольского государственного медицинского университета (СтГМУ), Ставропольского государственного аграрного университета (СтГАУ) и Северо-Кавказского федерального университета (СКФУ). В анонимных анкетах необходимо было дать определение термина «Эвтаназия», ответить на ряд вопросов, при этом учитывались варианты ответов: «Да», «Нет», «Затрудняюсь ответить». Студенты решали ситуационную задачу: «смогли бы ВЫ провести процедуру эвтаназии при заданных условиях: 1. пациент неизлечимо болен, и Вы, как его лечащий врач, знаете об этом; 2. пациент, находясь в полном сознании, сам просит Вас об этой процедуре; 3. согласно условию задачи, эвтаназия законодательно не запрещена».

Результаты исследования. Проанализировав ответы опрошенных, мы получили следующее ранжирование: 62% ответили - «Да, я за эвтаназию»; 30% - «Нет, я против эвтаназии»; 8% участвовавших в анкетировании - «Затрудняюсь ответить».

Ответ «ДА» аргументировали следующим образом: 58% - «Да, потому что сочувствую пациенту...» (милосердие к пациенту); 42% - «Да, потому что пациент сам об этом просит» (собственный выбор пациента).

Ответ «НЕТ» аргументировали следующим образом: 74% - «Нет, потому что не смогу... Это не гуманно» (моральный аспект); 16% - «Нет, потому что я врач... я не должен навредить человеку» (врачебная этика); 10% - «Нет, потому что религия этого отрицает» (религиозные соображения).

Примечательно, что аргументация ответов студентов СтГМУ была более емкая и обоснованная. Аргументация ответа «Затрудняюсь ответить» студентами СтГМУ нас удивила. Она звучала так: «Как будущий врач, я против эвтаназии, но, как человек, - я за... Невозможно представить себе страдания пациента, не прочувствовав их на себе...».

Данные ответы свидетельствуют о большей степени осведомленности студентами-медиками в данном вопросе, глубине и широте их мыслей и о духовном отношении при решении данной проблемы. Ведь, как известно, люди в «белых халатах» сталкиваются со смертью, к сожалению, гораздо чаще, чем представители других профессий, что объясняет их более гуманный подход в разрешении проблемы эвтаназии.

Выводы. Результаты анкетирования «Отношение к эвтаназии» среди студентов высших учебных учреждений г. Ставрополя показали:

1. Большее количество опрошенных (62%) «ЗА» проведение процедуры эвтаназии в Российской Федерации, но брать на себя её исполнение не готовы.
2. Подавляющее большинство ответивших «НЕТ» (74%) аргументировало свою позицию как негуманный поступок.
3. Более чутко аргументировали свои ответы студенты СтГМУ ввиду понимания данной проблемы не только на правовом уровне, но и на моральном, «человеческом» уровне.

4. Разрешать эвтаназию в Российской Федерации еще рано, поскольку под прикрытием этой процедуры могут избавляться от «неудобных» людей.

5. В силу низкой правой культуры, общество считает проблему эвтаназии неактуальной, поэтому она не выдерживает конкуренции по сравнению с другими, более насущными проблемами.

Список литературы

1. Федеральный Закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (редакция от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», глава 5, статья 45.
2. Алабердеева, Г.Р. Отношение к эвтаназии (опыт анализа общественного мнения) /Г. Р. Алабердеева //Социологические исследования. – 2013. - №5. – С.141-144.
3. Богомякова, Е.С. Эвтаназия как социальная проблема: стратегии проблематизации и депроблематизации / Е. С. Богомякова // Журнал исследований социальной политики - Т.8, №1. – 2010. – С. 33-52.
4. Капинус, О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление / О.С. Капинус. - Москва, 2006. - 402 с.
5. Чернышева, Ю.А. Эвтаназия: прошлое, настоящее, будущее / Ю.А. Чернышева // Закон и право. - 2008. - №5. - С. 54.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ К МЕСТУ ЛЕКЦИИ В СИСТЕМЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Востриков П.П., Анфилова М.Г., Ворвиль А.О.
Курский государственный медицинский университет

Лекционный курс является неотъемлемой частью учебного процесса в любом университете, и от отношения к нему как студентов, так и преподавателей напрямую зависят знания студентов и заинтересованность их в предмете. Наиболее трудная задача для лектора – обеспечить индивидуализацию обучения и сознательно регулируемое познавательное поведение студентов. Задача студента, в свою очередь, как можно лучше воспринять материал лекции, сохранить способность к восприятию материала, актуального для обучающегося.

Целью исследования является выявление отношения студентов и преподавателей Курского государственного медицинского университета (КГМУ) к необходимости лекционного курса и актуальности его отдельных образовательных и воспитательных аспектов.

В КГМУ проведен опрос каждого пятого студента второго, третьего, четвертого, пятого и шестого курсов. Высокий процент выборки позволяет говорить о репрезентативности результатов опроса. Опрошен по специальной анкете и каждый лектор, читающий лекции на кафедре. Проведен анализ индивидуальных бесед со студентами. Все данные обработаны статистически (StatSoft Statistica).

Анализ материалов опроса показывает подавляющее совпадение мнений преподавателей (87,5%) и студентов (84,7%) о целесообразности чтения лекций до практических и семинарских занятий. Мнения студентов и преподавателей о свободном посещении лекций не совпадают: 34% преподавателей допускают возможность свободного посещения лекций, 66% однозначно высказались за обязательность посещения лекций. Студенты в подавляющем большинстве (89,5%) положительно относятся к свободному посещению лекций. Но надо учесть, что положительное отношение на 22,4% снижается, если по предмету нет доступных и содержательных учебников и на 21,6%, если лектор дает на лекции новый и труднодоступный материал.

Необходимы меры по повышению престижа и приоритетности лекции в системе учебного процесса. В общественном мнении студентов престиж лекции не очень высок и занимает третье место в ранговых показателях (17,1%), уступая первое место (72,4%) практическим и второе (26,1%) семинарским занятиям. Четвертое место (4,8%) занимают лабораторные занятия. Замыкают ряд предпочтений студентов самостоятельная работа и занятия в научных студенческих кружках. Студенты больше всего хотели бы видеть в лекционном материале отражение последних

достижений науки и медицинской практики (78,7%), меньше – ориентацию в нерешенных проблемах медицины (14%), приоритетных нормах и ценностях общественной жизни (13,9%), 13% опрошенных студентов желают получать устойчивые и стабильные знания.

В оценке характера изложения лекционного материала особых и доминирующих предпочтений студентов не выявлено. Это совпадает и с мнением преподавателей. Многое здесь зависит от предмета и конкретных задач, которые ставит и реализует лектор в процессе чтения лекции. Тем не менее, 37,6% хотят, чтобы лектор более детально излагал отдельные аспекты знания, не нашедшие отражение в учебниках; 27,6% желательным считают изложение отдельных наиболее трудных вопросов темы; 26,1% предпочтение отдают систематическому изложению темы; 23,1% желают услышать на лекции обобщенный материал, содержащийся в различных учебных пособиях.

Цели, которые ставят и реализуют преподаватели в лекции, находят понимание у студентов. Так, 44,7% студентов хотят на лекции получить фундаментальные знания; 30,6% – научиться грамотно решать профессиональные задачи; 18,6% – сформировать профессиональные умения и навыки. Меньше студентов, которые хотели бы научиться самостоятельно работать с учебной и монографической литературой, обобщать имеющиеся знания и делать выводы. Такие студенты составляют 12,3% опрошенных. Только 11,9% студентов хотели, чтобы лекция привлекала их к более углубленному изучению курса, а 4,5% – считают, что лекция должна формировать у студентов социально и профессионально значимые черты личности. Только 19,4% студентов считают, что прослушанная лекция побуждает их к более глубокому самостоятельному изучению предмета.

Таким образом, можно сделать выводы о том, что отношение студентов к посещению лекций можно регулировать не только усилением контроля за посещаемостью, но и содержанием лекционного материала. Необходим поиск оптимальных принципов отбора лекционного материала и более действенных форм взаимосвязи лекций с практическими, семинарскими и лабораторными занятиями. Наибольшее количество опрошенных студентов хотят, чтобы лектор более детально излагал отдельные аспекты знания, не нашедшие отражение в учебниках. Все это свидетельствует о необходимости повышения воспитательного потенциала лекций.

Список литературы

1. Безрукова, В.С. Педагогика: Учебное пособие / В.С. Безрукова. – Рн/Д: Феникс, 2017. – 381 с.
2. Громкова, М.Т. Педагогика высшей школы: Учебное пособие / М.Т. Громкова. – М.: ЮНИТИ, 2015. – 447 с.
3. Степашов Н.С., Конопля А.И., Харченко А.В., Конопля А.А. Методологические основы совершенствования учебно-воспитательного процесса в медицинском вузе: Учебное пособие по педагогике для аспирантов. – Курск: КГМУ. – 2014.

РУССКИЕ МИГРАНТЫ О НАПАДЕНИИ ГЕРМАНИИ НА СОВЕТСКИЙ СОЮЗ

Иванов Н.С.

Научный руководитель: Кравцова Е.С.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования состоит в том, что в настоящее время современное эмигрантоведение как активно развивающееся направление отечественной гуманитаристики характеризуется широкой публикацией архивных материалов и источников эмигрантского происхождения, постановки новых исторических проблем, попытками историографического осмысления темы. Целью исследования является изучение жизни русских эмигрантов, их действий, влияния на реальные исторические события методом текстового анализа.

Материал и методы

Изданные в России в последние годы мемуары эмигрантов. Использовались методы текстового анализа.

Результаты и обсуждение

В середине 30-х гг. XX века, в зависимости от отношения к войне, выделилось 3 группы (левое крыло кадетов – эмиграция должна быть на стороне своей Родины; двойная задача А.И. Деникина – отражение немецкого нашествия, ликвидация большевизма; правая позиция генерала П.Н. Краснова – «Хоть с чертом, но против большевиков») [2].

Война выделила два лагеря эмигрантских сил – «пораженчество и «оборончество». Последние поддерживали патриотические цели Отечества в борьбе со всеми внешними врагами. «Пораженцы» решительно выступали против большевиков, видя необходимость в помощи Германии и Японии. Их так же поддерживали либералы и простые люди, а в качестве оппонентов выступали монархисты.

22 июня 1940 года произошло падение Франции, её капитуляция. Немцы стали проводить активную политику по отношению к русским эмигрантам. Было создано «Бюро по делам русской эмиграции во Франции, издана газета «Парижский вестник (1942-1944). Всё это было призвано объединить русских коллаборантов.

«Эмигранты продолжали упрямо верить, что Гитлер сокрушит Советы и что победа Третьего рейха откроет им путь к возвращению на Родину – вспоминала З. Шаховская. Некоторые русские ради выживания работали на немцев. Они становились переводчиками, секретарями, кладовщиками, прислужкой в гостиницах и столовых. Но все служащие во Франции, за исключением преподавателей, трудились на германскую экономику [3].

Активно практиковалась поляризация культурной элиты русского зарубежья. Гитлера сравнивали с ангелом и спасителем, который поборет коммунизм. «Кровь невинных уже просачивалась даже под их ковер в квартирке. Там, на улице Колонель Боннэ, вскоре начали появляться совсем другие люди» [5].

23 июня 1941 года во Франции начались массовые аресты русских эмигрантов. Это было вызвано опасениями немецких солдат в отношении того, чтоб круги и организации, которыми руководят русские, не присоединились с первого дня вторжения Германской армии в Россию к Французскому Сопротивлению [1]. Название «Сопротивление» придумали русские эмигранты. Борис Вильде и Анатолий Левицкий первыми во Франции организовали нелегальную группу, боровшуюся с немецкими оккупантами. За авторством этой группы закрепилась газета «Резистанс» (Сопротивление). В 1943 году в Париже была создана подпольная боевая организация «Союз русских патриотов», целями которой стала политическая работа среди русских эмигрантов, издание газеты «Русский патриот», помощь советским пленным в лагерях на территории Франции, организация побегов, формирование партизанских отрядов, пропаганда среди солдат вермахта. В сентябре 1944 года, когда Союз вышел из подполья и был переименован в «Союз советских патриотов», газета стала выходить легально под названием «Советский патриот». Газета «Русский патриот» сообщала, что русские, которые воевали на стороне Германии, прибывая во Францию с Восточного фронта, снимали немецкую форму прямо на вокзале. В русской эмигрантской среде было стыдно поддерживать Германию в ее борьбе с русским народом. Эмигранты первой волны были воспитаны в старых русских традициях, и потому для них Честь и Отечество были далеко не пустыми словами. Как не удивительно, но здесь, в далекой от России Франции, рождался русский национализм с его глубокими чувствами любви к русской нации [3].

В Советской эмиграции выделяют три волны. Первая волна – «Белая эмиграция» (1917-1923 годы; 1,4 млн. чел.), вторая – «Эмигранты в тени» (1941-1960 годы; от 700 тыс. до 1 млн. чел.) и третья «Эмиграция Холодной войны» (1948-1986 годы; 500 тыс. чел.) Из этих данных мы делаем вывод, что в период Второй мировой войны эмигрировало значительное число граждан за период существования СССР.

Выводы

Реальная угроза, нависшая над советской Россией, подняла волну патриотических настроений, вовлекла в антифашистскую борьбу тысячи людей. В конце войны многие «совпатриоты» получали советские паспорта и возвращались на Родину. В условиях распада зарубежной России под натиском переломных политических изменений на карте Европы и неизбежных ассимиляционных процессов русские эмигранты стремились всячески отмежеваться как от истинных и мнимых коллаборантов, запятнавших себя сотрудничеством с немцами, так и от совпатриотов, вернувшихся в СССР, упрямо сохраняя верность ностальгической памяти об оставленных «других берегах».

Список литературы

1. Кшесинская, М. Воспоминания.-М.: Абрис, 2018.-256 с.
2. Мейснер, Д. Миражи и действительность: Записки эмигранта.-М.: Издательство Агентства печати Новости, 1966.-306 с.
3. Трапезников, И. Русская эмиграция во Второй мировой войне [Электронный ресурс] // Независимый общественно-политический портал Воронежа «Четыре пера».- 2005.- www.4pera.ru/~h9YG6 (дата обращения 12.03.2019).
4. Шаховская, З.А. Таков мой век.-М.: Русский путь, 2008.-708 с.
5. Яновский, В. Сочинения в 2 томах. Том 2. Поля Елисейские. По ту сторону времени (сборник) / В. Яновский, О. Коростелёв, Н. Мельников.-М.: Гудьял-Пресс, 2000.-496 с.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ И БИОЛОГИЧЕСКИЙ РЕДУКЦИОНИЗМ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АЛЬТЕРНАТИВЫ ПСИХИАТРИИ

Кайдаш К.А.

Научный руководитель: Есев А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы исследования заключается в биосоциальной природе психических расстройств, при изучении этиологии и патогенеза которых психиатр обязан учитывать влияние не только биологических факторов, но и социальной среды, особенностей развития личности пациента. Сложный и неоднозначный характер взаимосвязи этих факторов требует разработки такого методологического подхода, который бы позволил воссоздать целостную картину психических расстройств. Цель работы – проанализировать познавательные возможности экзистенциально-феноменологического анализа и метода биологического редукционизма в истории психиатрии.

Материалы и методы: анализ научной литературы.

Результаты и обсуждение. Феноменологическая психиатрия направлена на изучение психопатологических явлений в том виде, в каком они представлены в сознании лиц с психическими расстройствами [1]. Ее основоположником является швейцарский психиатр Людвиг Бинсвангер. Существенное влияние на него оказало феноменологическое учение немецкого философа Эдмунда Гуссерля. Главным способом изучения человеческого сознания Гуссерль считал феноменологическую редукцию, которая требует вынести за скобки описание реального статуса вещей и перейти к исследованию исходных переживаний, возникающих в сознании человека. Однако Бинсвангер считал метод Гуссерля недостаточным для понимания причин психического расстройства. В 1927 г. выходит книга ученика Гуссерля, немецкого философа Мартина Хайдеггера Бытие и время. Бинсвангер поддерживает позицию М. Хайдеггера в том, что человеческое существование определяется как забота в единстве трех модусов, соответствующих трем измерениям времени. Подлинное существование связано, прежде всего, с будущим, с трансцендированием собственных пределов. Если эта открытость будущему исчезает, то человек объясняет все происходящее с ним как причинно обусловленным прошлым, а не его собственными целями. Если доминирует модус, соответствующий настоящему времени, то человек обезличивается [2, р. 14]. Ведущую роль, по мнению Бинсвангера, в генезисе психических расстройств является утрата у пациента временной связи, которая позволяет переносить себя в будущее и осознавать свои действия в определенной ситуации. Таким образом, подход Хайдеггера к пониманию человеческого существования помог Бинсвангеру лучше разобраться в природе психических расстройств. Развивая в психиатрии феноменологическое учение Гуссерля и онтологию Хайдеггера, Бинсвангер создал новую концепцию – экзистенциально-феноменологический анализ.

В 50-е годы XX века в психиатрии был популярен биологический редукционизм, согласно которому психическое поведение личности необходимо объяснять, исходя из биологических

состояний, а психические процессы как продукт функционирования ЦНС. Такой подход породил две проблемы.

Биологический редукционизм оказал огромное влияние на развитие советской психиатрии во второй половине XX века. Методологической основой советской психиатрии провозглашалась Павловская физиология, в которой понятие психической нормы сводилось к равновесию между процессами возбуждения и торможения в ЦНС, а эталоном здоровья являлся спящий человек, то есть не проявляющий никакой активности. Такая теория послужила фундаментом для разработки концепции вялотекущей шизофрении, нашедшей свое применение в практике репрессивной психиатрии. При данном диагнозе любое увлечение запрещенной литературой, религиозным или философским учением рассматривалось как аффективное состояние, являющееся следствием нарушения баланса между процессами возбуждения и торможения в ЦНС. Таким образом, Павловская физиология позволила связать понятие психической нормы с социальными нормами советского общества.

В 60-е годы XX века на Западе появилась антипсихиатрия – движение группы психиатров (Рональд Лэнг, Мишель Фуко, Томас Сас), которые считали, что норма – это условное понятие, которое создается обществом и означает привычную для него модель поведения человека. Антипсихиатры утверждали, что психической патологии как таковой на самом деле не существует, это лишь одна из форм человеческого существования. Протест антипсихиатров против традиционной психиатрии и принудительной госпитализации больных привел к резкому сокращению числа пациентов психиатрических клиник, увеличению числа преступлений, совершенных людьми, страдающими психическими заболеваниями и их повторной госпитализации.

Заключение. Таким образом, экзистенциально-феноменологический анализ и метод биологического редукционизма, являясь противоположными подходами к пониманию закономерностей возникновения психического заболевания, обладают общим недостатком. В этих подходах отсутствует целостное понимание заболевания и односторонне абсолютизируются отдельные факторы: относительная независимость смыслообразующей деятельности человеческого сознания от внешних и внутренних материальных факторов (феноменологическая психиатрия) или зависимость психических процессов от биологических факторов (биологический редукционизм). Поэтому перед современной психиатрией стоит задача по созданию комплексного методологического подхода, который бы воссоздал целостную картину психических расстройств, учитывая не только биологические и социальные факторы, но и особенности личностного развития пациента, восприятия им той среды, в которой он находится. Использование такого подхода позволит психиатру индивидуализировать процесс диагностики и лечения психического расстройства каждого пациента.

Список литературы

1. Феноменологическая психиатрия / Википедия, свободная энциклопедия, [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>
2. Binswanger L. Heideggers analytic of existence and its meaning for psychiatry // Being in the World. 1964. – p. 206.

АНАЛИЗ СПОСОБОВ СОХРАНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ НА ОСНОВЕ МЕМУАРОВ УЗНИКОВ КОНЦЛАГЕРЕЙ И ДНЕВНИКОВ ЖИТЕЛЕЙ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

Камнева А.В.

Научный руководитель: Агирбов С.Р.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целью настоящего исследования является анализ мемуаров узников концлагерей, дневников жителей блокадного Ленинграда и выявление основных ресурсов, которые способствовали поддержанию нравственной целостности личности людей, попавших в психотравмирующие условия, связанные с постоянной угрозой для жизни.

В качестве материала для исследования использовались мемуары бывших узников лагерей смерти психологов Б. Беттельхейма и В. Франкла, книга узника лагерей ГУЛАГа В.Т. Шаламова – Колымские рассказы, а также книга историка С.В. Ярова Блокадная этика, в которой всесторонне проанализированы дневники жителей блокадного Ленинграда.

Исследование представляет собой анализ литературы, вычленение ряда способов самозащиты личности от нравственной деградации и объединение их в группы по общему признаку.

В результате исследования было выявлено, что для сохранения нравственной целостности личности в экстремальных условиях человеку необходимо постоянно иметь ориентир, границу между нравственной нормой и патологией. В условиях выживания граница между нравственной нормой и патологией неизбежно смещается: там, где главная и, зачастую, единственная ценность – жизнь, а основная задача – сохранить её, ценятся навыки ежедневного выживания. В исследуемых материалах описаны многочисленные способы формирования этой внутренней границы, которую нельзя было пересекать. К таким методам относились: обсуждение поступков других, исповедь дневнику, принципиальное следование идее, обращение к художественной литературе, в которой присутствуют эталоны высоких идеалов, образы добра и зла.

Еще одним способом поддержания собственных ценностных установок стала общественно-полезная деятельность. В условиях, где ...человек человеку враг или конкурент [3], таким внутренним ресурсом часто становилась помощь членам общества, находящимся в худшем состоянии. Чувство причастности к коллективу, морального долга, ответственности за социально значимые действия, с одной стороны, толкали людей на самоотверженные поступки, а с другой – были ресурсом для борьбы за собственную жизнь и личность. Такие люди отказывались уезжать в эвакуацию, не давали себе поблажек на тяжелой работе, проявляли заботу о незнакомых людях, несмотря на угрозу собственной жизни. Сюда же можно отнести стремление заниматься любимым делом, профессиональной деятельностью, что, к сожалению, было почти невозможно в условиях, как лагерей, так и осажденного города.

Чувство безнадежности и бессмысленности происходящего особенно разрушительно действовало на психику человека. Поэтому важным и, зачастую, спасительным для него становилось определение отдаленной цели (жизненного смысла). Узники лагерей и жители блокадного Ленинграда, как правило, избегали мыслей о доме и отмечали травмирующее воздействие напрасных надежд, но именно образ счастливого будущего для многих становился целью и мотивом выживания.

Ещё одним защитным механизмом стала объективизация, отстранение от эмоционального участия и поиск смысла в происходящем. Например, Б. Беттельхейм нашел свой ресурс для самосохранения в анализе происходящего в лагере. Уход в анализ происходящего, по его словам, был продиктован самим инстинктом самосохранения: Тем самым я доказывал себе, что не теряю рассудок (то есть мою прежнюю личность), что для меня изучение – это защита, что я не принимаю за истину то, что на самом деле является болезненным бредом [2]. Такое аналитическое отношение к психотравмирующей ситуации дает человеку чувство контроля над происходящим и помогает не поддаться фаталистическим настроениям и апатии.

Список литературы

1. Беттельхейм Б. Люди в концлагере. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.litmir.me/br/?b=232893&p=23>
2. Беттельхейм Б. Просвещенное сердце. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://knigosite.org/library/read/5372>
3. Леви П. Человек ли это? [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.litmir.me/br/?b=170630&p=1>
4. Франкл В. Сказать жизни Да!: психолог в концлагере. — М.: Альпина Нон-фикшн, 2009. — 239 с. — ISBN 978-5-9167-1031-1
5. Шаламов В.Т. Колымские рассказы. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://shalamov.ru/library/2/>
6. Яров С. В. Блокадная этика. — М.: Центрполиграф, 2012. — 608 с.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ И ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Кулешова А.Н., Смоляков М.В.

Курский государственный медицинский университет

В современном мире как бы человек не следил за собой, за своим здоровьем, у него все равно возникает необходимость обратиться за специализированной медицинской помощью, начиная от консультации и диагностики, заканчивая стационарным лечением и реабилитацией [1]. Зачастую перед пациентом встает вопрос – куда же обратиться в частную или государственную клинику? Сегодня на улицах любого города, будь то мегаполис или небольшой городок, наряду с муниципальными бюджетными клиниками можно встретить большое количество организаций коммерческой медицинской сферы [2].

Материалы и методы. В изучении проблемы данной тематики использовался анализ документов и литературы. Производилось анкетирование студентов Курского медицинского университета лечебного и педиатрического факультетов, 2 и 3 курсов по разработанному опроснику с последующей статистической обработкой. В проведенном социологическом исследовании приняли участие 100 респондентов, среди которых 83% - женского пола и 17% - мужского.

Результаты и обсуждения. Было установлено, что большинство анкетированных (86%) редко обращаются за медицинской помощью, по сравнению с респондентами, которые часто прибегают к помощи врачей (14%). При этом стоит отметить разброс процентного соотношения на вопрос в каких случаях вы прибегаете к медицинской помощи?, из которого видно преобладание категории лиц обращающихся при острой необходимости - 68%, при появлении первой симптоматики болезни 29% приходят на прием к доктору и только 3% готовы обратиться за помощью при незначительных изменениях в своем состоянии. Основными видами врачебной помощи, за которыми обращались в государственные учреждения стали консультативно – диагностические мероприятия (74%), проведение лабораторных анализов, стоматологическая помощь (68%) и оперативное или консервативное лечение в стационаре (29%). В частных клиниках основным профилем услуг, которые востребованы, являются проведение лабораторных анализов, стоматологическая помощь (82%), консультативно – диагностические (63%) и функциональная диагностика (26%). Среди опрошенных 98% посещали бюджетные клиники в статусе пациента, при этом 87% от всех анкетированных также обращались и к специалисту из частной клиники, что может говорить о авторитетности учреждений государственного здравоохранения. Однако респонденты оценили качество предоставляемой помощи в муниципальной клинике в основном как удовлетворительное - 77%, о высоком качестве высказалось 15% и о низком 8%. Вновь обратиться за медицинской помощью при необходимости готовы 83% студентов, а 17% предпочтут альтернативу (коммерческая медицина). В отношении частных клиник выяснилось, что высокое качество услуг получил 71% респондентов, против 29% оценивших их как удовлетворительное. Подавляющее большинство снова придут в результате надобности – 94%, оставшиеся 6% предпочтут рассмотреть иные варианты. Также опрошенные высказались в отношении соответствия цена/качество предоставленной услуги: 58% - приемлемое, 34% - высокое, 8% - не соответствует

Выводы. При обработке и анализе анкет было выяснено наличие второстепенного отношения к своему здоровью у студентов, так как предпочитают обращаться к врачу при острой необходимости, когда была не воспринята первая симптоматика, запущены механизмы патогенеза. Данный вывод может служить предпосылкой для формирования определенного предпочтения пациентов в выборе учреждений оказывающих врачебную помощь. Основной нагрузкой которую формируют опрошенные на коммерческий сектор медицины является диагностическая, позволяющая выявить изменения в организме человека. Для бюджетной медицины характерно, помимо актуальности в диагностическом обслуживании населения, непосредственное терапевтическое (консервативное) или хирургическое (оперативное вмешательство и проведение манипуляций) лечение в стационаре. Доверительное отношение в результате полученной специализированной помощи к врачам частной клиники превосходит таковое у аналогичных медицинских работников государственных больниц. Исследование показало высокую степень

востребованности частных клиник, сформировалось достаточно устойчивая и в целом положительная позиция к персонализированной медицине.

Список литературы

1. Грот А.В., Сажина С.В., Шишкин С.В. Обращаемость за медицинской помощью в государственные и частные секторы здравоохранения (по данным социологических исследований) // Социальные аспекты здоровья населения. 2018. № 5 (63). С. 1.
2. Панов А.В. Государственно-частное партнерство и платные услуги в здравоохранении: механизмы взаимодействия, проблемы и перспективы развития // Вестник Биомедицина и социология. 2018. Т. 3. № 2. С. 53-57.

СОВРЕМЕННАЯ СЕМЬЯ: ФУНКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМФОРТА (ИНТИМИЗАЦИИ) СТАНОВИТСЯ ОСНОВНОЙ

Лысенко М.В., Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В современном обществе единство семьи все меньше зависит от законов, обычаев, общественного мнения, а все больше от межличностных отношений, взаимной привязанности.

Некоторыми исследователями выделяются следующие тенденции развития семьи в современном мире:

1. Позитивные и негативные изменения являются проявлением прогрессивного процесса модернизации семьи от традиционного типа к современному, проблемы связаны с неодинаковой скоростью модернизации.

2. Это системный кризис семьи, являющийся глобальной проблемой современности.

В современном обществе происходит разделение семьи и брака.

Социолог Е.Здравомыслова в своей лекции отмечает, что основной функцией семьи становится функция психологического комфорта (ее еще называют в социологии функцией интимизации). Люди стремятся вступить в брак, чтобы иметь близкого человека, который их понимает, которому можно доверять. И это является самой главной ценностью — не финансовая зависимость от супруга, даже не репродуктивные функции, не функция социализации, потому что в этом помогают другие учреждения.

Современные молодые люди с потребительскими ориентациями, нацеленные на самореализацию, хотят создать семью, потому что ищут интимности и понимания, а не из корыстных соображений.

Сейчас речь идет уже не только о модернизированной, современной семье, но и о возникновении нетрадиционных семей — по способам проживания, по устройству сексуальных отношений, по выбору репродуктивной политики.

Появляются семьи, которые принимают сознательное решение никогда не иметь детей, нетрадиционный брак — сожительство людей гомосексуальной ориентации. Имеет место шпигатный брак или брак выходного дня, когда люди живут в разных городах и считаются семьей, потому что у них есть общие интересы.

Изменение функций семьи является одним из факторов, влияющих на увеличение числа разводов.

Некоторыми исследователями среди причин разводов рассматриваются:

- ослабление ценности семьи;
- психологическая несовместимость (функция психологического комфорта становится основной в семье);
- однообразие и скука семейной жизни.

С учетом актуальности темы и в целях изучения мнений окружающих авторами был проведен опрос среди лиц в возрасте 18-30 лет в городе Ставрополе.

Такой широкий охват опрашиваемой аудитории объясняется целью исследования - необходимостью сравнить ценностные взгляды на институт семьи и брака в срезе нескольких поколений.

В опросе приняли участие 50 человек. Были получены результаты опроса респондентов по следующим вопросам:

1. Когда вы начали серьезно задумываться о создании семьи/вступлении в брак?

- А) Недавно (1-2 года) – 27 (54 %)
- Б) Давно (3-4года) - 16 (32 %)
- В) Не задумывался - 7 (14 %)
- Г) Свой вариант - 0

2. Для вас брак-это?

- А) Супружеский союз с целью создания семьи -20 (40%)
- Б) Общий быт и общий семейный бюджет двух людей -14 (28%)
- В) Способ преодоления материальных препятствий -3 (6%)
- Г) Штамп в паспорте -1 (2%)
- Д) Необходимое условие для рождения детей -12 (24%)

3. Что на ваш взгляд является важным для вступления в брак (выберите три варианта)?

- А) Любовь -38 (25,3%)
- Б) Улучшение материального положения -16 (10,6%)
- В) Независимость от родителей -26 (17,3%)
- Г) Личностная зрелость -20 (13,3%)
- Д) Нежелательная беременность -10 (6,7%)
- Е) Рождение детей -24 (16%)
- Ж) Общность взглядов и интересов -16 (10,6%)

4. Предназначением семьи на Ваш взгляд является?

- А) Продолжение рода -18 (36%)
- Б) Главный институт социализации -8 (16%)
- В) Ячейка общества -3 (6%)
- Г) Отдых от повседневных проблем -21 (42%)

5.Как вы относитесь к разводам?

- А) Отрицательно -37 (74%)
- Б) Положительно -6 (12%)
- В) Нейтрально -7 (14%)

6. Как Вы считаете, какова основная причина разводов в нашей стране?

- А) Психологическая несовместимость -21 (42%)
- Б) Большая разница в возрасте -3 (6%)
- В) Алкоголизм одного из супругов -7 (14%)
- Г) Бездетность -2 (4%)
- Д) Длительное отсутствие кого-либо из супругов -5 (10%)
- Е) Отсутствие верности супругов -12 (24%)

Согласно данным проведенного опроса, респонденты планируют вступление в брак с целью создания семьи - 40%, общего быта - 28%, продолжения рода - 24%.

Лишь незначительный процент опрошенных расценивает бракосочетание как штамп в паспорте (2%) или способ преодоления материальных препятствий (6%).

Важным условием по-прежнему является любовь - 25,3%, желание стать независимыми от родителей играет весомую роль - 17,3%. В брак хотят вступать зрелые личности - 13,3%, видят целью рождение ребенка - 16%. Лишь 6,7% приходится на брак, причиной которого стала нежелательная беременность. Семья воспринимается как отдых от повседневных проблем - 42%, как продолжение рода - 36%.

К разводам относятся негативно 74% опрошенных, положительно - 12%, нейтрально - 7%. При этом основными причинами разводов являются психологическая несовместимость -42% и отсутствие верности - 24%, затем идет алкоголизм - 14%, и лишь незначительный процент приходится на долгое отсутствие одного из супругов - 10%, большую разницу в возрасте - 6%, бездетность - 4%.

Таким образом, результаты опроса жителей города Ставрополя в миниатюре подтверждают, что в современном обществе неудержимого прогресса, информационной глобализации человеку так необходим психологический комфорт.

ИНТЕЛЛЕКТ СТУДЕНТА МЕДИКА

Сердюков А.И., Дубинина А.В.

Курский государственный медицинский университет

Психологи выделяют разные виды интеллекта, ключевыми в деятельности врача являются логический, социальный и творческий. Интеллект изучается на протяжении довольно долгого времени вследствие чего исследователи выделяют несколько факторных моделей интеллекта, например модели Кэтелла, Гилфорда и Спирмена, в своих работах они исследовали структуру интеллекта, методы определения интеллекта, объясняли результаты проведения различных видов тестирования, объясняли факторы влияющие на интеллект. Большинство исследователей считают, что основным фактором, влияющим на интеллект является генетический.

Целью исследования явилось получение данных о показателях интеллекта студентов КГМУ и их творческого потенциала, а также сравнение полученных результатов с целью выяснения взаимосвязи между уровнем интеллекта и креативностью, тем самым проверив теорию порога Торренса.

Материалы и методы исследования: в анонимном тестировании приняли участие 35 студентов первого курса КГМУ, они последовательно прошли тестирование по тестам Айзенка и Торренса. По результатам теста Айзенка студенты с показателями интеллекта выше 115, таковых было 8 человек, приняли участие в дальнейшей части исследования. Показатели креативности этих студентов и показатели их уровня интеллекта подверглись сравнению и анализу. Так, уровень креативности 50%, 60% была выявлена у одного человека (интеллект 115, 117) соответственно, креативность 80% у двух студентов (интеллект 119 и 122), 70% - у трех обучающихся, креативность 90% - у одного анкетированного студента. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

В результате проведенного исследования было выяснено, что студенты с высоким уровнем интеллекта обладают и высоким уровнем креативности, студенты с низким уровнем интеллекта - более низким уровнем креативности.

Список литературы

1. Андреева И. Н. Предпосылки развития эмоционального интеллекта / И. Н. Андреева // Вопросы психологии. - 2012. - № 5. - С. 57-65.
2. Гарскова Г.Г. Введение понятия эмоциональный интеллект в психологическую теорию / Г.Г. Гарскова // Ананьевские чтения: тез. науч. практ. конф.; редкол.: А.А. Крылов [и др.]. - СПб.: Изд-во Санкт-Петерб.ун-та, 2013. - С. 25 - 26.

ВРЕДЕН ЛИ КАЛЬЯН: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Стерлёва Е.А., Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Кальян – это сосуд для курения, позволяющий охлаждать и увлажнять вдыхаемый дым. Сторонники кальяна утверждают, что кальян не вызывает привыкания.

Человек при курении кальяна получает значительную дозу никотина, а значит, постепенно будет формироваться зависимость от никотина. Некурящая молодежь, периодически балуясь кальяном, может стать курящей.

Вред кальяна на организм проявляется еще и тем, что передающийся по кругу мундштук способен вызывать вирусные заболевания.

Рассматриваемая тема исследования о вреде курения кальяна остается актуальной и требует постоянного внимания.

Цель исследования – рассмотреть психологический и этический аспекты вреда курения кальяна, причины всё возрастающей популярности увлечения этой вредной привычкой, в том числе в городе Ставрополе.

Используемый метод исследования - аналитический на основе проведенного опроса в городе Ставрополе в сочетании с научно-теоретическим подходом.

Среди причин курения кальяна (Блог Николая Перова Саморазвитие и самосовершенствование. - URL <http://nperov.ru/zdorove/pochemu-lyudi-kuryat-chast-3/>) можно выделить несколько основных.

Первая причина - это потребность в постоянной стимуляции органов чувств. Виною этому некое скрытое напряжение, которое продолжает негативно влиять на личность и притягивать новые вредные привычки.

Вторая причина - это нервозность, беспокойство. Особенности поведения раздраженного человека зависят от индивидуальных особенностей строения нервной системы и предопределяются такими факторами, как неустроенность личной жизни, отсутствие финансового достатка, обострение хронического заболевания, сложности на работе.

Третья причина - это слабо развитая сила воли: человеку очень трудно отказать себе в своих желаниях, и если возникает какая-то потребность, то он ее немедленно удовлетворяет.

Четвертая причина - заблуждения, вызванные недостатком информации: довольно редкий случай, в силу активной антитабачной пропаганды и доступности информации.

Следует также обратить внимание на изменение ценностей у молодежи: возросло положительное отношение к категориям автономия и самореализация.

Авторами в апреле 2018 года был проведен опрос респондентов на тему курения кальяна в городе Ставрополе. В опросе участвовал 71 человек в возрасте от 16 до 30 лет.

Получены следующие результаты после подведения итогов по вопросам опроса.

1- Как вы считаете, вреден ли кальян для здоровья человека?

Да – 58 (82%), нет – 8 (11%), затрудняюсь ответить – 5 (7%).

2 - Курите ли вы кальян?

Да – 42 (59%), нет – 26 (37%), бросил – 3 (4%).

3 - Что вы считаете вреднее?

Курение кальяна - 5 (7%), курение сигарет – 53 (75%), затрудняюсь ответить – 13 (18%).

При ответе на второй вопрос да предлагалось ответить дополнительно на следующие вопросы:

4 - Почему вы курите кальян?

Зависимость – 1 (2%), удовольствие – 24 (57%), за компанию – 12 (28,5%), другие причины – 5 (12,5%)

5 - Насколько часто вы курите кальян?

Каждый день – 4 (9,5%), несколько раз в неделю – 8 (19%), раз в неделю – 6 (14%), раз в две недели - 3 (7%), раз в месяц – 11 (26%), раз в несколько месяцев – 10 (24,5%).

Опрос показал, что большая часть респондентов курит и считает, что курение кальяна не так вредно для организма, как курение сигарет.

Напрашивается вывод, что населению трудно справляться с соблазнами современного мира. Проблемы в жизни, неприятное эмоциональное состояние, стрессы заставляют людей искать спасение в таком своеобразном методе расслабления, как курение кальяна, оправдывая себя его безвредностью.

При этом многие даже не подозревают, как опасен может быть кальян для организма.

Еще причинами столь большого процента курящих кальян людей являются пропаганда его и большая распространенность. Уже нельзя представить встречи с компанией друзей без ароматного кальяна, да и как показал опрос, 29% опрошенных курят его за компанию.

Практически в любом заведении города, помимо еды и напитков, можно встретить кальян, который так и манит своим ароматом и псевдобезвредностью. И даже при посещении ресторана без цели покурить нельзя быть уверенным, что не найдется компании, которая будет сидеть за ароматным кальяном где-то рядом.

Возникает еще одна проблема: вредно ли пассивное курение, ведь ввиду распространенности кальяна, человек в любую минуту может стать пассивным курильщиком.

Следует отметить также этический аспект по отношению к некурящим кальян посетителям кафе и ресторанов. Проблема пассивного курения никуда не исчезает. Для некурящих находиться в обществе курителей кальяна так же вредно, как и в обществе курильщиков сигарет. Некурящие кальян посетители поставлены перед выбором: уйти из ресторана, остаться пассивным курильщиком, попробовать курить кальян.

За прошедший год мало что изменилось. Кальян – везде. И очень трудно человеку с неразвитой силой воли устоять перед ним. Необходима постоянная работа по формированию здорового образа жизни.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПЕДАГОГОВ И СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Талыкова М.И., Леднева В.С., Ульянова Л.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Сегодня для успешного преподавания необходимы не только профессиональные медицинские знания, но и глубокие познания в области педагогики, методики преподавания, гуманистической парадигмы, предполагающей отличные от традиционных подходы к организации образовательного процесса, основанные на концепции личностно - центрированного взаимодействия [1, 2].

В личностно-центрированном образовании считается необходимым стимулировать личный интерес обучающегося к тем проблемам, с которыми ему необходимо будет соотносить себя в окружающей среде. Личностно-центрированное образование является гуманитарной технологией открытого типа. Цель этой технологии – развитие личностных структур сознания (ценностей, смыслов, отношений, способностей к выбору, рефлексии, саморегуляции и др.) и индивидуальности обучающихся [3, 4].

Цель нашего исследования: выявление педагогических условий, способствующих эффективной реализации личностно — центрированного взаимодействия педагогов и обучающихся в условиях медицинского высшего учебного заведения.

В соответствии с целью исследования определены следующие задачи:

1. Проанализировать современное состояние проблемы личностно-центрированного взаимодействия педагогов и студентов в процессе обучения в медицинском вузе.
2. Выявить педагогические условия реализации личностно-центрированного подхода в процессе обучения студентов в медицинском вузе.
3. Апробировать личностно ориентированные методики активного обучения.
4. Провести мониторинг качественных показателей содержания образовательных достижений студентов в медицинском вузе (на примере преподавания дисциплины Педиатрия).

Объект исследования: процесс реализации личностно-центрированного взаимодействия педагога и студентов-медиков в процессе обучения дисциплине Педиатрия.

Предмет исследования: педагогические условия реализации личностно-центрированного взаимодействия педагогов и студентов-медиков в практике преподавания дисциплины Педиатрия на кафедре факультетской педиатрии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Гипотеза исследования: педагогические условия применения личностно-центрированного подхода во взаимодействии педагога и студента-медика будут реализованы наиболее эффективно, если:

- центральным звеном образовательном процессе в высшей медицинской школе будет являться личность студента, его самостоятельность, активность, что позволит организовать процесс личностного роста и саморазвития;
- личностно-центрированный подход будет рассматриваться, как один из приоритетных компонентов в стратегии дидактических взаимодействий обучаемого и обучающегося;
- взыскать возможности использования личностно ориентированных педагогических технологий в обучении студентов-медиков;

Результаты исследования: для достижения цели личностно-центрированного подхода на кафедре используется включение в педагогический процесс технологий сотрудничества, педагогической поддержки, диалога, психолого-педагогического сопровождения и семинар-дискуссия. При этом преподаватель нацеливает мышление студентов на теоретический анализ проблем, используя формулировку вопросов при ответе на которые требуется использовать механизм размышлений, а не воспоминаний. Формулировка практических заданий для подготовки

студентов к семинарскому занятию по содержанию материала не отличаются от тех, которые задаются студентам для подготовки к любому практическому занятию, но в методическом плане здесь есть одна особенность. Она состоит в том, что практическое задание для подготовки к семинару служит более глубокому осмыслению теории через анализ практики и усвоения тех теоретических положений, которые являются предметом дискуссии на семинаре. Самое главное — педагогический такт при выслушивании ответов и высказываний спорящих, но в то же время необходимо активное вмешательство в спор, равноправное участие в дискуссии с позитивным влиянием на ее ход и исход, но без навязывания студентам своего мнения, а путем стимулирования их мышления. Дискуссионный вопрос приучает студентов критически воспринимать любую информацию, отучает от привычки брать на веру и, не размышляя, заучивать любой книжный текст, если его положено знать по программе или по конкретному заданию педагога. Вопрос, требующий аналитического поиска ответа, и, возможно, неоднозначного, решает важнейшую из педагогических задач медицинского образования — учит формировать клиническое мышление. Высокая эффективность данной педагогической технологии подтверждалась улучшением качества усвоения дисциплины, и нашло отражение в повышении уровня рейтинговой оценки знаний и практических навыков студентов, изучавших педиатрию в течение года. Было отмечено, что у обучаемых появился интерес к изучению дисциплин специального цикла; они проявили умения вести диалог по заданным темам, сопоставлять, развивать, систематизировать информацию, ориентированную на определенную учебную задачу.

Выводы:

1) Одной из главных задач педагога выступает осуществление методического управления личностно-центрированной учебной деятельностью студентов-медиков.

2) Технологическим обеспечением процесса формирования навыков учебной деятельности студентов-медиков является учебная дискуссия, мозговая атака, метод круглого стола, деловая игра и другие методы активного обучения.

3) Личностно-центрированное взаимодействие педагогов и студентов в процессе обучения в медицинском вузе способствует мотивации большинства обучающихся к учебной и профессиональной деятельности, повышению уровня и качества знаний будущих врачей, их личной заинтересованности в совершенствовании приобретаемых знаний и умений.

Список литературы

1. Педагогика: учебник / А.Е. Бахмутский [и др.]. – Санкт-Петербург, 2017. – 304 с.
2. Башаркина Е.А. Общая педагогика: курс лекций / Е.А. Башаркина. – Часть 1. – Могилев, 2013. – 224 с.
3. Девярых, С.Ю. Основы психологии и педагогики: психологические тесты и упражнения / С.Ю. Девярых. – Минск, 2016. – 59 с.
4. Инновационная педагогика: учебное пособие / С.А. Хахомов [и др.]. – Минск, 2014. – 201 с.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ: ПОЛУЧАЕМАЯ ПОЛЬЗА ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ ПРИЧИНЯЕМЫЙ ВРЕД

Ханмухометов Ф.О., Морозова Е.П., Костина Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Пересадка органов как метод лечения тяжелых больных имеет большое социальное значение, так как позволяет не только продлить жизнь, но и обеспечить ее более высокий качественный уровень.

В начале XXI века трансплантология начала переходить к новым технологиям - пересадке органо-тканых комплексов, включающих в себя органы, сосуды, нервы и т.д., и сочетанных пересадок, при которых реципиенту одновременно пересаживается несколько органов (сердце и легкое, поджелудочная железа и почка и т.д.).

Вопросы, связанные с этическими проблемами трансплантации, вызывают бурное обсуждение, и с каждым из дискутирующих сторон можно согласиться, но к единому мнению прийти очень сложно.

Данные проблемы остаются актуальными. Для их решения власть (закон) и общество должны еще больше уделять им внимания и попытаться достичь консенсуса.

Цель исследования - рассмотреть этико-нравственные проблемы, связанные с забором органов и тканей у донора и констатацией смерти.

Первая проблема рассматривается в зависимости от того, является ли донор живым или мертвым человеком.

Пересадка органа от живого донора сопряжена с причинением вреда его здоровью. В трансплантологии соблюдение этического принципа не навреди в случаях, когда донором является живой человек, оказывается практически невозможным. Врач оказывается перед противоречием между моральными принципами «не навреди» донору и «твори благо» реципиенту. Речь идет о степени получаемой пользы и степени причиняемого вреда, и всегда действует правило: получаемая польза должна превышать причиняемый вред.

В подавляющем большинстве стран мира главным критерием смерти человека признана смерть мозга. В настоящее время понятие смерть мозга означает гибель всего мозга с необратимым бессознательным состоянием, прекращением самостоятельного дыхания и исчезновением всех стволовых рефлексов.

Факт смерти человека в нашей стране устанавливается по ряду признаков в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 декабря 2014 г. N 908н О Порядке установления диагноза смерти мозга человека. В приказе сказано: Смерть мозга человека наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Момент смерти мозга человека является моментом смерти человека. Диагноз смерть мозга устанавливается на основе целого комплекса признаков (клинических тестов), указанных в этом же приказе.

Моральная уязвимость критерия смерти мозга как смерти человека и необходимость очень ответственного отношения к исполнению каждого пункта любой инструкции, каким бы незначительным, бюрократическим он ни казался, связана с признанием неэффективности дальнейших реанимационных мероприятий.

В результате проведенного авторами опроса среди однокурсников были получены ответы на следующие вопросы:

1. Считаете ли Вы трансплантацию органов приемлемой (если нет, то почему)?
2. Пожертвовали бы Вы часть своего тела или органа близкому человеку?
3. Пожертвовали бы Вы часть своего тела или органа незнакомцу?
4. Согласились бы Вы отдать органы вашего погибшего родственника нуждающемуся в этом человеку (если да, то почему; если нет, то почему)?
5. Считаете ли вы возможным трансплантацию органов от здоровых, но находящихся в экстремальных условиях людей: бездомных, детей, психически больных людей (без родственников и в случае констатации смерти)?

В опросе приняли участие 66 человек. Результаты ответов на вопросы:

- 1- Да - 100%
- 2- Да - 100%
- 3- Да - 29%, нет - 28% , не знаю - 43%
- 4- Да - 46%, нет - 22%, не знаю - 32%.
- 5- Да - 34%, нет - 48%, не знаю - 18%.

На вопрос «Почему да?» были даны следующие ответы:

- Пусть поможет другому человеку сохранить жизнь
- Органы все равно так же пропадут
- Мертвому человеку органы уже не нужны, а так - спасем другого.

На вопрос «Почему нет?» ответы респондентов были практически одинаковы и звучали так: «Я бы хотел, чтобы человек упокоился с миром и никто не трогал его». «Я бы хотел, чтобы мой мёртвый родственник был целый и чтобы у него ничего не вырезали».

Все опрошенные считают трансплантацию органов приемлемой, а трансплантологию - перспективным направлением медицины, способным спасти и продлевать жизни. А также они

готовы сами отдать органы или ткани в случае острой необходимости. Свое мнение они аргументировали тем, что это может спасти другого человека, если не нанесет вред донору.

В заключение следует указать некоторые этические принципы, регулирующие трансплантацию органов и тканей в настоящее время:

1. Органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи.
2. Пересадка от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на изъятие органа становится проявлением любви и сострадания.
3. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого.
4. Наиболее распространенной практикой является изъятие органа у только что скончавшихся людей. Здесь должна быть исключена неясность в определении момента смерти.
5. Морально недопустимо использовать в качестве донора органов наиболее незащищенных и находящихся в экстремальных ситуациях контингентов людей: бездомных, пациентов психиатрических клиник, детей, жителей экономически отсталых стран.

Проблема, как развивать трансплантологию с учетом этико-правовых аспектов и получать максимум полезного результата, остается открытой и требует дальнейших разработок.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Шестакова В.И., Паршукова А.И

Курский государственный медицинский университет

21 век является веком естественного и искусственного интеллекта человека. Именно интеллект обеспечивает успешность человеческой деятельности и является ведущим фактором научно-технического прогресса. Исходя из современного логико- семантического содержания под интеллектом стоит понимать целостность и гармоничность отражательной деятельности мозга, всю совокупность умственных способностей человека. Интеллект опосредует успешность деятельности, выполняемой человеком, от него зависит разумность его поведения и взаимоотношений с окружающими, социальная ценность и социальный статус индивида. Интеллект необходимо рассматривать как интегральную и высокодифференцированную способность к мышлению, как универсальную информационную деятельность мозга. [1] Роль индивида и его достижения в социуме так же во многом коррелируется с уровнем интеллекта. Активная разработка и внедрение в практику тестов для измерения IQ ведется с конца 19 века. [4] На данный момент существует множество вариаций этих тестов: вербальные и невербальные, индивидуальные и групповые, тесты интеллекта для специфических популяций. По результатам этих тестов делаются выводы о популяционном распределении IQ.

Генетические факторы, унаследованные от родителей и есть тот потенциал, который является концептуальной основой развития интеллекта. От этих факторов зависит не только уровень IQ, но и вид интеллекта, к которому индивид будет более склонен. Будь то математический, лингвистический или вербальный -это все предопределяет наша наследственность.[5]

В ходе работы было проведено тестирование 43 студентов 3 курса стоматологического факультета. Все они в течении 30 минут выполняли тест Айзенка №5. На основании полученных данных было выделено следующее распределение: наибольшее количество студентов (88%) имеют уровень интеллекта, который варьирует в пределах от 90 до 110. [8]Среднее значение уровня IQ ровняется 99,9%, что на 0,1% отличается от популяционного показателя. 3 студентов показали результаты в пределах 80-90 баллов, что граничит с легкой степенью умственной отсталости.

На основе этих данных можно сделать вывод, о том, что уровень интеллектуального развития задан генетически и не зависит от образования, поскольку соответствует среднему

популяционному распределению. Но свой вклад в развитие интеллекта так же вносят личные качества индивида- это сила воли, внешние данные, характер и целеустремленность.[6]

Представленные в исследовании данные можно использовать при последующем сравнительном анализе уровня интеллекта студентов медицинских вузов. Дальнейшие исследования в этом направлении могут быть направлены на установление оптимального уровня интеллекта для медицинского персонала, а также на разработку практических методов влияния на формирование уровня интеллекта у студентов медицинских вузов, а также у людей, уже проявившим себя в медицинской сфере.

Список литературы

1. Агафонова И.Н. и др. Методики изучения интеллекта / Агафонова И.Н., Колеченко А.К., Погорелов Г.А., Шеховцова Л.Ф. — Часть 1. — СПб., 2011. — С. 61-67.
2. Анохин П.К. Философский смысл проблемы естественного и искусственного интеллекта // Кибернетика живого: Человек в разных аспектах. — М.: Наука, 2010. — 120 с.
3. Айзенк Г. Новые IQтесты. — М.: Изд-во Эксмо, 2013, — С. 112-113.
4. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ / Дэниел Гоулман; пер. с англ. А. П. Исаевой . — М.: Манн, Иванов и Фербер, 2017. — 560 с.
5. Данкан Д. Где рождается интеллект / Джон Данкан[перевод с англ. Бюро переводов Пароль]. — М.: Карьера Пресс, 2015. — 256 с.
6. Доналдсон М. Интеллектуальная деятельность детей. — М., 2015.
7. Козырев В. И. Социальный интеллект как фактор управления организацией. — Ярославль, 2000, — 300 с.
8. Крамаренко В. Ю. Интеллект человека. Воронеж, 2010 г. — 150 с.
9. Линн Р. Расы. Народы. Интеллект. Кто умнее? / Пер. с англ. М., 2014. — 384 с.
10. Нисбет Р. Что такое интеллект и как его развивать. Роль образования и традиций / Пер. с англ. М., 2013. — 340 с.

Раздел 2. Акушерство и гинекология

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИСХОДОВ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПЛАНОВЫХ И ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Акопян А.А., Алиева Х.Л., Геращенко А.А.

Научный руководитель: Жерновая Н.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В последние годы активно обсуждается проблема родоразрешения путем операции кесарева сечения в связи с увеличением частоты и снижением эффективности операции в отношении репродуктивных потерь, негативным влиянием на репродуктивное здоровье женщин, ятрогенными осложнениями при последующих операциях. ОКС во всем мире является наиболее частой родоразрешающей операцией. Статистика показывает, что к 2014 году частота выполнения операции кесарева сечения достигла 26,4%. В Ставропольском крае в 2016 году эта цифра составила 26% [3]. В сравнении с родоразрешением через естественные родовые пути, риск развития осложнений у матери при абдоминальном родоразрешении возрастает в 10-26 раз. При экстренной ОКС существует высокий риск развития инфекционных осложнений, ведь отсутствует необходимое время для предоперационной подготовки, многие пациентки поступают недообследованными в амбулаторных условиях. Однако, запланированное и плановое ОКС имеют определенный риск – разрыв матки по рубцу после предыдущей ОКС (миомэктомии), функционально узкий таз и другие [1].

Цель: поиск резервов для снижения частоты абдоминального родоразрешения и его осложнений, провести сравнительный анализ исходов для матери и плода.

Материалы и методы: на базе акушерского стационара 3 уровня (СККПЦ) нами был выполнен ретроспективный анализ течения беременности и родов методом случайной выборки у 210 женщин, в дальнейшем родоразрешенных оперативно; проанализированы истории развития их новорожденных. В процессе исследования были выделены 2 группы: родоразрешенные путем планового и экстренного ОКС. Сравнение показателей проводилось при помощи критерия достоверности Стьюдента. В 2018 году в СККПЦ было родоразрешено 3298 беременных, из них : 1516 – путем ОКС, что составило 45,9% . Экстренных ОКС было произведено 429 – 29% к общему числу операций, плановых ОКС – 1087, что составило 71% от общего количества оперативных родоразрешений.

Частота экстренных ОКС к общему числу родов составила 13%, частота плановых ОКС – 32,9%.

Результаты: нами было исследовано 210 историй родов – 105-и женщин, родоразрешенных путем плановой ОКС и столько же – путем экстренной ОКС. Обращает на себя внимание крайне отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез всех оперированных в обеих группах. Нарушения менструального цикла чаще наблюдались в группе родоразрешенных путем экстренной ОКС, бесплодие чаще встречалось среди пациенток группы плановой ОКС. В обеих группах у каждой третьей пациентки в анамнезе было искусственное прерывание беременности, у каждой пятой – воспалительные заболевания органов малого таза. Достоверно чаще при плановых ОКС пациентки были с оперированной маткой (42,9%), чем при экстренных ОКС (11,4%). У родоразрешенных в плановом порядке, беременность чаще протекала на фоне угрозы прерывания, хотя угроза преждевременных родов чаще встречалась у тех, кто был родоразрешен экстренно. Показаниями к плановой ОКС чаще служили несостоятельный рубец на матке после предыдущей ОКС (а так же 2 случая – после лапароскопической

миомэктомии), тазовые предлежания плода, анатомически узкий таз II ст., отягощенный акушерский анамнез, экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг. Преждевременное излитие околоплодных вод и аномалии родовой деятельности, отсутствие эффекта от родовозбуждения чаще явились показаниями к экстренной ОКС – в 36% случаев. Однако, реже как показание встречался несостоятельный рубец на матке после ОКС ($p < 0,05$). Родоразрешение в экстренном порядке при недоношенном плоде наблюдалось в 2,5 раза чаще, чем в плановом. ($p < 0,05$). При экстренных ОКС в 10 раз чаще встречалась патологическая кровопотеря при операции, в том числе и в 1 случае она составила 4 литра. Виды расширения оперативного вмешательства существенно не различались в обеих исследуемых группах. Хронический эндометрит в послеоперационном периоде в 2,5 раза реже возникал при плановой ОКС, чем при экстренной. Послеоперационные кровотечения возникали чаще после проведенной экстренной ОКС. Случаев ранения соседних органов описано не было. Заболеваемость новорожденных при экстренной ОКС была значительно выше, недоношенность встречалась в 2,5 раза больше, частота врожденных пороков и внутриутробной инфекции превышала таковую при плановых ОКС; диагноз «крупный плод» выставлялся новорожденным, родившимся при плановой ОКС чаще, чем при экстренной.

Выводы: 1) частота оперативного абдоминального родоразрешения по данным СККПЦ в 2018 году возросла до 45,9% (в 2017 году – 43%). Плановых ОКС произведено в 2,5 раза больше, чем экстренных (71 % и 29 % соответственно). 2) наиболее частые показания для плановых ОКС: несостоятельный рубец на оперированной ранее матке, тазовые предлежания плода, ОАГА, тяжелые ЭГЗ. Наиболее частыми показаниями для экстренных ОКС явились: аномалии родовой деятельности, ФУТ, рубец на матке, острая внутриутробная гипоксия. 3) частота патологической кровопотери при экстренных ОКС достоверно выше в 10 раз, чем при плановых ОКС. 4) частота послеоперационных гнойно-септических осложнений невысока в обеих группах, но в 2 раза больше в группе родильниц с экстренной ОКС. 5) заболеваемость новорожденных достоверно выше среди экстренно родоразрешенных. Резервами для снижения экстренной ОКС могут быть: прегравидарная подготовка (тщательная оценка толщины и состояния рубца на матке после предыдущей ОКС/миомэктомии, санация очагов инфицирования во время беременности), на этапе женской консультации – ранняя постановка на учет и систематическое наблюдение, тщательный подход к индуцированию родов, исключение полипрагмазии и акушерской агрессии.

Список литературы

1. Жуковский, Я.Г. Кесарево сечение в XXI веке: новые ответы / В.Е. Радзинский / Status praesens. – 2012. - № 7 – С. 32 – 38.
2. Радзинский В.Е. Пути преодоления высокой частоты абдоминального родоразрешения/ Акушерская агрессия v. 2.0 – 2017 – С. 585 – 598.
3. Радзинский В.Е. Возможности прегравидарной подготовки/ Беременность ранних сроков – 2018 – С.647 – 681.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Ахмедова М.Б., Гетажеева А.А.

Научный руководитель: Нехаева О.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель работы – определить частоту встречаемости различных видов опухолей в зависимости от гистологической картины и изучить клинические особенности у пациенток с опухолями яичников в ГО ПЦ.

Задачи исследования:

1. Изучить эффективность основных методов диагностики при выявлении опухолей яичников
2. Изучить данные гистологических заключений.
3. Изучить, какие объемы операций были проведены пациенткам в зависимости от вида опухоли

В настоящее время опухоли яичников являются широко распространенными заболеваниями, нарушающими у женщин менструальную и генеративную функции и часто сопровождающимися ухудшением самочувствия, снижением трудоспособности и наличием ряда сопутствующих гинекологических заболеваний. В то же время на ранних стадиях указанные патологические процессы могут протекать бессимптомно и пациентки не предъявляют жалоб.

В связи с этим разработка методов диагностики патологического процесса на ранней стадии его развития является одной из важнейших задач гинекологии. Большое значение имеет разработка высокоинформативных методов определения опухолей яичников, ранняя диагностика, а также контроль за течением послеоперационного периода

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй гинекологических больных с диагнозом «опухоль яичников» за 2018 год

Наиболее информативными методами при диагностике опухолей яичников по данным нашего исследования являются УЗИ и определение уровня СА125.

По данным гистологических заключений наиболее часто встречаются серозные опухоли, на втором месте эндометриоидные, далее идут тератомы, лютеиновые кисты, муцинозные и фибромы.

Среди операций, проведенных пациенткам при серозных, эндометриоидных опухолях и тератомах чаще всего встречалась цистэктомия, несколько реже проводилась гистерэктомия с придатками и аднексэктомия. При фибромах и муцинозных опухолях в большинстве случаев проводилась аднексэктомия, при лютеиновых кистах в 100% случаев проводилась операция в объеме цистэктомии.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Баранников С.В., Цыдендамбаева С.З., Губерштро Я.Е.

*Амурская государственная медицинская академия
Отделение патологии беременных ГАУЗ АО «БГРД»*

Угрожающие преждевременные роды являются важной медико-социальной проблемой, так как значительно увеличивает риск возникновения акушерских осложнений, неблагоприятно влияет на здоровье и развитие новорожденного [1].

Частота преждевременных родов за последнее десятилетие не снижается и составляет 5–10 % от всех желанных беременностей. Это объясняется тем, что во многом

в развитых странах происходит широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий, сопряженных с повышенным риском невынашивания беременности [3, 4].

Поэтому оценка факторов риска является ключевым моментом в профилактике ПР, тем самым позволяя избежать серьезных осложнений.

Материалы и методы: Было проведено ретроспективное исследование 25 историй беременных отделения патологии беременных ГАУЗ АО «БГРД» за 2018 год, с диагнозом угрожающие преждевременные роды, установленным в соответствии с критериями Федеральных клинических рекомендаций (протокола) «Преждевременные роды». Всем женщинам была проведена оценка экстрагенитальной патологии и акушерско-гинекологического анамнеза путем анкетирования с учетом данных разработочных карты беременных. Пациентки были сопоставимы по возрасту, паритету родов и отягощенный акушерский анамнез.

Результаты и обсуждение: Наиболее часто угрожающие преждевременные роды наблюдались у женщин средний возраст которой составил 28 ± 1 год.

Одним из факторов риска ПР принято считать возраст старше 34 лет, это связано с тем, что женщины данной категории более подвержены экстрагенитальными заболеваниями, которые негативно сказываются на беременности, а также с возрастом происходит снижением репродуктивной функции [2]. На долю пациенток старше 34 лет приходится – всего лишь 24% от общего числа исследуемых женщин. Исходя из этого основную категорию женщин с ПР составляют беременные с оптимальным репродуктивным возрастом, что не совсем соответствует с результатом исследования работы. Возможно это связано с недостаточность проанализированной выборки.

При анализе паритета женщин с ПР было установлено, что первородящих женщин составило 44% из них 81% были первобеременные и 56%-повторнородящие, таким образом, у повторнородящих данный показатель выше на 12%, во много это объясняется тем, что у данной группы беременных, предыдущие роды были завершены либо индуцированными преждевременными родами или медицинским абортom. По данным литературы наличие в анамнезе одних преждевременных родов увеличивает риск в 4 раза, двух преждевременных родов – в 6 раз.

Число пациенток с отягощенным акушерским анамнезом составило 72% от общего числа исследуемых, на их долю приходится: мочеполовые инфекции в анамнезе - 36%, абортom- 27,7%, несостоявшийся выкидыш- 28% , кровотечение-22,3%. Большинство пациенток с данной группой риска, имели в анамнезе ИЦН- 28%. Крайне редко ИЦН является первичной. Чаще всего причина данной патологии является травма, которая может быть получена в момент расширения шейки матки, при абортom, после диагностических выскабливаний и.т.д. При травматизации образуется рубец, это и становится причиной недостаточности. Таким образом, наши данные исследования подтверждаются данными мировой литературы.

Так же нами были проанализированы пациентки с многоводием - что составило 24%. По данным мировой литературы наличие в анамнезе многоводие у беременных , приводит к тому, что роды происходят раньше срока, это связано с тем, что переизбыток амниотической жидкости приводит к перерастяжению и расслаблению мышц матки и приводит к аномальным схваткам, тем самым способствуя к ПР. Основными причинами данного заболевания принято считать ГСД, что по результатам нашего исследования составило 20% всех женщин с Многоводием, а также инфекционные заболевания и наличие резус-конфликта матери и ребенка. [5, 6]

Выводы: На основании полученных данных были сделаны следующие вывод о том, что наиболее часто встречающимися факторами риска способствующие к формированию угрожающим преждевременным родам у беременных ГАУЗ АО «БГРД» за 2018 г являются: на первом месте беременные с отягощенный акушерско-гинекологический

анамнез, что составило 72% от общего числа исследованных. На втором месте мочеполовые инфекции- 36%. На третьем месте - ИЦН 28%. На четвертом месте- многоводие - 24%.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Белаш Е.А., Григорова А.К.

Научные руководители: Нежданов И.Г., Лиманская Н.Г.
Ставропольский государственный медицинский университет

В структуре причин младенческой смертности на 1 место выходят болезни перинатального периода. 2 место занимает ВПР (управляемый показатель), поэтому на него можно воздействовать для снижения показателей материнской смертности. Целью нашей работы являлось перспективное снижение доли ВПР и ХА в структуре причин материнской и младенческой смертности. Перед нами стояли задачи: 1. Оценить эффективность первого пренатального скрининга; 2. Оценить (динамически) «охват» беременных программами пренатальной. 3. Оценить качество выполненной пренатальной. 4. Выявить возможные (учитывая структуру причин младенческой смертности) дефекты проведения пренатальной диагностики.

Материалы и методы: в ходе работы было проанализировано 183 истории болезни детей рождённых с ВПР НА базах «СККПЦ 1», «СККПЦ», « БСМП г. Ставрополь». В целях обработки полученных статистических данных была разработана анкета:

1. ФИО,
2. Где и с какого срока беременная стояла на учете,
3. Адрес проживания,
4. Диагноз,
5. Обследования, которые проводились у данной пациентки,
6. Заключение КЭК (если есть),
7. Исход беременности.

Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «BioStat». Результаты считали достоверными при $p < 0,05$. Обсуждение темы: в 2018 году на учет в женскую консультацию по беременности стали 27 982 женщины. 22 155 беременных сделали это до 14 недель беременности, а в 2017 года до 14 недель беременности на учет встало 29117 беременных женщин. 5827 беременных женщин сделали это в более поздние сроки. Из 22155 беременных, которые стали на учет до 14 недель беременности по принципам ранней пренатальной диагностики были обследованы 17 901 беременная(61 %), а в 2018 году обследование прошли 18 346 беременных женщин(66 %). Таким образом, охват беременных программой раннего пренатального скрининга увеличился на 5 %.Из числа всех беременных женщин взятых на учет в женскую консультацию а это 27 982, в группу высоко риска по данным ранней пренатальной диагностики было отнесено 317 человек(1 %). Что находится в пределах допустимых значений согласно данным аудита за 2018 год. (1%-2%).В группе высокого риска на инвазивные процедуры было направлены все женщины отнесенные к данной группе. Однако обследование прошли только 293 беременные(92 %), и 24 беременные от проведения инвазивных процедур отказались (8 %). В группе риска были проведены следующие процедуры: биопсия ворсин хориона - 64%; плацентоцентез - 26%; амниоцентез - 10%; кордоцентез - 0%.Эффективность пренатальной диагностики, в 2018

году составила 26 %, показатель находится в пределах допустимых значений (>15%). Имеется отрицательная динамика: 2016 год -35%; 2017 год-28%, что заслуживает анализа и исправления. В первом триместре беременности диагностировано 0,5 %(127) ВПР от общего количества женщин, прошедших обследование по пренатальной диагностике нарушений развития на экспертном уровне в сроке 11-14 недель (18346); данный показатель находится в пределах должных значений (0,25%-0,5%). Диагностировано ХА плода 0,4% (77 случаев ХА) из всех обследованных в 1-м триместре, показатель в допустимых пределах (0,25%-0,5%). Наметилась положительная динамика в частоте выявления ВПР: в 2016 г. в возрасте до 1 года от ВПР умерло 43 ребенка, из них 34 (79%) не были обследованы по принципам пренатальной диагностики. В 2017 г. умерло 38 детей, из них 33 (75%) случая не были обследованы по принципам пренатальной диагностики. От ВПР в возрасте до 1 года за 2018 г. умерло 29 детей, из них 11 случаев (37%) не были обследованы по принципам пренатальной диагностики. Несмотря на некоторое снижение количества умерших от ВПР детей, обращает на себя внимание следующее - всего с ВПР различной категории сложности родилось 183 ребенка; более половины (55 (58%)) из этих детей не были обследованы по принципам пренатальной диагностики. Из 183 детей роившихся с ВПР различной сложности умерло 28 (15%) детей. У 16 (57%) ВПР был не диагностирован или поздно выявлен, 11(39%) не были обследованы по принципам пренатальной диагностики. В 7 случаях наблюдалась антенатальная гибель плода, из них в 66 % ВПР был «пропущен» или поздно выявлен. В 155 случаях новорожденные имели ВПР различной категории сложности, но остались живыми; при анализе историй болезни этих детей в 71 (46 %) случаях диагноз не выставлялся пренатально или был выставлен поздно. Несмотря на увеличение количества детей с выявленными пренатально ВПР в 2018г, в крае количество родившихся с ХА детей по прежнему остается большим (26 случаев): 21 ребенок - с синдромом Дауна, с трисомией по 13 паре хромосом - 1 ребенок, с трисомией по 18 паре хромосом - 1 ребенок, другие ХА - 3 ребенка). 18 женщинам скрининг 1 триместра беременности не выполнялся (ВПР в 69% «пропущен»). У 8 женщин скрининг первого триместра беременности выполнялся, но было «пропущено» 4 случая рождения детей с ХА(16%), (3 из которых с синдромом Дауна и 1 с синдромом Патау). В 2-х случаях (9%) при проведении пренатальной диагностики у плодов были выявлены ХА, но от прерывания беременности они отказались, что увеличило количество детей, рождённых с ХА. Проводя анализ условий в которых проводилось обследование по принципам ранней пренатальной диагностики, и подсчитывая количество пропущенных ВПР плода и ХА мы пришли к следующему: у 38 беременных женщин проходивших обследование в частных кабинетах УЗИ Ставропольского края, ВПР плод пропущен, и это количество значительно высокое. А 6 женщин проходили обследование в условия ПЦ где так же были пропущены ВПР плода, что по сравнению с диагностикой в частных кабинета значительно ниже.

Выводы:

1. Охват беременных пренатальным скринингом динамически увеличивается.
2. Эффективность проводимого в СК пренатального скрининга динамически снижается.
3. Качество выполнения пренатальной диагностики страдает, в основном, в звене коммерческой медицины.

Список литературы

1. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития в ранние сроки беременности. Медведев М. В., 2009 г.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Белякова О.В.

Научный руководитель: Щетинина Ю.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Рак шейки матки долгое время остается важнейшей проблемой онкологии, занимающее третье место среди онкологических заболеваний. Несмотря на успехи в онкологии, принцип - болезнь легче предупредить, чем лечить, справедлив в отношении рака шейки матки.

В настоящее время рак шейки матки занимает третье место среди онкологических заболеваний. По данным ВОЗ ежегодно регистрируется около 500 тысяч случаев новых заболеваний. В связи с этим консервативная терапия и профилактика рака шейки матки является актуальной.

Цель исследования. Определить влияние Аллокин-альфа на профилактику рака шейки матки.

Материалы и методы. На базе клиники ОрГМУ проведено исследование и лечение 65 пациенток с вирусом папилломы человека. Проводились общегинекологические исследования, кольпоскопия, анализ крови на вирус папилломы человека.

Результаты исследования. Все пациентки были сопоставлены по клинико-анамнестическим параметрам. У всех пациенток имелись признаки ВПЧ-инфекции, подтвержденные ПЦР-анализом. Вирусная нагрузка от 10^3 до 10^8 . При расширенной кольпоскопии изменения, характерные для папилломавирусной инфекции, были выявлены у 65 пациенток (100 %), причём у 20 (31 %) имеются признаки дисплазии слабой степени, а у 4 (7%) – дисплазии умеренной степени. Воспалительный тип мазка отмечен у 45(70%). Все пациентки получали Аллоферон 1 мг, через день №6, подкожно. Вирусная нагрузка оценивалась через 6 месяцев после лечения, у 74% - отсутствует вирус папилломы человека (ВПЧ), у 16% снижение вирусной нагрузки до 10^3 , у 10% - до 10^4 . По расширенной кольпоскопии признаки папилломавирусной инфекции выявлены 6%.

Выводы. Благодаря препарату «Аллокин-альфа» в организме увеличивается выработка интерферона, укрепляющего иммунную систему и помогающего вести борьбу с инфекцией.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС, В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бойченко М.С., Жилина А.С., Мартыненко М.В.

Научный руководитель: Фомина И.В.

Тюменский государственный медицинский университет

В настоящее время под клиническим бесплодием понимают состояние, при котором у супружеской пары, живущей регулярной половой жизнью, без применения контрацепции и желающей иметь ребенка, в течение одного года не наступает беременность. В России частота бесплодных браков среди супругов репродуктивного возраста достигает 17,5%, и имеет стойкую тенденцию к увеличению [1]. При этом Всемирная организация здравоохранения утверждает, что, если в стране частота бесплодия превышает 15 %, это становится не только медицинской, но и социально-демографической проблемой. А в некоторых регионах страны этот показатель достигает

20,3% [2]. Это связано со многими причинами, частично с увеличением возраста, в котором супруги впервые планируют вынашивать беременность [3], и зачастую длительно используют гормональную контрацепцию, не подозревая о наличии бесплодия [4]. Общее число проводимых в России циклов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) растет, и в 2011 г. по общему количеству выполненных циклов ВРТ Российская Федерация заняла III место среди европейских стран [5].

Цель: изучить результаты выполнения программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в Тюменской области за 2017 год.

Материалы и методы. Было проведено сплошное ретроспективное исследование в отделении планирования семьи ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень всех программ ВРТ, проводимых за счет средств ТФОМС, а также исходов всех беременностей, наступивших по этим программам. Исследование проведено по программам выполненным за период февраль-декабрь 2017 года, соответственно беременные, родоразрешенные в 2018 году. Всего проанализировано 786 программ ВРТ. Материалом исследования послужила медицинская карта пациентов, обратившихся в отделение планирования семьи и истории родов женщин, родоразрешенных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень. Критерии включения: программа ВРТ, выполненная бесплодной паре, направленной отделением планирования семьи за счет средств ТФОМС в 2017 году. Критерии исключения: программа ВРТ, выполняемая за счет собственных средств бесплодной пары. Статистическая обработка материала проведена с помощью программы Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждения. В исследование были включены 786 пациенток в возрасте от 26 до 47 лет после проведения вспомогательных репродуктивных технологий. Основную массу среди программ ВРТ составили: ЭКО+ИКСИ – 726 случай (92,3 %), ЭКО лишь в 60 случаях (7,6 %).

Из 786 пациенток, обратившихся на льготное лечение бесплодия, подтвержденная беременность зарегистрирована в 292 случаях (37,2% от количества выполненных программ). Всего среди пациенток программы ЭКО и ЭКО+ИКСИ беременность завершилась родами у 225 женщин, что составило 28,6% от количества выполненных программ. Среди них 183 женщины (23,2% от количества выполненных программ, 62,6% от общего числа беременностей, 81,3% от количества родов) родоразрешились на базе ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г.Тюмень), а 42 женщины (5,3% от количества выполненных программ, 14,3% от общего количества беременностей, 18,6% от количества родов) родоразрешились в других родовспомогательных учреждениях ТО.

У 34 женщин (4,3% от количества выполненных программ, 11,6% от общего числа беременностей) беременность прервалась (самопроизвольный аборт, пузырный занос, внематочная беременность). У оставшихся 11,4% (от общего числа беременностей) беременность была подтверждена лишь биохимически.

Среди пациенток с возникшей беременностью после ЭКО и ЭКО+ИКСИ одноплодная беременность наблюдалась у 74,2%, а многоплодная беременность 25,8%.

Родоразрешение было выполнено путем кесарева сечения у 62,5%, родоразрешение через естественные родовые пути – 37,5%.

Полученные нами данные согласуются с литературными о преобладании в настоящее время в программах ВРТ процедур ЭКО+ИКСИ. В нашем исследовании этот показатель составил 92,3%.

Эффективность программ ВРТ без учетов вида используемой программы составила в количестве наступивших беременностей 37,2% (292), при этом завершилось родами и рождением живых детей 28,6% (225) из этих беременностей, что согласуется с общемировыми данными о показателях эффективности программ ВРТ. Полученные данные об эффективности программ ВРТ в Тюменской области, выполняемых за счет

средств ОМС, согласуются с общемировыми данными о показателях эффективности программ ВРТ.

Выводы. Таким образом, полученные данные об эффективности программ ВРТ, выполненных в Тюменской области за счет средств ОМС, согласуются с общемировыми. Так, эффективность ВРТ, выраженная в проценте наступления беременностей в результате выполнения программ ЭКО и ЭКО+ИКСИ, составляет 37,2%, родами и рождением живых детей завершилось 28,6% среди всех выполненных программ ВРТ или 77% от числа наступивших беременностей.

Список литературы

1. Паскарь С.С., Боярский К.Ю. Эпидемиологические аспекты бесплодного брака (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2017. Т. 23. № 5. С. 23-26.
2. Устинова Т.А., Артымук Н.В., Власова В.В., Пыжок А.Я. Бесплодие в Кемеровской области // Мать и дитя в Кузбассе. 2010;1
3. Фаррахова К.Л., Фомина И.В. Первые роды после 35 лет: анамнез, течение беременности и родоразрешение // Молодежный инновационный вестник, Воронеж, 2018.– Т. 7. – №1. – С. 117-118.
4. Полякова В.А., Бышевский А.Ш., Карпова И.А., Фомина И.В. и др. Изменения гемостаза у женщин на фоне гормональной контрацепции в зависимости от состава, пути и длительности введения // Медицинская наука и образование Урала. 2011. Т. 12. № 3-2 (67). С. 18-21.
5. Джамалудинова А. Ф., Гонян М. М. Репродуктивное здоровье населения России // Молодой ученый. — 2017. — №14.2. — С. 10-13.

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

Ватаманюк Г. В., Луговская А. А., Лукашенко А. В.

Научный руководитель: Шевлюкова Т. П.

Тюменский государственный медицинский университет

На данный момент ВИЧ-инфекция является чумой 20 века, которая охватывает все возрастные слои населения. Скворцова В. - глава Минздрава прогнозирует, увеличение количества ВИЧ – инфицированных людей к 2020 году в два с половиной раза, и эпидемия выйдет из-под контроля [7], что создает глобальную угрозу для демографического и экономического развития страны. В ряде многопрофильных организаций увеличение масштабов распространения ВИЧ-инфекции уже именуют эпидемией.

Значимой проблемой является повышение вероятности вертикального инфицирования ВИЧ. По данным Федерального центра по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями увеличивается количество детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Установлено, что у ВИЧ-инфицированных женщин чаще встречаются инфекции половых путей, такие как *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, а также оппортунистическая инфекция-генитальный герпес, который имеет тератогенный эффект, особенно выраженный при заражении вирусом в III триместре[4].

Опасность также представляет возможное заражение инфекцией новорожденных, поэтому в качестве профилактических методов важна ранняя диагностика ВИЧ-инфекции и химиопрофилактика антиретровирусными препаратами, а также отказ от грудного

вскармливания матерью. Это объясняется путями передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку: интранатально, внутриутробно либо же при грудном вскармливании. Применение всех трех этапов химиопрофилактики с отказом от грудного вскармливания по результатам[5], является наиболее эффективным методом профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.

У беременных женщин, инфицированных ВИЧ чаще могут происходить преждевременные роды, согласно отчетам, в два раза чаще, чем у неинфицированных.

Также необходимо учитывать возможность развития ко-инфекций, например, ВИЧ-ассоциированного туберкулеза беременных, не менее опасного. Неблагоприятному течению ко-инфекции способствует несвоевременное начало антиретровирусной терапии, а также нерегулярный прием противотуберкулезной терапии на фоне беременности [1].

Целью исследования было изучить эпидемиологическую ситуацию ВИЧ-инфицированных беременных по данным ГБУЗ ТО «Родильный дом №2» г. Тюмени.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ истории родов ВИЧ-инфицированных рожениц за 2018 год в ГБУЗ ТО «Родильный дом №2» г. Тюмени.

Результаты и обсуждение. Всего обследованных на антитела к ВИЧ за 2018 год в Родильном доме №2 – 7800 беременных. Общее количество ВИЧ - инфицированных женщин, имевших беременность и завершившиеся родами за 2018 год - насчитывается 101 случаев, что составляет от общего количества обследованных на антитела к ВИЧ – инфекции - 1,25%, из них было выявлено в условиях стационара 12 (11,88%) беременных. Химиопрофилактика (ХП) проводилась 112 ВИЧ – положительным роженицам (98,2%), из них у 9 беременных (8,0%) – одноэтапная ХП (т.е. только в родах) ; трехэтапная ХП – у 105 пар мать - ребенок (93,75%). Также, 102 (91,08%) новорожденным от ВИЧ-позитивных матерей проводилась ХП. Десяти новорожденным (8,92%) ХП не проводилась по личному желанию матери. Количество живых детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями за 2018 год – 100, мертворожденных – 2. Тогда как на 2004–2013 гг. было установлено около 43% новых случаев инфицирования ВИЧ среди женщин детородного возраста [2], а также около 1,3 % среди девушек-подростков [6]. Согласно статистическим данным, наблюдается рост числа ВИЧ-инфицированных беременных, что фиксируется и в других исследованиях [3], и ежегодный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста определяет чрезвычайную актуальность профилактики, а также раннего выявления ВИЧ-инфицирования[4].

Выводы. Не выявляется различия между частотой самопроизвольных выкидышей в сравнении с ВИЧ-неинфицированными женщинами – вне зависимости от сроков беременности.

Применение одного из видов химиопрофилактики либо их комбинация, а также рациональное ведение беременности и родов ВИЧ-инфицированных пациенток вместе с отказом вскармливания грудью снижают вертикальный путь передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку.

Список литературы

1. Адеева О.О. Течение беременности на фоне ВИЧ-ассоциированной туберкулезной инфекции / О. О. Адеева, Н. С. Самсонов, Т. П. Шевлюкова, А. В. Козлова // Университетская медицина Урала. – 2018. - № 3. – С. 3-5.
2. Падруль М. М. ВИЧ-инфекция как медико-социальная проблема современной акушерско-гинекологической практики / М. М. Падруль, А. А. Олина, Г. К. Садыкова, Э. С. Иванова//Вестник уральской медицинской академической науки. – 2013. - № 3. – С. 33-36.
3. Пирогова И. А. ВИЧ-инфекция у беременных / И. А. Пирогова // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2018. – Т. 2. - № 2. – С. 57-61.

4. Савельева Г.М., Акушерство [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1088 с.
5. Шахматова Н. Н. Анализ эффективности мероприятий, направленных на профилактику вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции / Н. Н. Шахматова, Г. Д. Галиева, Т. П. Шевлюкова // Сб. научн. тр. / Молодежь, наука, Медицина. – 2017. – С. 372-374.
6. Шевлюкова Т. П. Репродуктивное здоровье в подростковом возрасте / Т. П. Шевлюкова, Н. В. Фольц, В. В. Хасанова, Д. И. Боечко//Смоленский медицинский альманах. – 2017. - № 4. – С. 59.
7. Эпидемия ВИЧ - инфекции в России может выйти из - под контроля в 2020 году, если не увеличить охват лечения [Электронный ресурс]: офиц. сайт. – Режим доступа: <http://echo.msk.ru>

АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ И ГЛУТАТИОНПЕРОКСИДАЗЫ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТОНОГЕСТРЕЛА

Вишнякова М.С., Карюкина М.С.

Научные руководители: Карпова И.А., Глушков В.С.

Тюменский государственный медицинский университет

Этоногестрел, как и все прогестины, усиливает перекисное окисление липидов (ПОЛ), тем самым повреждает клеточные мембраны, вызывая оксидативный стресс, который лежит в основе таких заболеваний, как сахарный диабет, атеросклероз, артериальная гипертензия, болезнь Альцгеймера[5]. ПОЛ регулируется с помощью антиоксидантов, таких как каталаза, супероксиддисмутаза и глутатионпероксидаза[1]. При этом данный контрацептив обладает более высокой биологической активностью по сравнению с прогестероном[4]. Изменение активности свободнорадикального окисления в плазме на протяжении менструального цикла связано с изменениями концентраций половых гормонов. При пролонгированном поступлении этоногестрела в организм женщины наблюдается снижение как пиковых, так и базовых уровней ФСГ и ЛГ, эстрадиола[3]. Изучение антиоксидантного статуса и поиск способов коррекции выявленных изменений на фоне применения прогестинов у женщин позволит предотвратить многие побочные эффекты и осложнения гормональной контрацепции, а возможно и усилить их лечебные свойства. Целью работы является изучение изменения активности ферментов глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы в эритроцитах у женщин на фоне подкожного использования 60 мкг этоногестрела в сутки.

Материал и методы: Обследованы женщины, применяющие 60 мкг этоногестрела подкожно в сутки с целью контрацепции в течение 3 месяцев в возрасте 44 ± 4 лет ($n=30$). Контрольная группа женщин (возраст 45 ± 4 лет, $n=30$) не использовала контрацепцию, забор крови осуществлялся с 21 по 24 день цикла (фаза расцвета желтого тела – период максимального синтеза половых стероидов). Активность глутатионтрансферазы (Г-С-Т) определяли добавлением 1,2 мл глутатиона к гемолизированной дистиллированной водой в соотношении 1:10 взвеси эритроцитов. Реакцию инициировали добавлением к смеси 1,2 мл раствора хлординитробензола. В контрольную пробу вносили вместо биологического материала дистиллированную воду. Затем проводили спектрофотометрию при длине волны 340 нм против воды сразу же после перемешивания содержимого кюветы и спустя 3 минуты. Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли, приливая к 0,5 мл отмытых эритроцитов натрий-фосфатный буфер. Добавляли 5 мл дистиллированной воды

и ставили в ледяную баню до полного гемолиза. После 1,5 мл гемолизата переносили в пробирки для центрифугирования и добавляли 0,5 мл смеси этанол-хлороформа (3:5), ставили в холодильник на 10 минут. Центрифугировали при 3000g в течение 7 минут. В пробирку добавляли смесь рибофлавин-нитратетразоля-ТЭМЭД. Содержимое пробирок тщательно перемешивали и устанавливали на расстоянии 20 см от лампы дневного света на 5 минут. Добавляли по 1 мл 1% раствора цианида калия. На спектрофотометре измеряли данные при длине волны 440 нм против воды. Вычислялась средняя арифметическая величина (М), а также ошибка среднего (m). Достоверность различий считали истинной при $p < 0,05$. Критерий значимости Стьюдента (t) применялся для подтверждения статистически достоверных различий между двумя средними величинами.

Результаты и обсуждение: Активность СОД достоверно не отличалась в контрольной и опытной группах соответственно $31,62 \pm 6,41$ и $29,38 \pm 5,21$ (% торможения). Выявлено снижение активности фермента Г-S-T у использующих этоноргестрел - 198 ± 57 по сравнению с контрольной группой - 444 ± 74 (мкмоль/мин $\times$ мгHb). Снижение активности ферментативного звена антиоксидантной системы можно объяснить их потреблением в результате нейтрализации активных форм кислорода при активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) мембран. В результатах исследования Карповой И.А. и соавт. также было выявлено снижение активности антиоксидантной системы у женщин, применяющих этоноргестрел в течение 3 месяцев[2].

Выводы: У женщин, применяющих этоноргестрел подкожно 60 мкг в сутки, снижается активность ферментативного звена антиоксидантной системы крови, а именно – глутатионтрансферазы, что может свидетельствовать о повышении активности свободнорадикальных процессов. Активность супероксиддисмутазы имела тенденцию к снижению, но достоверно не изменилась.

Список литературы

1. Калинина Е.В. Роль глутатиона, глутатонтрансферазы и глутаредоксина в регуляции редокс-зависимых процессов./Е.В. Калинина, Н.Н.Чернов, М.Д. Новичкова//Успехи биологической химии. – 2014. Т.54. – С.299-384.
2. Карпова И.А. Коррекция оксидативного стресса и гемокоагуляционных сдвигов у женщин на фоне использования гормональной релизинг-системы с целью контрацепции. / И. А. Карпова, В.А. Полякова, А.М. Чернова, Е.А. Винокурова, Т.Н. Хвощина, А.В. Аксентьева, Н.В. Коновалова, Т.П. Шевлюкова, В.А. Платицын // Медицинская наука и образование Урала. – 2015. №3. – С. 23-28.
3. Карпова И.А. Связаны ли гемостатические сдвиги у женщин на фоне приема этинилэстрадиола и дроспиренона с интенсивностью процессов липидпероксидации мембран? / Карпова И.А., Полякова В.А., Фомина И.В., Винокурова Е.А., Платицын В.А. Багиров Р.Н. // Медицинская наука и образование Урала. – 2017. Т.18.- №4 (92). – С. 28-32.
4. Полякова В.А. Интенсивность процессов свободнорадикального окисления мембран и антиоксидантный статус у женщин на фоне антипрогестинов и простагландинов./ В.А.Полякова, Т. П.Шевлюкова, И. А. Карпова, Е. А. Спирина, Н. В. Григорьева, Ю. А.Иванова // Медицинская наука и образование Урала. –2019. –№ 3. – С. - 68-71.
5. Хащенко, Е. П. Механизмы влияния прогестерона и его производных на центральную нервную систему / Е.П. Хащенко, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2014. - В.5. - С. 68-71.

ТЕРАПИЯ ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОМБИНИРОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Волкова В.И., Кузнецов М.В., Панина К.А.

Научный руководитель: Махалова Г.О.

Оренбургский государственный медицинский университет

Вагинит (кольпит) остается наиболее распространенным инфекционно-воспалительным заболеванием женщин репродуктивного возраста. По статистике, каждая 3-я женщина страдает данным заболеванием, часто не подозревая об этом.

Цель работы: оценить протоколы клинико-лабораторного обследования пациенток при местном применении препарата «Клиндацин б пролонг» с антибактериальным и противогрибковым действием, обладающего фунгицидной активностью в отношении грибов и некоторых грамположительных бактерий, а также это бактериостатический антибиотик из группы линкозамидов, обладает широким спектром действия, подавляет синтез белка в микробной клетке.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 100 небеременных женщин в возрасте от 18 лет до 50, из которых 30- имели клинические и лабораторные признаки острого вагинита. Препарат «Клиндацин б пролонг» назначался интравагинально по 1 аппликатору 1 раз в день на ночь в течение 3 дней. Протоколом исследования были определены сроки клинико-лабораторного обследования женщин через месяц после окончания терапии. Критериями эффективности терапии было отсутствие жалоб, разрешение клинических симптомов, отсутствие лабораторных признаков вагинита, увеличение количества лактобактерий и снижение количества условно – патогенной микрофлоры.

Результаты и обсуждения. Протоколом исследования явились сроки клинического и лабораторного обследования женщин через месяц после прекращения приема препарата. Изучены критерии эффективности препарата в лечении вагинитов. Все пациентки при первичном обращении предъявляли жалобы на патологические выделения, кроме того 25 (83,3%) женщин отмечали зуд, жжение, боль в области гениталий различной степени выраженности, 3 (10,0%) – дискомфорт при мочеиспускании, 2 (6,6%) – неприятные болезненные ощущения при половом акте. По результатам комплексного обследования, у всех женщин были выявлены признаки воспаления и выраженный дисбаланс влагалищной микрофлоры: у 13 (43,3%) – аэробный, у 10 (33,3%) – бактериально-кандидозный, у 8 (26,6%) – аэробно-анаэробный (смешанный). Клинико-лабораторная эффективность лечения составила 86,6% (у 26 пациенток). У 3 (10,0%) пациенток отмечено клиническое улучшение, при наличии остающихся лабораторных признаков аэробного вагинита, что потребовало их дальнейшего обследования и лечения. Ни у одной пациентки не зафиксированы побочные эффекты или отказ от применения препарата.

Выводы. Сочетание высокой эффективности и безопасности препарата «Клиндацин б пролонг» позволяет рекомендовать его к широкому применению при терапии бактериального вагинита (аэробного и аэробно – анаэробного) и вагинита, вызванного бактериально–грибковой инфекцией.

Список литературы

1. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение // Рус. мед. журн. 1998; 5: 276–284.
2. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практ. руководство для врачей / Под ред. акад. РАМН Э.К. Айламазяна. М.: МЕДпресс-информ, 2004; 448.
5. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: (Клинич. лекции) / Под ред. В.Н. Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2003; 430

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Волкова В.И., Панина К.А.

Научный руководитель: Махалова Г.О.

Оренбургский государственный медицинский университет

Самопроизвольное прерывание беременности – это извлечение из организма матери эмбриона или плода, масса тела которого составляет менее 500 г, что примерно соответствует 20-22 недели беременности и плод нельзя считать жизнеспособным. Частота данного вида прерывания беременности в популяции составляет 25%. В структуре этой патологии частота привычного выкидыша составляет от 7 % до 20%, а неразвивающаяся беременность – 45-89% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках. В настоящий момент активно идет изучение возбудителей хронических инфекций, которые могут быть причиной невынашивания беременности, а так же неблагоприятных исходов этой беременности для плода, например, генитальные микоплазмы, хламидии, стрептококки группы В. Течение беременности при генитальной инфекции протекает с некоторыми особенностями. У каждой пятой беременной она заканчивается абортom. Генитальная инфекция при беременности является причиной 1/3 мертворождений, в 93,1% развиваются клинические признаки фетоплацентарной недостаточности, что объясняется тем, что при попадании в эндометрий возбудителей инфекции, нарушается процесс плацентации и развития последа, что способствует возникновению вторичной плацентарной недостаточности.

Целью исследования является проведение комплексной терапии беременным, состоящим в группе риска по самопроизвольному прерыванию беременности.

Материалы и методы. Обследовано 40 беременных из группы риска по самопроизвольному прерыванию беременности. Исследовались данные мазка на степень чистоты влагалища, бактериального посева из цервикального канала, кровь на инфекции методом ИФА. Возраст беременных от 23 лет до 35 лет. Предыдущие беременности завершились самопроизвольным абортom до 12 нед. – у 8 беременных (3,2%), неразвивающейся беременностью – у 9 беременных (3,6%), мертворождением плода – у 3 (1,2%), преждевременными родами – у 4 беременных (1,6%). После проведения полного микробиологического обследования, из-за обнаружения хронических генитальных инфекций (ХГИ), было назначено лечение, включающее, кроме антибактериальной и десенсибилизирующей терапии, общеукрепляющую терапию, а также мероприятия, для улучшения иммунологической реактивности беременной, профилактику и лечение осложнений беременности и родов, профилактику внутриутробного инфицирования плода. Для профилактики невынашивания беременности все беременные принимали дюфастон по 1 таблетке 2 раза в день с момента взятия на учет до 22 недель беременности. Выбор антибактериальных препаратов для терапии проводился в соответствии с возбудителем и его чувствительностью к антибиотику, с учетом фармакокинетики применяемых средств, срока беременности в момент лечения и состояния плода. Для улучшения иммунологической реактивности беременной препаратом выбора стал Генферон, применялся с 13 недели беременности по 500 мг 1 раз в день в течение 10 дней ректально. Согласно рекомендациям применения Генферона, для увеличения силы действия интерферона, входящего в состав Генферона, женщине параллельно необходимо назначать курс витамина С и Е. Свечи при лечении воспаления влагалища подбирались индивидуально в соответствии с экосистемой влагалища. Так, 41,7% беременным, с моноинфекцией, назначались свечи Гексикон при кандидозе, Вагид – при бактериальном вагинозе, Тержинан – для лечения трихоманиаза. Местное лечение длилось 7-10 дней по 1 свече на ночь. Остальные 58,3% беременных использовали свечи Овумикс на ночь в течение 6 дней. После получения основного лечения кольпита все

беременные применяли эубиотики местно для восстановления естественных значений pH и флоры влагалища. В качестве данного препарата использован Лактал, безопасный при беременности. Лактал беременные применяли интравагинально по 5 мл в течение 7 дней на ночь.

Результаты и обсуждения. Анализируя полученные данные, обнаружены следующие результаты: у каждой третьей беременной 3-4 степень чистоты влагалищного мазка, и в бактериальном посеве из цервикального канала имеются лейкоциты в большом количестве. Характерной особенностью инфекций, выявленных в крови методом ИФА, являлась ассоциация, т.е. сочетание инфекций (54,5%). Остальные 45,5% беременных были заражены моноинфекцией (грибы рода *Candida*, хламидия трахоматис и уреаплазма и др.). На фоне лечения все беременные родоразрешились в срок. Средняя масса плода при рождении 3500 ± 50 гр. При контрольном анализе мазков на степень чистоты влагалища было отмечено улучшение показателей, т.е. степень чистоты влагалища соответствовал 2 степени чистоты влагалища в 87% случаях. Повторный анализ крови на хронические генитальные инфекции показал уменьшение частоты сочетанных инфекций почти в 2 раза.

Выводы. Таким образом, во время беременности возможно поражение генитальными инфекциями плаценты (плацентит), возникновение хориоамнионита, патогенных иммунных комплексов, вследствие этого нарушается адекватное жизнеобеспечение плода, возникает задержка развития и гипотрофия. Возможно преждевременное начало родовой деятельности. В целях профилактики данных осложнений всем беременным необходимо проводить комплексную терапию, включающую помимо антибактериального лечения хронических генитальных инфекций и местного лечения кольпита еще и иммунотерапию, эубиотики местно для восстановления естественных значений pH и влагалищной флоры.

Список литературы

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г. Этиопатогенез невынашивания беременности // Журнал акушерства и женских болезней. 2014. - 53(1) - С. 37—41.
2. Беспалова О.Н. Генетика невынашивания беременности // Журн. акуш. и жен. бол. 2014. - № 1. - С. 81-95.
3. Гуменюк Е.Г., Власова Е.А., Кормакова Т. Л. Акушерские и перинатальные исходы у женщин, получавших дюфастон во время беременности // Гинекология. 2016. - № 10(4).
4. Кошелева Н.Г., Аржанова О.Н., Плужникова Т.А. Профилактика и лечение невынашивания беременности. Учебное пособие. СПб.: Изд-во Н-Л, 2017. - 73 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК В ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

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

Научный руководитель: Данькина И.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В перименопаузальном периоде маточные кровотечения отличаются многообразием клинических проявлений. Особенности кровотечений в перименопаузальном периоде чаще всего является их ацикличность, гиперполименорея, гипоменорея, возникновение на фоне сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии. В связи с изменением гормонального фона в период перименопаузы наиболее часто маточные

кровотечения связаны с развитием гиперплазии эндометрия - от железисто-кистозной гиперплазии эндометрия до атипичных предраковых состояний эндометрия [1,4]. Частота встречаемости данной патологии в структуре гинекологических заболеваний занимает 50% и постоянно растет. В патогенезе гиперплазии эндометрия основное место отводится абсолютной или относительной гиперэстрогенемии, а также комплекса нейроэндокринных, метаболических и иммунных нарушений. Понимание базовых основ индукции клеточного роста, особенно в условиях опухолевой трансформации клеток, является неотъемлемой частью грамотного подхода к управлению и мониторингу пролиферативной активности [2,3]. Изучение молекулярных детерминант пролиферативных процессов эндометрия в перименопаузе способствует оптимизации лечебно-диагностического процесса у данной категории больных и позволит значительно улучшить качество и продолжительность жизни.

Цель исследования. Оптимизировать результаты лечения пациенток перименопаузального возраста с кровотечениями на фоне гиперплазии эндометрия.

Материалы и методы исследования. Мы обследовали 90 пациенток с маточными кровотечениями на фоне гиперплазии эндометрия в перименопаузе. Критерием отбора больных и распределения их по группам служила морфологическая форма гиперпластического процесса эндометрия согласно МКБ-10. Все пациентки были разделены на 3 группы: I группа - 30 пациенток с железистой и железисто-кистозной гиперплазией эндометрия, II группа - 30 женщин с атипичной гиперплазией эндометрия, III группа - 30 пациенток с железисто-фиброзными полипами эндометрия. Средний возраст составил $49,9 \pm 4,5$ лет.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что пациентки I группы были достоверно моложе ($49,3 \pm 1,3$) лет, чем пациентки III и II групп ($50,7 \pm 3,4$ лет и $55,5 \pm 3,1$ лет соответственно). Среди гинекологической заболеваемости чаще всего встречались воспалительные заболевания гениталий (57,4%), миома матки (44,3%), эндометриоз (27,8%), доброкачественные заболевания шейки матки (25,2%). Основным клиническим симптомом у всех пациенток были маточные кровотечения, преморбидный фон у пациенток всех групп характеризовался высокой частотой экстрагенитальных заболеваний. Практически каждая четвертая пациентка страдала нейроэндокринными нарушениями (22,5%), каждая третья - нарушениями функционального состояния сердечно-сосудистой системы (30%). Обращал на себя внимание достаточно большой процент обследованных пациенток с ожирением (43,5%) и варикозной болезнью (60,9%). Все пациентки были госпитализированы в гинекологический стационар, где им было проведено: УЗИ матки, гистероскопия, фракционное выскабливание полости матки с последующим гистологическим и иммуногистохимическим (с определением экспрессии рецепторов к стероидным гормонам и к белкам p53 и p27) исследованием соскоба. Дальнейшая лечебная тактика пациенток производилась после определения пролиферативной активности и плоидности ядер клеток эндометрия. При высокой экспрессии рецепторов эндометрия к стероидным гормонам назначали больным гормональную терапию прогестинами в течение 3-6 месяцев. При низкой экспрессии рецепторов эндометрия к стероидным гормонам, а также при низкой экспрессии белков p53 и p27 - пациенткам назначали антипролиферативные препараты, индукторы апоптоза и антиоксиданты. При высокой экспрессии белков p53, p27 и пролиферативной активности и плоидности ядер клеток эндометрия, представляющие риск развития рака эндометрия - проводили оперативное лечение (абляция эндометрия с помощью гистерорезектоскопии или гистерэктомия).

Выводы. Клинико-морфологические особенности гиперпластических процессов эндометрия способствуют развитию маточных кровотечений в перименопаузе на фоне гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости пациенток. Патогенетические

детерминанты возникновения и развития данной патологии на фоне гиперплазии эндометрия определяются пролиферативной активностью и плоидностью ядер клеток эндометрия. Форма гиперплазии эндометрия становится понятной после проведения иммуногистохимического исследования с определением экспрессии рецепторов к стероидным гормонам и к белкам p53 и p27. Фармакологическая коррекция гиперплазии эндометрия в перименопаузе заключается в восстановлении баланса молекулярно-биологических процессов путем блокирования пролиферации, неоангиогенеза, высокой экспрессии факторов роста и индуцированного апоптоза путем дифференциальной оценки состояния эндометрия и этиопатогенетически оптимальной терапии маточных кровотечений.

Список литературы

1. Киселев В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л., Муйжнек Е.Л. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика. М.: МЕДПРАКТИКА-М; 2010. 468с.
2. Коваленко В.Л. Актуальные вопросы патоморфологии инфекционно-воспалительных, гиперпластических и опухолевых процессов женской половой сферы / В.Л.Коваленко, Е.Л.Казачков, Э.А.Казачкова, О.В.Подобед, И.В.Фоминых, Е.Е.Воропаева, Г.В.Сычуглов, Ю.А. Медведева, Е.В.Малахова, А.Ш.Егунян, О.А.Алимова, Е.О.Бирюкова, К.С.Тукай, И.Г. Хелашвили // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – Т.52, №2. – С.44-47.
3. Медведева Ю.А. Плоидность железистого эпителия слизистой оболочки матки при рецидивирующей гиперплазии эндометрия / Ю.А. Медведева, Казачков Е.Л., Казачкова Э.А. // Актуальные вопросы патологической анатомии: материалы III съезда Рос. общ-ва патологоанатомов. – Самара, 2009. – Т.2. – С.316-318.
4. Станоевич И. В. Дифференцированный подход к диагностике и лечению гиперплазии эндометрия у женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста: Дис.... канд. мед. наук. - М., 2007. - 157 с.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ ГЕСТАЦИОННЫМ ДИАБЕТОМ

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

Научный руководитель: Данькина И.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Гестационный диабет традиционно определяется как нарушение толерантности к углеводам любой степени, возникшее или впервые обнаруженное во время беременности. Это наиболее распространенное сегодня определение используется уже более двух десятилетий [1,2,3]. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота гестационного диабета в общей популяции беременных составляет около 3% со значительными колебаниями в разных странах. Стимулом для начала массового обследования беременных для выявления нарушений толерантности к глюкозе стало наблюдение, что в анамнезе у женщин, страдающих сахарным диабетом второго типа, часто бывают случаи гибели плодов или рождения детей с большим весом. Кроме того, при нарушении толерантности к глюкозе во время беременности повышается вероятность развития клинически явного диабета течение следующих 15 лет [1,2]. Нарушения обмена углеводов осложняет примерно 7% беременностей. Риск гестационного диабета особенно

высок при глюкозурии, ожирении, сахарном диабете у близких родственников, а также макросомии плода, мертворождении или нарушении толерантности к глюкозе во время предыдущих беременностей. Однако в 40-50% случаев диабета беременных факторы риска отсутствуют, а нелеченый диабет беременных приводит к повышению перинатальной заболеваемости [3].

Цель исследования. Изучить особенности показателей биофизического профиля и кардиотокографии плода у пациенток с гестационным диабетом.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 20 пациенток с гестационным диабетом. Обследование беременных проводилось в сроки 35-39 недель при комплексной дородовой подготовке и выработки плана по ведению родов и сроках родоразрешения. Каждое исследование включало ультразвуковую фотометрию, кардиотокографию и изучение биофизического профиля плода. Ультразвуковое исследование осуществляли с помощью диагностического устройства «Philips IE33» (США). Всем беременным запись кардиотокографии проводили в течение 40 минут с помощью устройства фирмы «Kransbuchler», в положении лежа на боку. Скорость ленты составляла 20 min. Исследования проводились в дневное время, между 12 и 15 часами. При расшифровке записи определяли такие параметры кардиотокографии, которые, по данным литературы и по собственному опыту, позволяют достоверно оценивать состояние сердечно-сосудистой системы плода: базальная частота сердечных сокращений, временные изменения частоты сердечных сокращений (акселерации и децелерации), вариабельность сердечных сокращений. С целью интерпретации кардиотокограмм нами использовалась балльная система оценки W.Fisher, включающая анализ пяти показателей. Ультразвуковое исследование плода включало изучение основных фотометрических показателей. Во время ультразвукового обследования оценивали показатели биофизического профиля плода. Лучшая плоскость для определения биофизической активности - поперечный срез на уровне живота плода. В этой плоскости измеряли наибольший карман околоплодных вод, одновременно регистрировали дыхательную и двигательную активность плода, тонус мышц. Степень зрелости плаценты оценивали, исходя из ультразвуковых критериев, предложенных Р. Granum et al. Толщину плаценты измеряли на уровне отхождения пуповины. Полученные показатели соотносились со шкалой, согласно которой каждая из признаков биофизического профиля оценивается в 2 балла как нормальная, в 1 балл - как сомнительная, в 0 баллов - как патологическая.

Результаты исследования. Полученные данные сравнивали с показателями, типичными для физиологического течения беременности, не выявив прямой зависимости между наличием признаков нарушения толерантности к глюкозе и степенью проявлений гипоксии плода. У беременных с гестационным диабетом, повышенным было общее время децелерации и их частота, другие критерии кардиотокографических показателей пациенток с гестационным диабетом отражали практически нормальное состояние плода. У обследованных беременных нами не было выявлено статистически значимых изменений биофизического профиля плода. При оценке биофизического профиля различают показатели «острого страдания плода», к которым относят нестрессовый тест, дыхательные движения и двигательную активность, тонус мышечной системы, и «хроническое страдание плода», к которому относят объем околоплодных вод и степень зрелости плаценты. В целом необходимо отметить, что кардиотокография и изучение биофизического профиля плода являются безусловно значимыми методами, которые требуют достаточно времени. Данные методики отражают уже значительно измененное состояние плода, но, вместе с тем, мониторинг является необходимым вспомогательным методом исследования.

Выводы. Оценка биофизического профиля плода у пациенток с гестационным диабетом безусловно является интересной. Но следует заметить, что такие важные

показатели для беременных с гестационным диабетом, как многоводие и повышенный вес плода не учитываются при оценке биофизического профиля, поэтому данный метод исследования нельзя считать наиболее информативным в оценке состояния плода у данной категории женщин. Кардиомониторинг плода у пациенток с гестационным диабетом считается целесообразным и информативным методом для выявления гипоксии плода.

Список литературы

1. Бурумкулова Ф.Ф., Петрухин В.А., Коваленко Т.С., Титова Т.В., Головченко М.А. Гестационный сахарный диабет – междисциплинарная проблема //Материалы X Юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – 2009. - С. 30-31.
2. Краснопольский, В. И., Петрухин В. А., Бурумкулова Ф.Ф. Гестационный диабет: новый взгляд на старую проблему //Акушерство и гинекология. - 2010. - №2. – С.3-7.
3. Петрухин В.А., Павлова Т.В., Бурумкулова Ф.Ф., Малютина Е.С. Профилактика перинатальных осложнений при сахарном диабете //Проблемы репродукции. – 2008 (специальный выпуск). – С.118.

ПРОФИЛАКТИКА ЭСТРОГЕНДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Джеломанова Е.С., Гончарова В.В., Джеломанова С.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

Увеличение частоты доброкачественных заболеваний женских половых органов ведет к возрастанию числа оперативных вмешательств. При проведении оперативного удаления яичников у женщин детородного возраста происходит резкое падение уровня половых гормонов в крови, в первую очередь, эстрогенов, что приводит к нейровегетативным, психоэмоциональным, сексуальным нарушениям, развитию атеросклеротических и метаболических процессов; обострению заболеваний сердечно-сосудистой и костной систем [1,2].

Патогенетически обоснованным лечением эстроген-дефицитных состояний, возникших в результате операции, является назначение заместительной гормональной терапии [3,4].

Цель: оценить влияние заместительной гормональной терапии на психоэмоциональные и метаболические симптомы у пациенток с хирургической менопаузой.

Материал и методы. С учетом поставленной цели обследовано 67 пациенток в возрасте от 40 до 53 лет, перенесших билатеральную овариэктомию с гистерэктомией. Из них 28 женщин, получавших заместительную гормональную терапию, вошли в 1 группу. В качестве ЗГТ использовался препарат «Прогинова» по 1 таблетке в сутки в непрерывном режиме, или «Дивигель» — 0,1% гель по 0,5—1,5мл (1—3 дозы) на кожу в области нижней стенки живота, внутренней поверхности бедер или ягодиц. 39 пациенток, не получавших гормональную терапию, составили 2 группу. По возрасту, состоянию соматического здоровья и характеру показаний к оперативному лечению 1 и 2 группы были репрезентативными.

Показаниями к оперативному вмешательству явились эндометриоз (13-19,4%), доброкачественные образования яичников (21-31,1%), лейомиома матки (15-22,4%),

гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза (18-27%). Средняя продолжительность хирургической менопаузы составила $5,2 \pm 1,1$ года. Всем пациенткам проводилось клиническое обследование с определением индекса массы тела (ИМТ) окружности талии и талии и бедер (ОТ и ОБ); определение показателей липидного профиля: общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности (ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП); глюкозы крови, эхокардиография.

Результаты исследования обработаны с помощью стандартных методов вариационной статистики с применением электронных таблиц «Microsoft Office Excel».

Результаты и обсуждение. Проведенное обследование 67 пациенток с хирургической менопаузой позволило обнаружить у значительной части ту или иную экстрагенитальную патологию: артериальную гипертензию у 29 (43,3%) женщин, хронический бронхит у 12 (17,9%), мочекаменную болезнь у 10 (14,9%), пиелонефрит у 9 (13,4%). При этом выявлены значительные различия в течении артериальной гипертензии. У 9 (32,1%) пациенток 1 группы выявлялась артериальная гипертензия 1 степени и у 2 (7,1%) женщин 2 степени, тогда как во 2 группе 1 степень артериальной гипертензии была выявлена у 6 (15,4%), 2 степень – у 11 (28,2%), а 3 степень – у 5 (12,8%) женщин. 3 (7,7%) пациентки 2 группы перенесли инфаркт миокарда, а у 4 (10,3%) выявлен сахарный диабет.

По данным литературы, в регуляции массы тела у женщин существенную роль играют половые гормоны, влияя на аппетит, суточный баланс энергии и метаболические процессы в жировой ткани [5]. При обследовании избыточная масса регистрировалась у 11 (39,3%) пациенток 1 группы и у 9 (13,4%) пациенток 2 группы. Также в 1 группе было выявлено ожирение 1 степени у 5 (17,9%), 2 степени – 1 (3,6%) женщины. 7 (24,1%) пациенток 1 группы отметили нормализацию массы тела. Женщины 2 группы отмечали тенденцию к повышению массы тела. Ожирение 1 степени выявлено 8 (20,5%), 2 степени – у 5 (12,8%), 3 степени – у 1 (2,6%;) женщин. Абдоминальное перераспределение жира наблюдалось у 63% женщин.

В клинической картине у пациенток 2 группы значительно чаще встречались жалобы на «приливы», повышенную потливость, сердцебиение, колющие боли в области сердца, нарушение сна, головные боли, депрессию, повышение массы тела.

Анализ показателей липидного профиля показал достоверное повышение уровня холестерина ($6,42 \pm 0,21$ ммоль/л), ХС-ЛПНП ($3,92 \pm 0,15$ ммоль/л) и уменьшение ХС-ЛПВП ($1,17 \pm 0,09$ ммоль/л) у пациенток второй группы по сравнению с аналогичными 1 группы ($5,39 \pm 0,19$ ммоль/л, $3,23 \pm 0,17$ ммоль/л, $1,39 \pm 0,05$ ммоль/л соответственно). Также у женщин 2 группы были выявлены нарушения углеводного обмена (показатели глюкозы превысили значения $6,0 \pm 1,2$ ммоль/л).

При анализе данных эхокардиографии выявлены достоверные различия в отношении таких показателей, как толщина задней стенки левого желудочка: у пациенток 2 группы этот показатель был выше ($1,12 \pm 0,08$ см) по сравнению с аналогичным у пациенток 1 группы ($1,07 \pm 0,06$ см), а фракция выброса была значительно меньше ($55,6 \pm 5,7\%$) у женщин 2 группы, чем у пациенток с 1 группы ($65,1 \pm 6,2\%$).

Выводы. Заместительная гормональная терапия оказывает положительное влияние на липидный спектр крови за счет снижения уровня общего холестерина, ЛПНП, значительно улучшает качество жизни.

Список литературы

1. Воеводина, И.В. Сочетанное влияние артериальной гипертензии и ожирения на риск развития атеросклероза у женщин с билатеральной овариэктомией в зависимости от продолжительности дефицита половых гормонов и коррекции менопаузы /И.В., Воеводина, Майчук Е.Ю., Передерко А.В. [и др.] // Проблемы женского здоровья. - 2015. - Т. 10. - № 4. - С. 5-14.

2. Кшнясева, С.К. Немедикаментозный подход к лечению климактерического синдрома. / С.К. Кшнясева, О.Д. Константинова //Уральский медицинский журнал. – 2015. - №5. –С.29-34.

3. Митченко, Е.И. Гендерные особенности сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Митченко, Т.Ф.Татарчук, О.Н. Барна /Репродуктивная эндокринология. – 2012. - №5(7). – С.46-52.

4. Шурпак, С.А. Принципы менеджмента преждевременной и хирургической менопаузы у женщин с исходными нарушениями репродуктивного здоровья / С.А.Шурпак //Репродуктивная эндокринология. – 2018. - №3(41) – С.48-54.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ **Доля П.Г.**

Научный руководитель: Носкова О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Высокая частота встречаемости осложнений в течение беременности, родов и большой удельный вес крупного плода детерминирует интерес в изучении данной проблемы. Целью исследования являлось выявление особенностей течения беременности, родов и перинатальных исходов при крупном плоде.

Материалы и методы: Проведен анализ 208 обменных карт, историй родов и историй новорожденных, родившихся в 2014-2019гг. в условиях Донецкого областного клинического территориального объединения. Масса новорожденных колебалась в пределах от 2800 до 5200 грамм. Все пациентки по массе плода при рождении были распределены на 3 группы: 1-я группа – 2 950-3 900 г (группа контроля), 2-я группа – 4 000-4 490 г, 3-я группа – 4 500 г и более.

Результаты: При анализе предыдущих родов, частота рождения крупных плодов 1-й группе составила 6%, во второй и третьей группах соответственно 24 и 24,8%. Заболевания сердечно-сосудистой системы во 2-й и 3-й группах составили – 30,41% и 41,79%, в контрольной 25,4%. Беременность осложнилась во 2-й и 3-х группах гестозом в 26% и 28%, угрозой прерывания беременности в разных сроках в 11% и 19% и анемией в 36% и 37% случаях. Частота запоздалых родов у беременных с крупным плодом составила 10,9% и 9,38%, в контрольной группе составила 3%. Естественным путем были родоразрешены 76% пациенток, плановое кесарево сечение имело место в – 12,68%, экстренное в 9,22%. У матерей крупных новорожденных через естественные родовые пути было родоразрешено 56% пациенток, а путем кесарево сечение соответственно 15,6 и 19,6% случаев. Дистоция плечиков отмечена только в крупновесовых группах 2,8 и 4,46%. Основным показанием для планового оперативного родоразрешения при массе новорожденного 4 000-4 490 г в 67,75% случаев был крупный плод, в 25,42% – узкий таз и в 25% - соматическая патология. Для ургентного родоразрешения в родах при крупном плоде были отсутствие эффекта от лечения аномалий родовой деятельности 36,96% во 2-й группе и 70,0% в 3-й. Асфиксия новорожденных средней степени тяжести при экстренной операции кесарево сечение отмечена в 2,17% во 2-й группе и в 87% в 3-й группе. Частота поражений ЦНС у крупных новорожденных была в 3-7 раз выше, чем в контроле.

Выводы: Учитывая, что беременность и роды при макросомии плода сопровождаются развитием большого числа акушерских и перинатальных осложнений,

необходимо более тщательно обследовать беременных для выбора оптимальных сроков и методов родоразрешения.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Доля П.Г., Чурилов А.А., Бельских Т.Н.

Научный руководитель: Носкова О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Несмотря на большое количество исследований причин антенатальной гибели плода их количество по-прежнему остается высоким. Совершенствование качества оказания помощи привело к снижению ранней неонатальной смертности, без снижения антенатальных потерь. Большую часть поздних плодовых потерь составляют две категории – «необъяснимые» мертворождения и мертворождения, связанные с задержкой роста плода.

Цель работы: изучить особенности течения беременности и факторы риска у женщин с перинатальными потерями в анамнезе.

Проведен анализ 33 историй родов у беременных с антенатальной гибелью плода в анамнезе за период 2016- 2019гг. по данным отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО. Проанализированы истории родов, данные анамнеза жизни, паритет беременности, особенности течения беременности. Результаты исследования обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента(t), полученные результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Все обследованные были в возрасте от 26 до 42 лет. Структура экстрагенитальной патологии распределилась следующим образом: в 9 случаях (27,2%) беременность протекала на фоне гипертонической болезни 1-2 степени, в 4 случаях (12,1%) имела место МКБ, хронический пиелонефрит, заболевания желудочно-кишечного тракта, в 3-х (9%) случаях – хронический гастрит, в 2(6%) случаях язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза в 20 случаях в анамнезе были медикаментозные аборт, замершие беременности в ранних сроках, самопроизвольные выкидыши в сроке 5-6 недель. При исследовании на урогенитальную инфекцию у 25 женщин (75,7%) в анамнезе были хронические сальпингоофориты, вызванные в основном хламидийной инфекцией у 18 женщин (72%), уреаплазменной и моноплазменной инфекциями - 4 (16%%), в 3 (12%) случаях имела место микст-инфекция. При гистологическом исследовании плаценты обращали на себя внимание воспалительные изменения в виде децидуита, признаки морфо-функциональной незрелости плаценты. Беременность у исследуемых женщин протекала с преэклампсией средней степени тяжести в сочетании с СЗРП 1-2 степени в 12 (36,3%)случаев, угрозой прерывания беременности в сроках от 12 до 29 недель в 5 (15,1%) случаях, ОРВИ в малых сроках 14, 19, 29 недель в 5 (15,1%) случаях, в 2-х (6%)случаях обнаружена преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, в 2-х (6%) случаях патология пуповины – истинный узел пуповины. В 27 случаях (82%) антенатальная гибель плода произошла в сроке 22-32 недели, в остальных случаях беременность была доношенной.

Выводы: очевидным является то, что антенатальная гибель плода не происходит без определенных причин. По-прежнему актуальным является своевременная, адекватная

прегравидарная подготовка, выявление групп риска, регулярное наблюдение в условиях женских консультаций.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ МЕДИЦИНСКИЙ АБОРТ

Доля П.Г., Чурилов А.А., Пацкань С.И.

Научный руководитель: Носкова О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

На сегодняшний день демографическая ситуация заставляет уделять огромное влияние проблемам планирования семьи. Несмотря на многообразие безопасных методов контрацепции, искусственный аборт, как метод регулирующий рождаемость, не теряет своей актуальности.

Цель работы: изучить психологические особенности женщин, перенесших медицинский аборт. Проведен анализ 128 историй болезни женщин в возрасте от 21 до 42 лет, поступивших в гинекологическое отделение для прерывания беременности в сроке до 12 недель, группа контроля составила здоровых женщин. Исследованы данные соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, особенности течения послеоперационного периода, использована методика Спилбергера Ханина (определение тревожности), госпитальная шкала HUDS на тревогу и депрессию, методика Лири (определение типа межличностных отношений), Математико-статистический метод (метод статистического сравнения показателей с применением U-критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ для выявления взаимосвязей между показателями). ISSN 2368-1438 (online) 85

Результаты: Все обследованные были в возрасте от 19 до 39 лет. Показаниями для прерывания беременности были чаще всего личные мотивы - семейные конфликты, трудности ухода за ребенком, неудовлетворительные жилищные условия, нежелание иметь более двух детей, болезнь одного из супругов, экономические проблемы. По результатам исследования эмоционального состояния выявлены достоверные различия по показателям личностной тревожности (ЛТ) (при $p \leq 0,05$): у женщин, которым был произведен медицинский аборт ЛТ значительно выше ($46,8 \pm 6,0$), чем в контрольной группе ($38,7 \pm 4,2$). Показатели реактивной тревоги (РТ) ($39,0 \pm 5,3$) достоверно не отличаются от контрольной группы ($36,8 \pm 3,8$). Признаками субклинической тревожности выявлены у 52% пациенток, 28% имеют клинические признаки тревоги ($8 \pm 3,5$), выраженность тревоги в контрольной группе укладывается в норму ($5,0 \pm 1,6$). Показатели депрессии укладываются в среднестатистическую норму, хотя и являются достоверно более высокими ($5,7 \pm 3,0$), чем в группе здоровых женщин ($4,0 \pm 1,6$). Таким образом, высокая тревожность в основной группе скорее связана с их личностными устойчивыми характеристиками. Высокая ЛТ прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами, связанными с личными мотивами, являющимися причинами для прерывания беременности. Исследование особенностей представлений о себе в межличностных отношениях проводилось с помощью методики Лири. Достоверные отличия в исследуемых группах выявлены по следующим позициям: авторитарность наиболее выражена в основной группе ($9,0 \pm 3,8$ против $4,8 \pm 1,7$) у 68% женщин; эгоистичность, демонстрируемая также в основной группе ($6,2 \pm 2,9$ против $4,6 \pm 1,2$) и зависимость, которая достоверно ниже у женщин основной группы ($5,2 \pm 2,5$ против $6,3 \pm 1,9$). Таким образом, женщины, решающие проблему контрацепции с помощи

медицинского аборта представляют себя как властную, доминирующую, авторитарную, независимую, стремящуюся контролировать себя и других, ориентирующуюся преимущественно на свои установки и мнения, менее дружелюбную по сравнению со здоровой группой. Все это может привести к усилению внутреннего напряжения, повышению тревоги, изменяя психофизиологическое состояние. На основании корреляционного анализа по Спирмену были выявлены следующие взаимосвязи между показателями методик в основной группе: обладают высоким уровнем коррелирующим с депрессивными реакциями ($R=0,64$ при $p \leq 0,05$), отрицательно с самочувствием ($R=0,54$ при $p \leq 0,05$) и настроением ($R=0,64$ при $p \leq 0,05$). Также выявлена прямая корреляция с подозрительным типом межличностных отношений ($R=0,49$ при $p \leq 0,05$), в свою очередь напрямую связанным с характеристиками агрессивного ($R=0,61$ при $p \leq 0,05$), эгоистического ($R=0,60$ при $p \leq 0,05$) и авторитарного ($R=0,61$ при $p \leq 0,05$) типов межличностных отношений. Женщины, перенесшие аборт обладают высокой личностной тревожностью, депрессивными реакциями, сниженным самочувствием и активностью, проявляют себя как авторитарные, доминирующие, эгоистичные; с агрессивностью и недружелюбием, относящиеся к окружающим. В контрольной группе выявлены следующие взаимосвязи: прямая корреляция тревожности с индексом доминирования ($R=0,57$ при $p \leq 0,05$), отрицательно с подчиняющимся типом межличностных отношений ($R= -0,73$ при $p \leq 0,05$) и положительно с авторитарным ($R=0,60$ при $p \leq 0,05$), в свою очередь напрямую связанным с альтруистическим типом ($R=0,62$ при $p \leq 0,05$). Также выявлена обратная связь тревожности с агрессивным типом межличностных отношений ($R= -0,62$ при $p \leq 0,05$), в свою очередь прямо связанным с подозрительным типом межличностных отношений ($R=0,56$ при $p \leq 0,05$). Таким образом, женщин в контрольной группе можно охарактеризовать, как не тревожных, не доминирующих, активных, однако несколько эйфорично настроенных.

Выводы.

Для женщин, перенесших медицинский аборт характерна высокая личностная тревожность, наличие депрессивных реакций, сниженное самочувствие и активность. В сфере межличностных отношений у них преобладают авторитарность, агрессивность и подозрительность по отношению к окружающим, стремление контролировать себя, свое состояние и окружающие события.

ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФОРМИРОВАНИЮ МАКРОСОМИИ ПЛОДА

Жусупова Ж.К., Крюкова А.Ю., Панаинте М.Н.

Научный руководитель: Чабанова Н.Б.

Тюменский государственный медицинский университет

Цель работы - изучить связь ИМТ, питания и гестационной прибавки массы тела с весом новорожденного. Проводится антропометрия 948 беременных с вычислением ИМТ, определением прибавки веса, оценкой питания.

Материалы и методы. Исследованию подвергались 948 беременных, наблюдавшихся в женских консультациях г. Тюмени. Женщины отбирались по следующим критериям: одноплодная беременность, имевшая в исходе срочные роды, отсутствие тяжелой экстрагенитальной и инфекционной патологии.

Всем участницам исследования производили антропометрическое исследование с дальнейшим вычислением индекса массы тела (ИМТ) по формуле $m \text{ (кг)} / \text{рост}^2 \text{ (см)}$. По полученному ИМТ женщин разделили на три группы: 1-я гр. – (n=396) нормальный ИМТ (18,5-24,9 кг/м²), 2-я гр. – (n=315) избыточная масса тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²), 3-я гр. – (n=237) ожирение (ИМТ более 30,0 кг/м²).

Оценивались общее гестационное увеличение массы тела и уровень прибавки веса в конце I, II, III триместров беременности. Для изучения пищевых рационов женщин был использован частотный метод, с применением специализированной программы «Анализ состояния питания человека» (версия 1,2 ГУ НИИ питания РАМН, 2003-2005).

В ходе обработки результатов исследования была использована программа SPSS Statistica. 12.0. Применяя метод проверок нулевых статистических гипотез с использованием непараметрических тестов Краскела-Уоллиса, Манна-Уитни, критерия χ^2 Пирсона, мы обнаружили наличие разницы между выборками. С помощью анализа таблиц сопряженности и оценки критерия Пирсона, изучили прямо пропорциональную связь между парами качественных признаков. Для оценки степени действия изучаемого признака на риск развития ГСД (гестационный сахарный диабет), был использован однофакторный анализ с вычислением относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). При проведении проверки нулевых гипотез, критическое значение уровня статистической значимости (p) было выбрано равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Результаты, полученные в ходе исследования, подтверждают наличие значимых с точки зрения статистики различий предполагаемой массы плода по данным ультразвукового исследования (УЗИ)

во II и III триместрах у женщин исследуемых групп (p=0,0143; p=0,0342). Обнаружено наличие пропорциональной связи между массой плода по данным УЗИ и массой новорожденного и предгестационным ИМТ женщины ($\chi^2=6,67$; p<0,05).

Известно, что у беременных с ГСД и сопутствующим ожирением явление макросомии плода встречается с большей частотой [4]. Чрезмерное увеличение веса за весь период беременности при ожирении встречается достоверно чаще (ОР 2,34; 95 % ДИ 1,07 - 5,12), чем при нормальном (ОР 2,84; 95 % ДИ 1,69- 4,79) и избыточном весе (ОР 2,07; 95 % ДИ 1,08 – 3,97).

Показано, что чрезмерная прибавка веса за весь гестационный период является статистически значимым фактором риска макросомии у женщин всех исследуемых групп [2,5]. Из полученных данных следует, что набор веса выше рекомендованных значений во II и III триместре достоверно увеличивает риск макросомии у женщин с избыточной массой тела (II триместр: ОР 2,06; 95 % ДИ 1,10 – 3,87; III триместр: ОР 1,94; 95% ДИ 1,11 – 3,48) и ожирением (II триместр: ОР 1,78; 95 % ДИ 1,02 – 3,10; III триместр: ОР 1,80; 95 % ДИ 1,04 – 3,11). У беременных с предгестационным ИМТ 18-24,99 кг/м² риск рождения плода с массой более 4000 г. связан с чрезмерной прибавкой веса только во II триместре (ОР 3,16; 95 % ДИ 1,88 -5,31).

Было установлено, что суточные рационы женщин исследуемых групп в течение всего гестационного периода отличались нехваткой белка на фоне большего употребления жиров и легко усваиваемых углеводов [1,3]. Выявлено, что чрезмерное употребление простых углеводов в течение всего периода беременности увеличивает вероятность рождения плода с массой тела более 4 кг более чем в 2 раза. (ОР=2,10 95% ДИ 1,44-3,07). Чрезмерное потребление жиров в суточных рационах беременных всех групп повышает риск макросомии в 1,8 раз (ОР=1,81 95% ДИ 1,32-2,48).
Заключение.

1. Выявлена зависимость между предгестационным ИМТ женщины и массой тела плода по данным УЗИ и массой новорожденного.

2. Обнаружена взаимосвязь частоты макросомии плода с чрезмерным набором массы тела в гестационный период вне зависимости от исходного ИМТ. Наибольшее значение имеет чрезмерный набор массы во II триместре беременности.
3. Нерациональное питание в виде избыточного потребления простых углеводов и жиров является предвестником развития макросомии плода, увеличивая риск в 2 раза.
4. Корректировка рациона и мониторинг прибавки массы тела беременных женщин являются важными прогностическими факторами снижения частоты макросомии плода.

Список литературы

1. Садыкова Г.К. Влияние пищевого поведения на течение беременности/Г.К. Садыкова, Н.Л. Лазарькова // Два сердца как одно: материалы конференции. - Пермь: Изд-во Книжный формат, 2015. – С. 139-143.
2. Чабанова Н.Б. Гестационная прибавка массы тела как определяющий фактор исхода беременности и отдаленных последствий для здоровья матери и ребенка/ Н.Б. Чабанова, Т.Н. Василькова, С.И. Матаев // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2017. – №16(6). – С.74-80.
3. Чабанова Н.Б. Роль алиментарных факторов и ожирения у беременных женщин в развитии акушерской и перинатальной патологии/ Н.Б. Чабанова, С.И. Матаев, Т.Н. Василькова// Вопросы питания. - 2017. - Т.86. - №4. - С. 6-21.
4. Чабанова Н.Б. Клинические и гормонально-метаболические ассоциации у беременных с гестационным сахарным диабетом и макросомией плода/ Н.Б. Чабанова, Т.П. Шевлюкова, Т.Н. Василькова// Практическая медицина. – 2018. – Т.6. - №6. – С. 72-76.
5. Макаров И.О. Риск развития осложнений беременности у пациенток с избыточным весом и ожирением/ И.О. Макаров, Е.И. Боровкова, М.А. Байрамова// Врач-аспирант. – 2011. - №44 (1). – С. 87-96.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ДИСИНДРОМОВ НОВОРОЖДЁННЫХ

Зейналова Д. Э, Жусупова Ж. К., Субботин И. Н.

Научный руководитель: Шевлюкова Т. П.

Тюменский государственный медицинский университет

Пренатальный и ранний неонатальный периоды развития ребёнка являются периодами развития различных патологических состояний. В раннем послеродовом периоде любое патогенное воздействие может привести к серьёзным последствиям[2]. Наиболее опасен синдром дыхательных расстройств из-за возможности развития органической патологии лёгких [3].

Целью данного исследования являлось определение изменений активности ферментов супероксиддисмутаза (СОД), церулоплазмин (ЦП), глутатионпероксидаза (ГП) при моно- и дисиндромах, а так же возможности использовать показатели изменения в качестве предикторных факторов.

Материалы и методы: было обследовано 452 новорожденных, которые родились от здоровых матерей доношенными через естественные пути. Контрольная группа –

новорожденные с диагнозом «здоров» в количестве 125. Остальные новорожденные имели моно- или дисиндромы.

Для исследования использовалась пуповинная кровь, которую забирали сразу после рождения, со стабилизатором – 1,5% раствор ЭДТА в физ. растворе из расчета 0,1 мл стабилизатора на 2 мл крови.

Исследовались следующие показатели:

- супероксиддисмутаза (СОД),
- церулоплазмин (ЦП) и глутатионпероксидаза (ГП) в пуповинной крови.

Статистическая обработка проводилась на лицензированном ПО «Statistica 13.0». Вычислялась средняя арифметическая величина (М), а также ошибка среднего (m). Достоверность различий считали истинной при $p < 0,05$. Критерий значимости Стьюдента (t) применялся для подтверждения статистически достоверных различий между двумя средними величинами.

По методу, описанному Власовой С.Н. и соавторами (1990), определяли ГП в эритроцитах, активность измерялась в ммоль/мл мин [4].

Результаты и обсуждение: статистически значимые различия в определяемых показателях (супероксиддисмутаза (СОД), церулоплазмин (ЦП), глутатионпероксидаза (ГП)) в сравнении с группой контроля определялись в группах с развившимися дисиндромами, а именно:

- уровень СОД оказался в среднем на 43,3% ниже, тогда как при моносиндромах статистически значимого различия не выявлено;

- уровень ЦП оказался выше на 165,5% в группе с дисиндромом «срыгивание+КРД», однако этот показатель в группе «срыгивание+гипервозбудимость» оказался ниже в сравнении с контрольной на 51,5%.

- выявлено значительное увеличение уровня ГП при синдроме «срыгивания» - на 72%, «болевого синдром» - на 91%, «кардиореспираторная депрессия» - на 34%, «срыгивание+болевого» - на 12%; этот же показатель оказался ниже при синдромах «гипервозбудимость» - на 81%, «срыгивание+гипервозбудимость» - 24%. В результатах остальных групп статистически значимых различий не было обнаружено.

Статистически значимые различия наблюдаются при сравнении групп - «гипервозбудимость» и «срыгивание+гипервозбудимость» в показателе ГП: при моносиндроме уровень ГП гораздо ниже в сравнении с дисиндромом - на 76%. По данным исследований, только определение СОД может быть использовано как предикторный фактор развития дисиндрома, включающего синдром срыгивания [6]. Важным фактором является раннее выявление патологических состояний для нормального развития организма [1]

Выводы:

1. Активность СОД не изменяется при моносиндромах, помимо этого, она находилась на уровне показателей новорожденных детей с оценками «здоров». Если к данным синдромам присоединяется синдром срыгивания, то уже в пуповинной крови наблюдается ее статистически достоверное снижение, что указывает на истощение антиоксидантных защитных механизмов. Почти похожую картину наблюдали при определении ЦП.

2. При исследовании химической активности ГП выявилось её значительное увеличение при выше указанных моносиндромах. При сравнении ди- и моносиндромов показатель ГП в значительной степени статистически уменьшается, данный факт указывает на снижение активности антиоксидантных систем организма [5], т.е. истощение антиоксидантных систем – данный факт делает невозможным использовать её как диагностический показатель.

Данные различия и нестабильность показаний антиокислительных ферментов крови в большей степени свидетельствует о целесообразном использовании определения уровня только СОД для предиктивной диагностики.

Список литературы

1. Барашнев Ю. А. Клинико-морфологическая характеристика и исходы церебральных расстройств при гипоксическо-ишемических энцефалопатиях // Акушерство и гинекология. - 2000. - № 5. - С. 39-42.
2. Галиева Г.Д. Доклиническая диагностика пограничных состояний у новорожденных / Галиева Г.Д., Соловьева Е.Н., Попова Д.С., Петров В.В. // Интеграция наук. – 2018. – №5. – С. 22-25.
3. Кокорина В.С., Лалаева Л.Р., Фомичев М.В., Шведов К.С. Синдром дыхательных расстройств новорожденных: результаты проводимой профилактики // Смоленский медицинский альманах. - 2018. - №1. – С. 161-162
4. Нагорная Н. В. Оксидативный стресс. Влияние на организм человека, методы оценки / Нагорная Н. В., Четверик Н. А. // Здоровье ребёнка. – 2010. – №2. – С. 140-145.
5. Хасанова В.В. Особенности окислительного стресса при сочетании синдромов срыгивания и гипервозбудимости у новорожденных / Хасанова В.В., Крупицкая Л.И., Попова А.С., Шевлюкова Т.П., Соломатова Т.В., Горностаева А.Б., Козочкин Д.А. // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2012. – №2. – С. 83-84.
6. Цейликман В.Э. Изменение уровня Fe^{+2} /аскорбат-индуцированного пол при синдромах асфиксии, гипервозбудимости, срыгивания, болевом синдроме и их сочетаниях у новорожденных / Цейликман В.Э. Хасанова В.В. Попова А.С. Крупицкая Л.И. Шевлюкова Т.П. Синицкий А.И. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6

АНЕМИЯ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ПЕРИОДОМ ГЕСТАЦИИ И РОДОВ

Зейналова Д.Э., Субботин И.Н., Петров В.П.

Научный руководитель: Шевлюкова Т. П.

Тюменский государственный медицинский университет

Беременность – это состояние, при котором интенсивность биоэнергетических процессов, направленных на изменения в структуре и функции систем органов матери, выходит на новый уровень [1]. Железодефицитная анемия (ЖДА) у беременных способствует увеличению частоты преждевременных родов, плацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, гипотрофии плода и инфекционных осложнений у родильниц [2; 5]. Тканевая гипоксия вызывает патологии гистогенеза плода с преимущественным поражением нервной системы, что в дальнейшем может привести к развитию гипоксической энцефалопатии и других соматических заболеваний [4].

Железодефицитные состояния характеризуются нарушением обмена железа на фоне его недостатка в организме. Поэтому диагностика основывается на клинических и лабораторных показателях, которые в зависимости от степени дефицита железа, делят ЖДА на стадии. Прелатентная и латентная стадии характеризуются уменьшением депонированных и транспортных форм железа, при сохранении его эритроцитарного пула. Манифестный дефицит железа – гематологический синдром, сопровождающийся снижением наполнения гемоглобина железом и уменьшением уровня гемоглобина в периферической крови [3].

Целью исследования было определение влияния ЖДА на течение гестационных осложнений для разработки методики ранней диагностики, прогнозирования и профилактики перинатальной патологии.

Материалы и методы. У 79 беременных в возрасте от 16 до 35 лет исследовали показатели эритропоза, состояния эритрона, и метаболизма железа, а также проспективный анализ течения гестационного периода. Клинико-лабораторные данные оценивались по триместрам. В группу контроля вошли 30 женщин с нормальным течением беременности, в сравнительную группу – 25 беременных с железодефицитной анемией, в основную группу – 23 беременных, получавших селективные ферросодержащие препараты с первого триместра беременности. Большинство беременных с ЖДА предъявляли жалобы на слабость, быструю утомляемость, психоэмоциональную нестабильность. Клинику общеанемического и сидеропенического синдрома имели 28% беременных, у остальных диагноз был поставлен по лабораторным показателям, которые включали: снижение общего гемоглобина до $92 \pm 12,1$ г/л, цветового показателя – $0,82 \pm 0,08$ без категоричных изменений количества эритроцитов.

Результаты исследования и их обсуждение. В первом триместре у пациенток с железодефицитной анемией на фоне прогрессирующей гистотоксической гипоксии компенсаторно увеличился процент суточного эритропоза. При этом увеличение концентрации периферических эритроцитов сопряжено со значительным снижением времени их метаболизма, что в последующих триместрах приводило к манифестации железодефицитных состояний.

Дефицит железа, приводящий к сокращению времени метаболизма эритроцитов, активировал деятельность эритроидного ростка и появлению в периферической крови популяции эритроцитов с меньшим диаметром-микросфероцитов. Используя этот показатель как прогностический маркер анемии, мы выделили группу беременных, у которых рост микросфероцитов составлял 32% в первом триместре.

Сравнительный анализ полученных данных показал, что у беременных из группы риска манифестации железодефицита на 5% чаще встречаются патологии плаценты, чем у беременных с нормальным течением гестации. В то время как у пациенток с уже развившейся железодефицитной анемией данная патология имела место быть в 38% случаев. В 9% случаев дисфункция плаценты в группе сравнения сопровождалась развитием гистотоксической гипоксии плода. В 18% случаев острое кислородное голодание плода преждевременными родами.

Наличие ЖДА у беременной женщины приводило к следующим акушерским осложнениям: риск невынашивания беременности возрастал с 15% до 42%, артериальная гипотония в контрольной группе встречалась на 11% меньше, чем в группе сравнения, риск развития преэклампсии у беременных с ЖДА увеличивался до 29%. Также у пациенток наблюдалось ухудшение моторной функции матки (слабость родовой деятельности) в 10% случаев.

Выводы:

1. Компенсаторное увеличение концентрации микросфероцитов в периферической крови до 26% и более в первом триместре беременности может служить предиктором-маркером развития анемии у беременных;
2. Ранее прогнозирование железодефицитных состояний позволяет выделить группы риска по акушерским осложнениям среди беременных в первом триместре и проводить профилактическое лечение;
3. Комплексная терапия у беременных с дефицитом сывороточного и депонированного железа позволила предупредить манифестацию железодефицитной анемии, что позволило значительно улучшить течение гестационного периода и уменьшить риск перинатальных осложнений.

Список литературы

1. Шелягин, И. С. Анализ структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных / И. С.Шелягин, В. В.Сидоренко, Т. П.Шевлюкова, О. В.Братова//МОЛОДЕЖЬ, НАУКА, МЕДИЦИНА Материалы 63-й всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием. – 2017. - С. 611-614.
2. Олина, А. А. Взгляд акушера-гинеколога на демографическую ситуацию в Пермском крае / А. А. Олина, Н. В. Вячеславовна, Г. К. Садыкова//Здоровье семьи-21 век. - 2015. - №1(1). - С. 101-115.
3. Петриченко, Н. В. Патогенетические и клинические аспекты прогнозирования и профилактики дефицита железа у беременных / Н. В. Петриченко, Э. Н. Баркова, В. В. Хасанова//Университетская медицина Урала. - 2016. - Т.2. №1 (4). - С. 16-18.
4. Короткова, Н. А. Анемия беременных. Принципы современной терапии / Н. А. Короткова, В. П. Прилепская//Медицинский совет. - 2015. - №20. - С. 58-62.
5. Shevlukova T.P. THE PECULIARITIES OF THE PERIOD OF GESTATION PE-RIOD AND PARTURITION IN ADOLESCENTS/Shevlukova T.P., Chabanova N.B., Boechko D.I., Galieva G.D.//Colloquium-journal. -2017. -№ 9-2 (9). -С. 25-26

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА И С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Ивих К.А., Руссу А.А., Коростелева Е.С.

Научный руководитель: Коростелева Е.С.

Курский государственный медицинский университет

Синдром задержки роста плода (СЗРП) является одной из актуальных и серьезных проблем современного акушерства. Значимость СЗРП определяется большим удельным весом этой патологии в перинатальной заболеваемости и смертности.

СЗРП является второй после недоношенности причиной рождения детей с низкой массой тела, и осложняет течение 2,4 – 17% беременностей. В связи с этим актуальной задачей является выявление факторов риска развития СЗРП, разработка методов прогнозирования фетоплацентарной недостаточности (ФПН) и СЗРП.

Цель исследования – сравнить анамнестические данные женщин с СЗРП и физиологически протекающей беременностью.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на базе ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом», в котором принимали участие 40 женщин. Все пациентки были разделены на 2 группы: в основную группу включены 19 беременных, находившиеся на стационарном лечении в отделении патологии беременности с диагнозом ФПН, СЗРП. Контрольную группу составили 21 женщина с физиологическим течением беременности.

С помощью разработанной нами индивидуальной карты был произведен сбор анамнестических данных. Статистическая обработка полученных данных произведена с использованием стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа MS Excel 2013 и STATISTICA 10,0 для Windows. Для оценки статистической значимости различий между сравниваемыми показателями использовали t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Средний возраст пациенток основной и контрольной групп сопоставим, и составил соответственно $29,1 \pm 4,9$ лет и $26,45 \pm 3,8$ лет.

Экстрагенитальные заболевания в значительном числе случаев встречались у женщин основной группы (78,9%) по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). В структуре экстрагенитальной патологии пациенток основной группы были выявлены: заболевания сердечно-сосудистой системы в 13 (68,4%) случаях (варикозная болезнь нижних конечностей - 5 (38,5%), артериальная гипертензия - 2 (15,4%), порок сердца (пролапс митрального клапана II степени, аневризма межпредсердной перегородки) - 1 (7,7%)). Заболевания мочеполовой системы встречались у 6 (31,6%) женщин. Хронический пиелонефрит наблюдался у 3 (50%), хронический цистит у 2 (33,3%), мочекаменная болезнь (МКБ) у одной (16,7%) беременной. Патология желудочно-кишечного тракта диагностирована у 4 (21,1%): хронический гастродуоденит - 2 (50%), дискинезия желчевыводящих путей - 2 (50%) женщин. Патология эндокринной системы выявлена у 2 (10,5%) беременных: сахарным диабетом 2 типа страдает 1 (50%) женщина, гипотиреозом - 1 (50%).

Семейный анамнез отягощен у 5 (26,5%) беременных основной группы и у 1 (4,8%) пациентки контрольной ($p < 0,05$). Среди родственников первой линии зафиксированы случаи заболеваний сердечно-сосудистой системы в возрасте до 50 лет (инфаркт миокарда - 3 (50%), тромбоз глубоких вен - 2 (33,3%), инсульт - 1 (16,7%)).

Среди обследуемых у 7 (36,9%) беременных основной группы и 2 (9,5%) контрольной были диагностированы гинекологическая патология ($p < 0,05$). При анализе структуры гинекологической заболеваемости отмечено наличие у 4 (44,5%) женщин хронического цервицита, у 2 (22,2%) хронического сальпингоофорита, у 2 (22,2%) вагинита, у одной (11,1%) хронического эндометрита.

Отягощенный акушерский анамнез выявлен только у беременных основной группы. У 8 женщин основной группы в анамнезе отмечена потеря плода в I и II половине беременности, из них у 6 (75%) неразвивающаяся беременность до 12 недель и у 2 (25%) антенатальная гибель плода во второй половине беременности на сроке 28 и 31 неделя. Частота осложнений предыдущих беременностей составила 78,9%. В структуре осложнений были выявлены: у 8 (53,4%) женщин ФПН, у 4 (26,6%) преэклампсия, у 3 (20%) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

Выводы. Сравнительный анализ анамнестических данных пациенток с СЗРП и неосложненным течением беременности и родов позволил установить, что для женщин с СЗРП наиболее характерны такие предрасполагающие факторы, как отягощенный соматический и семейный анамнез, репродуктивные потери в анамнезе, осложнения предыдущих беременностей (ФПН, преэклампсия, ПОНРП). С целью повышения эффективности выявления женщин, входящих в группу высокого риска развития СЗРП, целесообразен тщательный сбор анамнеза еще на этапе планирования беременности. При выявлении таких пациенток необходимо оптимизировать прегравидарную подготовку, своевременную диагностику и коррекцию проявлений ФПН еще на ранних сроках, что позволит улучшить перинатальные исходы.

Список литературы

1. Игнатко, И.В. Прогностические маркеры синдрома задержки роста плода / И.В. Игнатко, М.М. Мирющенко // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». - 2016. - Т.18, №1. - С.1-4.
2. Макаренко, М.В. Современные аспекты профилактики и лечения синдрома задержки роста плода / М.В. Макаренко // Перинатология и педиатрия. - 2014. - №2. - С.13-15.

3. Прогнозирование синдрома задержки роста плода у беременных высокого риска / А.И. Стрижаков, М.М. Мирющенко, И.В. Игнатко и др. // Акушерство и гинекология. - 2017.-№7.С.34-44.
4. Роль врожденных тромбофилий в формировании синдрома потери плода / Е.С. Коростелева // Инновации в медицине Сборник материалов восьмой международной дистанционной научной конференции, посвященной 82-летию Курского государственного медицинского университета под редакцией В.А. Лазаренко, П.В. Ткаченко. - 2017. - С. 82-87.
5. Синдром задержки роста плода: клинико-морфологические аспекты / Е.Б. Ларина, Н.Н. Мамедов, Н.А. Нефедова и др. // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. -2013.-Т.12, №1.-С.22-27.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНДОМЕТРИОЗОМ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кошелев И.Г., Динец М.А., Мелких Н.И.

Научный руководитель: Баширов Э.В.

Кубанский государственный медицинский университет

Согласно последним данным, эндометриозом во всем мире болеют около 176 млн. женщин, в основном репродуктивного возраста (каждая десятая). Несмотря на более чем столетний период, прошедший с момента описания данного заболевания, проблема его изучения не только не утратила своей актуальности, но, напротив, остается эпицентром дискуссий. Частота эндометриоза, по данным разных исследователей, варьирует от 12 до 50% у женщин репродуктивного возраста. Международная народная Ассоциация Эндометриоза, проведя ретроспективный анализ динамики проявлений заболевания выявила достаточно ранний средний возраст первичной манифестации эндометриоза – 15,9 года. В связи с этим эндометриоз называют «упущенным» заболеванием, поскольку в среднем проходит 7–8 лет от момента появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза. Годы изнуряющей боли, бесплодия, спорадической, а иногда полной потери трудоспособности препятствуют раскрытию потенциала и полной реализации возможностей этих женщин в экономической, социальной сфере и в семье, что позволяет отнести эндометриоз к социально значимым заболеваниям. Данная патология является актуальной и в настоящее время.

Цель исследования. Изучить частоту и структуру заболеваемости эндометриозом у женщин разных возрастных групп в нашей стране.

Материалы и методы. Для анализа частоты встречаемости и структуры эндометриоза у женщин разных возрастных групп нами были проанализированы 250 историй болезни пациенток с генитальным эндометриозом, пролеченных в гинекологическом отделении Клиники ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Результаты: Все пациентки были поделены на 5 возрастных групп: 1) 18-25 лет, 2) 26-30 лет, 3) 31-35, 4)36-40, 5) старше 40 лет. При проведении анализа выяснилось, что чаще всего преобладают две возрастные группы от 26 до 30 лет и от 31 до 35 лет (по 26,00% в каждой). Немного реже эндометриоз впервые выявляется у женщин от 18 до 25 лет (21,74%) и ещё меньше у больных 36-40 лет (20,30%). Единичные случаи заболеваемости эндометриоза наблюдалось у женщин более 40 лет (5,80%).

Наиболее часто у пациенток эндометриоз сопровождался следующими нозологиями: спаечный процесс малого таза - 50,48%; миома матки - 9,90%; эндометриоз яичников -

27,92% (поражение правого яичника: 16,22%, левого яичника: 11,70%). А также такие диагнозы как: трубная беременность, паратубарная киста, параовариальная киста и другие патологии, которые в структуре заболеваемости имели незначительные доли. Выявленная степень спаечных процессов: 1 степень (35,76%), 2 степень (33,84%), 3 степень (19,67%), 4 степень (10,73%). В структуре сопутствующей патологии преобладали: гидросальпинкс (45,41%), сальпингит (27,39%) и двусторонний салипингоофорит: (18,44%).

Среди женщин больных эндометриозом не выявлено четкой корреляции реализации репродуктивной функцией с заболеваемостью данной патологией: от 18-25 лет - 16,25% родов, 26-30 лет - 23,78% рожавших, от 31 до 35 лет 17,97%, 36-40 лет - 25,57% и старше 40 лет - 16,43% рожавших женщин.

Выводы. Сравнивая показатели структуры заболеваемости в нашем регионе с мировыми данными, можно сделать вывод, что частота выявления эндометриоза в Краснодарском крае от 18 до 35 лет имеет небольшую разницу в процентном соотношении относительно всего мира. Однако достаточно высокий уровень выявления эндометриоза у женщин 25-35 лет (52,00% - практически также, как и во всем мире) дает право считать эндометриоз «упущенным» заболеванием и в нашем регионе. Что свидетельствует о необходимости улучшения скрининга в раннем подростковом возрасте, и при подозрении на генитальный эндометриоз своевременном проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Список литературы

1. Унанян А. Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2010. – Т. 4. – №. 3.
2. Гаспарян С. А. и др. Эндометриоз и фертильность. Ключевые моменты лечения //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2015. – Т. 9. – №. 4.
3. Авраменко Н. В. Эндометриоз: патогенез, классификация, диагностика, современные аспекты терапии //Патология. – 2014. – №. 2. – С. 4-11.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Кузнецов И.И., Насытко А.Д., Осипова А.В.

Научный руководитель: Сафроненко А.В.

Ростовский государственный медицинский университет

На сегодняшний день ВИЧ-инфекция представляет собой важную медико-социальную проблему. Общая заболеваемость в РФ на 2017 г. ВИЧ-инфекцией составляет 71,1 случаев на 100 000 населения с феминизацией эпидемии до 41% [2,4].

Степень риска ВИЧ-инфицирования новорожденных зависит от вирусной нагрузки во время беременности и родов. Хирургический путь родоразрешения, своевременная и адекватная антиретровирусная терапия (АРВТ) матери и новорожденного, отказ грудного вскармливания инфицированной женщины уменьшают вероятность передачи ВИЧ-инфекции до 0,5-1% [1,3,5].

Однако такое физиологическое состояние, как беременность, требует квалифицированного подхода от специалистов к назначению антиретровирусных препаратов в связи с высокой частотой возникновения осложнений [2,6].

Цель. Изучить влияние различных схем АРВТ на частоту развития таких осложнений, как анемия, хроническая гипоксия плода (ХПГ), угроза прерывания

беременности (УПБ), синдром задержки роста плода (СЗРП) и вероятность развития преждевременных родов у ВИЧ-инфицированных беременных.

Материалы и методы. В период с 2010-18 гг. был произведен ретроспективный анализ 100 историй болезни первобеременных первородящих женщин возрастом $24 \pm 2,5$ года, среди которых были выделены 3 группы: 1 группа - ВИЧ-инфицированные женщины, не получавшие АРВТ ($n=20$); 2 группа - ВИЧ-инфицированные беременными, которые получали монотерапию (зидовудин) или комбинированную (невирапин и ламивудин; [ритонавир+лопинавир], фосфазид и ламивудин) АРВТ с 16 недели ($n = 30$); 3 группа - женщины с отрицательным результатом обследования на ВИЧ-инфекцию ($n = 50$). Обследование и лечение беременных проводилось согласно приказу МЗ РФ от 01.11.2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и клиническим рекомендациям (протоколу лечения) «ВИЧ-инфекция: Профилактика перинатальной передачи вируса иммунодефицита человека» от 2017 года.

В качестве химиопрофилактики детям, рожденным от матерей 1 и 2 групп, была использована монотерапия (зидовудин) или комбинированная (невирапин, зидовудин) не позднее 72 часов.

Для диагностики ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 12 месяцев, рожденных матерями 1 и 2 исследуемых групп, использовались методы по выявлению провирусной ДНК или РНК.

Исследование было выполнено базе МБУЗ Родильный дом №5 г. Ростова-на-Дону.

Полученные результаты были подвергнуты вариационно-статистической обработке в Statistica 10 при использовании t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена. Различия принимали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В первой группе – ХГП в 45% ($n=9$); анемия в 75% ($n=15$): средней степени тяжести - 50% ($n=10$), тяжелой степени - 25% ($n=5$); УПБ в 25% ($n=5$); СЗРП в 20% ($n=4$) с 29 недели.

Во второй группе – ХГП в 46,7% ($n=14$): монотерапия (зидовудин) - 16,7% ($n=5$) и дитерапии (невирапин+ламивудин) - 30% ($n=9$); анемия в 80% ($n=24$) как при монотерапии, так и при комбинированной: средней степени тяжести - 20% ($n=6$), тяжелой степени – 20% ($n=18$); УПБ в 30% ($n=9$) при использовании тритерапии ([ритонавир+лопинавир]+ламивудин+фосфазид); СЗРП в 23,4% ($n=7$) с 28 недели как при монотерапии (зидовудин), так и при комбинированной (невирапин+ламивудин).

В третьей группе частота встречаемости различных осложнений не превышала 2%.

На фоне комбинированной АРВТ ([ритонавир+лопинавир]+ламивудин+фосфазид) наблюдались преждевременные роды в 36,7%: с 28 по 32 неделю - 10% ($n=3$), с 32 по 34 неделю - 26,7% ($n=8$). В 90% ($n=18$) среди лиц 1 и в 63,3% ($n=19$) 2 групп способом родоразрешения было кесарево сечение, что способствовало профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, в 3 группе в 96% случаев ($n=48$) преобладали естественные роды.

У 6% ($n=3$) детей, родившихся от матерей, входящих в 1 и во 2 группы, был подтвержден диагноз ВИЧ-инфекция, что составляет, причем 10% ($n=2$) приходится на новорожденных от матерей из 1 группы и 3,4% ($n=1$) от матерей из 2 группы. Основными причинами трансмиссии были отсутствие специфической терапии и естественный путь родоразрешения в 1 группе, во 2 - естественный путь родоразрешения в виду преждевременных родов.

Выводы. Наличие антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных беременных практически не влияет на частоту развития осложнений, за исключением анемии (чаще

тяжелая степень тяжести) и вероятности развития преждевременных родов ($r=0,40$), поэтому при наличии показаний целесообразно проводить химиотерапию для профилактики ВИЧ-инфекции у детей ($r=0,79$).

Список литературы

1. Бегайдарова Р.Х., Сагимбаев Б.Ж., Алшынбекова Г.К., Стариков Ю.Г., Дюсембаева А.Е., Золоторева О.А., Юхневич Е.А. ВИЧ-инфицированные дети: мероприятия по снижению активности передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку // *Аллергология и иммунология*. 2016. №1 (17). С. 42.
2. Богомоллова И.В. Некоторые аспекты хронической фетоплацентарной дисфункции и перинатальные исходы у ВИЧ-инфицированных беременных // *Журнал акушерства и женских болезней*. 2017. №5 (66). С. 102-103.
3. Гаранина С.В. Алгоритм ведения беременных женщин с ВИЧ-инфекцией на примере Тверской области // *Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции*. СПб: Человек и его здоровье, 2016. С. 54-58.
4. Латышева И.Б., Воронин Е.Е. ВИЧ-инфекция у женщин в Российской Федерации // *Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции*. СПб: Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье», 2016. С. 9-12.
5. Иванова Э.С., Воробьева Н.Н., Садыкова Д.К. Комплексная химиотерапия беременных с ВИЧ-инфекцией // *Лечение и профилактика*. 2014. №4 (12). С. 28-32.
6. Покровский В.В., ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.В. Покровского. 978-5-9704-2891-7 изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 528 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Кузнецов М.В., Панина К.А.

Научный руководитель: Махалова Г.О.

Оренбургский государственный медицинский университет

В настоящее время послеродовые гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) находятся на 4 месте в структуре материнской смертности. Гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде после родов через естественные родовые пути встречаются с частотой до 6%, путем кесарева сечения - 10-50%, тенденций к снижению не наблюдается. В целях профилактики данных заболеваний применяют антибактериальную терапию, иммуномодулирующая терапия, аспирационно – промывное дренирование полости матки и т.д. В последние годы преобладают вялотекущие формы, со стертой клинической картиной, вследствие этого актуальной становится их профилактика.

Целью исследования является снижение гнойно-воспалительных заболеваний после родов с помощью магнитоакустической терапии.

Материалы и методы. Проведено полное клиническое обследование 48 родильниц в возрасте от 18 до 40 лет. У каждой из них проведена оценка инволюции матки на 2 и 5 сутки после родов. Было проведено цитологическое исследование внутриматочного содержимого методом подсчета полиморфноядерных лейкоцитов, лимфоцитов, макрофагов среди 500 клеток, осмотренных методом случайного бесповторного отбора в мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе. В каждом случае гистологически

исследовалась плацента. Определены 3 группы обследованных. В первой (контрольной) группе - 12 родильниц с нормальным течением родов и послеродового периода. Во вторую группу вошли 15 женщин, с высокой вероятностью развития ГВЗ в послеродовом периоде, получавших в целях профилактики антибактериальную терапию, утеротоники и др. Третью группу составили 21 женщина с отягощенным анамнезом по развитию ГВЗ после родов; у них для профилактики использовался портативный аппарат для магнитоакустической терапии «Магофон-01».

Результаты и обсуждения. Анализ и сопоставление факторов риска по развитию ГВЗ в послеродовом периоде у родильниц 2 и 3 групп выявили, что в 3 группе более отягощенный фон (медицинские аборты в анамнезе были соответственно у 4 и 8 женщин, самопроизвольные выкидыши у 5 и 2, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов у 1 и 7, хронический пиелонефрит у 2 и 3). Период беременности осложнился острыми вирусными и бактериальными инфекциями в 10 случаях в обеих группах. Угроза прерывания беременности во 2 группе была в 8 случаях, в 3 группе - в 6, поздний гестоз соответственно в 2 и 3 случаях, гестационный пиелонефрит и кольпит - по 3 случая. Во 2 группе преждевременные роды были у 2 родильниц, в 3 группе - у 3. Течение родов осложнилось: преждевременным излитием вод в 2 случаях во 2 группе и в 6 в 3 группе, слабостью родовой деятельности в 1 и 3 случаях соответственно, плотным прикреплением плаценты по 1 случаю. Из вышеперечисленных данных следует, что по факторам риска третья группа была более угрожаема в развитии ГВЗ в послеродовом периоде. При гистологическом исследовании плацент во 2 группе только в 5 случаях были морфологические признаки воспаления, в то время как в 3 группе, в 16 случаях было выявлено воспаление в виде децидуита, виллузита или хориоамнионита. Это говорит о том, что по результатам гистологических исследований плацент, женщины из 3 группы были более подвержены риску развития ГВЗ в послеродовом периоде. Высота стояния дна матки над лоном в группах в первые 2 суток была одинаковой. С 3 суток после родов во 2 и 3 группах происходило замедление обратного развития матки, что потребовало соответствующего лечения. Применение физиотерапии аппаратом «Магофон-01» (6-8 процедур) привело к выраженному снижению высоты стояния дна матки, которая уже к 5 дню не отличалась от контроля. Динамика уменьшения матки во 2 группе обследованных, получавших традиционную терапию, была менее выраженной и даже на 6 сутки сохранялась субинволюция. Цитограмма метроаспирата к 5 суткам у родильниц 1 группы существенно не изменялась кроме незначительного увеличения макрофагов. Все показатели в 3 группе, на 5 день после родов соответствовали данным контрольной группы. Послеродовой период у женщин из 1 группы был неосложненным. Все родильницы были выписаны из стационара на 5-6 сутки после родов. Во 2 группе, где профилактически применялись антибиотики, утеротоники и др., в 3 случаях развился эндометрит. Возникла необходимость применения дополнительной терапии в виде промывания полости матки антисептиками, смены антибиотиков, и как следствие, увеличения длительности пребывания в стационаре до 8-10 суток после родов. В 3 группе, где использовался физиотерапевтический аппарат «Магофон-01», эндометрита в послеродовом периоде не наблюдалось. Все женщины были выписаны домой на -6 сутки после родов.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что при угрозе ГВЗ начиная с 3 суток имеются замедленная инволюция матки, значительные изменения в цитоморфологии метроаспирата в сторону повышения числа нейтрофилов и снижения лимфоцитов. Комплексное использование преформированных факторов, таких как: магнитное поле и виброакустические колебания, которые сочетаются в аппарате «Магофон-01», ускоряет биологические процессы инволюции, вследствие чего снижается риск развития ГВЗ. Значительное уменьшение матки, а также нормализация цитологии

внутриматочного содержимого может быть связано с более благоприятным лечебным воздействием аппаратного физиотерапевтического лечения, нежели традиционного.

Список литературы

1. Боголюбов В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. - М.; СПб., 2016. - 480 с.
2. Никонов А.П. Обоснование активной хирургической тактики ведения больных с послеродовым эндометритом / А.П. Никонов, А.С. Анкирская // Акушерство и гинекология. – 2011 - №1. – С.31-33.
3. Смекуна Ф.А. Профилактика эндометрита после кесарева сечения / Ф.А. Смекуна, В.А. Таманова, И.А. Зак // Акушерство и гинекология. – 2015. - №10. – С.10-12.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ, ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Кузякина Г.А.

Научные руководители: Коваленко М.С., Евсюкова Л.М.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Преждевременные роды (ПР) – одна из ведущих социальных и медицинских проблема современного акушерства, перинатологии и педиатрии. Согласно классификации ВОЗ сверхранными преждевременными родами являются роды, произошедшие в сроках от 22-х до

27 недель + 6 дней. В последние годы наблюдается увеличение числа сверхранных преждевременных родов, что влечет необходимость выявления их причин для совершенствования подхода к прегравидарной подготовке, ведению беременности для успешного родоразрешения и обеспечения необходимого уровня здоровья матери и ребенка. В зависимости от региона России частота ПР до 2012 г. колебалась от 3,7

до 3,9% от общего числа родов, тенденции к снижению не наблюдалось. В 2013 году средняя цифра частоты ПР по России составила 4,4%.

Материалы и методы: Исследование проводилось по историям родов, предоставленным Рязанским областным перинатальным центром за 2011-2018 годы. Критерием включения для исследования были случаи сверхранных преждевременных родов. Были отобраны истории преждевременных родов в сроках от 22 недель до 27 недель + 6 дней.

Все пациентки с ПР были разделены на 3 группы: 1 - случаи родов в сроках 22- 24 недели и 0 дней; 2 – случаи в сроках 24 недели + 1 день – 26 недель и 0 дней; 3 - роды в сроках от 26 недель и 1 день до полных 28 недель.

Результаты и обсуждение: За период с 2011 по 2018 годы в перинатальном центре города Рязани прошло 183 случая очень ранних преждевременных родов. Из них в 2011 году их было 6,1%, в 2012 году - 16,4%, в 2013 - 15,8%, в 2014 - 16,9%, в 2015 г. - 9,3%, 9,8% в 2016 г., 12,6% в 2017 г. и в 2018 г. их было 13,1%.

1-ую группу составили 17 случаев ПР (9,3%); 2-ую – 59 случаев (32,2%) и 3-ю группу - 107 родов (58,5%). Течение беременности во всех группах женщин часто осложнялось угрозой прерывания беременности и острыми респираторными заболеваниями.

Стационарное лечение по поводу угрожающего выкидыша в основном проводилось препаратами прогестерона (дидрогестерон, микронизированный прогестерон), а также

при диагностике ИЦН проводилась её коррекция. Во всех случаях наложения шва на шейку матки был проведен курс антибиотикотерапии, несмотря на это у 8 обследуемых беременность осложнилась хориоамнионитом, что и послужило причиной ПР. При анализе частоты ПР в ОКПЦ за 8 лет определялась тенденция к повышению показателей с 6,1% в 2011 года до 16,9% в 2014 году, затем отмечен резкий спад частоты ПР до 9,3 в 2015 году и с 2017 года частота ПР постепенно растёт – в 2018 составила 13,1%.

Большая часть женщин 1 группы были первородящими, но всего 41,2% из них были первобеременными, во 2 группе данная беременность была первой у 84,8% пациенток и в 3 группе - у 91%. Количество аборт, выполненных перед родами, коррелирует с преждевременным прерыванием беременности, ассоциируемым с ИЦН.

Выводы:

Основными причинами ПР по результатам исследования в сроке до 24 недель определены материнские факторы: возраст больше 30 лет, болезни сердечно-сосудистой системы, наличие искусственных абортов в анамнезе. В сроке прерывания беременности до 26 недель причиной ПР кроме материнских факторов имели место и факторы, связанные с беременностью: перерастяжение матки при многоплодной беременности, ассоциированная с этим ИЦН, возможно и медицинские причины: поздняя диагностика ИЦН, отсутствие адекватной подготовки пациенток к коррекции ИЦН. ПР после 26 недель и до 28 недель по данным исследования ассоциированы с инфекциями полового тракта, в большей степени с активностью условно-патогенной флоры.

Список литературы

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с.
2. Кисина В.И., Забиров К.И. Урогенитальные инфекции у женщин. – М.: МИА, 2005. – 280 с.
3. Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б.А. Микробиология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. – М., 2000. – 80 с.
4. Степановский Г.К., Венцовский Б.М. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. – Киев: Здоров'я, 2000. – 672 с.
5. Ходжаева З.С., Сидельникова В.М. Эффективность применения новых диагностических тестов для определения начала родовой деятельности и несвоевременного излития околоплодных вод// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2007, т.6, №1, 47-51 с.
6. Swadpanich U., Lumbiganon P., Prasertcharoensook W., Laopai boon M. Antenatal lower genital tract infection screening and treatment programs for preventing preterm delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD006178.

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ СРЕДЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ, НА ИМПЛАНТАЦИЮ ЭМБРИОНОВ ПРИ ИХ КРИОПЕРЕНОСЕ В ПОЛОСТЬ МАТКИ

Лёгонья А.Ю.

Научный руководитель: Петров И.А.

Сибирский государственный медицинский университет

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) стали неотъемлемой частью лечения бесплодия в нынешнем десятилетии. Для повышения эффективности программ

экстракорпорального оплодотворения / переноса эмбрионов (ЭКО-ПЭ) предлагаются новые схемы стимуляции яичников, улучшаются методы оплодотворения, культивирования и ПЭ. Имплантация является многостадийным процессом, включающим в себя оппозицию и адгезию бластоцисты с последующим внедрением трофобласта в эндометрий (инвазию)]. Существует несколько причин, по которым эмбрион не может быть имплантирован, несмотря на благоприятный ПЭ. Одной из причин неудачной имплантации является отсутствие диалога между эндометрием и бластоцистой.

Согласно данным литературы использование сред для ПЭ, обогащённых гиалуроновой кислотой, положительно влияет на показатель не только, но и частоту клинической беременности, рождаемости без повышения уровня потерь беременности. Разработанная Vitrolife специальная среда EmbryoGlue содержит рекомбинантные версии макромолекул гиалуроновой кислоты и человеческого альбумина, что создает самую безопасную и наиболее приближенную к натуральной среде для ПЭ.

Цель. Оценить эффективность криопереноса эмбрионов в полость матки при использовании новой среды, обогащённой гиалуроновой кислотой (Embryogluе).

Материал и методы. Проведено ретроспективное сравнительное контролируемое исследование эффективности криопереноса эмбрионов в полость матки у 427 пациентов, находящихся на лечении бесплодия в Центре вспомогательных репродуктивных технологий ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Основную группу (n=95) составили женщины, которым проведён криоперенос эмбрионов с использованием «клея» Embryogluе (Vitrolife, Швеция). В группе контроля (n=332) криоперенос осуществлялся с использованием сред Sage (SAGE BioPharma, США). В обеих группах проведена предварительная морфологическая селекция эмбрионов для переноса в полость согласно классификации D.K. Gardner и W.B. Schoolcraft (1999), учитывающей степень зрелости внутриклеточной массы и трофэктодермального слоя бластоцисты. [Magli M.C. et al., 2012]. Для гомогенности в группах переносились только эмбрионы со степенью расширения 2-5, маркировками «А» и «В» для внутриклеточной массы и трофэктодермы. Подготовка эндометрия, а также посттрансферная поддержка осуществлялась по общепринятой методике. Использовались натуральные эстрогены и прогестерон-содержащие препараты [Zhang X.M. et al., 2015]. Диагностика биохимической (определение β -субъединицы хорионического гонадотропина) и клинической (УЗИ) беременности проводилась на 12-14, 26-30 дни, соответственно после эмбриопереноса. Прогрессирующей беременностью считалось наличие эмбриона с сердцебиением.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием статистического пакета IBM® SPSS® Statistics v.24.0. Методы статистического исследования включали расчет описательных статистик, проверку формы распределения (критерий Шапиро-Уилка), гомогенность дисперсий (критерий Левена). На основе вышеупомянутых критериев для анализа количественных данных использовали U-критерий Манна-Уитни. Анализ номинальных данных проводили с использованием таблиц сопряжённости, χ^2 Пирсона, поправки на правдоподобие ($\Lambda\chi^2$) и точного теста R. Fisher (1922).

Результаты. Медиана возраста всех обследуемых пациенток (n=427) составила 34,0 [31,0-38,0] года, значимо не отличалась в исследуемых группах (U=14493, z= -1,2, p=0,228). День менструального цикла, на который произведён криоперенос (U=14561, z= -1,3, p=0,203), длительность применения натуральных эстрогенов до дня переноса эмбрионов в полость матки (U=14562, z= -1,3, p=0,205), количество дней поддержки лютеиновой фазы менструального цикла прогестероном до криопереноса (U=15396, z= -0,9, p=0,376) значимо не отличались в группах. В то же время медиана М-эхо в основной группе составляла 9,0 [8,0-10,0] мм, и оказывалась значимо ниже таковой в группе контроля – 9,3 [8,6-10,0] мм (U=13419, z= -2,2, p=0,025). В случае криопереноса только

одно эмбриона в полость матки величина М-эхо оказывалась однородной в группах ($U=3395$, $z=-1,2$, $p=0,244$).

Частота наступления беременности у пациентов после криопереноса эмбрионов с использованием среды Embryogluе составила 48,4%, значимо не отличалась от таковой при переносе эмбрионов на среде Sage – 50,6% ($\chi^2(1)=0,141$, $p=0,708$) и не зависела от количества переносимых эмбрионов. В случае переноса только одного эмбриона в полость матки 46,3% в основной группе vs 43,9% в группе сравнения ($\chi^2(1)=0,085$, $p=0,771$), 50,9% vs 59,4%, соответственно при переносе двух эмбрионов в полость матки ($\chi^2(1)=1,140$, $p=0,286$).

При анализе частот исходов криопереноса эмбрионов в полость матки значимой разницы в группах не выявлено ($\Lambda\chi^2(4)=8,791$, $p=0,067$), однако отмечена отчётливая тенденция к увеличению неблагоприятных исходов ПЭ (прерывание беременности на ранних и поздних сроках, внематочная беременность) в основной группе. При использовании среды Embryogluе частота таковых достигает 39,1% vs 23,8% при использовании среды Sage (точный Фишера, $p=0,060$).

Увеличение количества переносимых эмбрионов без учёта варианта используемой среды на одинаковую величину эндометрия ($U=20755$, $z=-1,3$, $p=0,200$) позволяет значимо и значительно увеличить вероятность наступления беременности с 44,3% при переносе одного эмбриона до 57,1% при переносе двух ($\Lambda\chi^2(2)=7,323$, $p=0,026$).

Выводы. Использование среды Embryogluе не обладает выраженными преимуществами перед средой Sage в плане увеличения частоты наступления беременности, однако позволяет осуществлять криоперенос на более тонкий эндометрий. В то же время отмечается тенденция к увеличению частоты неблагоприятных исходов почти в 2 раза, что в свою очередь может быть связано с переносом эмбрионов на более тонкий эндометрий при использовании среды Embryogluе. Увеличение количества переносимых эмбрионов в полость матки с одного до двух повышает шанс наступления беременности на 12,8%.

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ БОЛЬНЫХ С СУБИНВОЛЮЦИЕЙ МАТКИ У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ

Мелких Н.И., Шилин В.А., Динец М.А.

Научный руководитель: Черный О.В.

Кубанский государственный медицинский университет

Одним из ранних клинических проявлений патологического течения послеродового периода является замедление процесса обратного развития матки. Доказано, что замедление сократительной активности матки в послеродовом периоде способствует развитию внутриматочной инфекции, что в настоящее время является одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике, профилактике и лечении частота послеродовых воспалительных осложнений остается достаточно высокой и не имеет тенденции к снижению.

Цель работы: Анализ тактики ведения больных с субинволюцией матки у повторнородящих.

Материалы и методы: Нами проанализированы 1092 истории болезни гинекологического отделения МБУЗ КГК БСМП за 2018 год. Из них отобрано 32 истории болезни с послеродовой субинволюцией матки у повторнородящих.

Результаты: Роды у пациенток произошли в различных родильных учреждениях г. Краснодара и Краснодарского края, а также на дому. Все пациентки были повторнородящими: у 6 женщин (18,75%) – это были вторые роды, у 14 (43,75%) – третьими, и у 11 пациенток (34,38%) четвертыми, у 1 (3,13%) пятыми. Из них 1 искусственный аборт в анамнезе был у 11 (34,38%), 2 и более у 8 (25,00%). Замершие беременности были у 9 женщин (27,27%), у остальных 4 (12,50%) все беременности заканчивались родами. Возраст пациенток составлял от 20 до 30 лет – 4 (12,50%), от 31 до 42 лет – 28 (87,50%). Консервативные роды были у 5 женщин (15,63%), у 25 женщин – путем кесарева сечения (78,13%). У 2 больных (6,25%) роды произошли в домашних условиях. На 3 сутки после родов поступило 5 больных (15,63%), на 5-7 сутки 24 (75,00%), на 14-16 сутки 3 (9,37%). 13 беременностей (40,63%) протекали с гестозами разной степени тяжести. Из них 7 (21,88%) проявлялись преэклампсией, у 3 (9,37%) пациенток была протеинурия и еще у 3 (9,37%) наблюдались отеки различных степеней. У остальных больных клиника гестоза не наблюдалась. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 9 (28,13%) женщин. Из них: у 1 (3,13%) хронический гепатит С, у 3 (9,37%) гипертоническая болезнь, у 3 (9,37%) хроническая сердечная недостаточность, у 2 (6,25%) бронхиальная астма. Гинекологические заболевания во время беременности выявлены у 29 женщин (90,63%). Из них у 19 (59,38%) диагностировался хронический метроэндометрит и двусторонний сальпингоофорит, у 7 (21,83%) эрозия шейки матки, у 3 (9,37%) имелись рубцы на матке после проведенного кесарева сечения.

Лечебно-диагностическое выскабливание по поводу остатков плацентарной ткани проводилось 14 пациенткам (43,75%). 18 больным проводилось консервативное лечение утеротониками. В случае обнаружения инфекции добавлялась антибактериальная терапия. Выбор препарата осуществлялся в зависимости от выявленного возбудителя и чувствительности к антибиотикам. Параллельно назначались общеукрепляющая терапия и физиолечение (электрофорез хлорида кальция).

Больные находились в стационаре от 5 до 10 суток. После выписки рекомендована комбинированная оральная контрацепция, не влияющими на лактацию, до 6 месяцев, половой покой один месяц и наблюдение у акушера-гинеколога в женской консультации по месту жительства.

Выводы:

1. На развитие субинволюции матки у повторнородящих в послеродовом периоде влияет старший возраст, большое количество родов в анамнезе, наличие сопутствующих заболеваний во время беременности, как генитальных, так и экстрагенитальных.

2. Своевременная диагностика и лечение субинволюции матки у повторнородящих служит благоприятному течению послеродового периода и в дальнейшем нормализации менструальной функции.

Список литературы

1. Наумкин Н. Н. Особенности ведения послеродового периода у родильниц с субинволюцией матки //АГ-Инфо (журнал российской ассоциации акушеров-гинекологов). – 2009. – №. 4. – С. 39-42.

2. Аджиева Д. А., Нурмагомедова С. С. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у многорожавших //Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития. Материалы II Международной научно-практической конференции. Сборник статей. Краснодар. – 2013. – С. 32.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛОЖА

Мешерякова М.Ю.

Научный руководитель: Меньшенина А.П.

Ростовский государственный медицинский университет

Трофобластическая опухоль плацентарного ложа (ТОПЛ) – самая редкая опухоль из группы гестационных трофобластических болезней, которая была описана относительно недавно [1,2]. Главной особенностью ТОПЛ является низкая чувствительность к химиотерапии, поэтому на первый план выходит хирургическое лечение [3]. Недостаточность точных сведений об этой патологии связана с очень малой выборкой пациентов, так как с момента открытия этой опухоли в 1976 году до наших дней было сообщено всего около 300 случаев [4]. Причем 4 из них выявлены в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте (РНИОИ). В связи большой редкостью ТОПЛ, данные случаи требуют детального клинического описания и изучения.

Цель. По материалам РНИОИ и сведениям из литературы изучить вопросы эпидемиологии, патогенеза, клинических и лабораторно-инструментальных особенностей ТОПЛ, эффективность хирургического лечения и длительность общей и безрецидивной выживаемости больных.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный анализ историй болезни 4 пациенток в возрасте от 24 до 36 лет, прооперированных в Ростовском онкологическом институте по поводу ТОПЛ.

Результаты и обсуждение. В четырех случаях ТОПЛ в отделении онкогинекологии РНИОИ больные были радикально прооперированы (в соответствии с рекомендациями лечения ТОПЛ при I стадии). На настоящий момент средний срок наблюдения за больными составляет 34,6 месяцев. В течение данного периода ни у одной больной не зарегистрировано прогрессирования заболевания: уровень β – ХГЧ находится в пределах референсных значений, по данным инструментальных методов обследования (УЗИ, СРКТ) рецидива и отдаленных метастазов не зафиксировано.

Выводы. ТОПЛ – самая редкая опухоль из группы гестационных трофобластических болезней, которая была описана относительно недавно. В случае отсутствия отдаленных метастазов экстирпации матки обычно достаточно, об этом говорит 90% 10-летняя выживаемость пациенток с I стадией ТОПЛ [5]. Таким образом, имеет большое значение ранняя постановка диагноза, когда опухоль ограничена маткой и может быть радикально удалена, а также отсутствует необходимость назначения химиотерапии. Ввиду крайней редкости ТОПЛ, а также отсутствия патогномоничных симптомов заболевания, крайне важно, чтобы больные обследовались и лечились в профильных специализированных онкологических учреждениях, имеющих опыт лечения таких больных.

Список литературы

1. Hassadia, A. Placental site trophoblastic tumour: clinical features and management / A. Hassadia, A. Gillespie, J. Tidy//Gynecologic Oncology. —2016. — № 99. P. 603—607.
2. Huang, F. Diagnosis and treatment of placental site trophoblastic tumour - case report / F. Huang, W. Zheng, Q. Liang, T. Yin//Int J Clin Exp Pathol. — 2015. — № 7. P. 1448—1451.
3. Lan, C. Placental site trophoblastic tumor: lymphatic spread and possible target markers / C. Lan, Y. Li, J. He//Gynecologic Oncology. — 2010. — № 116. P. 430—437.
4. Luk, W.Y. A fibroid or cancer? A rare case of mixed choriocarcinoma and epithelioid trophoblastic tumour / W.Y. Luk, M. Friedlander//Case Rep Obstet Gynecol. — 2013. — №2. P. 492—754.

5. Taylor, F. Pharmacotherapy of placental site and epithelioid trophoblastic tumours / F. Taylor, B.W. Hancock//Expert Opin. Orphan Drugs. — 2015. — № 3. P. 75–85.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Морозов А.И.

Научный руководитель: Кучеренко Ю.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И. Вернадского"

Актуальным является изучение строения плаценты при гипертензии, индуцированной беременностью (ГИБ). У беременных, имеющих ГИБ, доминирует гипокINETический тип гемодинамики (80,0%), являющийся отражением гиповолемии, при этом морфологически преобладают признаки ишемии плаценты (72,0%). Основа плацентации – это инвазия ворсин хориона в дистальные ветви спиральных артерий. При нормальном течении беременности трофобластиндуцированные сосудистые изменения наблюдаются от межворсинчатого пространства до радиальных артерий во внутренней трети миометрия.

Материал и методы. Произведено гистологическое исследование 70 последов от 70 околоплодных беременностей. Все беременные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 40 женщин, имеющих артериальную гипертензию, индуцированную беременностью; вторую группу составили 15 женщин с артериальной гипертензией, индуцированной беременностью. В исследование были включены только беременные, имеющие артериальную гипертензию, индуцированную беременностью. Всем беременным в III триместре проводилось исследование центральной гемодинамики методом импульсно-волновой доплерэхокардиографии. Проведена доплерометрическая оценка состояния кровотока в правой и левой маточной артерии и кровотока в артерии пуповины. Оценены нарушения кровотока в одной из маточных артерий, в артерии пуповины.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования морфологическая картина последов была представлена четырьмя вариантами – ишемией хориальных ворсин, гипоплазией плаценты, воспалительными изменениями и нормальным гистологическим строением. Гемодинамические варианты в обследованных группах распределились: гипокINETический вариант преобладал в I группе. Частота его встречаемости среди беременных, имеющих артериальную гипертензию, индуцированную беременностью составила 80,0%. Во II группе гипокINETический вариант гемодинамики отмечен у 30,0% беременных (5 из 20), что достоверно реже, чем в I ($p=0.002$). Гиперкинетический вариант гемоциркуляции отмечен у 60,0% беременных II группы (10 из 14), что чаще в сравнении с I и III групп. При проведении корреляционного анализа установлены достоверные взаимосвязи между гистологическими признаками ишемии ворсин и гипокINETическим типом центральной гемодинамики ($p=0,02$), между ишемией ворсин и наличием преэклампсии ($p=0.040$). При проведении корреляционного анализа установлена достоверная взаимосвязь между сочетанным нарушением кровотока в маточно-фетоплацентарном русле и гистологическими признаками ишемии хориальных ворсин ($p=0,001$). Патологический кровоток отдельно в маточно-плацентарном или фетоплацентарном кровотоке достоверно не коррелировал с морфологией ишемии.

Заключение. Таким образом, гистологическое исследование плаценты является важной диагностической процедурой, позволяющей ретроспективно выявить наличие гиповолемии, плацентарной ишемии.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Акушерство: Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г.
2. Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е. Клинические нормы. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019
3. Дамиров М.М., Титова Г.П., Анчабадзе И.В., Медведев А.А. Внематочная беременность. - М.: Бином, 2019 г.
4. Доброхотова Ю.Э., Кузнецов П.А., Джохадзе Л.С. Плацентарная недостаточность. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019

ФАКТОРЫ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Нурханова Н.О., Рахматуллаева М.М., Саидова Ф.И.

Научный руководитель: Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Эктопия является самым распространенным фоновым заболеванием шейки матки в амбулаторной практике. Особенную тревогу вызывает увеличение таких больных в возрастной группе до 40 лет. Доказано, что предрак, а в последующем и рак шейки матки формируются на фоне доброкачественных нарушений многослойного плоского эпителия, к числу которых относится эктопия шейки матки [2].

Несмотря на большое количество работ, посвященных вопросам этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эктопии шейки матки, частота рецидивов заболевания остается достаточно высокой достигая, по данным различных авторов, 40% [1]. Как известно, профилактика рецидива или осложнений любого заболевания включает в себя, в первую очередь выявление и устранение факторов, провоцирующих рецидив и усугубляющих течение заболевания.

Цель исследования: определение факторов риска возникновения и прогрессирования эктопии шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования: нами проведён ретроспективный анализ амбулаторных карт 220 женщин репродуктивного возраста, обратившихся в областной перинатальный центр Бухарской области за 2017-2018 гг.

Результаты исследования и их обсуждение: По результатам ретроспективного анализа средний возраст женщин с эктопией шейки матки составил $25,4 \pm 1,7$ лет. Распределение женщин по социальному статусу показало, что наибольшую группу составили женщины служащие – 40,0%, работницы – 33,6%, домохозяйки – 20,9%, студентки – 5,5%.

Анализ менструальной функции позволил уточнить средний возраст начала менархе – он составил $12,2 \pm 0,3$ лет, у 31,8% зарегистрировано его нарушение. Возраст начала половой жизни у обследованных женщин составил $20,9 \pm 0,8$ лет. 85% находились в браке, из них 2,7% имели второй брак.

Анализ генеративной функции женщин показал, что среди них преобладали повторнорожавшие, которые составили 78%. Самопроизвольные выкидыши констатированы более чем у 20% женщин. Частота преждевременных родов составила 14,5%, неразвивающихся беременностей – 7,7%.

При анализе анамнеза обращала на себя внимание высокая частота (52,3%) гинекологических заболеваний у женщин: хронические воспалительные заболевания придатков матки (12,7%), эндометрит (7,3%), миома матки (10,4%). Заслуживает внимание наличие рецидивирующих инфекций влагалища и шейки матки у трети женщин, особенно неспецифических и микст-инфекций, которые неоднократно лечились. Так, неспецифический вульвовагинит был у 26,8% женщин, бактериальный вагиноз – у 19,1%, вульвовагинальный кандидоз – у 15,9%, хламидиоз – у 5,5%.

Детальное изучение анамнеза позволило выявить у больных с эктопией шейки матки довольно высокий удельный вес соматической патологии, среди которых преобладали железодефицитная анемия, заболевания мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта. Каждая четвертая женщина отмечала перенесение того или иного инфекционного заболевания.

При анализе особенностей течения основного заболевания установлено, что длительность существования эктопии шейки матки до 1 года (с момента постановки диагноза до настоящего исследования) была зафиксирована лишь в 15,9% наблюдениях, от 2-х до 3-х лет – в 52,3%, длительность заболевания более 3-х лет выявлена в 31,8% случаев. Проанализировав амбулаторные карты выяснилось, что из 220 женщин с эктопией шейки матки контрацепцией пользовались 68,6%. Среди них ВМК были у 69,5% женщины, оральные контрацептивы принимали 25,9%, барьерными методами контрацепции пользовались 4,6% женщин.

При уточнении анамнестических данных нами выявлено, что у 79% женщин с эктопией шейки матки было проведено консервативное лечение с применением средств, которые ускоряют эпителизацию (облепиховое масло, синтомициновая мазь, настойки прополиса). Хирургическому вмешательству на шейке матки были подвержены 21% женщин. При этом наиболее частым хирургическим методом лечения была диатермокоагуляция. Также обращает на себя внимание тот факт, что и в настоящее время используется консервативный метод (средства в виде мазей) лечения фоновых заболеваний шейки матки, не смотря на то, что многолетний опыт показал неэффективность медикаментозных средств в лечении патологических процессов шейки матки [3-5]. Полученные нами данные свидетельствуют о высоком проценте (16,9%) рецидивов заболевания и тенденции к малигнизации, что указывает на не высокую эффективность применяемых методов лечения и целесообразность поиска новых методов терапии эктопии шейки матки.

Вывод. Таким образом, на основании проведенного нами анализа анамнестических данных уточнено, что ведущими факторами, влияющими на возникновение эктопии шейки матки, наряду с социально-экономическими условиями жизни, отягощенностью акушерско-гинекологического анамнеза, используемых методов контрацепции, являются наличие рецидивирующих инфекций влагалища и шейки матки.

Список литературы

1. Буртушкина, Н.К. Структура неопухолевых заболеваний шейки матки / Н.К. Буртушкина, А.Ф. Куперт, Е.Г. Кокунова // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 121–123.
2. Коннон, С.Р.Д. Рак шейки матки: профилактика и скрининг (новые данные) / С.Р.Д. Коннон, М.А. Союнов // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2018. – Т. 6. – № 3. – С. 72–82.
3. Ордянц, И.М. Рецидивирование ВПЧ-инфекции после комбинированного лечения заболеваний шейки матки / И.М. Ордянц, Н.В. Буянова, М.Б. Абдурахманова // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2018. – Т. 6, № 3. – С. 47–52.

4. Рахматуллаева, М.М. Лечение бактериального вагиноза: проблемы и перспективы / М.М. Рахматуллаева // Фарматека. – 2019. – Т.26, №6. – С.79-83.

5. Хворостухина, Н.Ф. Анализ причин рецидивирования эктопии шейки матки после коагуляции / Н.Ф.Хворостухина, Ю.В. Михеева, Д.А.Новичков, У.В. Столярова, А.В. Романовская // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10 (3). – С. 562–566.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Патонич И.К.

Научный руководитель: Могильницкая О.Э.

Гродненский государственный медицинский университет

Проблема охраны репродуктивного здоровья населения, особенно подростков и молодежи, для Республики Беларусь, как и для всего мирового сообщества в современных условиях приобретает особую медико-социальную значимость. За последние 10 лет доля абсолютно здоровых девочек уменьшилась в 3 раза (с 28,6 до 6,3%). Показатели заболеваемости в подростковом возрасте у девочек выше, чем у мальчиков. [1]. Беременность в период становления репродуктивной функции отличается опасностью неблагоприятного исхода, как для матери, так и для плода. В этой группе женщин в родах чаще, чем среди всего репродуктивного населения, имеют место аномалии родовой деятельности, кровотечения в послеродовом периоде и раннем послеродовом периоде, травмы родового канала. Однако девочки-подростки испытывают эмоциональные переживания. [2] В большинстве случаев беременность не является желанной в этом возрасте, что вполне может привести к негативному отношению матери к ребенку. Могут возникать эмоциональные нарушения, повышается уровень тревожности, что может способствовать возникновению осложнений: угроза выкидыша и преждевременных родов. [3]

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Были проанализированы данные медицинской документации за 2014-2018 гг. В основу работы положены отобранные результаты анализа индивидуальных карт беременных, историй родов. За данный период зарегистрировано 222 беременных подростков в возрасте 14-18 лет. Из них в 2014 году - 54 человека, 2015 году - 51 человек, в 2016 году – 58 человек, в 2017 году – 49 человек, в 2018 году – 10 человек.

Результаты и обсуждение. В 2014 году из 54 беременных подростков на учет по беременности до 12 недель встали 92% беременных, и только 8%- после 12 недель. Наиболее часто встречаемые сопутствующие заболевания: эрозия шейки матки - 22%, кольпит -26%, миопия – 7%, анемия – 44%, плацентарные нарушения в стадии компенсации – 11%, никотиновая зависимость - 15%. Течение беременности осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод в 16,7% случаях, ранним излитием околоплодных вод - 5,6%. Родостимуляция проводилась у 17% беременных. В 90% случаев роды велись через естественные родовые пути в сроке гестации 38-40 недель. Кесарево сечение было проведено у 10% беременных подростков.

В 2015 году из 51 беременной на учет по беременности до 12 недель стали 99% беременных, и только 1% - после 12 недель. Наиболее часто встречаемые сопутствующие заболевания: кольпит - 30%, анемия – 57%, плацентарные нарушения в стадии компенсации – 2%, никотиновая зависимость - 11%. Течение беременности осложнилось прежде-временным излитием околоплодных вод в 6,7% случаях, ранним излитием

околоплодных вод - 1,6%. Через естественные родовые пути родоразрешено 86% беременных, путем операции кесарево сечение - 9%. Родостимуляция проводилась у 12% беременных.

В 2016 году зарегистрировано 58 беременных подростков, все девочки встали на учет по беременности до 12 недель. Наиболее часто встречаемые сопутствующие заболевания: анемия – 28%, кольпит - 20%, эрозия шейки матки – 25%, плацентарные нарушения в стадии компенсации – 7%, плацентарные нарушения в стадии декомпенсации - 2%, плацентарные нарушения в стадии субкомпенсации – 1%, многоводие - 2%, никотиновая зависимость - 2%. Течение беременности осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод в 12% случаях, ранним излитием околоплодных вод - 11%. Через естественные родовые пути родоразрешено 86,2% беременных, из них в сроке гестации 221-243 дня – 7%. Родоразрешение путем операции кесарево сечение в сроке гестации 238 дней выполнено в 1,7% случаев, в сроке гестации 260-275 дней - 13%. Родостимуляция проводилась у 17,2% беременных.

В 2017 году 49 беременных подростков встали на учет по беременности до 12 недель. Течение беременности осложнилось анемией – 28%, преэклампсией легкой степени тяжести - 8%, плацентарными нарушениями в стадии компенсации – 7%, многоводием – 3%. Родоразрешено через естественные родовые пути в сроке гестации 270-278 дней - 94% юных беременных, путем операции кесарево сечения - 6% беременных подростков.

В 2018 году 10 беременных подростков встали на учет по беременности в сроке до 12 недель. Наиболее часто встречаемые сопутствующие заболевания эрозия шейки матки - 20%, кольпит - 10%. Течение беременности в 50% случаев осложнилось анемией, в 10% - сливным кандиломатозом Беккера, и в 10% - преэклампсией легкой степени тяжести. В 80% случаев беременные родоразрешались через естественные родовые пути в сроке гестации 264-288 дней. Родостимуляция проводилась у 10 % беременных по поводу раннего излития околоплодных вод. Путем операции кесарево сечения родоразрешено 20% беременных. За 2014 – 2018 годы средняя масса детей составила $3206 \pm 73,0$ г. Минимальная масса новорожденного составила 1200 г, а максимальная – 5200 г. Крупные дети родились у 3 % матерей. Любопытно, что соотношение полов новорожденных в популяции 53:47 (в пользу девочек). Средняя кровопотеря в родах у юных рожениц составила $185 \pm 52,0$ мл. Эпизиотомия проводилась в 35,04% случаев.

Выводы. 1. У беременных подростков преобладают физиологические роды. 2. Практически у каждой третьей беременной в возрасте до 18 лет течение беременности осложнилось анемией. 3. Наблюдается снижение подростковой беременности, что связано с ранним активным выявлением юных пациенток, начавших половую жизнь и обучением их индивидуальным средствам контрацепции.

Список литературы

- 1.Амирова, Н. Ж. Медико-социальная характеристика репродуктивного здоровья девушек подростков. Дис. канд. мед. Наук: СПб., 1997. -№8. 72 с.
- 2.Баранов, А. Н. Особенности течения беременности и родов у подростков. / А.Н. Баранов //Акушерство и гинекология, 1997. № 4. с.44- 46.
- 3.Богданова, Е. А. Гинекология детей и подростков. / Е.А. Богданова // М.: Медицинское информационное агентство. 2000. – 295 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ АЦИКЛИЧЕСКИХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Пирогова С.О., Ильин М.Ю., Никулин Е.А.

Научный руководитель: Газазян М.Г.

Курский государственный медицинский университет

Патология эндометрия занимает ведущее место в структуре гинекологической заболеваемости, она служит причиной преимущественно метrorрагии, бесплодия, болевого синдрома [1,3]. Проведение гистероскопии с диагностическим выскабливанием и биопсией позволяет установить морфологические причины ведущей причины обращаемости женщин – ациклического маточного кровотечения, что способствует оптимизации диагностики и тактики ведения гинекологических больных [2].

Материалы и методы. Проведено ретроспективное сплошное исследование больных, проходивших лечение в ОБУЗ КГКБ СМП, с основной жалобой – ациклическим маточным кровотечением (метrorрагией). В ходе исследования были проанализированы 100 протоколов гистероскопии, из которых были взяты данные о причине её проведения, признаков деформации полости матки, состоянии слизистой, гистологическом заключении биопсии и диагностических соскобов из полости матки. Пациентки разделены на 2 группы: 1 группа - с длительной метrorрагией (более 6 месяцев), 2 группа – с кратковременной (менее 6 месяцев). Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel, во всех процедурах статистического анализа за критический уровень значимости нулевой статистической гипотезы принимали $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. В 1 группе ведущей причиной длительной метrorрагии является железисто-фиброзный полип, различной локализации, на фоне бледно-розовой, тонкой слизистой. Во время гистероскопии была выполнена полипэктомия.

Функциональный полип эндометрия – вторая по частоте причина длительной метrorрагии. Наблюдается на фоне неравномерно-окрашенной, гипертрофированной слизистой неравномерной толщины. Причина – гормональная терапия, эстрогенное воздействие.

Железистая гиперплазия эндометрия встречается на фоне ярко или бледно-розовой, неравномерно-окрашенной, складчатой слизистой неравномерной толщины.

Во всех случаях длительной метrorрагии, причиной которой явилась миома, была её субмукозная локализация на фоне бледно-розовой, тонкой слизистой. В 3 случаях пациентки были в постменопаузе (20, 9, 1 год).

При аденокарциноме предварительный диагноз при гистероскопическом осмотре: гиперплазия эндометрия во всех случаях, полип эндометрия в 3 случаях, миома матки в 2 случаях. Пациентки в постменопаузе.

В 3 случаях длительная метrorрагия была обусловлена приемом тамоксифена в репродуктивном возрасте. Слизистая бледно-розовая, неравномерно-окрашенная, складчатая, гипертрофированная, неравномерной толщины, устья во всех случаях облитерированы.

В 1 случае длительная метrorрагия была обусловлена опухолью правой боковой стенки влагалища, по результатам гистологического исследования – плоскоклеточный неороговевающий рак. Гистероскопическая картина: слизистая багрово-синюшная, неравномерно-окрашенная, складчатая, гипертрофированная, неравномерной толщины. Стенки полости матки изъедены. Сосудистый рисунок выражен. Постменопауза.

Во 2 группе наиболее частая эндоскопическая находка - это осложнения после фармакологического аборта и родов, 76% в данной группе (n=16).

Наиболее частой причиной в этой группе явились осложнения после фармакологического аборта (n=9), в основном на 20- 25 сутки. У 3 пациенток – плацентарный полип задней стенки или дна матки, еще у 3 пациенток при гистероскопии обнаружены остатки хориальной ткани с некробиотическими изменениями в дне матки и левой боковой стенке. В 3 случаях – некротическая децидуальная ткань с ворсинами хориона эмбрионального типа. Эти данные говорят о небезопасности для беременной женщины даже фармакологического аборта, проводимого на ранних сроках беременности.

Еще в 3 случаях метроррагия обусловлена обрывками децидуальной ткани в полости матки после кесарева сечения.

У 2 пациенток - состояние после самопроизвольного аборта. При гистероскопии обнаружена хориальная ткань.

Метроррагия, обусловлена плацентарным полипом после родов (45 и 30 суток), встречается у 2 женщин.

Второе место в структуре гинекологических заболеваний, сопровождающихся кратковременным и очень скудными клиническими данными, что существенно затрудняет раннюю диагностику, занимает аденокарцинома эндометрия (n=5), в 3 случаях высоко дифференцированная, в 2 – умеренно. При гистероскопии полость матки деформирована за счет полипа, локализованного в дне (n=3) и задней стенке (n=2) матки. Слизистая преимущественно бледно-розовая, неравномерно окрашенная, гипертрофированная, неравномерной толщины. Сосудистый рисунок не выражен. Во всех случаях – устья маточных труб облитерированы.

Заклучение. Таким образом, при нарушениях менструального цикла по типу метроррагий выраженность клинических симптомов может не соответствовать тяжести имеющихся заболеваний. Осложнения после фармакологического аборта являются наиболее частой причиной метроррагий после фармаборта, что говорит о небезопасности этого вида прерывания беременности. Кроме того, у 8-10% пациенток обнаруживаются злокачественные заболевания матки, что требует проведения неотлагательного эндоскопического обследования с обязательной морфологической характеристикой эндометрия.

Список литературы

1. Бекмухамбетов, Е. Ж. Влияние метаболических нарушений на репродуктивное здоровье / Е.Ж. Бекмухамбетов, А.А. Мамырбаев, А.Т. Калдыбаева и др. // Вестник КазНМУ. -2015. -№3.- 144-147 с.
2. Нефедов, В. П. О роли цитологической и гистологической диагностики в мониторинге здоровья женского населения / В. П. Нефедов, О. В. Нефедов, А. Р. Абашев и др. // ПМ.- 2011. -№54.- 85-87 с.
3. Чернуха, Г.Е. Воспаление - биологическая основа обильного менструального кровотечения, дисменореи и нарушений ЦНС. Комплексное решение проблемы / Г. Е. Чернуха, Л. М. Ильина // МС.- 2015.- №XX.- 20-22 с.

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Румянцева З.С., Волоцкая Н.И.

Научный руководитель: Рыбалка А.Н.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И. Вернадского"

Кисты яичников занимают одно из первых мест среди новообразований в структуре гинекологической патологии. Эндометриоидные кисты яичников чаще возникают в репродуктивном возрасте, их частые рецидивы, повторные оперативные вмешательства воздействуют на репродуктивную функцию, в виде снижения овариального резерва, что приводит к бесплодию. Цель исследования - определить овариальный резерв у женщин после хирургического лечения эндометриоидных кист яичников. В связи с поставленной целью были определены задачи исследования – оценить частоту и объем оперативных вмешательств у пациенток с эндометриомами яичников, определить овариальный резерв по УЗИ, определить уровень АМГ в сыворотке крови в динамике.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2» за период 2016 – 2019 г. Выборку составили 40 случаев заболевания эндометриоидными кистами яичников. Средний возраст пациенток составил $30,3 \pm 0,2$ лет. У всех пациенток собран анамнез, проведены общеклиническое обследование, лабораторные и инструментальные исследования, включая УЗИ и определение уровня антимюллерова гормона в сыворотке крови на 4-й день овариально-менструального цикла (ОМЦ) в послеоперационном периоде.

При ультразвуковом исследовании анализировали следующие параметры: морфометрические данные (размеры яичников, кисты), эхоструктура эндометриомы, для оценки овариального резерва выполнялся подсчёт числа антральных фолликулов диаметром 2-9 мм в одном эхосрезе, изучали значения интраовариального кровотока в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК).

Статистическую обработку данных проводили согласно общепринятым методам описательной статистики, выборку проверяли на нормальность и однородность, используя ПО MS Excel.

Результаты и обсуждение. При изучении анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных данных установлено, что причиной около 80% (32 случая) обращений у пациенток с эндометриомами яичников стал синдром хронической тазовой боли. Из них 59,3% (19 пациенток) предъявляли жалобы на диспареунию, у 11 женщин (34,3%) – жалобы на альгодисменорею.

При оценке репродуктивной функции бесплодие установлено у 18 пациенток (45%), в 12,5% (5 случаев) - прерывание беременности в малом сроке, у двух женщин (5%) – были неудачные попытки ЭКО в анамнезе, в 4 случаях (10%) – в анамнезе несостоявшийся выкидыш.

При ультразвуковом исследовании на 5й день ОМЦ установлена преимущественная локализация эндометриом в яичниках – в левом яичнике эндометриоидные кисты выявлены в 42,5 % (17 случаев), в правом яичнике кисты локализовались в 14 случаях (35%), двустороннее поражение наблюдалось у 9 женщин (22,5%). Суммарный объем яичников снижен у 27 пациенток (67,5%), размеры эндометриоидной кисты у разных больных варьировали в диапазоне от 10 до 36 мм, средний объем кисты – 7,9 мм³. У 31 женщины (77,5%) выявлены эхопризнаки нарушения фолликулогенеза, в виде значительного снижения количества антральных фолликулов – меньше 4х в одном эхосрезе. В режиме ЦДК установлено значительное снижение интраовариального кровотока у 22 пациенток (55%).

Лечебная тактика подразумевала оперативное лечение путем энуклеации гетеротопных образований или резекцию яичника в сочетании с предоперационной и послеоперационной гормональной терапией. Послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений.

Учитывая объем оперативного вмешательства, пациенток разделили на две группы. Первую группу пациенток (10 человек) составили женщины, которым была проведена энуклеация кисты, во вторую группу (30 человек) вошли пациентки, перенесшие резекцию яичников. Следовательно, оценку овариального резерва после оперативного вмешательства этим пациенткам проводили отдельно.

При ультразвуковом исследовании после оперативного лечения среди пациенток первой группы, прогрессирующего уменьшения количества антральных фолликулов в одном эхосрезе зафиксировано не было. Через 3 месяца у 8 женщин (80%) зафиксировано увеличение количества антральных фолликулов до 4 – 5 в одном эхосрезе, что подтверждает положительную динамику. Уровень АМГ после энуклеации эндометриозных кист у всех пациенток оставался в пределах допустимой нормы.

Уровень АМГ ниже 0,1 нг/мл определен у 29 (96,6%) пациенток, перенесших резекцию.

Выводы. Эндометриоз яичников, при отсутствии лечения, приводил к уменьшению овариального резерва в 31 случае (77,5%). Среди пациенток перенесших резекцию яичников по поводу эндометриозной кисты получены данные за снижение овариального резерва в послеоперационном периоде. Также в этой группе выявлено снижение уровня АМГ в сыворотке крови в сравнении с группой, перенесших кистэктомия путем энуклеации, в которой показатели АМГ оставались в пределах нормы.

Список литературы

1. Боярский К.Ю., Гайдуков С.Н. Роль антимюллера гормона (АМГ) в норме и при различных гинекологических заболеваниях // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – №58(3). – С.74 – 83.
2. Боярский К.Ю. Фолликулогенез и современная овариальная стимуляция (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2002. – №8(3). – С.43 – 49.
3. Прилепская В.Н., Иванова Е.В., Тагиева А.В., Летуновская А.Б. Эндометриоз: от трудностей диагностики к новым возможностям терапии // Гинекология. – 2012. – № 4. – С. 4 – 8.
4. Щукина Н.А., Буянова С.Н. Современный взгляд на диагностику и лечение эндометриоза // РМЖ. – 2014. – №14. – С. 1002.

АНАЛИЗ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ, МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Румянцева З.С., Волоцкая Н.И., Уварова А.И.

Научный руководитель: Рыбалка А.Н.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И. Вернадского"

Миома занимает одну из первых позиций в структуре гинекологической патологии, диагностируется у 35% женщин репродуктивного возраста, со значительным увеличением частоты встречаемости после 30 лет. Клинически, помимо симптоматики, обусловленной непосредственно опухолевым ростом, лейомиома матки часто манифестирует

аномальными маточными кровотечениями. В связи с этим, изучение морфологической структуры эндометрия у пациенток с различной локализацией и гистологическим типом миомы матки представляет особый интерес. Целью исследования стало изучение структурных изменений эндометрия у пациенток с лейомиомой матки, определение закономерности между характером морфофункциональных изменений эндометрия и типом миомы, в зависимости от ее локализации и характера пролиферативной активности.

Материалы и методы: работа выполнена на базе ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом №2». Проведено обследование 68 пациенток репродуктивного возраста, госпитализированных в гинекологическое отделение с диагнозом «Аномальное маточное кровотечение», «Лейомиома матки».

На основании классификации лейомиом, определенной FIGO, по их ультразвуковой эхолокации, сформировали три клинические группы, у всех пациенток были определены показания к гистероскопии и миомэктомии. Первую группу составили 28 пациенток с субмукозной миомой матки SM 0-2, а также пациентки с лейомиомой полностью интрамуральной, но контактирующей с эндометрием (O3). Вторую группу составили 20 пациенток с интрамуральной и субсерозной лейомиомой O 4- 6. Третью группу, контрольную, составили 20 женщин, сопоставимых по возрасту, с аномальными маточными кровотечениями (АМК) без наличия лейомиомы матки в анамнезе. В группы не вошли пациентки, принимавшие гормональную терапию или использовавшие внутриматочные средства контрацепции менее чем за 3 месяца до исследования.

Для морфологического исследования эндометрия образцы получали путем фракционного диагностического выскабливания. У пациенток первой группы с допустимой гистерорезектоскопической миомэктомией фрагмент лейомиомы получали непосредственно при фрагментации. У пациенток второй группы препарат был получен в результате консервативной миомэктомии.

Дальнейшие этапы работы, включая преаналитический, проводили на базе морфологической лаборатории с иммуногистохимией и электронной микроскопией ЦНИЛ Медицинской академии им. С.И. Георгиевского. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, проводку, заключение в парафин, подготовку и окрашивание срезов гематоксилином и эозином проводили по общепринятой методике.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием методов вариационной статистики с использованием параметрического t-критерия Стьюдента; достоверными считали показатели при $P < 0,05$. Для статистического анализа использовали программное обеспечение Microsoft Excel - 2016.

Результаты и обсуждение: Возраст пациенток находился в диапазоне 25 - 40 лет, средний возраст составил - $33 \pm 0,2$ лет. Все пациентки клинических групп 1 и 2 предъявляли жалобы на гиперместруальный синдром, межменструальные кровотечения, 18 (26,5 %) - жалобы на боли, которые они не связывают с менструациями.

В первой группе лишь у 4 (14,3 %) пациенток АМК возникло впервые и послужило причиной госпитализации, менструальный цикл был регулярным, безболезненным, длительность менструаций пребывала в диапазоне 3-7 дней. В 15 (53, 6 %) случаев у пациенток часто наблюдались АМК по типу обильных менструальных кровотечений с длительностью более 7 дней, у 9 (32,1 %) АМК манифестировали неоднократно по типу межменструальных маточных кровотечений.

Во второй группе в 16 (80 %) случаев преобладали нормальные характеристики менструального цикла, АМК возникло впервые. В 4 случаях (20 %) у пациенток часто наблюдались АМК по типу обильных менструальных кровотечений.

В контрольной группе все пациентки с диагнозом «аномальное маточное кровотечение» госпитализированы впервые.

В первой группе лейомиома была представлена следующими вариантами: субмукозная миома (SM) на ножке - 6 (21,4%) пациенток, SM <50% интрамуральная - 13 (46,4%) женщин, SM >50% интрамуральная - 7 (25%), полностью интрамуральная, контактирующая с эндометрием (O3) - 2 пациентки (7,1%). Во второй группе лейомиома представлена: интрамуральная O4 - 5 (25%), субсерозная $\square$ 50% интрамуральная O5 - 11 (55%), субсерозная <50% интрамуральная - 4 (20%).

По результатам гистологического исследования фрагментов эндометрия у пациенток первой группы патологические изменения выявлены у 27 (96,4%) и представлены фиброзно-железистыми полипами - 14 случаев (51,9%), гиперплазией эндометрия - 10 (37%), признаками хронического эндометрита - 3 (11,1%). У одной пациентки (3,6%) гистологическая структура эндометрия соответствует нормальному эндометрию в фазе пролиферации.

Среди пациенток второй группы структурные изменения эндометрия выявлены у 10 пациенток (50%), представлены: фиброзно-железистыми полипами - 5 (25%), гиперплазия эндометрия - 4 (20%), признаки хронического эндометрита - 1 (5%). У 10 женщин (50%) во второй группе патологических изменений эндометрия выявлено не было.

В третьей, контрольной группе структурные изменения представлены простой гиперплазией эндометрия.

Заключение: в результате проведенного исследования выявлено, что сочетанные патологические изменения эндометрия в большей степени характерны для субмукозной локализации лейомиомы, то есть обратно коррелирует со степенью интактности эндометрия, по отношению к миоме.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Саидова Ф.И., Адизова С.Р., Рахматуллаева М.М.

Научный руководитель: Рахматуллаева М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Вагинальная микрофлора, представляющая собой динамичную микрэкосистему, играет особо важную роль в поддержании репродуктивного здоровья женщины [1, 3]. Как известно, важнейшая функция нормального биоценоза женских половых органов состоит в обеспечении колонизационной резистентности организма [2, 4]. Воздействие на организм различных факторов экзогенной или эндогенной природы может приводить к нарушениям нормальной микрофлоры и развитию дисбиозов влагалища.

Цель работы - изучение влияния гормональной контрацепции на степень чистоты влагалищного мазка многорожавших женщин.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование включены 45 многорожавших женщин. Среди них 21 женщина применяли комбинированные оральные контрацептивы (КОК) (основная группа), 24 женщины получали инъекционную контрацепцию (ИК) (группа сравнения). Проведено бактериоскопическое исследование влагалищных мазков.

Результаты. Исследование показало, что при исходном исследовании влагалищных мазков достаточно в большом количестве палочки Дедерлейна обнаружены у 11 (52,4%) женщин основной и у 15 (62,5%) женщин группы сравнения, умеренное содержание лактобацилл имели 28,6% и 25% женщин из обеих групп соответственно. Единичные палочки оказались в мазке у 4 (19%) женщин основной группы и у 3 (12,5%) женщин

группы сравнения в момент включения в исследование. В динамике приема ГК через 3 и 6 месяцев наблюдалось увеличение палочек Додерлейна, особенно в группе, применявших КОК, что возможно связано с увеличением лактобацилл на фоне протекторного влияния КОК. Количество лейкоцитов и кокковой флоры влагалища имели тенденцию к снижению в динамике наблюдения через 3 и 6 месяцев в отношении от их исходных значений. В момент включения в исследование среди женщин основной группы 14,3% имели II степень чистоты, 85,7% - III степень чистоты влагалищных мазков, среди женщин группы сравнения 16,7% имели II степень чистоты, 83,3% - III степень чистоты влагалищных мазков. Степень чистоты влагалищного мазка в динамике применения ГК преобразовалась следующим образом: через 3 месяца применения КОК 57,2% женщин имели II степень чистоты, 42,8% - III степень чистоты влагалищных мазков, через 6 месяцев применения КОК 71,4% женщин имели II степень чистоты, 28,6% - III степень чистоты влагалищных мазков. Такая же тенденция в степени чистоты влагалищных мазков наблюдалась и у женщин группы сравнения. Через 3 месяца применения ИК 54,1% женщин имели II степень и 45,8% III степень чистоты влагалищных мазков, через 6 месяцев применения ИК 66,7% женщин имели II степень и 33,3% III степень чистоты влагалищных мазков.

Вывод. Степень чистоты влагалищного мазка зависит от количества резидентных палочек, лейкоцитов и наличия банальной и специфической флоры среды. Гормональные средства контрацепции не нарушают нормальную микрофлору влагалища, а зачастую влияют положительно на экосистему влагалища.

Список литературы

1. Ворошилина, Е.С. Экология влагалища: смена клинической парадигмы как путь к индивидуальной медицине / Е.С. Ворошилина // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2011. – №1(33). – С. 95–99.
2. Мелкумян, А.Р. Влагалищные лактобактерии – современные подходы к видовой идентификации и изучению их роли в микробном сообществе / А.Р. Мелкумян, Т.В. Припутневич // Акушерство и гинекология. – 2013. – №7. – С. 18–23.
3. Рахматуллаева, М.М. Лечение бактериального вагиноза: проблемы и перспективы / М.М. Рахматуллаева // Фарматека. – 2019. – Т.26, №6. – С.79-83.
4. Хрянин, А.А. Бактериальный вагиноз: новые представления о микробном биосоциуме и возможности лечения / А.А. Хрянин, О.В. Решетников // Медицинский совет. – 2014. – №17. – С.128–133.

УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ.

Саттарова Ш.М.

Научный руководитель: Гиясова Г.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В мире уже много стран могут гордиться тем, что получили сертификат, подтверждающий элиминацию ВИЧ от матери к ребёнку. Это доказывает право всех детей на то, чтобы появиться на свет без ВИЧ инфекции может быть обеспечено. Благодаря предпринимаемым усилиям по профилактике и диагностике ВИЧ –инфекции, а также работ с беременными женщинами в Узбекистане, практически 100% женщин сдают тест на ВИЧ при постановке на учёт в женской консультации.

Четыре основных элемента стратегического подхода к профилактике вертикальной трансмиссии ВИЧ к новорожденным: первичная профилактика среди женщин;

профилактика не желанных беременностей среди ВИЧ инфицированных женщин; профилактика трансмиссий ВИЧ от инфицированной беременной к новорожденному; лечение и поддержка ВИЧ инфицированной женщины и её семьи. По обзорным статистическим данным за последние года во многих странах называют в качестве самого распространенного пути передачи ВИЧ-инфекции вполне обычный супружеский половой контакт.

Цель исследования. Изучение проводимых профилактических мероприятий среди ВИЧ-инфицированных, направленных на предупреждение вертикальной трансмиссии.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен опрос пациентов, с сохранением добровольности и конфиденциальности информации. Нами изучено 53 супружеские пары ВИЧ – инфицированных, состоящих на учете. С 2006 года в Узбекистане начали проводить антиретровирусную терапию (АРВТ). Наличие лекарственных препаратов дало возможность проведения антиретровирусной профилактики (АРВП) среди ВИЧ инфицированных беременных женщин, что позволило проводить эффективную профилактику вертикальной трансмиссии. Основная часть исследуемых это были женщины в возрасте 21-30 лет, которые составляют 53%. 22 (20,8%) человека были в возрасте 36-40 лет. 14,2% (15 человек) были в возрасте 41-49 лет, 4,7% составили люди 50-59 лет. Исследуемые женщины были заражены от мужей, гетеросексуальным путём. Основной акцент проведённого нами исследования был направлен на профилактику предупреждения передачи ВИЧ от матери к ребёнку среди молодых женщин фертильного возраста, планирующих беременность. Среди исследуемых 33 женщин забеременели. Из них только 26 беременных получали антиретровирусную терапию и приверженность у них была. Они своевременно встали на учёт в женскую консультацию, добровольно согласились на кесарево сечение и отказались от грудного вскармливания. Согласно национального протокола детям, рожденным от 26 беременных женщин, была назначена антиретровирусная терапия на 28 дней. Проведены были лабораторные обследования: два раза ПЦР исследование и один ИФА тест на наличие ВИЧ-инфекции - результаты были отрицательными. Рождённые дети были здоровыми не зараженными ВИЧ инфекцией от своих матерей. Что и доказывает эффективность профилактики вертикальной трансмиссии.

Результаты. Полученные результаты проведённого исследования позволили сделать выводы, что 91.4% женщин среди обследованных обратившихся в женскую консультацию, своевременно вставших на учет и сохранившие приверженность к АРВТ родили здоровых детей.

Вывод: Вовлечение в эпидемиологический процесс все больше женского населения, указывает на переход эпидемии из групп риска в общую популяцию населения. В качестве пути передачи ВИЧ-инфекции являлся вполне обычный супружеский половой контакт. Проведённые исследования среди ВИЧ инфицированных женщин фертильного возраста, соблюдавших меры профилактики предупреждения вертикальной трансмиссии доказало мировую тенденцию, что инфицированная женщина может родить здорового ребёнка. Проведенная профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку вовремя и качественно работает эффективно.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТАЯ АНЕМИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Смолякова Я.А.

Научный руководитель: Вертепная Е.Т.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель: изучить проблему профилактики железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы: для проведения анализа был осуществлен поиск и обработка зарубежных и отечественных публикаций, а так же данных ГлавСтат ДНР

Результаты:

В наше время эксперты ВОЗ продемонстрировали, как масштабна анемия. Железодефицитная анемия страдает 1,8 млрд человек, а лабораторные признаки железодефицита могут быть обнаружены еще у 3,6 млрд. Группы высокого риска ЖДА формируют дети и женщины репродуктивного возраста.

По данным Минздрава России ЖДА у беременных и женщин репродуктивного возраста выросла в три раза: ее распространенность по разным подсчетам составляет 12-27% вне гестации, при этом 45% завершенных беременностей сопровождаются анемией. Во всем мире до 70% случаев анемии занимает ДЖ.

Толчком к ее развитию могут стать воспалительные процессы, дефицит витаминов В12 и фолиевой кислоты, заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как целиакия, хроническая почечная и сердечная недостаточности. Все это повышает риск ЖДА, которая в свою очередь, отягощает клинические исходы перечисленных заболеваний.

Важно понимать, что клиничко-лабораторные признаки ЖДА редко возникают внезапно, часто к ним приводит латентное железодефицитное состояние (ЛЖД). Согласно проведенным исследованиям 65% беременных с ЛЖД при отсутствии лечения развивается манифестный дефицит железа. Железо необходимо для образования молекул глобина и миоглобина, а также для оксигенации тканей, играет немаловажную роль в работе дофаминэргических серотонинэргических нейронов и нейронов системы гамма-аминомасляной кислоты, тем самым обеспечивая когнитивные функции, афферентные реакции, регулируя сон, циркадные ритмы, и тд.

В Донецкой Народной Республике зафиксировано общее количество анемии на 1000 родов выявленных до беременности в 2010 году 189,2 случая, в 2011 году- 285,2, в 2013 г.-268,9, в 2014-289,8, в 2015-320,9, в 2016- 354,6, в 2017 году- 345,2. ВОЗ отметила, что количество ЖДА составляет 45% от общего количества анемий. По этим данным делаем расчет по ДНР

$189,2 \cdot 45 / 100 = 85,14$ в 2010; $285,2 \cdot 45 / 100 = 128,34$ в 2011.

$268,9 \cdot 45 / 100 = 121,005$ в 2013; $289,8 \cdot 45 / 100 = 130,41$ в 2014.

$320,9 \cdot 45 / 100 = 144,41$ в 2015; $354,6 \cdot 45 / 100 = 159,57$ в 2016.

$128,34 - 85,14 = 40,2$; $40,2 \cdot 100\% / (128,34 + 85,14) = 18,83\%$ увеличение ЖДА за год (2010-2011).

$159,57 - 85,14 = 74,43$ случая.

$74,43 \cdot 100\% / (159,57 + 85,14) = 7443 / 244,71 = 30,42\%$.

Наблюдаем, что с каждым годом показатель ЖДА у беременных имеет тенденцию к возрастанию.

Во время беременности было выявлено в 2010 году 297,9 случая, в 2011 285,2 случая

Производим расчет, чтобы выявить ЖДА.

2010 год: $297,9 \cdot 45 / 100 = 134,1$

2011 год: $285,2 \cdot 45 / 100 = 128,34$

$134,1 - 128,34 = 5,76$

$$5,76 \cdot 100 / 262,44 = 2,19\%$$

Мы наблюдаем снижение обнаруженных анемий во время беременности.

Общее количество ЖДА:

$$\text{ЖДА } 2010 : 85,14 + 134,1 = 219,24$$

$$\text{ЖДА } 2011 : 128,34 + 128,34 = 256,68$$

$$256,68 - 219,24 = 37,44 \text{ (возрастание анемии за год)}$$

$$37,44 \cdot 100 / 475,92 = 7,9\%$$

Во время гестации потребность в железе увеличивается, поскольку вещество расходуется на нужды плода и создание резерва перед предстоящими родами : в первом триместре норма потребления железа возрастает на 16% , во втором на 59% , в третьем на 67%. За период беременности и после родов утилизируется примерно 1500 мг железа, из них 600 мг идет на усиление эритропоэза, 300- развитие фетоплацентарной системы, 190- текущий расход , 230- потери при родах, 400 мг – во время лактации.

Установленное железодефицитное состояние (ЛЖД, ЖДА) является показанием для назначения препаратов железа. Однако восполнения ДЖ при ЖДС следует проводить поэтапно. Доза элементарного железа в сутки и продолжительность приема его препаратов зависят от этапа терапии.

Так же следуют соблюдать диету для восстановления содержания железа в организме(№11)

Вывод: своевременное распознавание железодефицитных состояний и их корректировки с помощью оральных препаратов железа являются одним из важнейших компонентов сохранения здоровья женщин репродуктивного возраста.

Список литературы

1. В.Н. Серов, В.И. Кулаков Железодефицитная анемия и беременность. Здоровье женщины №9 (105)/2015 ISSN 1992;5921
2. Стуклов Н.И. Альпидовский В.К., Огурцов П.П. Анемии. Клиника, диагностика и лечение. Учебное пособие для врачей М., 2013- 264 с
3. Павлов А.Д., Морщакова Е.Ф., Румянцев А.Г. Эритропоэз , эритропоэтин, железо . М:ГЭОТАР- медиа ;2011,304с
4. Kassebaum N.J Jasrasaria R. Naghavi M. Et.al. A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010, Blood ,2014

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НА ГЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И РОДЫ

Федотова Д.С.

Научный руководитель: Шевлюкова Т.П.

Тюменский государственный медицинский университет

Хронические заболевания вен (ХВЗ) представляют серьёзную проблему для здравоохранения, в первую очередь, в силу своей распространённости. Современная медицина не обладает средствами радикальной профилактики ХВЗ, а несвоевременная диагностика приводит к большому числу запущенных форм. Все это представляется важной медико-социальной проблемой.

Прогрессирование болезни все больше нарастает с возрастом, а частота обращаемости приходится на период 22-55 лет. Впервые возникшие симптомы появляются более чем у большинства еще до 30 лет. Также у многих женщин варикозная

недостаточность манифестирует во время беременности. Венозная система нижних конечностей испытывает наибольшую нагрузку.

Основными факторами являются увеличение ОЦК вследствие гипervолемической аутогемоделиции, изменения гормонального фона с преобладанием прогестерона, который, как известно снижает тонус мускулатуры сосудистой стенки, сдавление нижней полой вены маткой, повышение массы тела. Беременных при варикозной болезни, кроме эстетического аспекта, тревожит тяжесть в ногах, их повышенная утомляемость, отечность и судороги икроножных мышц. При осложненном течении самой беременности, возникает угроза развития тромботических осложнений. Частота встречаемости ХЗВ в нашей стране влечет за собой важность ранней диагностики и лечения данной патологии, необходимость внедрения скрининговых методов [2-5].

Цель: Оценить распространенность ХЗВ, их влияние на гестационный процесс, роды и послеродовой период.

Материалы и методы: Исследована медицинская документация 11806 беременных женщин в женских консультациях No1 и No2 в г. Тюмень за 2015-2018 годы. У 499 выставлен диагноз ХЗВ. Проведен обзор истории родов этих женщин посредством анализа, синтеза, статистической обработки, моделирования.

Результаты и обсуждение: Наблюдается планомерный рост патологии вен за последние годы (2015 г. – 106, 2016 г. – 114, 2017 г. – 134, 2018 г. – 145 беременных женщин). Составлен общий образ исследуемых – повторнородящая ($2,2 \pm 0,5$ родов) беременная в возрасте 29 ± 1 лет с отягощенным акушерским анамнезом (55%), у которой варикозная болезнь (ВБ) выявлена ранее (78%). Лишь в 8,2% случаев был отмечен наследственный анамнез по ВБ. Исследуемые женщины с ХЗВ в анамнезе в основном рожали per vias naturalis (67,3%). Однако доля кесарева сечений (32,7%) у них выше по сравнению с общей популяцией (18-28%) [1]. Отмечен невысокий процент назначения (30%) акушерами-гинекологами консультации флебологов и сосудистых хирургов, неаргументированное назначение антиагрегантов (курантил) при патологии вен [6]. В комплекс лечения входило так же назначение компрессионного трикотажа (18,1%) и «флебодиа 600» (20,5%).

Выводы:

1. Сформирован «образ» женщины с ХЗВ – повторнородящая беременная 29 ± 1 лет с ранее выявленной патологией вен, отягощенным акушерским анамнезом.
2. Выявлен постоянный рост патологии вен, но при этом низкий процент назначения консультаций флебологов, сосудистых хирургов, что актуализирует проблему и подталкивает к поиску ее решения.
3. Необходимо проконсультировать врачей женской консультации о ведении пациенток с ХЗВ в анамнезе в связи с необоснованным назначением антиагрегантов (курантил).

Таким образом, частота встречаемости ХЗВ в нашей стране обуславливает важность ранней диагностики и лечения данной патологии, необходимость внедрения скрининговых методов.

Список литературы

1. Иванов, Е.В. Течение беременности и родов у женщин, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей / Е.В. Иванов, Ф.Х. Низамов, А.В. Михайлова // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – Т.13. №3-2(71). – С.5 –7.
2. Мурашко, А.В. Хроническая венозная недостаточность и беременность / А.В. Мурашко // Стационарозамещающие технологии: амбулаторная хирургия. – 2015. – №1-2. – С. 8-12.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен / Флебология. – 2018. – 12(3). С. 146-240.

4. Савельев В.С., Кириенко А.И., Золотухин И.А., Селиверстов С.Е. Проспективное обсервационное исследование СПЕКТР: регистр пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей. Флебология. 2012;6 (1):4–9.
5. Сосудистая патология вен у женщин в период гестации / Е.В. Иванов, Т.П. Шевлюкова, И.А. Вальц, А.К. Абукеримова, С.М. Леонова // Университетская медицина Урала. – 2018. – Т.4.№3(15). – С.10-12.
6. Rabe E, Puskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F, VCP Coordinators. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. Int. Angiol. 2012;31 (2):105–115.

КРУЖОК КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ НАУЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА СТУДЕНТА

Федотова Д.С., Корецкая К.Н., Чечулин Е.С.

Научный руководитель: Шевлюкова Т.П.

Тюменский государственный медицинский университет

На современном этапе происходит интенсивное реформирование системы образования, разрабатываются и внедряются новые проекты, расширяются инновационные процессы. В связи с этим особое внимание должно быть уделено проблеме повышения качества подготовки студентов к решению исследовательских задач [4]. Решать данную проблему в ВУЗах помогает студенческие научные кружки. Студенческие научные общества (СНО) дают возможность выделить из студенческой массы одаренных студентов для занятий наукой [1,2].

Важным фактором, способствующим профессиональному воспитанию будущих специалистов, является возможность для студентов более тесного, неформального общения с лучшими профессорами и преподавателями [5]. Именно на преподавателя ложится огромная ответственность не только за укомплектованность знаний студентов, но и умение самостоятельно ими оперировать, анализировать и сравнивать в различных ситуациях [6]. В Тюменском государственном медицинском университете СНО было основано в первые годы существования вуза в 1963 году. Эта организация координирует студенческую научную деятельность университета по сей день. На кафедре акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО Тюменского ГМУ в течение нескольких десятков лет активно функционирует студенческий научный кружок. Участвующие в нем студенты приобретают навыки подготовки презентаций и публичных выступлений. Кафедра предоставляет интересующимся студентам возможность регулярно посещать операционную и наблюдать за повседневной работой врачей. В рамках СНО студенты углубляют свои знания по изучаемому предмету, овладевают навыками учебно - методической, научно- исследовательской работы [3].

Материалы и методы. Материалом для исследования явились результаты деятельности кружка, представленные в годовых отчетах с 2014 – 2018 год.

Результаты исследования и обсуждения. Проведенный анализ деятельности кружка акушерства и гинекологии Тюменского ГМУ показал, что кружковцы учувствуют в конференциях, форумах, конгрессах различного уровня. Ярким примером продуктивной деятельности СНО кафедры является увеличение количества выступлений, публикаций студентов, что говорит о заинтересованности учащихся ВУЗа предметом. Основными направлениями работ являются изучение влияния ожирения на течение беременности, особенности течения беременности у женщин малочисленных народов Крайнего Севера,

невынашивание беременности, акушерские кровотечения и вопросы гемостаза в акушерстве и т.д.

По результатам проведенных исследований студенты ежемесячно выступают с докладами на заседаниях научных кружков кафедры. Такая организация работы позволяет научить студентов выступать с научно - обоснованными и аргументированными сообщениями, уметь защищать выводы своих исследований и участвовать в дискуссиях, а в целом повысить уровень учебного процесса.

Научные труды студентов публикуются в студенческих научно – практических журналах, в сборниках тезисов докладов и научных статей, издаваемых университетом и другими организациями, в том числе входящих в РИНЦ. За два последних учебных года отмечено увеличение численности публикации. Кружок кафедры акушерства и гинекологии ежегодно является лидером по количеству заинтересованных, активных студентов.

Закключение. Таким образом, работа студенческого научного кружка акушерства и гинекологии с каждым годом заинтересовывает все больше и больше студентов. Позволяет студенту в рамках исследовательской деятельности максимально приблизиться к практике, смоделировать будущую профессиональную деятельность, получить навыки творческого решения прикладных задач, эффективного взаимодействия в процессе выполнения совместных работ, обмена опытом с ведущими специалистами в конкретных областях научного знания, аргументации и отстаивания своих позиций. СНО – это кузница кадров преподавателей и студентов, это путёвка в жизнь для будущих врачей.

Список литературы

1. Заплатина В.С. Современные аспекты реализации ФГОС ВО на кафедре акушерства и гинекологии./ В.С. Заплатина, М.М. Падруль, Г.К. Садыкова, Е.Г. Кобаидзе// Материалы учебно-методической конференции - Пермский национальный исследовательский политехнический университет/ – Пермь, 2018. – С. 42 – 46.
2. Латенкова Н.Ю. Студенческие научные общества в самореализации студентов./ Н.Ю. Латенкова, В.А. Полякова, Т.П. Шевлюкова, А.Л. Чернова // Медицинская наука и образование Урала./ Тюменский ГМУ – 2006. – С. 48
3. Мейер Н.К. Роль педагога в формировании будущего врача./ Мейер Н.К., Новоселов Н.В., Шевлюкова Т.П.// Донецкие чтения 2017: Русский мир как цивилизационная основа научно-образовательного и культурного развития Донбасса. Материалы Международной научной конференции студентов и молодых ученых. Посвящена 80-летию ДонНУ. Под общей редакцией С.В. Беспаловой./ ДонНУ – 2017. – С. 176 – 178.
4. Мурзаева Д.А. Этноконфессиональная терпимость в студенческой среде./ Мурзаева Д.А., Сидоренко В.В., Шелягин И.С., Черепанова С.П., Шевлюкова Т.П.// Донецкие чтения 2017: Русский мир как цивилизационная основа научно-образовательного и культурного развития Донбасса. Материалы Международной научной конференции студентов и молодых ученых. Посвящена 80-летию ДонНУ. Под общей редакцией С.В. Беспаловой./ ДонНУ – 2017. – С. 180–182.
5. Орлова И.С. Формирование исследовательских умений и творческого потенциала у студентов через участие в работе студенческого научного кружка кафедры акушерства и гинекологии Тюменского ГМУ / И.С. Орлова, Я.В. Кузнецова, Е.Н. Соловьёва // Университетская медицина Урала. - 2019. - Т. 5. № 2 (17). – С. 83-85.
6. Соловьёва Е.Н. Студенческий научный кружок как инструмент в реализации результатов научно-исследовательской деятельности / Е.Н. Соловьёва, И.С. Орлова, Я.В. Кузнецова, А.В. Тяпкин // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2019. – Т. 1. № 2 (25). – С. 48-51.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Хабичев К. Х., Султанов А. Р.

Научный руководитель: Нехаева О. И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Апоплексия яичника – внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и в ряде случаев кровотечением в брюшную полость при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, желтого тела, кисты желтого тела, фолликулярной кисты.

Цель исследования: определение частоты встречаемости апоплексии яичника, клинико-морфологическую картину различных ее форм.

Задачи:

- 1) определение процентного соотношения в структуре форм апоплексии яичника,
- 2) изучение особенностей анамнеза пациенток,
- 3) изучение лечения апоплексии яичника.

Нами было проанализировано 62 истории болезни за 2017 год на базе СККПЦ. Среди выявленных нами случаев болевая форма апоплексии наблюдалась у 73% пациенток, геморрагическая форма – у 16%, а смешанная – у 11. Разрыв правого яичника встречался в 55% случаев, а левого – в 45%. Во всех возрастных группах болевая форма встречается чаще остальных форм. Среди просмотренных нами пациенток гинекологический анамнез отягощен был у 52%. У данных больных чаще остальных ранее встречались такие заболевания как хронический сальпингооофрит, опухоль яичника, предшествующая апоплексия яичника, синдром поликистозных яичников. Среди них болевая форма апоплексии встречалась чаще, а остальные формы наблюдались намного реже.

Выводы.

В структуре форм апоплексии яичника преобладала болевая форма – 73%, геморрагическая форма встречалась у 16% женщин, смешанная – в 11% случаев.

В анамнезе пациенток присутствовали: нарушения менструального цикла – 29%, отягощенный гинекологический анамнез (СПКЯ, предшествующая апоплексия яичника, опухоль яичника, хронический сальпингоофрит, НГЭ) – 52%.

При геморрагической форме применялось хирургическое лечение: лапароскопия с коагуляцией яичника и санацией брюшной полости – 16%. При болевой и смешанной формах проводилось консервативное лечение, включавшее назначение антибактериальных препаратов – 84%, противовоспалительных препаратов – 84%, спазмолитиков – 4%, а также физиотерапию – 19%.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИ ШВА ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

Чечулин Е.С.

Научный руководитель: Фомина И.В.

Тюменский государственный медицинский университет

Инфекционная патология является одной из самых важных проблем современного акушерства. Особую группу занимают инфекционные осложнения после кесарева сечения (КС). На современном этапе КС является одной из самых частых абдоминальных манипуляций в мире. Частота КС в мире колеблется в значительных пределах. В

Скандинавии эти операции составляют менее 15% от всех родов, в Бразилии – 60% [1,4]. В России отмечен ежегодный прирост операционного вмешательства в 1% [2]. Рост доли хирургических вмешательств закономерно повышает риск возникновения послеоперационных гнойно-септических осложнений. Одним из факторов, способствующих появлению подобного вида осложнений, является ожирение [3]. Цель: изучить особенности ведения шва после абдоминального родоразрешения у женщин с ожирением.

Материалы и методы. Сплошное ретроспективное когортное исследование 1390 родоразрешений женщин путем операции кесарева сечения в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) за период с ноября 2017 по август 2018 года. Материалом для исследования служили 218 историй родов пациенток и 218 индивидуальных карт беременных и рожениц. Критериями включения в исследование служили: наличие у пациенток I-III степени ожирения; выполнение нижнего поперечного переменного лапаротомического доступа по Пфанненштилю; наложение внутрикожного шва при ушивании лапаротомного разреза. Критерии исключения: выполнение нижнесрединной лапаротомии и наложение отдельных кожных швов. Для статистического анализа использованы программы Microsoft Excel и Statistica 13. О достоверности различий судили по непараметрическому критерию (U) Манна-Уитни, считая их достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) (ПЦ) является организацией 3 уровня оказания акушерской помощи. В год в перинатальном центре принимают в среднем 8600 родов, 30% из них приходится на кесарево сечение. Среди женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, ожирение встречается с частотой 22,3%.

В ПЦ обработку раны после хирургического родоразрешения проводят профилактическим антимикробным покрытием ДЕЗИТОЛ. При нанесении на кожу, дезинфицирующее средство образует протекционный барьер, который обеспечивает длительную защиту от широкого спектра патогенной микрофлоры. Асептическую повязку типа Cosmopor E (Singapore) применяют в случае выполнения разреза в области выраженной кожной складки и при кровоточивости шва. Использование профилактического покрытия в данных случаях невозможно, так как затрудняется его высыхание, а, следовательно, и выполнение антимикробной функции.

В качестве профилактики инфекционных осложнений на послеоперационном этапе в течение трех дней, начиная со вторых суток, всем пациенткам с ожирением проводится лазерная терапия аппаратом «Матрикс».

Женщины, включенные в исследование, были распределены на три группы согласно степеням ожирения: I степень – 47,7% (105 человек), II степени - 30,7% (67 человек), III - 21,6% (46 человек). В каждой группе выделены пациентки в зависимости от способа обработки послеоперационного шва: наложение асептической повязки типа Cosmopor E или использования покрытия ДЕЗИТОЛ В-04. Дезинфицирующее средство было использовано у 22,4% пациенток (50 человек). Асептическая повязка с дополнительной фиксацией при помощи самоклеющегося пластыря Cosmopor E была использована у 77,6% родильниц (168 человек).

Среди 50 человек с применением покрытия ДЕЗИТОЛ В-04 28 человек с I степенью, 20 человек со II степенью и 2 пациентки с III степенью ожирения. Асептическая повязка с дополнительной фиксацией при помощи самоклеющегося пластыря Cosmopor E была использована у 77,6% родильниц (168 человек). При этом распределение по степеням ожирения выглядит следующим образом: I степени - 46,4% (78 человек), II степени - 28,6% (48 человек), III - 25% (42 человек).

При изучении частоты возникновения инфекционных осложнений в области шва получены следующие результаты. Частота инфицирования шва передней брюшной стенки

составила 0,98%, что выражалось в частичном расхождении швов (наблюдалось у 2 пациенток с I степенью ожирения). У одной пациентки послеоперационная рана обрабатывалась покрытием ДЕЗИТОЛ В-04, во втором случае накладывалась повязка Cosmopor E. Частота встречаемости гнойно-септических осложнений в области шва в контрольной группе (женщины без ожирения, родоразрешенные путем кесарева сечения, с применением лапаротомии по Пфанненштилю) ровняется 0,25%.

Различий в объеме кровопотери и продолжительности койко-дня в акушерском стационаре не обнаружено. Достоверно выявлены отличия лишь в продолжительности операций между 3 и 1, 3 и 2 группами.

Закключение.

1. Распространенность ожирения среди женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения составляет 22,3%;

2. Ведение послеоперационного шва у родильниц с ожирением после кесарева сечения производится преимущественно закрытым способом в 77,6% случаев;

3. В ПЦ низкая частота гнойно-септических осложнений: 0,92% в исследуемой группе и 0,25% в контрольной группе;

4. Достоверных отличий в продолжительности койко-дня в акушерском стационаре, объеме кровопотери между группами не выявлено. Достоверно отличается лишь продолжительность операции между 3 и 1, 3 и 2 группами.

Список литературы

1. Акушерская агрессия, в. 2.0. / В.Е. Радзинский. - М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2017. - 872 с., илл.

2. Фомина И. В., Чечулин Е. С., Марченко Р. Н., Кукарская Е. Ю. Ведение послеоперационного шва у родильниц после кесарева сечения//Университетская медицина Урала. -2018. -Т. 4, № 4 (15). -С. 68-70.

3. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Полякова В.А., Шевлюкова Т.П. Оценка характера жировоголожения в динамике гестационного процесса по данным ультразвукового исследования // Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2018. Т.8, №1. С. 129-136.

4. Чечулин Е.С. Вероятность инфицирования шва передней брюшной стенки после кесарева сечения у пациенток с ожирением//Молодежный инновационный вестник. – 2019. – Т. 8, №2. – С.161-163.

Раздел 3. Внутренние болезни

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СНА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Абхаирова Э.Э., Турчина В.В.

Научный руководитель: Залата О. А.

Медицинская академия им. С. И. Георгиевского "КФУ им. В.И. Вернадского"

Известно, что сон является неотъемлемой частью нормальной жизнедеятельности. Любые сомнологические расстройства могут негативно отражаться на психофизическом состоянии человека, поскольку сон – это важнейший регулятор циркадных (околосуточных) биологических ритмов организма. Для пациентов с сердечно-сосудистой патологией характерно наличие тесной связи между нарушениями сна, артериальной гипертензией и кардиоваскулярными событиями, такими как инфаркт миокарда и инсульт. Отмечается, что длительно существующий неудовлетворительный сон и инсомния могут вызвать или увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний

[1, 2]. Также для пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями характерна повышенная тревожность, связанная с состоянием их здоровья.

Целью исследования было сравнить качественные характеристики сна у пациентов кардиологического и ортопедического профилей.

Материалы и методы. С учетом всех биоэтических правил было проведено индивидуальное тестирование пациентов в кардиологическом диспансере города Симферополь ($n=15$; средний возраст $23,9 \pm 1,8$ лет) и в ортопедическом отделении одной из больниц города Симферополь ($n=30$; средний возраст $44,5 \pm 1,7$ лет). Психосоциальное состояние пациентов оценивали с использованием опросника Спилбергера-Ханина и госпитальной шкалы «тревога-депрессия». Для оценки характеристик сна использовали шкалу сонливости Эпворта (ESS) и Питтсбургский индекс качества сна (PSQI).

Показатели оценивали с помощью значения медиан (Me) и перцентелей ($p25 \div p75$), а межгрупповой анализ выполнили с помощью критерия Манна-Уитни (U критерий), программа «Statistica» 8.0.

Результаты. Было установлено, что пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы характеризовались умеренно высокой дневной сонливостью (Me= 9,0 баллов; $p25=5,0$; $p75=13,0$). Результаты теста PSQI показали, что медианы времени отхода ко сну (Me= 23.30 мск; $p25=22.00$; $p75=00.00$), времени пробуждения (Me= 8.30 мск; $p25=7.00$; $p75=10.00$) и длительности сна (Me= 8 часов; $p25=7$; $p75=8$) находились в пределах допустимых значений. Однако медиана длительности засыпания превышала норму (Me=30 мин; $p25=20$ мин; $p75=40$ мин).

Данные, полученные с помощью опросника Спилбергера-Ханина показали, что ситуативная (Me= 49; $p25=38$; $p75=58$) и личностная (Me=47; $p25=41$; $p75=57$) тревожность у респондентов находились на высоком уровне. Также пациенты характеризовались субклинически выраженной тревогой ($p75=10$) и депрессией ($p75=9$) по 75 перцентилю.

Медиана дневной сонливости у больных ортопедического профиля соответствовала низкому уровню сонливости за исключением 75 перцентиля (Me= 6,0; $p25=5,0$; $p75=8,0$), который соответствовал умеренно высокому уровню. Медианы времени отхода ко сну (Me= 22.00 мск; $p25=22.00$; $p75=23.00$), времени пробуждения (Me= 6.00 мск; $p25=6.00$; $p75=7.00$) и длительности сна (Me= 7 часов; $p25=6$; $p75=8$) также находились в пределах нормальных значений. В тоже время медиана длительности засыпания выходила за

пределы нормы (Me= 17 мин; p25= 10 мин; p75= 30 мин). Уровень ситуативной тревожности был умеренным (Me= 38 баллов; p25= 36; p75= 44), а личностной – высоким (Me= 51 баллов; p25= 48; p75= 53). По результатам госпитальной шкалы «тревога-депрессия» только 75 перцентиль тревоги соответствовал субклинически выраженной тревоге (p75= 8).

Сравнительный анализ позволил обнаружить, что пациенты ортопедического профиля характеризовались достоверно более ранним отходом ко сну (критерий Манна-Уитни, $p=0,01$), меньшей длительностью засыпания (критерий Манна-Уитни, $p=0,01$) и более ранним подъемом (критерий Манна-Уитни, $p=0,000$). При этом у пациентов кардиологического профиля имела место достоверно более высокая сонливость ($p=0,05$) и ситуативная тревожность ($p=0,000$).

Выводы. Установили, что пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы характеризуются более высоким уровнем дневной сонливости, тревожности и более высокой латентностью сна, что свидетельствует о худшем качестве сна данных пациентов. Это может быть связано со страхом за свою жизнь, а также более выраженными нарушениями работы различных органов и систем.

Список литературы

1. Артюхова М. Г. Нарушения сна у кардиологических больных / М. Г. Архипова // Русский медицинский журнал. – 2010. – № 8. – С. 460-461
2. Воронин И. М., Бирюкова Е. В., Поночевная С. А. Сон как предмет для изучения / И. М. Воронин, Е. В. Бирюкова, С. А. Поночевная // Вестник российских университетов. – 2012. – №1. – С. 10-13.

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ДАННЫМ БУЗ «ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ»

Авдеева М.А., Гревцева Ю.П.

*Курский государственный медицинский университет
БУЗ «Орловская областная клиническая больница»*

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности. По данным ВОЗ, в мире уже насчитывается 422 миллиона больных, их количество неуклонно растет и к 2030 году предполагают, что диабет станет седьмой причиной смерти во всем мире. Что касается России, то за 10 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза.

Заболевание СД сопровождается развитием большого числа осложнений, к наиболее частым относятся диабетическая ретинопатия, нефропатия, нейропатия и одним из самых грозных является синдром диабетической стопы (СДС).

Цель исследования - оценка характера осложнений сахарного диабета группы больных, страдающих синдромом диабетической стопы, госпитализированных в отделение гнойной хирургической инфекции в БУЗ «Орловская областная клиническая больница».

Материалы и методы: для изучения данной проблемы было проанализировано 30 историй болезни пациентов в возрасте от 40 до 80 лет, страдающих синдромом диабетической стопы, которые находились на лечении с октября 2018 года до февраля 2019.

Методы исследования: анализ сплошным методом 30 медицинских карт стационарных больных, страдающих СДС. Оценивались пол и возраст пациентов, тип сахарного диабета, форма СДС и характер сопутствующих осложнений.

Результаты исследования обрабатывались с использованием стандартных методов вариационной статистики: средних величин, группировка, структурный, сравнительный и графический.

При анализе историй болезни выяснила, что женщины составляли 13 человек или 43,0% от исследуемых больных, мужчины – 17 человек или 57,0%.

Синдром диабетической стопы является одним из поздних осложнений сахарного диабета, обусловленным сложным комплексом анатомо-функциональных изменений, приводящих к развитию язвенных поражений стоп вплоть до развития диабетической гангрены. Нейропатическую форму СДС имели 7 человек, ишемическую – 5 человек, смешанную - 18.

Все обследуемые страдали сахарным диабетом 2 типа. Диабетическую ретинопатию имели 100% пациентов. Непролиферативная ретинопатия диагностирована у 17 обследуемых - 57,0%, для нее характерны микроаневризмы, геморрагия, твердые экссудативные очаги, макулопатия (экссудативная, ишемическая, отечная). Препролиферативная – у 7 пациентов или 23,0%, проявляется множественными ретинальными геморрагиями, мягкими и твердыми экссудативными очагами, неравномерным калибром сосудов. Пропролиферативная ретинопатия имела 6 человек - 20,0%, выражается в росте новообразованных сосудов и фиброзной ткани в области диска зрительного нерва, в парацентральных зонах, ретинальные, преретинальные кровоизлияния.

Диабетическая нефропатия – специфическое поражение почек, которое в конечном итоге приводит к развитию хронической почечной недостаточности, наблюдалась у 3 больных, что составило 10%.

Диабетическая сенсорная невропатия, при которой отмечается появление чувства онемения и «ползания мурашек» в нижних конечностях, была характерна для 23 обследуемых (76%).

Результаты исследований позволяют сделать выводы, что формирование СДС больше характерно для лиц мужского пола, преобладает смешанная форма синдрома. Самым распространенным осложнением являются ретинопатия и нейропатия. Так же у больных сахарным диабетом, продолжительностью более 7 лет, отмечается диабетическая нефропатия.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ПО ДАННЫМ БУЗ «ОРЛОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Авдеева М.А., Гревцева Ю.П.

*Курский государственный медицинский университет
БУЗ «Орловская областная клиническая больница»*

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) собирательное понятие, которое включает в себя различные виды и степени тяжести механического повреждения, как самого черепа, так и внутричерепных образований: мозговых оболочек, тканей мозга, церебральных сосудов, черепных нервов. В России ежегодно черепно-мозговую травму получают около 600 тысяч человек, из них 50 тысяч погибают, а еще 50 тысяч становятся инвалидами.

Несмотря на ежегодное усовершенствование методов диагностики и лечения, и огромные финансовые затраты, направленные на разработку новых подходов к лечению, ЧМТ по-прежнему остается наиболее частой причиной смерти людей во многих странах мира.

Цель исследования: оценка вероятности возникновения осложнений ЧМТ группы больных, страдающих открытой ЧМТ, госпитализированных в нейрохирургическое отделения БУЗ «Орловская областная клиническая больница».

Материалы исследования: для изучения данной проблемы было проанализировано 106 историй болезни пациентов в возрасте от 18 до 64 лет, которые находились на лечении по поводу ЧМТ с января по декабрь 2018 года.

Методы исследования: анализ сплошным методом 106 медицинских карт больных стационара с ЧМТ.

Результаты данного исследования обрабатывались с использованием методов вариационной статистики: графического, структурного, сравнительного и средних величин.

В ходе структурного анализа историй болезни было выявлено, что для 21 (20%) пациента с ушибом головного мозга исход ЧМТ стал летальным. Из них 15 (14%) были прооперированы, 8 подверглись повторному оперативному вмешательству. Все эти пациенты были доставлены в больницу через длительный промежуток времени, что осложнило течение травмы и привело к летальному исходу. С ушибом головного мозга тяжелой степени тяжести с очагами размозжения и сопутствующими гематомами поступило 56 человек (53%) из них 27 (25,6 %) больных прооперировано и 24 (22,6 %) умерло. Во всех случаях присутствовали эндогенные или экзогенные интоксикации, которые в свою очередь усугубили течение травмы и привели в какой-то степени (22,6 %) к летальному исходу. Все случаи смертей разобраны на КИЛИ, расхождений диагнозов не было. Умерших от травмы черепа и головного мозга 29 (27,4%) Два пациента поступили с сочетанной ЧМТ, они погибли менее чем за сутки. У них было обнаружено микробное загрязнение раны из окружающей среды. Самая частая причина летального исхода – отек мозга. Два пациента имели сочетанную травму, тяжелый ушиб головного мозга с первичным ушибом ствола мозга не оперированы, им выполнялась ПХО (первичная хирургическая обработка) ран головы туловища конечностей, троим произведен лапароцентез - в одном случае ушивание разрыва печени, дренирование брюшной полости. Все умерли от отека и дислокации мозга. В результате анализа историй болезни был выявлен ряд обязательных мероприятий для лечения ЧМТ. Для борьбы с нарастающим отеком мозга в реанимации используют искусственное повышение перфузионного давления в сосудах мозга за счет увеличения артериального давления до 150-160 мм рт. ст., а также возвышенное положение головы (30-35 градусов), чтобы улучшить отток жидкости из сосудов мозга по венам шеи. Противоотечные препараты не справляются с данной проблемой настолько эффективно, как вышеуказанные мероприятия, они вызывают обезвоживание всего организма, что ведет к нарушению функционирования других систем органов. Параллельно с данными мероприятиями проводят противошоковую терапию, чтобы облегчить состояние больного, антибиотикотерапия, используют противоотечные препараты, противовоспалительные, инфузионную терапия, антиагреганты и антикоагулянты.

Результаты исследования позволяют сделать следующие выводы, что такие факторы как время и интоксикации (эндогенные или экзогенные) усугубляют течение ЧМТ и могут привести к летальному исходу. Из этого следует, что только хорошо оснащенный оборудованием стационар и высококвалифицированные специалисты могут повлиять на исход данной травмы.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Агишева Э.Р., Баймашев А.Ш., Симонова А.Е.

Медицинский институт МГУ им. Н. П. Огарёва

По данным Всемирной Организации Здравоохранения основной причиной смерти во многих экономически развитых странах, в том числе и в России, являются болезни системы кровообращения. За 2018 г. умерло более 1,8 млн россиян, причем 46,3 % из них от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Согласно статистике последних лет в структуре смертности от болезней системы кровообращения ишемическая болезнь сердца составляет 46,8 %, мозговой инсульт – 38,7%. Эти два вида патологии, причиной которых во многом является атеросклероз, заслуживают особого внимания при разработке программ профилактики ССЗ.

Согласно классификации факторов риска ССЗ, выделяют три основных группы: биологические (пожилой возраст; мужской пол; генетические факторы, определяющие метаболизм организма), физиологические (дислипидемия; артериальная гипертензия; ожирение; сахарный диабет) и поведенческие (характер и особенности питания; наличие вредных привычек; физическая активность). Биологические факторы являются неизменными, физиологические – частично корректируемыми, а поведенческие – полностью зависят от человека. Ввиду возможности модификации наибольший интерес для профилактической медицины представляют поведенческие факторы риска.

Целью исследования является выявление степени осведомленности лиц трудоспособного возраста о факторах риска развития ССЗ и их профилактике, оценка комплаентности опрашиваемых и их отношения к своему здоровью.

Материал и методы. Исследование было проведено среди работников АО «Биохимик» г. Саранск с помощью многофакторного анонимного анкетирования. Вопросы в анкете были объединены в определенные разделы: состояние здоровья респондента (наличие ССЗ и других хронических заболеваний, а также жалоб, характерных для атеросклероза коронарных, мозговых и периферических артерий), отношение опрашиваемых к своему здоровью (соблюдение рекомендации врача, прием лекарственных средств), наличие факторов риска развития ССЗ (генетическая предрасположенность, увлечение пагубными привычками, возраст, характер и особенности питания, уровень физического развития).

Результаты и обсуждение. В опросе приняли участие 371 человек в возрасте от 18 до 65 лет, среди них 215 мужчин (средний возраст $49 \pm 0,4$) и 156 женщин (средний возраст $46 \pm 0,7$).

Было выявлено, что ежегодную диспансеризацию проходят только 252 (68 %) опрошенных. Симптомы атеросклероза, проявляющиеся нарушением мозгового кровообращения, ишемической болезнью сердца наблюдают у себя 282 (76 %) респондентов.

Среди опрошенных 193 (52 %) человека страдают цереброваскулярной или ишемической болезнью сердца, из них лишь 161 (70 %) человек систематически принимают лекарственные средства. Среди причин своего заболевания больные выделяют следующие: наследственная предрасположенность – 66 человек (34 %), вредные привычки – 52 человека (27 %), малоподвижный образ жизни – 31 человек (16 %), чрезмерные психоэмоциональные нагрузки – 25 человек (13 %), неправильное питание и лишний вес – 19 человек (10 %).

У респондентов, не имеющих сердечно-сосудистой патологии, индекс массы тела имеет следующие показатели: повышен – 84 (44 %), в норме – 91 человек (47 %), понижен – 18 человек (9 %). Среди опрошенных, страдающих сердечно-сосудистыми

заболеваниями, результаты распределились иначе: индекс массы тела выше нормы у 109 человек (61 %), в пределах нормы у 60 человек (34 %), ниже нормы у 9 человек (5 %).

Также в ходе опроса было выявлено, что немногие знают свой уровень сахара крови: 57 человек (32 %) из числа не страдающих ССЗ, 95 человек (49 %) среди больных ССЗ. Меньшее количество людей знают свой уровень холестерина: 46 человек (32 %) из числа не страдающих ССЗ, 68 человек (49 %) среди больных ССЗ.

Количество участников опроса, курящих в настоящее время, составляет 134 человека (36 %), из них 112 мужчин (52%) и 22 женщины (14 %). Употребляют алкоголь более 2-х раз в месяц 80 мужчин (37 %) и 28 женщин (18 %).

Ежедневная физическая активность присутствует только у 126 женщин (34 %) и 145 мужчин (39 %). Частые стрессовые ситуации отмечаются больше, чем у половины опрошенных 226 (61 %).

Результаты проведенного опроса показывают большую распространенность факторов риска ССЗ и низкую осведомленность населения в вопросах профилактики заболеваний. Также отмечается низкая комплаентность и небрежное отношение респондентов к своему здоровью.

Закключение. Сердечно сосудистые заболевания сегодня являются наиболее частыми причинами гибели людей. Поэтому высокая распространенность факторов риска, их вклад в развитие заболеваний сердца и сосудов требуют особого внимания. Единственным рациональным способом защиты от ССЗ являются профилактические мероприятия, продолжающиеся на протяжении всей жизни.

Список литературы

1. Действительно ли нужна профилактика факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с детства? Что показывают проспективные исследования / Александров А. А., Розанов В. Б., Зволинская Е. Ю., Пугоева Х. С. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2016. - Т. 15. № 2. - С. 79-82.
2. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) // Российский кардиологический журнал. - 2017. - № 6 (146). - С. 7-85.
3. Оганов, Р. Г Индивидуальная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Позиция европейских кардиологических обществ / Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2017. - Т. 16. № 1. - С. 4-7.
4. Погожева, А. В. Значение биологически активных добавок к пище в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Погожева А. В. // Consilium Medicum. - 2016. - Т. 18. № 12. - С. 55-59
5. Трубачева, И. А. Профилактика болезней сердца в повседневной жизни /И. А. Трубачева. — Томск, 2017. — 187 с.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ (ПЯТОЧНОГО) АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ОРЕНБУРГА

Алексамян Т.В., Панина К.А.

Научный руководитель: Ефимова С.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Проблема повреждений пяточного сухожилия сохраняет свою актуальность, благодаря возрастающей частоте травм и вовлечению в контингент пострадавших лиц трудоспособного возраста. Кроме того, неутешительными остаются результаты лечения.

При этом в литературе отсутствуют данные, касающиеся особенностей повреждений у жителей г. Оренбурга.

Цель – выявить особенности травм пяточного сухожилия у населения г. Оренбурга.

Задачи: проанализировать частоту, причины, возрастные, гендерные особенности и структуру повреждений пяточного сухожилия.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты 65 пациентов, лечившихся в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Оренбурга с 2010 по 2018 гг.

Результаты. Установлено, что из года в год число пациентов с травмами пяточного сухожилия, обращавшихся за медицинской помощью в лечебные учреждения г. Оренбурга, существенно не изменялось. Среди пострадавших с разрывами ахилла преобладали мужчины – 78,5%, реже травма пяточного сухожилия наблюдалась у женщин – 21,5%; соотношение составило 3,6:1. Средний возраст пациентов – 44,8 года. Среди пострадавших 43% были представителями рабочих профессий, 35% занимались умственным трудом и 22% не работали. В 63% (41 из 65) встречались свежие разрывы, в 18% (12 из 65) – застарелые, в 14% (9 из 65) – несвежие, 5% приходилось на повторные разрывы. Чаще наблюдалось повреждение правого пяточного сухожилия (65%). Самой частой причиной разрыва сухожилия являлась бытовая травма – 60%, реже – производственная (35%), 5% пришлось на умышленную травму. Преобладали закрытые повреждения (80%), реже встречались ранения сухожилия (20%).

Механизмом травмы при закрытых повреждениях чаще были прыжок или толчок во время бега. Открытые повреждения чаще наносились режущими предметами (профлист, стекло, нож).

Выводы. Частота травм пяточного сухожилия среди жителей нашего города не уменьшается из года в год. В структуре повреждений преобладающими были бытовые и спортивные травмы. Чаще повреждается правое пяточное сухожилие. К группе риска относятся мужчины трудоспособного возраста, занимающиеся физическим трудом и ведущие активный образ жизни.

ПАРАМЕТРЫ ЖЕСТКО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ИХ ИЗМЕНЕНИЕ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Амелина А.В., Панькова А.С., Болдырева Ю.А.

Научный руководитель: Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет

Несмотря на значительное число исследований по проблеме лечения артериальной гипертензии и профилактики ее осложнений распространения артериальной гипертензии, число пациентов с указанной патологией неуклонно растет. Согласно прогнозам ВОЗ к 2030 от болезней сердца будут умирать около 23,6 миллионов человек. По данным центров контролирующей заболеваемость и их профилактики (Centers for Disease Control and Prevention), средняя продолжительность жизни была бы на 10 лет больше при отсутствии столь высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), охватывающих все страны и континенты. В связи с этим большой интерес представляет оценка возможности коррекции параметров жесткости сосудистой стенки, т.к. реализация действия факторов риска происходит преимущественно за счет дисфункции факторов, регулирующих нормальный тонус сосудов, в частности за счет дисметаболизма коллагена и эластина. Большой интерес представляет оценка возможности коррекции [2,3]

Цель исследования: определить параметры жесткости сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией высокого сердечно-сосудистого риска и влияние статинов на указанные параметры.

Материалы и методы: В исследование включено на группу (114 человек, $58,2 \pm 3,11$ лет, мужчин - 102, женщин - 12) больных АГ II-III степени тяжести с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) по SCORE, не получавших систематическую гиполипидемическую терапию, уровень холестерина которых не достигал целевых значений. Больные получали гипотензивную терапию метопрололом 100-150 мг/сут., индапамидом 1,5 мг/сут., при тяжелой степени АГ терапия дополнялась эналаприлом 20-40 мг/сут. (уровень АД приближался к целевым значениям) и в течение не менее одного года аторвастатин 20 мг/сут, проходивших лечение амбулаторно.

После включения в исследования аторвастатин был заменен на розувастатин (Розукард, Зентива, группа Санофи) 10 мг/сут. С последующим увеличением дозы через каждые 6 недель до 20 мг/сут (24 человек) и 40 мг/сут (7 человек), в тех случаях, когда уровень холестерина не приближался к целевым значениям

В сыворотке крови методами твердофазного иммуноферментного анализа с использованием стандартных тест-систем ELISAs (BCM Diagnostics, Biosciences) оценивался уровень перед применением розувастатина, на шестой месяц терапии, затем по прошествии года применения. Производилась оценка функционального состояния сосудистой стенки исходя из показателей регулирующих степень деградации коллагена, эластана – уровень ММП-1 (матриксная металлопротеиназа-1), ТИМП-1 (тканевой ингибитор матриксной металлопротеиназы-1). Эластичность стенок магистральных артерий оценивалась методом объемной сфигмографии («VaSera-1000», FukudaDenshi): с определением индекса аугментации (AI) (отношение скорости прямой и отраженной пульсовой волны на плечевых артериях), характеризующее растяжимость стенки артерии; [1]

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

Результаты: В ходе исследования пациентов, получавших на амбулаторном этапе комплексную терапию с применением розувастатина, наблюдалось равномерное снижение содержания ММП-1 с начального $287,4 \pm 29,6$ мг/мл в дебюте терапии до $169,7 \pm 11,7$ мг/мл к 6 месяцу терапии, потом к 12 до $154,5 \pm 10,4$ мг/мл, показатель ТИМП-1 с $238,7 \pm 19,3$ мг/мл, на 6 месяцев терапии $176,4 \pm 24,8$ мг/мл, $170,9 \pm 25,2$ мг/мл к 12 месяцу.

Соотношение ММП-1/ТИМП-1 поэтапно приближается к оптимальному (исходный показатель составлял $1,2 \pm 0,07$ мг/мл, спустя 6 месяцев $0,96 \pm 0,06$ мг/мл, на 12 месяце $0,9 \pm 0,05$ мг/мл). $P < 0,05$ – в сравнении с исходным значением. При этом снижение значения ММП-1/ТИМП-1 свидетельствует об уменьшении степени деградации эластана.

Индекс аугментации исходно составлял $1,37 \pm 0,05$, к 6 месяцу терапии $1,03 \pm 0,04$, к 12-0,99 $\pm 0,03$.

Выводы:

1. Замена аторвастатина на розувастатин у больных АГ с высоким сердечно-сосудистым риском сопровождается снижением уровня ММП-1, ТИМП-1, ММП-1/ТИМП-1, что способствует улучшению эластических свойств артериальной стенки.

2. Снижение параметров ригидности сосудистой стенки под влиянием терапии статинами является благоприятным фактором свидетельствующим о торможении ремоделирования стенки артерий.

Список литературы

1. Состояние параметров жесткости сосудистой стенки у больных артериальной гипертензией на фоне комплексной терапии цитопротекторами и сартанами/ В.П. Михин,

Ю.А. Болдырева, М.А. Чернятина, Н.И. Громнацкий//Архивъ внутренней медицины.- 2015. №5(25) . – С.40-44

2. Гиполипидемическая и плеотропная эффективность Розукарда у больных артериальной гипертензией с высоким сердечно-сосудистым риском в условиях длительного амбулаторного наблюдения / В.П. Михин, Ю.А. Жилиева, В.В. Воротынцева и др. // Российский кардиологический журнал. – 2016. - №12. – С.90-96.

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

ВЛИЯНИЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТОВ ПЛАТИНЫ НА ПАРАМЕТРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Андреева О.В., Полтавская М.Г., Сыркин А.Л, Щекочихин Д.Ю., Семенов Н.Н, Суворов А.Ю.

Научный руководитель: Полтавская М.Г.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Современные противоопухолевые препараты значительно снижают уровень смертности онкологических больных. Вместе с тем, многие противоопухолевые препараты обладают кардио- и вазотоксичностью, которая увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений: развитие артериальной гипертензии, артериальных и венозных тромбозов, сердечной недостаточности, кардиомиопатии, нарушений ритма сердца. Данные осложнения ограничивают возможности лечения и могут негативно влиять на прогноз пациентов. Цель данного исследования: оценить показатели жесткости в крупных артериях, выявить эндотелиальную дисфункцию на фоне полихимиотерапии с использованием препаратов платины по сравнению с полихимиотерапией без использования данных препаратов.

Материалы и методы. Дизайн работы представляет собой проспективное обсервационное нерандомизированное исследование с элементами ретроспективного с последовательным включением пациентов в возрасте от 18 лет с установленным онкологическим диагнозом, до начала адьювантной или неоадьювантной полихимиотерапии и повторно через 2 недели — 3 месяца в процессе полихимиотерапии. Сравнивались 2 группы пациентов, получавшие препараты платины - 48 человек, и пациенты, получавшими другую полихимиотерапию — 12 человек. Всем пациентам проводилось определение эндотелиальной функции с помощью прибора «АнгиоСкан-01».

Результаты. В исследование было включено 34 женщины и 26 мужчин в возрасте от 43 до 86 лет, (медианный возраст 60,5 лет) с различными злокачественными солидными новообразованиями. Среди типов опухолей преобладали злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта - 70,7%, также включено 13,8% пациентов с опухолями молочной железы, 9,2% пациентов с диагнозом рак мочевого пузыря. Среди пациентов 21,7% курящие, 13,3 % с диагнозом сахарный диабет, 45% с диагнозом артериальная гипертензия. Проведен статистический анализ данных по критерию Манна — Уитли. До проведения полихимиотерапии медианный индекс окклюзии в группе препаратов платины составил 1,75, в группе сравнения - 1,45 ($p=0,29$), после проведения полихимиотерапии индекс окклюзии составил 1,6 в группе препаратов платины и 1,4 в группе сравнения($p= 0,029$). Среди пациентов с впервые возникшей эндотелиальной

дисфункцией, все из них получали химиотерапию на основе препаратов платины, преимущественно оксалиплатин. Также выявлено достоверное возрастание жесткости крупных сосудов в группе пациентов, получавших препараты платины ($W = 1425.5$, $p\text{-value} = 0.02157$).

Выводы. Химиотерапия препаратами платины приводит к появлению эндотелиальной дисфункции.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНТРОЛЯ НАД СИМПТОМАМИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ПРИЧИН ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПО ДАНЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ КГБ №6

Андросов И.А., Денисов А.А., Жеребцова В.Д.

Курский государственный медицинский университет

В настоящее время, к сожалению, трудноконтролируемая бронхиальная астма, которая угрожает жизни пациентов, остается актуальной проблемой и по сей день. Такая БА значительно снижает уровень жизни людей. Обычно пациенты с такой формой БА часто обращаются за помощью в медицинские учреждения, должны быть госпитализированы и находится под постоянным контролем врача, так как риск летального исхода у них повышен[1].

Цель исследования. Выявить причины госпитализации больных с бронхиальной астмой.

Материалами и методами данного исследования является проведенное анкетирование среди больных пульмонологического отделения ОБУЗ «Курская городская больница №6» с октября 2018 года по февраль 2019 года. На основании полученных данных сделан статистический анализ.

Результаты и их обсуждения. В пульмонологическое отделение ОБУЗ «Курская городская больница №6» с октября 2018 года по февраль 2019 года поступили 20 больных бронхиальной астмой, среди них женщин было 13(65%), а мужчин- 7(35%), из этого следует, что женщин было в 1,9 раза больше, чем мужчин.

В среднем возраст больных был 56,5 лет. По возрастной периодизации больше обращений со стороны граждан среднего возраста, от 22 до 60 лет, их 11 человек (55%) , чуть меньше пожилого возраста, от 61 до 75 лет - 9 человек (45%).

По данным анкетирования выяснилось, что больных приступы беспокоили в разные времена года: только зимой- 3 человека(15%), зимой и весной – 1 человек(5%), только весной- 3 (15%), летом – 0(0%), только осенью- 4 человека(20%), осенью и весной- 7 (35%), целый год – 2 (10%). По данным видно, что чаще всего обострения наблюдались весной и осенью, учащение приступов в весенне-осенний период является одной из причин госпитализации больных.

На появление приступов бронхиальной астмы также влияет и время суток, так в нашем исследовании количество приступов вечером и ночью больше, чем утром и днем. Только вечером приступы возникали у 5 человек(25%), только днем – 2(10%), только ночью- 5(25%), только утром – 0(0%), утром и ночью – 2(10%),вечером и ночью – 1(5%), утром и вечером- – 1(5%), утром, вечером и ночь - 1(5%), утром, днем, вечером, ночью – 3(15%).

В покое за последнюю неделю до госпитализации 14 больных(70%) испытывали приступы астмы часто, 3-4 раза в неделю, 6 больных(30%) – редко, до 2 раз в неделю, но нет, ни одного из опрошенных, у кого бы совсем не было приступов.

Большинство больных, 16 человек(80%), испытывали интенсивные приступы бронхиальной астмы за неделю до госпитализации, 4 человека(20%) – малоинтенсивные, неинтенсивных приступов не было ни у одного пациента(0%).

За неделю до госпитализации часть больных, 10 человек (50%), испытывали приступы удушья при небольшой физической нагрузке, и часть, 10 человек (50%) - при психоэмоциональном напряжении.

Установлено, что 11 (55%) больных за неделю до госпитализации полностью были ограничены в своей деятельности, 7 (35%)-немного ограничены. Это еще одна причина госпитализации больных. 1 человек (10%)- совсем не ограничен.

В виду всего выше сказанного можно сделать вывод, что чаще за помощью обращаются лица среднего возраста в весенне-осенний период, когда приступы удушья усиливаются и становятся слишком частыми, в среднем 3-4 раза в неделю, больные испытывают недомогание при психоэмоциональном стрессе, при физической нагрузке, а также, и в покое. Больным с данным видом патологии, безусловно, нужна не только медицинская помощь, им так же нужна профилактика, которая заключается в устранении аллергенов из среды обитания больных, борьба с профессиональными вредностями, курением [2,3].

Список литературы

1. Булатов, П. К. Бронхиальная астма / П.К. Булатов. - М.: Медицина, 2015. - 326 с.
2. Громов А.Л., Губин М.А., Иванов С.В., Будаев А.П., Тишков Д.С. Особенности гемодинамики, гомеостаза и эффективность терапии у больных с местной формой одонтогенной инфекцией на фоне хронической патологии органов дыхания. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2018.- №4.- С. 31-36.
3. Овчаренко С.И. Бронхиальная астма.- РМЖ.-2009.-Т10, №17.-С. 918-921.
4. Прибылов С.А., Самосудова Л.В., Прибылова Н.Н., Мухова О.Ю. Фенотипическая гетерогенность тяжелой бронхиальной астмы и анализ ее лечение в Курской области. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2016.- №3.- С. 33-38.
5. Юренев, П. Н. Бронхиальная астма / П.Н. Юренев, Н.И. Семенович, А.Г. Чучалин. - М.: Медицина, 2017. - 154 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Андронов И.А., Жеребцова В.Д., Денисов А.А.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования состоит в том, что гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) остается одним из самых тяжелых и прогностически неблагоприятных системных васкулитов, что приводит к инвалидизации и повышению смертности, прежде всего среди трудоспособного населения [1, 4].

Гранулематоз с полиангиитом является заболеванием группы системных васкулитов, характеризующихся развитием некротического гранулематозного воспаления и некротического васкулита с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, легких и почек. Заболеваемость составляет 4 случая на 1 миллион населения, распространенность - 3 случая на 100 тысяч населения. Пик заболеваемости отмечают в возрасте 40 лет. Мужчины болеют в 1,3 раза чаще женщин [2, 3].

Целью исследования являлось ознакомление с особенностями клинического течения гранулематоза с полиангиитом у больной в возрасте 65 лет.

Материалы и методы исследования: на базе Бюджетного медицинского учреждения «Курская областная клиническая больница» (БМУ КОКБ) был проведен анализ истории болезни пациентки поступившей в ревматологическое отделение.

Результаты исследования. Больная Г. 65 лет, госпитализирована в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами: на выраженную общую слабость, снижение веса на 8 килограмм за последний месяц, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке, отёки нижних конечностей, повышение артериального давления до 170 на 110 миллиметров ртутного столба, перебои в работе сердца.

Считает себя больной с апреля 2018 года, когда впервые отметила появление одышки при обычной физической нагрузке, субфебрильную температуру, затруднение носового дыхания. Обратилась к участковому терапевту, который порекомендовал ей пройти обследование в Курском областном противотуберкулезном диспансере. После комплексного обследования данных за туберкулез получено не было. Однако при выполнении компьютерной томографии легких, были выявлены инфильтративные изменения верхних долей обоих легких, очаговое изменение средней доли правого легкого, фиброзные изменения легких. После пациентка была осмотрена ревматологом, по его рекомендации было проведено иммунологический скрининг. В результате которого были выявлены антитела к протеиназе 3. При проведении общего анализа крови обнаружены: микрогематурия и эритроцитарные цилиндры. Оториноларингологом выявлены язвенные дефекты в полости носа.

На основании полученных данных и диагностических критериев, в ревматологическом отделении был верифицирован диагноз: АНЦА-ассоциированный васкулит (положительные антитела к протеиназе 3), лихорадка, фиброзные изменения в легких, пульмонит с преимущественным поражением верхних и средних отделов легких, с образованием полостей в верхних отделах, дыхательная недостаточность II, перикардит, амиотрофический синдром, нейротрофический синдром, нефропатия хроническая болезнь почек II. Правосторонний катаральный гайморит. Нарушение носового дыхания. Язвенно-некротический дефект левой голени. Артериальная гипертензия II степени, риск 3, гипертрофия миокарда левого желудочка. Хроническая сердечная недостаточность II А функциональный класс III.

Назначено лечение: глюкокортикостероиды: преднизолон перорально по 30мг в сутки, трехкратное введение преднизолона по 150 мг на физиологическом растворе внутривенно капельно; внутривенное введение циклофосфана, суммарная дозировка составила 600 мг. На фоне терапии нормализовалась температура тела, возросла толерантность к физической нагрузке, нормализовались показатели общего анализа мочи, уменьшение объема инфильтративных изменений легких.

Список литературы

1. Баранов А.А. Системные васкулиты: современные стандарты диагностики и лечения / А.А. Баранов // Рус.мед. журн. 2015. - № 24. -С. 1577-1581.
2. Бекетова Т.В. Эволюция представлений об ANCA- ассоциированном гломерулонефрите / Т. В. Бекетова, Е. Н. Семенова, Л. В. Козловская // Терапевтический архив. – 20148. – №12. – С. 69-73.
3. Захарова Е.В. ANCA–ассоциированные и криоглобулинемические васкулиты: диагностика и лечение // Нефрология и диализ. – 2010. – Т.7, №1. – С. 9-12.
4. Насонов Е.Л. Современные технологии и перспективы лабораторной диагностики ревматических заболеваний/ Е. Л. Насонов, Е. Н.Александрова // Терапевтический архив. – 2010. – № 5, С. 5-9.
5. Шулуто Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. - СПб.: Элби-СПб., 2013. - С. 734.

ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ахмадеев З.Р., Муслимова В.К.

Научные руководители: Нуртдинова Г.М., Янбаев Б.Ш.

Бакирский государственный медицинский университет

Объективными факторами риска развития ЗСН у больных с терминальной ХПН являются систолическая дисфункция, пожилой возраст, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, низкий уровень гемоглобина, низкое содержание в крови альбумина, артериальная гипертензия и гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) [2]. ГЛЖ является неблагоприятным прогностическим фактором как в общей популяции [1,2], так и у больных на хроническом гемодиализе [3]. ГЛЖ развивается вследствие гемодинамической перегрузки, а также в результате свойственных уремии биохимических и нейрогуморальных факторов. В последние годы принято диагностировать ГЛЖ по величине массы миокарда левого желудочка. В клинике масса миокарда ЛЖ рассчитывается по результатам ЭхоКГ, при этом в большинстве случаев используются формулы Devereux.

Цель: определить степень выраженности ГЛЖ у пациентов с ХПН, получающих консервативное лечение и находящихся на программном гемодиализе.

Материал и методы исследования: Обследовано 20 больных (женщин–7, мужчин–13, средний возраст $56 \pm 5,6$ лет) с ХПН, I-группа–10 человек, консервативное лечение в нефрологическом отделении ГКБ№21; II группа–10 человек на лечении программным гемодиализом в ГКБ№21. Диализный «стаж»– $2,5 \pm 0,5$ лет, по 4 часа 3 раза в неделю на аппарате Fresenius 4008 B/S. Проведена ЭКГ, ЭхоКГ – измеряли толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) в диастолу, определяли конечный диастолический размер (КДР). Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле Devereux [4]: $ММЛЖ = 1,04 \times [(КДР + \text{толщина МЖП в конце диастолы} + ЗСЛЖ \text{ в конце диастолы})^3 - КДР^3] - 13,6$. Определяли индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Площадь поверхности тела рассчитывали по формуле $BSA = 0,0001471,84(wt^{0,425})(ht^{0,725})$. Гипертрофию ЛЖ диагностировали при ИММЛЖ ≥ 135 и более г/м² у мужчин и ≥ 111 г/м² и более у женщин. Относительную толщину стенки (ОТС) рассчитывали по формуле: $ОТС = 2 \times ЗСЛЖ / КДР$. По классификации A. Ganau и D. Levy [2], нормальной геометрией ЛЖ считали $ОТС < 0,45$ при нормальном ИММЛЖ, концентрическую гипертрофию ЛЖ диагностировали при $ОТС > 0,45$ и увеличенном ИММЛЖ, эксцентрическую гипертрофию ЛЖ – при $ОТС < 0,45$ и увеличенном ИММЛЖ, концентрическое ремоделирование – при $ОТС > 0,45$ и нормальном ИММЛЖ. Результаты обработаны статистически с использованием критерия t Стьюдента, проводился корреляционный анализ, дискриминантный анализ. Использовали программу Statistica for Windows 6.0. Показатели представлены как $M \pm SD$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: Причиной ХПН были хронический гломерулонефрит (n=8), поликистоз почек (n=4), аномалии развития почек (n=5), сахарный диабет (n=3). У 13-артериальная гипертензия, у 9-ХСН I–III функционального класса. При обследовании пациентов с ХПН I группы по ЭКГ гипертрофия ЛЖ регистрируется у 50%. Расширение зубца Q в стандартных и правых грудных отведениях, увеличение интервала QT, ST, отрицательные или двуфазные зубцы T – у 20% больных. ЭхоКГ–гипертрофическая форма кардиомиопатии у 6 больных (резко увеличенная толщина задней стенки ЛЖ $> 12,5 \pm 0,5$ мм, снижена фракция изгнания до $55,4 \pm 1,5\%$). Дилатационная кардиомиопатия – у 4 пациентов – увеличенное левое предсердие, синусовая тахикардия, мерцательная аритмия, диффузные неспецифические изменения сегмента ST, левожелудочковые экстрасистолы.

На ЭхоКГ- снижение фракции выброса, увеличение конечного диастолического объема до $140,3 \pm 7,8 \text{ мм}^3$. Средний ИММЛЖ у пациентов I группы составил $148,53 \pm 12,1 \text{ г/м}^2$, относительная толщина стенок (ОТС) составила $0,58 \pm 0,18$ условных единиц.

У пациентов II группы на ЭКГ выявлена гипертрофия ЛЖ у 60%. Расширение зубца Q в стандартных и правых грудных отведения, неспецифические изменения миокарда, увеличение интервала QT, ST, отрицательные или двуфазные зубцы T – зафиксированы у 20% больных на программном гемодиализе. ЭхоКГ–гипертрофическая форма кардиомиопатии подтверждена у 8 (резко увеличенная толщина задней стенки ЛЖ $>10,3 \pm 1,2 \text{ мм}$, снижена фракция изгнания до $62,7 \pm 2,8\%$). Дилатационная кардиомиопатия наблюдается у 2-увеличенное левое предсердие, синусовая тахикардия, мерцательная аритмия, диффузные неспецифические изменения сегмента ST, левожелудочковые экстрасистолы (30%). На ЭхоКГ- снижение фракции выброса, увеличение КДО до $129,5 \pm 10,3 \text{ мм}^3$. Средний ИММЛЖ у пациентов с ХПН составил $179,5 \pm 9,8 \text{ г/м}^2$, ОТС - $0,68 \pm 0,07$ условных единиц. По мере снижения выделительной функции почек частота регистрации ГЛЖ возрастала. В I группе пациентов с ХПН нормальная геометрия ЛЖ выявлена у 4 (40%) человек, концентрическое ремоделирование миокарда - у 4 (40%), концентрическая гипертрофия у - 2 (20%). Из больных II группы с ХПН у 2 (20%) пациентов наблюдалась нормальная геометрия ЛЖ, концентрическое ремоделирование миокарда у - 3 (30%), концентрическая гипертрофия у - 5 (50%). У пациентов I группы преобладали нормальная геометрия ЛЖ и концентрическое ремоделирование, у пациентов с II группы преобладала концентрическая ГЛЖ.

Выводы: 1. Изменения структуры миокарда при ХПН характеризуется гипертрофией ЛЖ и ремоделированием миокарда.

2. При анализе ЭхоКГ I группы - гипертрофическая форма кардиомиопатии у 6 больных и дилатационная кардиомиопатия у 4, во II группе 8 и 2 пациента соответственно.

3. У пациентов, с консервативным лечением ХПН, преобладали нормальная геометрия ЛЖ (40%) и концентрическое ремоделирование (40%), а у пациентов на программном гемодиализе - концентрическая гипертрофия ЛЖ (50%).

Список литературы

1. Кобалава Ж.Д., Виллеваальде С.В., Ефремцева М.А. Хроническая болезнь почек: определение, классификация, принципы диагностики и лечения //Российский кардиологический журнал №4 (18), 2013 г. – С. 95-103.
2. Клинические рекомендации. Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. Москва, 2014 год. - с. 31.
- 3.. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание. – Мухин Н.А. - ГЭОТАР – Медиа. – Москва, 2018 год. – с. 239.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОНМК И ПАЦИЕНТОВ С ДЭП В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Батищева Е.А., Страхова Н.В., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Пожилой и старческий возраст – время угасания всех физиологических функций организма. При этом главный руководящий орган – головной мозг – не может оставаться интактным. Различные патологические изменения, происходящие в организме с

возрастом, например, появление и прогрессирование артериальной гипертензии, сахарного диабета, поражение сосудов атеросклерозом, неуклонно ведут к ишемическому повреждению ткани головного мозга с последующим развитием неврологического и когнитивного дефицита. Это не может не сказаться на качестве жизни как самих больных, так и окружающих их людей. А учитывая широкую распространенность сосудистых поражений головного мозга (примерно треть пожилых лиц по данным аутопсии), решение вопроса о повышении качества паллиативной помощи людям преклонного возраста становится очень важным.

Цель - определить качество жизни больных, страдающим ЦВБ ДЭП I, II и III стадии с безинсультным течением, а также перенесшим ОНМК, в зависимости от выраженности клинических проявлений заболевания.

Материалы и методы. Для сбора необходимых данных проводилось анкетирование, осмотр, а также изучение амбулаторных карт, данных дополнительных методов исследования. Информация, полученная при этом, заносилась в карту пациента – «Комплексная гериатрическая оценка». Также был вычислен индекс коморбидности Чарлсона и связанный с ним процент десятилетней выживаемости.

В ходе исследования было обследовано 40 больных, из которых 37,5% (15 человек) имели ОНМК в анамнезе, у 62,5% (25 человек) наблюдалось безинсультное течение ДЭП.

Были установлены достоверные отличия между группами обследованных пациентов по индексу коморбидности Чарлсона: в группе больных с безинсультным течением ЦВБ ДЭП средний бал составил $3,4 \pm 0,26$, тогда как у пациентов, перенесших ОНМК $4,6 \pm 0,49$ ($p < 0,05$). Не менее важным является выявление достоверных отличий процента десятилетней выживаемости между пациентами различных групп: у больных с инсультом в анамнезе данный показатель составил в среднем всего $42,7 \pm 7,33\%$, а у обследованных другой группы $64,6 \pm 5,48\%$ ($p < 0,05$). Важнейшим показателем способности к самообслуживанию является повседневная активность, которая достоверно различалась у обследованных: среди пациентов с ОНМК в анамнезе средний балл по шкале базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) составил $78,3 \pm 6,96$, что соответствует умеренной зависимости от окружающих. Средний балл по данной шкале в группе больных с безинсультным течением ЦВБ ДЭП $94,4 \pm 0,60$, что максимально близко к легкой степени зависимости от окружающих ($p < 0,05$).

Для выявления возможных когнитивных нарушений у пациентов была использована краткая шкала оценки психического статуса MMSE, по результатам которой также были получены достоверные отличия: средний балл среди больных, перенесших инсульт, составил $17,4 \pm 2,90$, что соответствует умеренной деменции, в то время как в другой группе был выявлен средний балл $25,5 \pm 0,69$, что свидетельствует о преддементных когнитивных нарушениях ($p < 0,01$).

В ходе проведения научно-исследовательской работы нами были выявлены различия не только между пациентами, принадлежавшими к разным группам по признаку наличия ОНМК в анамнезе, но и между больными, различавшимися по другим критериям. Например, было выявлено, что количество баллов по шкале MMSE достоверно выше у пациентов, имеющих постоянное трудоустройство – средний балл у этих больных составил $26,7 \pm 1,30$, что свидетельствует о преддементных когнитивных нарушениях; среди неработающих обследованных лиц средний балл составил $21,6 \pm 1,53$, что соответствует деменции легкой степени ($p < 0,05$). Также был выявлен достоверно более высокий показатель индекса коморбидности Чарлсона у лиц с депрессией по сравнению с пациентами без таковой – $4,1 \pm 0,35$ и $2,9 \pm 0,31$ соответственно ($p < 0,05$). С индексом коморбидности Чарлсона тесно связан такой показатель, как процент десятилетней выживаемости, который оказался ниже у пациентов с депрессией, чем у лиц, не страдающих данным расстройством – $50,6 \pm 5,83$ и $79,8 \pm 3,61$ соответственно ($p < 0,05$).

Также, рассматривая результаты опроса и осмотра, а также вычисления индекса коморбидности Чарлсона и процента десятилетней выживаемости, среди всех обследованных, удалось выявить ряд корреляционных зависимостей между различными критериями. Так, отрицательная корреляционная зависимость была обнаружена между возрастом пациента и баллом по краткой шкале оценки психического статуса MMSE ($r=-0,354$, $p=0,025$). Удалось установить отрицательную корреляционную зависимость между индексом коморбидности Чарлсона и баллом по шкале базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) ($r=-0,551$, $p=0,000$), а также баллом по шкале MMSE ($r=-0,461$, $p=0,003$). Выявлена положительная корреляционная зависимость между баллом по шкале базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) и процентом десятилетней выживаемости ($r=0,566$, $p=0,000$).

Выводы: при сравнении группы пациентов с ОНМК в анамнезе с больными с безинсультным течением ЦВБ ДЭП были выявлены существенные различия в качестве жизни, связанные в первую очередь с большей зависимостью от окружающих, а также более значительными когнитивными нарушениями у больных, перенесших инсульт. При сравнении пациентов, разделенных на группы по другим признакам, было выявлено колоссальное влияние на качество жизни наличие постоянного трудоустройства и наличия депрессии. При выявлении корреляционных зависимостей среди всех исследованных признаков было выявлено значительное влияние на качество жизни степени повседневной активности.

Список литературы

1. Парфенов В.А. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистые когнитивные расстройства/ Парфенов В.А. - Москва 2017 г. - 230с.
2. Яхно Н.Н. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии / Н.Н., Захаров В.В. // Рус. мед. журн. - 2002. - Т. 10, № 12–13.- С. 531–551.
3. О.С. Левин. Дисциркуляторная энцефалопатия: анахронизм или клиническая реальность? / О.С. Левин. - Кафедра неврологии РМАПО. - Москва 2012 г. - 47с.

СРАВНЕНИЕ НЕИНВАЗИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Беридзе Р.М.

Научные руководители: Кононова О.Н., Кривелевич Н.Б.

Гомельский государственный медицинский университет

Внезапная сердечная смерть (ВСС) составляет 90% и более всех случаев внезапной смерти. По данным ВОЗ, частота ВСС составляет 30 случаев в неделю на 1 млн населения [1]. Нашей целью стало проведение анализа неинвазивных показателей электрической нестабильности миокарда при различной фракции выброса у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: Ретроспективно проанализированы истории болезни и данные инструментальных методов исследования 131 пациента со стенокардией напряжения I–III функционального класса (ФК) в возрасте от 44 до 65 лет (в среднем $58,2 \pm 0,7$ года).

Результаты и обсуждение: 1 группа ($n=78$): ЖЭ – 3,8%; SDNN – $55 \pm 3,5$ мс; LF/HF – $2,9 \pm 0,4$; QT – $39,2 \pm 2,2$ мс; дисперсия dQT – $51,1 \pm 3,4$ мс.

2 группа (n=46): ЖЭ – 39,1%; SDNN – $34 \pm 2,3$ мс; LF/HF – $3,2 \pm 0,1$; QT – $48,3 \pm 1,2$ мс; дисперсия dQT – $57,2 \pm 3,4$ мс. Примечание: $P < 0,05-0,001$ по отношению к пациентам 1-й группы.

3 группа (n=7): ЖЭ – 42,8%; SDNN – $23 \pm 2,5$ мс; LF/HF – $5,1 \pm 0,2$; QT – $49,1 \pm 3,2$ мс; дисперсия dQT – $61,5 \pm 4,2$ мс. Примечание: $P < 0,05-0,001$ по отношению к пациентам 1-й группы.

У пациентов 1-й группы с сохраненной ФВ (> 50 %), отмечена достоверно более низкая частота встречаемости желудочковых аритмий высоких градаций, нормальные вариабельность ритма сердца и показатели интервала QT.

У пациентов 2-й и 3-й групп количество желудочковых аритмий, в том числе 3-5 классов по Lown было достоверно больше по сравнению с пациентами с сохраненной ФВ (1 группа).

При анализе количественных значений показателей ВСР во 2-й и 3-й группах пациентов отметили достоверное снижение SDNN по сравнению с пациентами с сохраненной ФВ. Увеличение показателя LF/HF во 2-й и 3-й группах свидетельствует о значительном преобладании симпатических влияний на миокард.

Выводы:

1. Проведенное исследование показало, что ведение пациентов с ИБС, должно сопровождаться определением показателей электрической нестабильности миокарда, в том числе определением суточного количества желудочковых аритмий, вариабельности ритма сердца, скорректированного интервала и дисперсии интервала QT.

2. Есть основания утверждать, что прогрессирование систолической дисфункции и снижение ФВ ЛЖ у пациентов с ИБС способствуют электрической альтернации клеток и их мембран и развитию ЭНМ с появлением желудочковых аритмий высоких градаций.

Список литературы

1. Здравоохранение в Республике Беларусь : офиц. стат. сб. за 2015 г. – Минск : ГУ РНМБ, 2016. – 281 с.

СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Бештеева Т.А., Оразаева Л.Х., Шугушева Р.З.

Кабардино-Балкарский государственный университет

В данной статье приводится пример клинического случая системной склеродермии. Цель исследования - показать сложность диагностики данного заболевания. Системная склеродермия - аутоиммунное заболевание соединительной ткани, с характерным поражением кожи, сосудов, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов (легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки), в основе которого лежит нарушение микроциркуляции, воспаление и генерализованный фиброз.

Больной поступил в пульмонологическое отделение РКБ с жалобами на постоянный кашель с выделением мокроты белого цвета, посинение кончиков пальцев. Из an.morbi часто болеет респираторно-вирусными заболеваниями. В 2018 г. был поставлен диагноз «Хронический бронхит». После лечения, был небольшой положительный эффект, однако, через пару дней вышеперечисленные жалобы вновь появлялись. Функция внешнего дыхания. Умеренное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу. Умеренная обструкция мелких и средних бронхов. Проба с сальбутамолом отрицательная. При компьютерной томографии (КТ) грудной клетки наблюдается картина фиброзирующего альвеолита, лимфаденопатии. Был поставлен диагноз:

«фиброзирующий альвеолит (идиопатический?). Хронический обструктивный бронхит вне обострения. Дыхательная недостаточность I степени. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, цианоз губ, кистей и стоп. Уплотнение кожи фаланг пальцев рук. Аускультативно дыхание жесткое, на форсированном выдохе единичные сухие свистящие хрипы. Бодиплетизмография, диффузионная способность легких. Жизненная емкость легких – 4,93 л (103%), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) – 3,45 л (93%). Нарушение вентиляции легких по рестриктивно-обструктивному типу. Общая емкость легких снижена до 76% от должной. Остаточный объем легких снижен до 38%. Обструктивные нарушения – легкой степени тяжести (ОФВ1 – 93%). Снижение скорости воздушного потока в дистальном отделе. Бронхиальное сопротивление не повышено. Положительной пробы с сальбутамолом не получено. Нарушений диффузионной способности не выявлено (DLCO 99%). Сатурация в норме (SpO2 98%).

Результаты КТ: КТ-картина, вероятнее всего, соответствует фиброзирующему альвеолиту. Заключение ревматолога: системная склеродермия (ССД) с преимущественным поражением легких, осложненная легочной гипертензией, синдром Рейно, синдром Шегрена. Заключение окулиста: с обеих сторон отмечается снижение базальной секреции при сохранной функции слезных желез, признаки «сухого глаза».

Заключение. Таким образом, данные обследования и клинического наблюдения позволили нам сформулировать следующий диагноз: ССД, висцеральная форма, хронического течения (синдром Рейно, интерстициальный легочный фиброз, склеродактилия, синдром Шегрена).

Список литературы

1. Ревматология - Насонов Е.Л. - Национальное руководство 2016 г. стр.-85-86.
2. Клиническая ревматология. Краткий курс 2018 г. Скворцов В.В. стр.- 150-152.
3. Наследственные заболевания соединительной ткани как конституциональная причина полиорганных заболеваний. Арсентьев В. Г. 2018 г. стр.- 186-187.

ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО АНАМНЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Биджиева М.Д.

Научные руководители: Евсеева М.Е., Итальянцева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ишемическая болезнь сердца - одна из главных причин временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения России [2, 3].

Повышенное содержание в крови маркеров воспаления является особенно значимым прогностическим признаком коронарных событий у лиц со стабильным или бессимптомным течением ишемической болезни сердца [5]. Во многих случаях развитие острой формы ишемической болезни сердца провоцируется инфицированием, ведь известно, что частота развития инфаркта миокарда и кардиальная смертность значительно возрастают во время и после бактериальных инфекций и эпидемий гриппа [1,4].

На данный момент остается малоизученным влияние перенесенной инфекционно-воспалительной патологии на течение атеросклеротического процесса у лиц среднего возраста, в связи с этим данное направление представляется целесообразным и современным.

Цель – изучить влияние перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний на течение ишемической болезни сердца у лиц среднего возраста

Материалы и методы

Обследовано 124 пациента среднего возраста, из которых 58 мужчин и 66 женщин в возрасте от 45 до 59 лет, последовательно поступавших в кардиологическое отделение ГКБ №3 г.Ставрополя. При обследовании пациентов ИБС нами использовались опросники: 1) разработанный сотрудниками Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины (Диспансеризация определенных групп взрослого населения: методические рекомендации / Бойцов С.А. [и др.] – М., 2015. – 134с.); 2) официально рекомендованный Министерством здравоохранения Российской Федерации для проведения диспансеризации взрослого населения в России (Приказ 87н от 6 марта 2015 года «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»)

Критерии включения в исследование: подписание информированного добровольного согласия на участие в исследовании; возраст от 45 до 59 лет; клинический диагноз - ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, II-III функционального класса. Критерии исключения из исследования: наличие сопутствующих аллергических, иммунно-воспалительных заболеваний; тяжелая печеночная, почечная, сердечная недостаточность. Указанные больные разделены на две группы наблюдения: 1-я группа – 35 больных ишемической болезнью сердца без перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний в прошлом; 2-я группа – 89 человек с инфекционно-воспалительных заболеваний различной локализации, например, бронхит, пиелонефрит, тонзиллит в анамнезе. Указанные группы сравнения были сопоставимы по профилю факторов сердечно-сосудистого риска

Статистический анализ материалов осуществляли с помощью программы Excell, 2011. Для выявления межгрупповых различий применяли статистический анализ с вычислением двухвыборочного t-критерия Стьюдента, а для сравнения относительных величин использовали критерий χ^2 по Фишеру. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05.

Результаты

Анализ полученных данных показал, что три четверти пациентов ишемической болезнью сердца среднего возраста имеют инфекционно-воспалительными заболеваниями в анамнезе. При этом чаще других встречаются заболевания ЛОР-органов. Выявлено также, что описанные инфекционно-воспалительные заболевания несколько чаще переносились женщинами по сравнению с мужчинами.

При сравнении встречаемости традиционных факторов сердечно-сосудистого риска «новые» - регистрируются чаще курения, гиподинамии, нерационального питания, и несколько реже отягощенной наследственности, артериальной гипертензии.

У обследованных больных с атеросклеротической сердечно-сосудистой патологией обнаружено, что её течение в определённой степени ассоциировано с особенностями инфекционно-воспалительного анамнеза. Пациенты второй группы по сравнению с первой чаще имеют сердечно-сосудистые катастрофы и осложнения, например, инфаркт миокарда ($p=0,008$), острое нарушение мозгового кровообращения и хроническую сердечную недостаточность II А, II Б стадии, нарушение ритма и проводимости сердца.

Выводы

1. Большинство больных ишемической болезнью сердца среднего возраста отличаются наличием в анамнезе инфекционно-воспалительных заболеваний в виде пиелонефрита, бронхита, тонзиллита.

2. Малоизученные факторы сердечно-сосудистого риска регистрируются чаще курения, гиподинамии, нерационального питания, и несколько реже отягощённой наследственности, артериальной гипертензии.

3. Больные ишемической болезнью сердца среднего возраста с перенесенными инфекционно-воспалительными заболеваниями имеют более тяжелое течение атеросклеротической патологии.

Список литературы

1. Кутихин, А.Г. Роль вирусов в развитии атеросклероза: данные эпидемиологических исследований / А.Г. Кутихин, А.Е. Южалин, Е.Б. Брусина // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2013. - №3. – С.24-32.
2. Хазов, В. С. Атеросклероз. Осмысление и поиск решения проблемы / В.С. Хазов // Атеросклероз и Дислипидемии. – 2015. - №3. – С.14-23.
3. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования / Шальнова С.А. [и др.] // Профилактическая медицина. - 2013. №6. – С. 25-34.
4. Associations between IgG antibody to oral organisms and carotid intima-medial thickness in community-dwelling adults / J.D. Beck [et al.] // Atherosclerosis. - 2005. – №183. – P. 342–348.
5. Decreased atherosclerotic lesion formation in CX3CR1/apolipoprotein E double knockout mice / C. Combadiere [et al.] // Circulation. – 2003. - №107. P.1009-1016.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Бондаренко Н.В., Иванисов Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования состоит в том, что ревматоидный артрит занимает одно из ведущих мест в ревматологических болезнях по тяжести клинического течения и разнообразия системных проявлений[1,2]. Симптомы ревматоидного артрита обычно бывают стойкими и без лечения не исчезают, но на непродолжительное время в самом начале заболевания имеют место периоды незначительного улучшения состояния пациентов[3]. Тяжелая потеря трудоспособности в течение первых 5 лет от начала заболевания, несмотря на базисную терапию, наблюдается у значительного количества пациентов[4]. Ревматоидный артрит связан с сильными болевыми ощущениями, функциональными нарушениями и с серьезными нарушениями в психоэмоциональной сфере человека [5].

Целью данного исследования является представление течения клинической картины системных поражений при ревматоидном артрите у больной в возрасте 46 лет.

Материалы и методы исследования: проведен анализ истории болезни пациентки, поступившей в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с диагнозом: «Ревматоидный артрит, акт III, высокосеропозитивный по РФ, АЦЦП вариант, поздняя стадия, R стадия III, эрозивный, тяжелое течение с непрерывно рецидивирующими обострениями, с развитием системных проявлений: персистирующий адгезивный перикардит, Н II А, рецидивирующий пульмонит, плеврит, ДН II-I (медикаментозно-индуцированное улучшение), феномен Рейно, амиотрофический синдром, тромбоцитоз. ФК III, нарушение функции ходьбы». Диагноз установлен согласно классификационным критериям ACR/EULAR (2010г.): клинические признаки поражения суставов (припухлость и

болезненность при объективности исследования) > 10 суставов мелких суставов кистей и стоп на обеих руках и ногах – 5 баллов; результаты лабораторных методов РФ и АЦЦП: высоко положительные для АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы более чем в 3 раза) – 3 балла; результаты лабораторных методов определения «острофазных» показателей: повышение СОЭ и СРБ – 1 балл; длительность артрита: > 6 недель - 1 балл.

Результаты и обсуждения. Больная Е. 46 лет, госпитализирована в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами на одышку смешанного характера при небольшой физической нагрузке, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, боли в мелких суставах стоп и кистей на обеих руках и ногах, голеностопных суставах, общую скованность в утренние часы, общую слабость. С 2010 года страдает ревматоидным артритом, прием базисных противовоспалительных препаратов (Метотрексат 7,5 мг каждую неделю с увеличением дозы на 2,5 мг каждые 2 недели) без значительного клиничко-лабораторного улучшения. Начались проявления малого гидроперикарда и гидроторакса. В связи с чем пациентке проводилась генно-инженерная биологическая терапия препаратом из группы иммунодепрессивных средств Оренсия (8 инфузий по 750 мг) с положительным клиничко-иммунологическим эффектом. Регрессировали суставные боли, ушли проявления гидроперикарда и гидроторакса, улучшилось общее состояние. Полный курс терапии Оренсией пациентка не смогла пройти. После двух месяцев возобновилась активность заболевания, в связи, с чем обратилась за медицинской помощью в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с вышеуказанными жалобами.

При объективном исследования пациентки деформация мелких суставов стоп и кистей на обеих руках и ногах, левого голеностопного сустава ИБ 2,0; ИИ 2,0; СИ 2,0. В легких выявлены крепитирующие, скрипучие хрипы, рассеянной локализации, шум трения плевры справа. Границы сердца расширены на 0,5 см. влево, тоны сердца глухие.

При проведении мультисрезовой спиральной компьютерной томографии органов грудной клетки по всем лёгочным полям выявлены участки альвеолярной инфильтрации и снижение пневматизации по типу «матового стекла» с нарастанием изменений к базальным отделам и визуализацией в структуре изменений просвета бронхов. Дилатации камер сердца не выявлено, очаговый кальциноз аорты. В полости перикарда незначительное количество жидкости. Проводила терапия глюкокортикостероидами (преднизолон 20 мг per os), с некоторой положительной динамикой: регрессировал суставной синдром, уменьшилась утренняя скованность, нормализовались показатели скорости оседания эритроцитов и С - реактивный белок.

Пациентка выписана из стационара с рекомендацией к прохождению еще одного курса лечения генно-инженерным базисным иммунодепрессивным препаратом Оренсия.

Выводы: учитывая системные проявления данного заболевания, сложность диагностики на ранних этапах, высокую летальность в отсутствие адекватной и своевременно начатой терапии, каждый клинический случай этой болезни заслуживает особого внимания.

Список литературы

1. Ачех Т.В. Ревматоидный артрит. Учебно-методическое пособие. – Майкоп: изд-во МГТУ, 2014. 120 с.
2. Попова В.А., Погребная М.В., Куцына З.А. и др. Особенности поражения легких при ревматоидном артрите и системной склеродермии. VII Всеросс. конф. ревматологов России «Ревматология в реальной клинической практике»: Сб. тез. Владимир, 2012. С.100-102.
3. Мясоедова Е.Г. Распространенность и факторы риска артериальной гипертензии при ревматоидном артрите. Науч.- практич ревматол 2012. С. 14-16.

4. Мясоедова Е.Г. Структурно-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ревматоидным артритом: ранняя диагностика нарушений и их прогностическое значение: Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2012. С. 41-42.

5. Myasoedova E., Gabriel S.E. Cardiovascular disease in rheumatoid arthritis: a step forward. Curr Opin Rheumatol 2010. С. 12-15.

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РОЗУВАСТАТИНА И ДЖЕНЕРИЧЕСКОГО
АТОРВАСТАТИНА НА УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 У БОЛЬНЫХ ИБС:
СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ**

Борьянова Г.С., Кулаго О.В.

Научный руководитель: Жилыева Ю.А.

Курский государственный медицинский университет

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения. Предрасполагающим фактором выступает дисфункция эндотелия и, как следствие, нарушение равновесия между продукцией вазоконстрикторных и вазодилатирующих соединений, регулирующих сосудистый тонус [1]. Преобладание вазоконстрикторных влияний, способствует развитию атеросклероза - предрасполагающего фактора развития ишемической болезни сердца (ИБС). Одним из ключевых элементов терапии ИБС является назначение гиполипидемических препаратов группы статинов, для устранения гиперхолестеринемии (ГХЕ). Помимо влияния статинов на уровень холестерина выявлены и другие – плеiotропные их эффекты, в частности, способность изменять уровень эндотелина-1. Данное вазоактивное соединение оказывает значительное вазоконстрикторное действие. Снижая уровень эндотелина-1 медикаментозными препаратами, можно положительно влиять на течение ИБС, что свидетельствует об актуальности изучения данного вопроса. Цель работы – сравнить способность розувастати́на и дженерического аторвастати́на (Торвакард) снижать уровень эндотелина-1.

Материалы и методы: в настоящей работе сопоставляются данные двух исследований. Первое проведено на базе ОБУЗ « Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи » (КГМУ). Под наблюдением находилось 120 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК. ХСН I-IIА стадии, в сочетании с легкой и умеренной ГХЕ. Средний возраст больных составлял от 53 до 64 лет ($58,5 \pm 5,5$ лет). Половой состав пациентов: 71 мужчин, 49 женщин. Диагноз стабильной стенокардии напряжения был подтвержден клинически и результатами суточного мониторирования ЭКГ. Скрининг пациентов проходил с октября 2010 г. по декабрь 2011 г. В группу больных, принимавших дженерический аторвастатин (82 человека), были включены пациенты с исходным уровнем эндотелина $9,85$ пг/мл, которые получали его в дозе 20 мг/сут. Исследование уровня эндотелина-1 (пг/мл) в крови выполнено методом твердофазного иммуноферментного анализа с применением набора «Biomedica» (Австрия) на полуавтоматическом анализаторе «Тесан» (Австрия) при D405 нм. Референтные значения эндотелина $0,3-7,0$ пг/мл [2].

Второе - на базе ФГБУ « Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины » Минздрава России. В исследование включались 120 пациентов (87 мужчин и 33 женщины) с коронарным атеросклерозом различной степени в возрасте $62,7 \pm 8,8$ лет. Поступавшие на обследование и лечение в 2012-2013 гг. с подозрением на ИБС, имевшие показания для проведения коронароангиографии (КАГ). Доза розувастати́на, применяемая для лечения, составила 20 мг. Концентрация эндотелина

в исследуемой когорте до начала лечения составила $4,98 \pm 4,24$ пг/мл. Его концентрация определялась с помощью набора реагентов фирмы «Biomedica» (Австрия) методом твердофазного иммуноферментного анализа ELISE в соответствии с инструкцией производителя [3].

Результаты и обсуждения: в результате первого исследования установлено: к 3 месяцам терапии дженерическим аторвастатином, при среднем исходном значении эндотелина-1 $9,85$ пг/мл, его уровень снизился на $56,5\%$ по сравнению с исходными показателями, и составил $4,29$ пг/мл [2].

В ходе второго исследования пациенты принимали препарат 6 месяцев, к моменту забора крови. Было показано, что прием статинов сопровождался снижением уровня эндотелина на $43,8\%$ по сравнению со значениями, полученными при отсутствии терапии данными лекарственными средствами ($2,80 \pm 3,48$ пг/мл против $4,98 \pm 4,24$ пг/мл). [3].

Заключение: на основании полученных данных выявлено, что статины, применяемые в вышеуказанных исследованиях, снижают уровень эндотелина-1. Причем прием дженерического аторвастатина, снизил исходный показатель на $56,5\%$. По результатам второго исследования прием статинов сопровождался снижением уровня эндотелина на $43,8\%$. В соответствии с полученными данными, дженерический аторвастатин более эффективно снижает уровень эндотелина-1.

Список литературы

1. Дисфункция эндотелия при сердечно-сосудистых заболеваниях: факторы риска, методы диагностики и коррекции / Е.Н. Воробьева, Р.И. Воробьев, Е.А. Шарлаева и др. // *Acta Biologica Sibirica*.-2016.-№2(1).-С.21-40.
2. Жилыева, Ю.А. Состояние жесткости сосудистой стенки и функции эндотелия у больных ишемической болезнью сердца на фоне терапии симvastатином или аторvastатином: Дис. ...канд.мед.наук 14.01.05: Ю.А. Жилыева; КГМУ-Курск, 2014.-146с.
3. Эндотелийпротективная функция статинов у мужчин и женщин с коронарным атеросклерозом / М.В. Климушина, Н.Г. Гуманова, А.Ю. Горшков и др. // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*.-2016.-№12(5).-С.503-508.

ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА СВЁРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Букреева Т.А., Швейнов А.И., Джемендзюк А.И., Голощапова В.С.

Научный руководитель: Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет

Инфаркт миокарда является наиболее частой причиной смертности среди взрослого населения. Доказано, что именно состояние параметров свёртывающей системы крови является весомым фактором риска прогрессирования сердечно-сосудистой патологии. В ходе данного исследования исследуется препарат Омакор, непосредственно воздействующий на параметры свёртывающей системы крови. Целью работы является оценить влияние омега-3 полиненасыщенных жирных кислот на состояние параметров свёртывающей системы крови у больных с острым инфарктом миокарда.

Проведено открытое, рандомизированное исследование с участием 50 пациентов с диагнозом «острый коронарный синдром», с исходом в ИМ. Диагноз ИМ был верифицирован на основании клинической картины, типичных изменений ЭКГ (подъём сегмента ST, глубокий зубец Q), специфических маркёров некроза (КФК МВ-фракции, тропонина Т). Всем больным проводилась комплексная терапия, включающая

дезагреганты, бета-блокаторы, статины, гепарин. При этом, в основной группе больных (25 человек) лечение дополнялось препаратом «Омакор» (1г/сут.), содержащий омега-3 ПНЖК. Состояние свёртывающей системы крови оценивали по содержанию тромбоксанов А2 (ТхА2), А3 (ТхА3) и простогландинов PgI2, PgI3.

У пациентов в основной группе изменились показатели, обусловленные спецификой фармакодинамики омега-3 ПНЖК –повысился уровень PgI3 в 9,5 раз от исходного значения к 7 суткам, далее он оставался неизменным. Уровень PgI2 не изменился, в свою очередь, ТхА3 в основной группе повысился в 15 раз, а в контрольной группе изменений не наблюдалось. Уровень ТхА2 снизился в обеих группах. Различия между группами статистически достоверны ($p < 0,05$).

Определено влияние омега-3 ПНЖК на уровень в крови отдельных маркеров агрегации при остром инфаркте миокарда (ОИМ), в результате чего наблюдается повышение в крови уровня PgI3 и ТхА3 и снижение уровня ТхА2, что свидетельствует о наличии антиагрегантной активности применяемого препарата.

Включение Омега-3 ПНЖК в состав комплексной терапии больных с острым коронарным синдромом с исходом в ИМ сопровождается изменением показателей свёртывающей системы крови. Применение Омега-3 ПНЖК уменьшает вероятность тромбообразования у больных с острым коронарным синдромом и способствует повышению эффективности проводимой терапии у больных с ИМ в госпитальных условиях.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Мамаева А.М., Гетажеева А.А.

Научный руководитель: Рыбас А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель работы - изучить распространенность, структуру, клинико-функциональные особенности сердечно-сосудистых заболеваний у больных ХОБЛ в Ставропольском крае.

Материалы исследования: 43 истории болезни пациентов с диагнозом «ХОБЛ», средний возраст $51 \pm 4,8$ лет которые состояли на учете в ГБУЗ СК «СККБ».

Методы исследования: аналитический и статический методы.

Результаты и обсуждение: в наше исследование включено 43 больных, из них 40 мужчин и 3 женщины. Средний возраст составляет $51 \pm 4,8$ лет. Методами исследования являются компьютерная спирография, обзорная рентгенография органов грудной полости, фибробронхоскопия и анализ мокроты. Для оценки клинического состояния больных были использованы шкалы mMRS и САТ. Чаще всего у пациентов с ХОБЛ встречались ИБС и ГБ. При распределении пациентов на 3 группы по сопутствующей сердечно-сосудистой патологии: 1 группа - ХОБЛ без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии – 17 случаев, 2 группа – ХОБЛ в сочетании с ИБС – 12 случаев; и 3 группа - ХОБЛ в сочетании с АГ - 14 случаев. Средний возраст у больных с сопутствующей АГ был выше, чем в остальных группах. Также были распределены пациенты на группы по стадиям. Вторая стадия ХОБЛ наблюдалось у 25 человек, третья стадия у 18 человек. При анализе жалоб, оказалось, что у больных с ХОБЛ преобладали кашель, чувство нехватки воздуха, боли в области сердца, слабость, одышка, приступы удушья, повышение АД. Также было выявлено, больше половины пациентов с ХОБЛ имели вредные привычки, такие как табакокурение и алкоголизм. При лабораторном исследовании наблюдается повышение С-реактивного белка. При проведении ЭКГ пациентам с ХОБЛ наиболее часто регистрируется неполная блокада пучка Гиса. При выполнении МСКТ наблюдался хронический бронхит.

Заключение. У больных ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как правило, наблюдается взаимоотягочающее влияние друг на друга, что увеличивает риск инвалидизации и смертность.

Толерантность к физической нагрузке при коморбидности ХОБЛ с ИБС и АГ снижается, особенно при сочетании ИБС с АГ.

В настоящем исследовании по результатам оценки выраженности симптомов по шкалам mMRS, САТ одышка была значительнее у больных ХОБЛ в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Список литературы

1. Верткин А.Л. , Скотников А.С. , Тихоновская Е.Ю. , Оралбекова Ж.М. , Губжокова О.М. /Коморбидность при ХОБЛ: роль хронического системного воспаления//РМЖ «Медицинское обозрение» №11 от 14.05.2014 стр. 811
2. Гуревич М.А. , Долгова Е.В. , Кузьменко Н.А. /Хронические обструктивные заболевания легких, артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца: особенности патогенеза, клинической картины, терапии// РМЖ, №16, 2016, стр. 1098-1102
Екушева Е.В. /Пожилой пациент с коморбидной патологией в практике кардиолога//РМЖ «Медицинское обозрение», №11, 2018 стр. 26-29
3. Овчаренко С.И. /Сердечно-сосудистая патология у больных хронической обструктивной болезнью легких: как мы лечим?//Регулярные выпуски «РМЖ» №10(1), 2018, стр. 36-39
4. Павлова В. / Кардиологические осложнения при хронической обструктивной болезни легких// Эффективная фармакотерапия. Кардиология и Ангиология, №2 2015 г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УСТОЙЧИВОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МАЛО-ИНТЕНСИВНЫХ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ

Ворвуль А.О., Ермакова И.В., Ивих К.А., Руссу А.А., Маркина Е.В., Анфилова М.Г.

Научный руководитель: Лебедев Ю.И.

Курский государственный медицинский университет

Необходимость решения проблемы дифференциальной диагностики мягко-очаговых изменений при остром очаговом туберкулезном процессе от ограниченных пневмонических или очагово-фиброзных изменений специфической и неспецифической природы, выявляемых в ходе компьютерной томографии. Поскольку клиническая картина в том и другом случае очень похожа, а тактика лечения диаметрально противоположная, своевременная диагностика очагового туберкулеза представляет актуальную и достаточно сложную проблему практической фтизиатрии [3]. В ее решении существенную роль играют такие особенности теневой картины, как плотность и распространенность теней [1]. При интерпретации обычных рентгенограмм принимается во внимание, что оценка интенсивности очаговых теней возможна при сравнении их изображения с тенью продольных и поперечных сечений кровеносных сосудов легких. При нечеткости контуров очагов в таких случаях можно предположить острую очаговую пневмонию или мягко-очаговый туберкулез в фазе инфильтрации. Несмотря на то, что клинические симптомы при этом очень похожие, однако иммунологические изменения могут быть разными [1]. Так для мягко-очагового туберкулеза, в отличие от очаговой пневмонии и ограниченного фиброзно-очагового процесса, характерно резкое снижение устойчивости

лейкоцитов периферической крови к туберкулину *in vitro*, что может помочь в дифференциальной диагностике этих состояний (а.с. №1442188).

Цель: оценка возможности использования показателей устойчивости лейкоцитов в дифференциальной диагностике мало-интенсивных очаговых теней, расположенных в типичных для туберкулеза сегментах легких.

Задачи:

1. Изучить различие клинической картины при наличии очаговых теней на рентгенограммах органов грудной клетки;
2. Определить плотность очаговых теней при компьютерной томографии;
3. Определить зависимость между туберкулезной природой очагов и устойчивость лейкоцитов к туберкулину.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 человек (22 мужчины и 8 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет, поступивших в противотуберкулезный стационар для обследования и диагностики природы мягко-очаговых изменений в верхних долях легких. В ходе комплексного клинико-рентгенологического (включая компьютерную томографию), лабораторного и иммунологического (включая оценку устойчивости лейкоцитов к туберкулину) исследования, а также проведения пробной химиотерапии антибиотиками широкого спектра действия, диагноз активного туберкулеза был установлен у 14 человек, пневмония – у 9 человек и фиброзные изменения - у 7 человек. Полученные результаты обрабатывались современными методами статистики. Связь между природой заболевания и устойчивостью лейкоцитов к туберкулину определяли с помощью методики корреляции Спирмена.

Результаты. В результате проведенного исследования четкой разницы в особенностях клинических проявлений не обнаружено. Пациенты отмечали небольшой сухой кашель, иногда с выделением скудной слизистой мокроты; у 6 человек по вечерам повышалась температура до субфебрильных цифр. Серьезных жалоб, связанных с интоксикацией или поражением бронхо-легочной системы, установлено не было. Изменения на рентгенограммах у большинства пациентов были обнаружены в ходе случайной или проверочной флюорографии. Интенсивность теней на обычных рентгенограммах определялась как малая или средняя, в ходе компьютерной томографии плотность теней колебалась в пределах 30-40 HU. В то же время установлена корреляция между туберкулезной природой очагов и снижением устойчивости лейкоцитов к туберкулину ($r=+0,46$ при $p=0.01$). Подобную связь можно объяснить характером воспалительной реакции при мягко-очаговом туберкулезе, которая отличается выраженным экссудативным компонентом с участием противотуберкулезных антител и системы Т-лимфоцитов, приводящих к окислительному стрессу, повышению внутриклеточного метаболизма, образованию кислород-содержащих молекул, повреждающих и разрушающих нейтрофильные лейкоциты и макрофаги, фагоцитировавшие весьма устойчивые к окислению микобактерии туберкулеза [2,4]. При пневмонии воспалительная реакция обусловлена неспецифическими реакциями иммунитета. При наличии фиброза можно обнаружить даже повышение устойчивости клеток к туберкулину, что свидетельствует, по-видимому о неактивных специфических изменениях в области фиброза с типичной для туберкулеза локализацией.

Выводы:

1. Малоинтенсивные тени в легких туберкулезной, пневмонической и фиброзной природы существенно не отличаются по клинической картине.
2. Очаговые тени, которые выглядят при обычной рентгенографии в виде малоинтенсивных, имеют плотность в пределах 30-40 HU на компьютерных томограммах
3. Существует средняя степень корреляции между туберкулезной природой очагов и снижением устойчивости лейкоцитов к туберкулину ($r=+0,46$ при $p=0.01$), что целесообразно учитывать в диагностике туберкулеза

Список литературы

1. Гольев С.С. Парадоксы внедрения новых методов лучевой диагностики туберкулеза / С.С. Гольев, В.М. Коломиец // Парадоксы внедрения новых методов лучевой диагностики туберкулеза: материалы IX Конгресса ЕАРО и VII Конгресса АПЦА. - Ташкент, 2016. - С. 292.
2. Долгарева С.А. Фармакологическая коррекция нарушений, вызванных развитием оксидантного стресса в условиях экспериментального острого деструктивного панкреатита на фоне хронической алкогольной интоксикации / С.А. Долгарева, Е.Н. Сиделева, О.Н. Бушмина // НАУЧНЫЙ ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ INNOVA. - 2017. - № 4 (9). – С.27-29.
3. Коломиец В.М. Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявления / В.М. Коломиец // Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявления: материалы. VIII Съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. - Ташкент, - 2015. - С. 24-35.
4. Усанова Е.А. Исследование функциональной активности полиморфно-ядерных лейкоцитов крови у пациентов с гнойно-воспалительными осложнениями при сахарном диабете II типа / Е.А. Усанова, С.В. Чаусова, К.Г. Гуревич, Е.Э. Арутюнова // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2017. - №2. – С.5-10.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МЕЖДУ СТАЦИОНАРОМ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ

Ворвуль А.О., Маркина Е.В., Ермакова И.В., Гонюкова О.В., Анфилова М.Г.

Научный руководитель: Светый Л.И.

Курский государственный медицинский университет

Одним из актуальных вопросов современной медицины остается борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в частности, лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН). Данное состояние является одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальных исходов. В России ХСН 7,9 млн. человек (7% всего населения). Распространенность ХСН среди мужчин в возрасте до 60 лет выше, чем у женщин, что связано с ранней заболеваемостью артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). За счет большей продолжительности жизни число женщин, страдающих ХСН, в 2,6 раза превосходит число мужчин (72% и 28% соответственно). Сердечные гликозиды (СГ) по-прежнему остаются одними из основных лекарственных средств, использующихся при лечении больных с недостаточностью кровообращения [1, 2, 3].

Цель: провести анализ преемственности лечения ХСН у пожилых лиц между стационаром и поликлиникой.

Материалы и методы. В условиях поликлиники ОБУЗ «Городская клиническая больница №4» было обследовано 155 больных ХСН I, II, III функционального класса (ФК) по NYHA, и I, II, III стадий в возрасте от 60 до 82 лет (средний возраст 71±4 года). В выборке преобладали лица мужского пола (109 человек – 70,32%). Из числа обследованных преобладали больные с ХСН ФК II (61,88%).

В зависимости от причины развития ХСН были выделены группы пациентов, страдающие постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) – 115 человек (74,19%), с АГ – 21

(13,55%), с аритмиями – 12 человек (7,74%), с миокардитами, пороками сердца и миокардиодистрофиями составили 7 человек (4,52%). На первом месте среди причин развития ХСН находился ПИКС в сочетании с АГ (47,52%).

При лечении больных с ХСН учитывался режим двигательной активности, который они соблюдали после выписки из стационара: свободный (35 человек – 22,58%), ограниченно свободный (68 больных – 43,87%) и домашний (52 человек – 33,55%).

Итоговая статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel и STATISTICA 10.0 с использованием стандартных методов вариационной статистики, корреляционного и регрессивного анализа. Оценку достоверности различий между парными и независимыми выборками проводилась с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Всем 155 больным, страдающим ХСН, для продолжения лечения в амбулаторно-поликлинических условиях при выписке из стационара рекомендовались СГ: дигоксин – 109 больным (70,3%), целанид – 46 (29,7%), чаще всего в небольших и средних дозах (0,5 – 3 таблетки в день).

Результаты. Все больные при выписке из стационара находились в состоянии удовлетворительной компенсации. Вскоре у 128 больных (82,58%) наступило ухудшение, которое выражалось в нарастании симптомов ХСН, что объясняется увеличением физической активности после выписки при приеме СГ в дозировках, получаемых в стационаре. В связи с этим дозы СГ были скорректированы в зависимости от изменения уровня физической активности. После коррекции доз СГ дигоксин получали в амбулаторно-поликлинических условиях 112 пациентов (72,3%), а целанид – 43 больных (27,7%). Дозу дигоксина потребовалось увеличить в 2 раза у 62 больных, что составило 40%, в 2,5 раза у 35 (22,6%), в 3 раза у 15 человек (9,7%). Соответственно доза целанида увеличилась в 2 раза у 27 больных (19,4%), в 2,5 раза у 11 (7,7%), в 3 раза у 5 человек (3,9%) (рис. 1). В процессе лечения СГ применялись такие темпы дигитализации: средний (длительность 3-4 дня) – 35 больных 22,3%, и медленный (5-7 дней) – 120 больным (77,7%).

К улучшению состояния коррективки доз СГ привела у 122 человек, (78,71% – от общего количества обследуемых, 95,2% - от числа больных, у которых наступило ухудшение после выписки из стационара). У 3 больных (1,9%) после коррекции доз СГ эффект не наступил, у 5 человек (3,2%) отмечалось ухудшение общего состояния. У 13 больных с наступившим клиническим эффектом (8,18%) в результате коррективки доз СГ в разные сроки с момента начала коррекции развилась гликозидная интоксикация.

Вывод. Таким образом, с учетом преимущественности лечения больных ХСН в стационаре, а затем в амбулаторно-поликлинических условиях сочетанная фармакотерапия этих больных СГ в скорректированных дозах и препаратами других групп в большинстве случаев даёт положительный клинический эффект.

В результате коррекции доз СГ работа левого желудочка (ЛЖ) увеличилась на 21%, правого (ПЖ) на 12%, масса миокарда уменьшилась на 9,6%. Мощность ЛЖ возросла на 2,3%, ПЖ - на 14,4%. Систолический объем увеличился на 10,7%, минутный объем возрос на 4%.

На основании всего выше изложенного можно сделать вывод, что после коррекции доз СГ в амбулаторно-поликлинических условиях у больных с ХСН в 80,1% случаев отмечается улучшение клинического состояния, выражающееся в уменьшении или исчезновении симптомов ХСН, а также в улучшении общего самочувствия и работоспособности больных.

Список литературы

1. Агова О.М., Семенова О.Н., Соколов И.М. Оценка преждевременности к лечению у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне коморбидных состояний // Кардиология. 2014. Т.15, № 2. С.138-140.
2. Муртазалиева П.М., Карелкина Е.В., Шишкова А.А. и др. Пилотный проект «Совершенствование медицинской помощи больным хронической сердечной недостаточностью»: результаты I этапа // Российский кардиологический журнал. 2018. Т.23, №12. С.44–50. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-12-44-50
3. Светый Л.И., Лопухова В.А., Тарасенко И.В. Анализ основных причин декомпенсации больных ХСН на догоспитальном этапе лечения.// Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. – № 4. – С. 229-230.
4. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать // Российский кардиологический журнал. 2016. Т.8, №136. С. 7–13. DOI: 10.15829/1560-4071-2016-8-7-13.

ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ БМУ «КУРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

Ворвуль А.О., Маркина Е.В., Руссу А.А.

Научный руководитель: Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет

Считается, что ОЛ заболевает в среднем 3–5 человек на 100 тыс. населения в год. При этом заболеваемость резко возрастает в возрасте старше 60 лет, и составляет 12-13 человек на 100 тыс. у людей в возрасте старше 80 лет. Медиана возраста этого заболевания составляет 65 лет.

По данным Ахмерзаевой З.Х. в пяти регионах России показано, что возрастные характеристики больных ОЛ отличаются от аналогичных показателей европейских стран: больные ОЛ в России моложе (при остром миелобластном лейкозе (ОМЛ) - 59 лет, при остром лимфобластном лейкозе (ОЛЛ) – 38 лет, в сравнении с 71 и 54 годами, соответственно), что может быть обусловлено недостаточно полной регистрацией заболевания среди больных пожилого возраста. Получены стандартизованные показатели заболеваемости ОЛ по всем регионам 1,39-2,43 на 100 тыс. населения. Общий стандартизованный показатель заболеваемости ОМЛ составил 1,32 (1,40 и 1,38 у мужчин и женщин, соответственно) и ОЛЛ – 0,35 (0,36 и 0,31 у мужчин и женщин, соответственно) на 100 тыс. населения. Установлено, что 3-летняя общая выживаемость (ОВ) всех пациентов с ОЛ составила 28%. ОВ больных ОМЛ – 20%, ОЛЛ – 47%. В связи с чем, представляет интерес изучение состояния проблемы ОЛ в Курске и Курской области в 2007 и 2017 годах.

Цель исследования: изучение структуры ОЛЛ по данным гематологического отделения БМУ КОКБ за 2007 и 2017 годы.

Материалы и методы. В условиях гематологического отделения, архива БМУ «КОКБ» был проведен ретроспективный анализ 96 историй болезней пациентов с ОЛЛ, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ «КОКБ» в 2007 и 2017 гг. Средний возраст всех пациентов выборки составил $57,2 \pm 17,5$ лет, в 2007 году – $56,5 \pm 18,9$ лет, в 2017 году – $57,8 \pm 16,3$ лет. Среди исследуемых лиц преобладали женщины – 66 (68,8%), мужчин – 30 (31,2%).

В ходе анализа учитывались следующие показатели: клинический диагноз, пол, возраст, место проживания (город/область), впервые выявленные нозологии и число

летальных исходов. Производился расчёт общей заболеваемости, первичной заболеваемости и смертности.

Итоговая статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel 2010 и STATISTICA 10.0. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. При анализе историй болезней больных ОЛЛ в 2007 году отмечается 30 случаев обращения в гематологическое отделение БМУ «КОКБ», в 2017 году – 60. Средний возраст обратившихся за медицинской помощью по поводу ОЛЛ в 2007 году достоверно меньше, чем в 2017 году: в 2007 он составил $29,2 \pm 1,11$ лет, в 2017 – $44,2 \pm 1,74$ лет. В 2007 году с диагнозом «ОЛЛ» поступило 19 мужчин (52,8%) и 17 женщин (47,2%), в 2017 году – 35 мужчин (58,3%) и 25 женщин (41,7%). В 2017 году из областного центра с диагнозом «ОЛЛ» поступило достоверно больше пациентов, чем в 2007 году: 2017 г. – 28 человек, 2007 г. – 7 человек.

Показатель заболеваемости ОЛЛ в 2007 году составил 0,3 на 100 тыс. человек, в 2017 году – 5 на 100 тыс. человек (рис. 2). Заболеваемость ОЛЛ в Курской области в 2007 равен 4 на 100 тыс. человек, в 2017 – 5 на 100 тыс. человек. Заболеваемость в городе Курске в 2007 году достоверно ниже, чем в 2017 году: в 2007 году она составила 1 на 100 тыс. человек, в 2017 году – 6 на 100 тыс. человек.

В 2007 году ОЛЛ впервые был выявлен у 2 человек (показатель первичной заболеваемости составил 0,2 на 100 тыс. человек), в 2017 диагноз «ОЛЛ» был поставлен также двум поступившим в гематологическое отделение БМУ «КОКБ» (показатель первичной заболеваемости – 0,2 на 100 тыс. человек).

ОЛЛ в 2007 году занимал второе место в структуре смертности гематологического отделения БМУ «КОКБ», в 2017 – третье. ОЛЛ в 2007 году привел к смерти 4 пациентов гематологического отделения БМУ «КОКБ» (11,1% от всех обратившихся в 2017 году за медицинской помощью с диагнозом «ОЛЛ»). В 2017 году течение ОЛЛ закончилось летальным исходом у 7 пациентов (11,7% от всех обратившихся в 2007 году за медицинской помощью с диагнозом «ОЛЛ»). Показатели смертности составили: в 2007 – 0,3 на 100 тыс. человек, в 2017 – 0,6 на 100 тыс. человек.

Вывод. Таким образом, отмечается тенденцию к повышению заболеваемости ОЛЛ, средний возраст больных ОЛЛ увеличился на 13 лет. Заболеваемость ОЛЛ по Курску достигла цифр заболеваемости по Курской области в промежуток времени с 2007 по 2017 гг. За последние 10 лет первичная заболеваемость и смертность от ОЛ не претерпели значительных изменений.

Список литературы

1. Гематология: национальное руководство / под ред. О. А. Рукавицына. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 784 с.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых миелобластных лейкозов взрослых [Электронный ресурс] / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова, Б.В. Афанасьев и др. – Режим доступа: URL: <http://blood.ru/documents/clinical%20guidelines/21.%20klinicheskie-rekomendacii-2014-oml.pdf> (дата обращения 01.12.2018)
3. Клинические рекомендации Российских экспертов по лечению больных острыми миелоид-ными лейкозами в возрасте моложе 60 лет / В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова, Б.А. Афанасьев и др. // Терапевтический архив. – 2014. - №. 86(7). – С. 4–13.
4. Эпидемиологическое исследование острых лейкозов в пяти регионах Российской Федерации / З.Х. Ахмерзаева, Е.Н. Паровичникова, С.М. Куликов и др. // Гематология и трансфузиология. - 2017. - № 1. - С. 46-51.

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ

Габараев Г. М., Панагов З.М.

Научный руководитель: Астахова З.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В течение последнего десятилетия отмечается неуклонный рост онкологических заболеваний. Более 13 млн случаев онкопатологий регистрируется во всем мире. Смертность от опухолей занимает лидирующее положение, уступая только сердечно-сосудистой патологии. Благодаря диагностике на ранних этапах заболевания и применения современных методов лечения удалось повысить выживаемость больных со злокачественными новообразованиями. Современная химио- и лучевая терапия в комплексе с оперативной онкологией позволяют сохранять жизнь и работоспособность многих больных в течение десятилетий [2]. Несмотря на успешное лечение, прогноз заболевания определяется не только основной патологией, но и теми осложнениями, которые развиваются у данной категории больных при проведении химиотерапии и, к сожалению, снижают выживаемость больных [1]. Наиболее часто химиотерапию сопровождает развитие хронической сердечной недостаточности (ХСН), на счету которой около 50% смертельных исходов [3].

Цель исследования. Оценить токсическое действие химиопрепаратов на миокард, и определить механизмы развития хронической сердечной недостаточности у больных со злокачественными новообразованиями.

Материалы и методы. Опыты были поставлены на 40 половозрелых-самцах крыс линии Wistar массой 180-320 г. Животные были разделены на 2 группы: в первую входили интактные крысы, вторая состояла из животных, которым внутрибрюшинно вводился раствор доксорубина гидрохлорида в дозе 5 мг/кг двукратно с интервалом в 10 дней. Учитывали показатели антиоксидантной системы, перекисного окисления липидов и морфологическую картину миокарда. При завершении эксперимента у крыс в состоянии обезболивания (внутрибрюшинное введение препарата «Золетил» в дозе 0,1 мл/100г) произведен забор крови путем трансторакальной пункции левого желудочка. В ходе исследования был также проведен анализ 750 историй болезни больных с различными формами онкологических заболеваний, проходивших лечение в ГБУЗ Республиканском онкологическом диспансере МЗ РСО-Алания с 2014 по 2019 годы. Химиотерапия исследованных больных проводилась по различным схемам, в зависимости от распространенности и стадии злокачественного процесса. Использовались препараты из группы антрациклинов, цитостатиков, а также их комбинации. Группа антрациклинов была представлена Адриабластином и Рубомицином, группа цитостатиков – Фторурацилом, Паклитакселом, Карбоплатином.

Результаты и обсуждение. У опытной группы лабораторных крыс, которым двукратно был введен раствор доксорубина в дозе 5 мг/кг, наблюдалось повышение содержания эритроцитарного малонового диальдегида на 30,6%. Изменение концентрации гидроперекисей по сравнению с контрольной группой $-4,10 \pm 0,13$ мкмоль/л и $6,27 \pm 0,17$ мкмоль/л, соответственно, были незначительны. Снижение активности антиоксидантной системы характеризовалось уменьшением активности каталазы на 53,7%. При исследовании миокарда в группе опытных животных, макроскопически наблюдали умеренную дилатацию желудочков, увеличение поперечника сердца. Микроскопическое исследование срезов выявило обширные участки венозного полнокровия и усиление поперечной исчерченности кардиомиоцитов.

По результатам ретроспективного анализа было установлено, что из 750 больных у 27% (203 чел.) в процессе химиотерапии диагностирована хроническая сердечная недостаточность, осложнившая основное заболевание.

ХСН чаще выявлялась в группе больных, получавших антрациклиновые антибиотики (62%). Смешанные схемы из антрациклинов и цитостатиков также характеризовались высокой частотой осложнений сердечной недостаточностью (19,7%), однако комбинации препаратов (Рубомицин+Паклитаксел; Адриобластин+Карбоплатин и тд.) при смешанной схеме терапии позволяют снизить кардиотоксическое действие антрациклинов (20,2%). У онкобольных, получающих химиотерапию по схеме Карбоплатин- Фторурацил, ХСН встречается реже (18,2%). Снижение 5-летней выживаемости вследствие ХСН выявлено у 37 больных. Первичным критерием оценки выживаемости установлен промежуток между датой начала полихимиотерапии и датой смерти от сердечной недостаточности.

Выводы.

1. Антрациклиновые антибиотики обладают выраженной кардиотоксичностью за счет индукции процессов перекисного окисления липидов.
2. На выживаемость больных с онкологическими заболеваниями в течении 5 лет отрицательно влияет осложнение хронической сердечной недостаточностью.
3. Наиболее выраженный кардиотоксический эффект связан с применением антрациклиновых химиопрепаратов (Адриабластин, Рубомицин, Доксорубицин и тд.)
4. Для снижения токсических эффектов химиопрепаратов, применяемых при онкопатологии, рекомендуется назначение химиопрепаратов в комбинациях.

Список литературы

1. Овчинникова Е.Г., Клейментьева Т.П. Проблема профилактики ассоциированной сердечно-сосудистой патологии у онкологических больных в процессе проведения полихимиотерапии. Медицинский альманах. 2014. N 3 (33). С. 160.
2. Селиверстова Д.В., Евсина О.В. Кардиотоксичность химиотерапии. Сердце: журнал для практикующих врачей. 2016. N15 (1). С. 50-51.
3. Шуйкова К.В., Емелина Е.И., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г. И. Кардиотоксичность современных химиотерапевтических препаратов. Атмосфера. Новости кардиологии. 2012. N3. С. 9.

ОБМЕН СЕРОТОНИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Галиханова Ю.И., Казарин Д.Д.

Научные руководители: Шкляев А.Е., Пантюхина А.С.

Ижевская государственная медицинская академия

Сахарный диабет (СД) относится к социально значимым заболеваниям эндокринной системы в связи с тяжестью осложнений, приводящих к ранней инвалидизации и смерти пациентов. У большинства больных СД с течением времени присоединяются различные формы патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В их развитии существенную роль играют автономная диабетическая нейропатия, а также ангиопатия. Факторами, усугубляющими расстройства функций ЖКТ при СД, служат изменение профиля желудочно-кишечных гормонов и расстройства тканевого метаболизма [2,4].

Цель исследования. Используя метод иммуноферментного анализа, изучить особенности содержания серотонина в сыворотке крови больных СД 2 типа, имеющих симптомы поражения ЖКТ.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР». В исследовании участвовало 23 пациента с СД 2 типа в возрасте от 49 до 71 года, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении. Среди обследованных было 16 женщин (69,6%) и 7 мужчин (30,4%).

С целью изучения качества жизни и состояния ЖКТ все пациенты отвечали на вопросы русскоязычных версий опросников GSRS и GerDQ. [1,3]. На следующем этапе в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов «Serotonin ELISA Fast Track» определялось содержание серотонина.

Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента для независимых выборок. Для определения корреляционных взаимосвязей использовался критерий корреляции рангов Пирсона. Результаты считались достоверными при $p \leq 0,05$. Статистическая обработка полученных данных была проведена с помощью программы Microsoft Office Excel 2013.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта N18-415-183006\18-19.

Результаты исследования и их обсуждение. Средняя продолжительность заболевания СД составила $13,7 \pm 1,5$ лет. У 43,5% обследуемых уровень HbA1c был более 10%, в среднем - $10,2 \pm 0,4\%$. На инсулинотерапии находились 86,9% опрошенных, ее длительность составила $7,2 \pm 1,3$ года (от 1 до 19 лет).

По данным опросника GSRS ведущими синдромами у обследованных являлись рефлюксный (86,9% опрошенных); диспепсический (69,6%) и абдоминальный (65,2%) синдромы. Среднее значение ответа по шкале RS (рефлюкс-синдром) составило $3,2 \pm 0,2$ баллов. Абдоминальный болевой синдром (AP) являлся одним из самых распространенных у больных СД. Средний балл по шкале AP был равен $2,5 \pm 0,3$ баллов. При этом у 39,1% исследуемых балл составил 4 и выше, что свидетельствует о выраженности болевого синдрома. Баллы по шкале IS (диспепсический синдром) варьировали от 1 до 7, в среднем $2,8 \pm 0,3$ балла. При оценке диарейного синдрома среднее значение ответов составило $2,8 \pm 0,3$ баллов. Констипационный синдром был наименее выражен у опрашиваемых пациентов и в среднем составил $1,5 \pm 0,2$ балла. При оценке абдоминального, рефлюксного, диарейного и диспепсического синдромов средний балл ответов на вопросы опросника GSRS был выше 2, что свидетельствует о неудовлетворительном качестве жизни пациентов. Количество баллов по результатам заполнения опросника GerDQ составило от 3 до 15 (средний балл $6,1 \pm 0,7$). Сумма более 8 баллов наблюдалась у 26% опрошенных.

При анализе результатов концентрации серотонина в сыворотке крови у больных СД 2 типа было выявлено, что значения данного показателя варьировали от 107,7 до 459,3 нг/мл, среднее его значение составило $226,6 \pm 17,9$ нг/мл. Значения, которые превышали физиологическую норму уровня серотонина в сыворотке крови, составили 34,8%, ниже нормы — 0%.

Значимые корреляционные взаимосвязи у пациентов с СД 2 типа выявлены между содержанием серотонина и выраженностью констипационного синдрома ($r=0,672$, $p<0,05$), а также суммарным показателем опросника GSRS ($r=0,535$, $p<0,05$). Следует отметить тенденцию к значимой корреляционной связи слабой силы между выраженностью рефлюксного синдрома и уровнем серотонина в периферической крови ($r=0,352$, $p<0,07$).

Вышеуказанные взаимосвязи можно объяснить следующим образом. В результате нарушения обмена веществ у больных СД повышается жесткость эритроцитов и в кровь поступает большое количество ферропротеинов, которые блокируют серотониновые

рецепторы кровеносных сосудов микроциркуляторного русла. В результате этого нарушаются функции серотонина, что приводит к нарушению сократительной активности гладкой мускулатуры сосудов, возникновению гипоксии, повреждению тканей. Таким образом, возникает относительная серотониновая недостаточность, характеризующаяся тем, что серотонина оказывается больше, чем не занятых ферропротеинами рецепторов. В результате этого увеличивается концентрация данного амина в исследуемых жидкостях [5].

Выводы

1) По данным опросника GSRS у больных СД 2 типа ведущими являются рефлюксный, диспепсический и абдоминальный синдромы. Среднее значение по результатам заполнения опросника GerdQ составило $6,1 \pm 0,7$ баллов.

2) Средняя концентрация серотонина в сыворотке крови у больных СД 2 типа соответствовала физиологической норме.

3) У пациентов с СД 2 типа достоверно значимые корреляционные взаимосвязи были выявлены между содержанием серотонина и выраженностью констипационного синдрома, а также общим баллом по шкалам опросника GSRS.

Список литературы

1. Барышникова Н.В. и др. Оценка качества жизни гастроэнтерологических больных // Вrach. 2013. №7. С. 62–65.
2. Полунина Т.Е. Патология желудочно-кишечного тракта при сахарном диабете // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. 2011. №5. С. 36-42.
3. Шкляев А.Е. Горбунов Ю.В. Применение специфического и неспецифического опросников для оценки качества жизни пациентов с функциональной патологией кишечника // Архивъ внутренней медицины. №4. 2016. С. 53-57.
4. Шульпекова Ю.О. Гастроэнтерологические проявления автономной диабетической нейропатии // РМЖ. 2011. №17. С.1111.
5. Шур В.Ю., Саметруева М.А., Мажитова М.В., Тризно Н.Н., Файзиев Р.М., Петренко Л.В., Шур Ю.В. Серотонин: биологические свойства и перспективы клинического применения // Фундаментальные исследования. №7. 2014. С. 621-629.

ПРОБЛЕМА БЕШЕНСТВА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Гериев З.М.

Научный руководитель: Шерышева Ю.В.

Астраханский государственный медицинский университет

Бешенство - острое инфекционное заболевание из группы вирусных зоонозов, развивающееся вследствие укуса или ослюнения больным животным, характеризуется энцефаломиелитом, приводящее к летальному исходу, сопровождающееся приступами резкого возбуждения двигательных центров, слюнотечением, судорогами мышц глотки и дыхательных мышц с последующим их параличом. Бешенство, с древних времен и по настоящее время является особо опасным заболеванием. Связано это с влиянием вируса на деятельность нервной системы. В частности на структуры головного мозга, преодолевая гематоэнцефалический барьер. Несмотря на небольшое количество больных и невелико, однако ситуация по обращаемости людей с укусами различных животных (бродячих, диких, домашних), остается неблагоприятной. Количество обращений только по Астраханской области за 2018 год составило 4708 случаев (в том числе дикими 63), по

сравнению с 2017 годом 4504(соответственно 65). А циркуляция вируса бешенства среди животных наблюдается постоянно, о чем свидетельствует ежегодная регистрация заболеваемости среди них.

Цель исследования: Проанализировать клинические и эпидемиологические особенности течения бешенства у больных в Астраханской области.

Материалы и методы: было проанализировано 17 историй болезни больных бешенством за период с 1990 по 2011 года, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ АО «ОИКБ им. А.М. Ничоги».

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показал: Количество случаев бешенства по Астраханской области в 1990-1997гг. составило 4 случая(23%), с 1997-2005гг.-5 случаев(29%), с 2005 по 2011гг.-8 случаев (48%). С 2012 по 2018гг заболевание не регистрировалось.

Среди заболевших было сельских жителей 12 человек, что составило 70%, городских 5 человек, что соответствует 30%.

Распределение больных по полу было следующим: 7 женщин(41%) и 10 мужчин(59%).

По возрастной категории были госпитализированы пострадавшие от 4 до 86 лет. В возрасте от 4 до 25 лет было 2 больных(12%), от 26 до 55-13 больных (76%), от 56 до 86-2 больных(12%).

По профессиональной принадлежности больные составили: пенсионеры -3 человека(17,7%), рабочие-2 человека(11,8%), учителя-1 человек(5,9%), чабаны-3 человека(17,7%), безработные-7 человек(41,2%), МЧС-1 человек(5,9%).

Все больные поступили в стационар в результате укусов или ослюнения больными животными. При этом контакт с различными животными составил: с собаками- 7 человек (41,2%), кошками-2(11,8%), крупным рогатым скотом-2(11,8%), лисами-3(17,6%), волками-3(17,6%). По локализации укусов: верхних конечностей-8 человек(47%), лицо-3(17,6%), туловище-1(6%), нижние конечности-5(29,4%).

Сроки обращения больных за медицинской помощью распределились следующим образом: на 2 день заболевания-8 человек(47,2%), на 3 день заболевания-4 человека(23,5%), на 4 день-4 человека(23,5%), на 5 день-1 человек(5,8%).

Были поставлены на догоспитальном этапе диагнозы: бешенство в большинстве случаев-15 человек(88%), менингоэнцефалит-1(6%), ботулизм-1(6%).

Продолжительность инкубационного периода составила: до 1 месяца-8 случаев(47%), от 1,5 до 3 месяцев-4 случая(23%), от 7 месяцев до года-5 случаев (30%).

Симптомы продромального периода: лихорадка - у 9 больных(53%), бессонница –в 7 случаях(41%), Боль, чувство жжения, онемения, зуда в области раны, в 9 случаях(53%). Депрессивные состояния у 4 больных(23%).

В разгаре заболевания симптомы, наблюдаемые у анализируемых больных соответствовали типичным клиническим проявлениям бешенства и распределились следующим образом:

Гидрофобия наблюдалась у 16 больных(94%), фотофобия-1(6%), аэрофобия-16(94%), возбуждение - в 9 случаях(53%), состояние агрессии-4(23%), галлюцинации у 3(18%), сиалорея у 10 (58,8%), гипертермия у 11(64%), рвота -3(18%), мидриаз в 1 случаев (6%).

Последним периодом заболевания является паралитический, он начинается с конечностей за тем переходит на ЧМН. Заболевание в 100% случаев заканчивается параличами дыхательной и СС центров.

Выводы: анализ проведенной работы показал, что чаще других страдали жители сельской местности средней возрастной категории, профессиональная деятельность пациентов не влияла на заболеваемость. В основном заболевание возникало после контакта с собаками. Инкубационный период обычно составлял до 1 месяца. Симптомы

начального периода как разгара заболевания были типичны (гидрофобия, фото - , аэрофобия, сialорея). Несмотря на раннее обращение больных – максимум на 5 день заболевания, и проводимую медикаментозную терапию с использованием антирабического иммуноглобулина, итог был неблагоприятным. Поэтому при этом заболевании важна как можно более ранняя обращаемость больных за профилактической помощью, так как при возникновении первых клинических проявлений заболевания прогноз становится неблагоприятным.

Список литературы

1. Авдеева М.Г., Аликеева Г.К., Антонова М.В., Архипов Г.С., Ахмедов Д.Р., Балмасова И.П., Белова Е.Г., Бессараб Т.П., Брико Н.И., Валишин Д.А., Венгеров Ю.Я., Гаджикулиева М.М., Галимзянов Х.М., Дарбеева О.С., Добронравова О.В., Дроздова Т.Г., Дудина К.Р., Дуйко В.В., Еремушкина Я.М., Ермак Т.Н. и др. Инфекционные болезни. Национальное руководство/Москва, 2018г. (2-е издание, переработанное и дополненное).
2. Гулюкин А.М. Значимость современных методов лабораторной диагностики и идентификации возбудителя бешенства для иммунологического мониторинга данного зооноза / А.М. Гулюкин // М.:Вопросы вирусологии № 3, 2014 г
3. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. 2007 г.
4. Самоделкина А.А., Сентюрова Л.Г., Шаталин В.А. Структурно-временная организация хориоэпителиоцитов сосудистого сплетения боковых желудочков головного мозга новорожденных крыс. Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7. № 4. С. 225-227.
5. Шерышева Ю.В., Неваленная Л.А., Журавлева Г.Ф. Особенности метаболизма сосудистых сплетений головного мозга человека в онтогенезе. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. №4. С.106-110.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Голубева Ю.Д., Краснорущая О.Н., Котова Ю.А.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

По данным статистики 11-14% мужчин и 8-11% женщин могут заболеть язвенной болезнью в течение жизни [5]. И не смотря на современные методы диагностики и лечения, частота опасных осложнений (кровотечение, малигнизация, перфорация и др.) остаётся не просто высокой, а продолжает расти. Во многом, это можно связать с нарушением режима лечения, халатным отношением к своему здоровью у большинства больных.

Чтобы преодолеть это, необходимо лучше разобраться в проблеме приверженности к лечению, нахождению подхода к больным. Практика показывает, что одинаковый подход к женщинам и мужчинам не даёт большого результата в терапии. Как отмечают многие исследователи [6], мужчины меньше выполняют предписания врача. Им сложнее изменить привычный образ жизни, диету, принимать лекарства точно в срок и не пропускать приём, если за приёмом лекарств, например, следуют неприятные ощущения. Однако такие проблемы наблюдаются и у женщин.

Неоспоримо, для успешного лечения необходим дифференцированный подход. Именно по этой причине важно оценить влияние половой принадлежности на приверженность к терапии.

Цель исследования: провести сравнительный анализ гендерных особенностей приверженности к терапии пациентов с язвенной болезнью.

Материалы и методы: работа проводилась на базе БУЗ ВО ВГКП № 1 Корпус № 2 в форме простого описательного проспективного одномоментного фармакоэпидемиологического исследования сравнительной оценки гендерных особенностей приверженности к терапии пациентов с язвенной болезнью. В качестве объекта наблюдений были взяты 36 человек, средним возрастом $41,6 \pm 12,6$ лет, среди которых было 18 мужчин и 18 женщин, со средним стажем заболевания $4,0 \pm 2,1$ года.

Для решения поставленных задач была использована медицинская карта амбулаторного больного (Форма № 025/у-04). Методом анкетирования проводилась оценка приверженности к терапии - КОП-25 (Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению), анкета-шкала Мориски-Грин, а также анализ качества жизни пациентов - опросник для исследования качества жизни SF36. Статистический анализ проводился с помощью Microsoft Office Excel 2013г.

В результате проведенного исследования было установлено, что лёгкое течение болезни больше преобладает у женщин – 39%, тогда как у мужчин оно отмечалось в 16,6%. Среднетяжёлое течение у женщин составило 55%, а у мужчин 66%. Тяжёлое течение было чаще в группе исследуемых мужчин – 16,6%, что может быть связано с тем, что мужчины менее внимательны к своему здоровью, чаще нарушают диету и предписания врача, больше склонны к вредным привычкам. У женщин тяжёлое течение наблюдалось в 5,5% случаев. При этом, всем больным с тяжёлым течением, как мужчинам, так и женщинам была назначена терапия 2 линии. Среди больных со среднетяжёлым течением у женщин терапию 2 линии получали 40% (соответственно терапию 1 линии 60%), а у мужчин 20% (соответственно терапию 1 линии получали 80% со среднетяжёлым течением). Все больные с лёгким течением получали терапию 1 линии.

Изучив карты амбулаторного больного (Форма № 025/у-04), а также проведя беседу с лечащими врачами, мы выяснили, что больным назначалось лечение согласно стандартам оказания помощи больным амбулаторно-поликлинического звена, а именно эрадикационная терапия 1 и 2 линии, сроком не меньше 7 дней.

Также, мы исследовали частоту назначения терапии каждой линии. В результате, терапия 1 линии назначалась в 69,4% случаев, а терапия 2 линии в 30,5% случаев.

Средний балл приверженности у женщин составил $53,55 \pm 4,86\%$ (что соответствует среднему уровню приверженности), а у мужчин $40,16 \pm 10,72\%$ (что соответствует низкому уровню приверженности). Ни в одной группе высокий уровень приверженности не встретился ни разу.

Среди женщин число не приверженных к терапии совсем меньше (73%), чем среди мужчин (84%). Недостаточно приверженных больше среди женщин (27%), по сравнению с мужчинами (16%). Однако количество не приверженных высоко в обеих группах, а приверженных нет совсем.

Анализируя данные опросника качества жизни, можно прийти к выводу, что качество жизни женщин выше, чем у мужчин, за исключением физического функционирования, где результаты оказались примерно одинаковыми (90% у женщин и 89% у мужчин). Показатель ролевого функционирования у женщин составил 78%, у мужчин 62%. По показателю боли картина также благоприятнее у женщин – 68%, у мужчин – 57%. Общее здоровье у женщин – 52%, а у мужчин 33%. Жизнеспособность у женщин 66%, а у мужчин 49%. Показатель социального функционирования у женщин – 74% и 63% у мужчин. Показатель эмоционального функционирования составил 63%

среди женщин и 40% среди мужчин. Уровень психологического здоровья вновь выше у женщин – 72%, а у мужчин – 54%.

Выводы:

1. Оценив характер течения язвенной болезни у пациентов со средним стажем заболевания $4,0 \pm 2,1$ года, терапевтического участка, можно заключить, что у мужчин чаще, по сравнению с женщинами встречается тяжёлое течение язвенной болезни.
2. Приверженность к терапии у женщин выше, чем у мужчин, однако ни в одной группе обследованных высокий уровень приверженности не встретился ни разу.
3. По показателю физического здоровья мужчины и женщины набрали примерно одинаковое количество процентов, однако по остальным 7 показателям, уровень жизни мужчин значительно ниже, нежели у женщин.

Список литературы

1. Моисеев В. С Внутренние болезни. Том 2. / Моисеев В. С , Мартынов А. И., Мухин Н. А./ Издательство ГЭОТАР-Медиа – 2015 год - стр.44
2. Никитин А. В., Васильева Л. В. Основы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов: Учебное пособие. – Старый Оскол: Издательство ИПК «Кириллица», 2014. – стр. 538-551
3. Барановский А. Ю. Гастроэнтерология: справочник. Издательство Питер - 2011 – стр. 167-173
4. Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. Издательство ГЭОТАР-Медиа – 2009 – стр.104-185
5. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. – М.: МЕДпресс-информ. – 2009. – С.78-83.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ВНУТРЕНнюю СРЕДУ СИНОВИАЛЬНЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ

Горохова В.А., Шепелева Л.С., Широкова К.Ю.

Научный руководитель: Широкова Л.Ю.

Ярославский государственный медицинский университет

В настоящее время в патогенезе остеоартрита наряду с биомеханическими факторами доказана роль провоспалительных цитокинов, таких как ИЛ-1 β , гиперэкспрессия которых способствует деградациии гиалинового хряща и его матрикса [1]. Потенциальной терапевтической мишенью могут быть ингибиторы этих цитокинов [2]. В ревматологии и травматологии-ортопедии популярны интервенционные технологии локальной терапии опорно-двигательного аппарата на основе производных аутологичной крови в виде обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP), воспроизводящие анаболические и противовоспалительные цитокины на основе тромбоцитарных факторов роста [3].

Цель исследования: анализ влияния комплексной терапии на качество синовиальной жидкости коленного сустава у пациентов с остеоартритом коленного сустава. Комплексное лечение включало один курс локальной терапии путем внутрисуставного введения обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP) и пероральный прием медленнодействующих симптом-модифицирующих препаратов из глюкозамина и хондроитин сульфата.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 28 женщин в возрасте $64,2 \pm 7,7$ года, в клинике заболевания которых лидировали боли воспалительного

характера, обусловленные вторичным синовитом, подтвержденным ультразвуковым исследованием, на фоне II-III стадий тибеофemorального остеоартрита. Средняя длительность заболевания составила $10,3 \pm 2,9$ лет. Индекс массы тела $33,7 \pm 4,9$ кг/м², что позволяет отнести данную категорию пациентов к метаболическому фенотипу остеоартрита. Суставную синовиальную жидкость коленного сустава получали путем артроцентеза из стандартного доступа. Получение PRP проводилось в соответствии со «Способом локальной терапии производными аутологичной крови пациентов ревматологического профиля» (Разрешение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на применение новой медицинской технологии ФС №2010/327 от 08.09.2010 г.). Кратность внутрисуставного введения PRP при остеоартрите коленного сустава составила: непосредственно сразу после приготовления (*ex tempore*) 2 раза в неделю по 5,0 мл в течение 3 недель. Концентрацию ИЛ-1 β в синовиальной жидкости (СЖ) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием иммуноферментных наборов BMS224/2 IL-1 β фирмы Bender MedSystems (Австрия), титры антагониста рецептора ИЛ -1 β (ИЛ-1Ra) в СЖ методом твердофазного ИФА с использованием иммуноферментных наборов BioSource IL-1ra Cytoscreen kit кат. №KAC1181 фирмы BioSource Europe S.A., Nivelles (Бельгия). Концентрацию высокочувствительного С-реактивного белка (hsCRP) измеряли методом лазерной нефелометрии согласно инструкции набора реагентов CardioPhase hsCRP компании Siemens (США). Вязкость СЖ исследовали стандартным вискозиметрическим методом. Исследуемые показатели обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты: Концентрация ИЛ-1 β в СЖ по отношению к исходным значениям после второй инъекции PRP (8 день) не уменьшился ($z=1,61$, $p=0,107$), после четвертой (15 день) – достоверно снизился на 43,6% ($z=2,52$, $p=0,011$). Через один месяц от начала лечения уровень цитокина ИЛ-1 β возвратился к исходным цифрам ($z=1,12$, $p=0,262$). Содержание ИЛ-1Ra в суставной жидкости увеличивалось на 85,7% ($z=2,10$, $p=0,035$) на восьмой день наблюдения, на 846,0% ($z=2,52$, $p=0,011$) на пятнадцатый день и на 146,3% ($z=2,52$, $p=0,011$) к окончанию первого месяца от начала терапии. Интраартикулярная терапия PRP на фоне приема пероральных гликозамингликанов вызывала достоверное уменьшение концентрации hsCRP в СЖ в середине процесса лечения, то есть после второй инъекции (-31,4%, $z=1,96$, $p=0,049$). После четвертой инъекции PRP уровень hsCRP возвратился к исходным значениям ($z=1,69$, $p=0,09$), что прослеживалось и через один месяц после начала терапии (-8,6%, $z=0,14$, $p=0,888$). Увеличение вязкости зафиксировано после первого вливания PRP в сочетании с базисным лечением (+90,8%, $t=6,12$, $p=0,0001$). К шестой инъекции PRP (к окончанию 3-й недели лечения) показатель вискозиметрии суставной жидкости был на 57,6% ($t=7,41$, $p=0,0001$), через один месяц - на 48,2% ($t=7,28$, $p=0,0001$), через три – на 21,9% ($t=2,18$, $p=0,037$) выше первоначальных значений.

Закключение. Проведенное исследование показывает, что комплексное лечение остеоартрита коленных суставов с помощью одного курса из 6 вливаний PRP на фоне базисной терапии хондроитин сульфатом и глюкозаминном сопровождается позитивными сдвигами в иммунологических и физико-химических характеристиках синовиальной среды суставов. Это связано с возрастанием концентрации противовоспалительного антагониста рецептора ИЛ-1Ra и увеличения вязкости суставной жидкости на протяжении трехмесячного наблюдения.

Список литературы

1. Широкова, Л. Остеоартроз: современные концепции и роль метаболических нарушений в повреждении суставных компонентов/Л.Широкова, М.Мокроусова, С.Симионова, К.Широкова, Р.Буланов, Е.Андрейченко//Врач. -2013. - №10. – С. 8-10.

2. Chevalier, X. Targeted anti-cytokine therapies for osteoarthritis / X. Chevalier, B. Mugnier, G. Bouvenot // J. Bull. Acad. Natl. Med. — 2006. — Vol. 190, № 7. — P. 1411—1420.
3. Jang, S-J. The application of platelet-rich plasma in early osteoarthritis of knee / S-J Jang // Osteoarthritis Cartilage. — 2011. — Vol. 19, Suppl. 1. — P. 145.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА "БОЛЬ В ГРУДИ" У ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Дахова Е.А., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Боль в груди - наиболее часто встречаемая жалоба пациентов во время приема врача общей практики [1,2,3]. По статистическим данным каждый второй пациент, обращающийся за амбулаторной медицинской помощью, хотя бы раз в жизни испытывал подобную симптоматику [2,3]. Несмотря на изученность, популярность среди заболеваний контингентов различных возрастных групп и простоту диагностики данного синдрома, число врачебных ошибок при верификации характера патологии, лежащей в основе его возникновения, остаётся стабильно высоким [1].

Цель исследования - оценить варианты клинических проявлений, особенности течения, диагностики и объёма необходимой помощи больным с синдромом боли в груди на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Материалом послужили данные обследования 141 пациента, обратившихся за амбулаторной помощью на территориальный участок №20 БУЗ ВО ВГП №10. Все пациенты были проанкетированы с помощью специально разработанной анкеты-опросника, включающей наиболее важные критерии для выявления и дифференциальной диагностики причинных нозологий синдрома боли в груди, опросника боли DN4, болевой шкалы LANSS (для оценки невропатических симптомов), опросника Освестри (оценка влияния боли на качество жизни). Учитывались данные анамнеза, объективного осмотра, клинических и инструментальных методов обследования (ЭКГ, рентгенография), ретроспективный анализ амбулаторных карт (учётная форма 025/у).

В ходе научного исследования среди 141 пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью на терапевтических участков, было выделено 50 больных, имеющих симптомы боли в груди. Следовательно, частота встречаемости больных с синдромом боли в грудной клетке за контрольный промежуток времени составила 35,5%.

В результате анализа полученных данных анкетирования и обследования больных, причины возникновения синдрома боли в груди были разделены на 2 основные группы: коронарогенные, что составило 52% (26 человек) и некоронарогенные, которые составили 48% (24 человека).

В свою очередь в группе коронарогенных причин была выделена подгруппа – больные с признаками ИБС (стабильная стенокардия напряжения) в количестве 26 человек, что составило 52% от общего количества исследуемых больных. А в группе некоронарогенных – 4 подгруппы: больные с клиническими признаками заболеваний позвоночника (остеохондроз) и ребер (межреберная невралгия) – 11 человек (22%), пациенты с заболеваниями органов брюшной полости (ГЭРБ, хронический панкреатит в стадии обострения) - 7 человек (14%), с психогенным болевым синдромом – 3 человека (6%) и с болевым синдромом, обусловленным инфекционным заболеванием легких и плевры (пневмония, плеврит) – 3 человека (6%).

Был проведен анализ профиля больного с болью в груди по возрастному и половому признаку. В I группе основную численность составили женщины (88,5%), которые обратились в 7 раз чаще, чем с мужчины (11,5%). При этом возрастной диапазон, зарегистрированный среди женщин: от 49 до 92 лет, а среди мужчин от 55 до 64 лет. II группа пациентов была представлена исключительно женским полом, что составило 100%, с возрастным диапазоном от 19 – 89 лет. III группа состояла на 71,4 % из женщин в возрасте от 45 – 78 лет и на 28,6% из мужчин 62-67 лет. IV группа больных, обратившихся с симптомами боли в груди, включала в себя только представительниц женского пола в количестве 3 человек (100%) в возрасте 28 лет, 37 лет и 64 года. В V группе основное преимущество составили мужчины – 66,7% в возрасте от 23 до 28 лет. 33.3% - пришлось на единственную обратившуюся женщину в возрасте 32 лет.

В общем с симптомами боли в грудной клетке на амбулаторный терапевтический участок преимущественно обратились женщины (86%) в возрасте от 19 до 92 лет. Обращаемость мужчин при этом составила 14 % с возрастным диапазоном 23- 67 лет.

Объем медицинской помощи полностью соответствовал, оказываемой пациентам с синдром боли в груди в рамках амбулаторного звена, определялся группой, в которую был отнесен больной в зависимости от данных обследования.

Выводы:

1. В результате исследования было выявлено, что частота встречаемости синдрома боли в грудной клетке на терапевтическом участке составила 35,5%.
2. Наиболее частыми причинами возникновения синдрома боли в груди оказались: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения - 52%, заболевания позвоночника и ребер - 22%, заболевания органов брюшной полости - 14%, психогенный болевой синдром - 6%, инфекционные заболевания легких и плевры - 6%.
3. Установлено, что профиль больного с симптомами боли в груди на амбулаторный терапевтический участок преимущественно представлен женщинами (86%) в возрасте от 55,5±36,5 лет.
4. По данным объема оказания медицинского помощи, установлено, что при условии быстрой и верной диагностики этиологического заболевания, вызывающего синдром боли в груди, в 96% случаев есть возможность оказать эффективную и своевременную помощь в рамках амбулаторного терапевтического участка.

Список литературы

1. Беляев А.А. Боль в груди: в фокусе несердечные кардиалгии / Беляев А.А., Котова О.В., Акарачкова Е.С., Артеменко А.Р. // РМЖ. Медицинское обозрение.- 2018.- №11. -С. 9-14.
2. Верткин А.Л. Алгоритмы диагностики: боль в грудной клетке / Верткин А.Л., Тополянский А.В. // РМЖ. - 2016. - №14. - С. 913-916.
3. Сумароков А.Б. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке. /А.Б. Сумароков // Атмосфера. Кардиология.- 2003.- N2.- С.17–19.

СТРУКТУРА АГ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ Г.КУРСКА, ПО ДАННЫМ САМООБРАЩАЕМОСТИ ГРАЖДАН

Джемендзюк А.И., Букреева Т.А.

Научный руководитель: Михин В.П.

Курский государственный медицинский университет

Цель исследования: изучить структуру артериальной гипертензии и пограничной гипертензии и выявить ведущие факторы риска в разных группах.

Материал и методы: В основу исследования легли данные, полученные при проведении акции «Знаешь ли ты свое артериальное давление» в г.Курске. В результате одномоментного однократного мониторингования, которое проводилось в восьми крупнейших торговых центрах города, были собраны данные 1074 человек. В работе оценивались следующие показатели: степень АД в соответствии с рекомендация ВНОК (пересмотр 2004 г.), трехкратный подсчет пульса, индекс массы тела (ИМТ), возраст, наличие вредных привычек (алкоголь, курение), значимые перенесенные и существующие состояния (инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет)

Результаты: Среди исследуемой части населения АГ выявлена в 41,6% случаев, что является несколько выше, чем в среднем по РФ. Наибольшую распространенность среди степеней АД получили 1 и ИСАГ (19,7% и 10,6% соответственно). На 2 и 3 степени пришлось соответственно 7,7% и 3,5%.

По половому признаку получилось следующее распределение: у лиц с выявленной АГ 69,2% составили женщины, 30,8% мужчины.

При рассмотрении половых особенностей каждой степени оказалось, что у мужчин чаще встречается АГ 1 и 2 степеней, а у женщин 3.

Среди контрольной группы были выделены 3 возрастные группы: 18-34 года, 35-54 года, 55 и выше. Наличие АГ в данных группах: 11,6%, 32,1 %, 56,3% соответственно.

Из всех исследуемых пациентов группы 18-34 года: нет данных за АГ-73,6%, зафиксировано АГ 1 степени- 7,2%, 2 степени -19,2%, 3 степени – 0%

Группа 35-34 года: нет данных за АГ- 21,2%, АГ 1 степени - 47,9%, 2 степени – 25,6%, 3 степени -5,3%

Группа старше 55 лет: нет данных за АГ 3,3%, АГ 1 степени 9,1%, 2 степени – 19,3%, 3 степени - 68,3%

Факторы риска распределились среди исследуемой группы следующим образом: лишний вес – 73,7% , диабет -62,1%, курение – 58,8%, алкоголь – 17,2%, инфаркт в анамнезе -10,4%, инсульт в анамнезе – 6,3%

Изучение распределения степеней АД у людей с инсультом в анамнезе показало, что наиболее распространены АГ 2степени и ИСАГ (26,8% и 33,5%), а при наличии перенесенного ранее инфаркта АГ 3 степени и ИСАГ (36% и 25,8%)

При определении ИМТ у контрольной группы и выявлении ее связи с развитием АГ была получена прямая зависимость. При этом у лиц с ИМТ в пределах нормы АГ развилась лишь в 35% случаях, что имеет важное статистическое значение.

У курящих пациентов преобладала АГ 2 и 3 степени (39,5% и 30,4%)

У лиц с диабетом: АГ 1 степени – 17,9% , 2 степени-51,2% , 3 степени – 30,9% .

Среди 447 человек контрольной группы 82,7% полностью отказались от употребления алкоголя (370чел.). Однако у оставшихся 77 людей принимающих алкоголь реже 1 раза в неделю или регулярно в 63% развилась АГ. Особо обратило на себя внимание то, что в результате исследования статистических данных у лиц принимающих алкоголь реже 1 раза в неделю преимущественно АГ 1 и АГ 2 степени (40,1% и 31,0% соответственно), а у людей принимающих алкогольную продукцию регулярно – АГ 3 степени (64,6%)

Выводы: Сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности в РФ, немаловажное место среди которых занимает АГ, являясь практически всегда первым тревожным звоночком. На данный момент уровень АГ в Курске по результатам исследования превысил средние цифры по РФ. Из изучаемых ФР наибольшее влияние на развитие АГ имели инфаркт и инсульт в анамнезе, причем полученные данные могут позволить нам судить о том, что пациенты после перенесенных состояний не выполняют рекомендации врача или выполняют в неполном объеме, следствием чего является высокие показатели АД. Такие предрасполагающие факторы как прием алкоголя и лишний вес также показали существенное влияние на развитие АГ. Исходя из статистических данных, можно утверждать, что изменение взглядов пациента на данные показатели (прекратить употребление алкоголя, нормализация веса) способны значительно понизить целевые цифры АД и улучшить общее состояние пациента.

ЗНАЧЕНИЕ МУЛЬТИМОРБИДНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТКИ СО СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Дибров Д.А., Нурбаева К.С.

ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой

Мультиморбидность - состояние, включающее наличие двух и более хронических заболеваний, этиопатогенетически не связанных между собой. Мультиморбидность является одной из острейших проблем современной медицины в связи с увеличением продолжительности жизни и аккумуляция у пациентов патологических факторов, имеющих значение в развитии различных нозологий. В то же время доказательная медицина зачастую не может помочь в выборе терапии, поскольку на данном этапе не имеет ресурсов для проведения столь сложноорганизованных и разнонаправленных исследований.

В НИИР им. В.А.Насоновой мы наблюдали пациентку с сочетанной очаговой и системной склеродермией и мультиморбидной патологией.

Пациентка И. 50 лет.

Диагноз:

Основной: Системная склеродермия, лимитированная форма, хронического течения: склеродактилия, «кисетный» рот, интерстициальное поражение легких, синдром Рейно, капилляроскопические изменения, иммунологические нарушения (АНФ+) с очаговым поражением кожи.

Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения ФК 1. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 1 степени, риск 4. Нарушение ритма: неустойчивые пробежки желудочковой тахикардии, феномен WPW. Метаболический синдром: сахарный диабет 2 типа, абдоминальный тип ожирения 2 ст. Подагрический артрит, межприступный период. Пирофосфатная артропатия. Гонартроз, рентгенологическая стадия 2, ФНЗ степени. Бронхиальная астма, ремиссия.

Жалобы: на боли механического характера в коленных суставах, одышку при умеренной физической нагрузке, синдром Рейно.

Анамнез заболевания: считает себя больной с 2007 года, когда на коже груди появились участки депигментации и атрофии кожи, диагностирована очаговая склеродермия, проводилось местное лечение с умеренным эффектом. В 2010 появление участков атрофии на коже предплечий, живота. С 2011 двухфазный синдром Рейно. С 2012 плотный отек кистей, стоп, лица. В 2013 АТ к Scl-70-отр., антицентромерные антитела-отр., капилляроскопия-ранний склеродермический тип изменений. С 2014

появление одышки при физической нагрузке. С 2015 появление сухости во рту. С июля 2015 усиление одышки, ФВД: ЖЕЛ 69,27%, ФЖЕЛ 73%, ОФВ1 65%, КТ ОГК: интерстициальные изменения в легких. С 2016 приступы сердцебиения, болей в области сердца, повышение АД до 150/90. В 2016 госпитализирована в НИИР им. В.А. Насоновой. Диагностирована достоверная системная склеродермия (ACR, EULAR). Базисная терапия: купренил 250 мг/сутки. С 2017 приступы сухого кашля и одышки. В мае 2017 диагностирована бронхиальная астма, назначен симбикорт 160 мг/сут. В октябре 2017 госпитализирована с обострением кожного синдрома, феномена Рейно, отменен купренил - неэффективность, назначен микофенолата мофетил 2 г/сут. С 2018 постоянные боли в правом коленном суставе. 18.08.2018 острый моноартрит правого коленного сустава, повышение температуры до 38. В октябре 2018 повторная госпитализация в НИИР в связи с обострением одышки, суставного синдрома, данные обследований: гиперурикемия (444,4 ммоль/л), АНФ 1/160, ЭКГ: синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, ФВД: Нарушение легочной вентиляции по обструктивному типу, легкой степени, DLCO 83,1%; Продолжена терапия ММФ, назначен гидроксихлорохин. В январе 2019г отмена ММФ - непереносимость. С апреля 2019 усиление болей, крепитации в коленных суставах, эпизоды заклинивания в коленных суставах, принимала НПВП с временным эффектом. В настоящее время ухудшение суставного синдрома, синдрома Рейно.

Профессиональные вредности: 1987-1989г - работа маляром (нитрокраска), контакт с зерновой пылью.

Объективно: Состояние средней тяжести. ИМТ 37 кг/м². Участки депигментации и атрофии кожи с уплотнением на коже живота, груди, участки гиперпигментаций и уплотнений на животе. Склеродактилия, сгибательные контрактуры пальцев кистей, «кисетный» рот, кожный счет 3. Синдром Рейно. Коленные суставы припухшие, болезненные, боль при движении.

Данные исследований:

Анализ крови и иммунологическое исследование:

Мочевая кислота 428 мкмоль/л

Глюкоза 7 ммоль/л

hsCRP 34,4 г/л

Анализ мочи: кристаллы мочевой кислоты умеренно

Анализ синовиальной жидкости: Цитоз 3875 мкл (0 – 200). Кристаллы - моноураты натрия, пирофосфаты кальция.

Поляризационная микроскопия: наличие моноуратов натрия, пирофосфатов кальция -подтверждено

ЭКГ: WPW-синдром. Нарушение внутрижелудочкового проведения.

УЗИ коленных суставов: признаки дегенеративных изменений, синовита, тендинита с 2-х сторон.

РГ коленных суставов: Гонартроз 2 ст. Хондрокальциноз.

ФВД: обструктивный тип вентиляционных нарушений.

Для лечения микрокристаллического артрита назначен колхицин 0.5 мг/сут и аллопуринол 300 мг до целевого уровня мочевой кислоты (<360мкмоль/л). Терапия синдрома Рейно-пентоксифиллин.

Пациентка госпитализирована с обострением заболевания, для оценки висцеральных проявлений системной склеродермии. Особенность случая – сочетание очаговой и системной склеродермии. Учитывая гиперурикемию и ожирение 2 ст., для исключения микрокристаллических артритов, проведена пункция с исследованием синовиальной жидкости - обнаружены кристаллы моноурата натрия, пирофосфатов кальция. Выявление кристаллов и типичная клиническая картина позволяют диагностировать Подагру (критерии ACR/EULAR), а обнаружение кристаллов пирофосфата кальция - Пирофосфатную артропатию. Необходимо отметить мультиморбидность больной: ИБС,

метаболической синдром (ожирение, ГБ, СД 2 типа), бронхиальная астма, что ограничивает выбор терапии и требует междисциплинарного подхода.

Данный клинический случай наглядно демонстрирует основные проблемы в ведении пациентов с мультиморбидностью: нечеткая клиническая картина за счет «наложения» проявлений болезней, недостаточная доказательная база по сочетаниям заболеваний, дискордантный подход к назначению терапии разных специалистов и побочные эффекты от полипрагмазии.

Список литературы

1. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. Коморбидность. Клиническая медицина. 2012;10:4-9.
2. Гордеев А.В., Галушко Е.А., Насонов Е.Л. Концепция мультиморбидности в ревматологической практике. Научно-практическая ревматология. 2014;52(4):362–365

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОРТЕЗОМИБ-СОДЕРЖАЩИХ ПРОГРАММ

Дубинина А.В., Сердюков А.И.

Научный руководитель: Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования состоит в наблюдающейся полирезистентности к цитостатической терапии у больных множественной миеломой (ММ), которая является препятствием на пути возможного излечения от заболевания. История изучения ММ имеет начало в 19 веке, однако до настоящего времени продолжительность жизни больных при наличии факторов риска не превышает 29 месяцев. После открытия роли протеасом в формировании резистентности опухоли, стали исследоваться возможности ингибирования её активности. Бортезомиб - модифицированная борная кислота, является высокоселективным обратимым ингибитором активности протеасомы 26S, способным подавлять её химоотрипсиноподобное действие, вызывая торможение протеолиза, и приводит к апоптозу (миеломные клетки примерно в 1000 раз чувствительнее к апоптозу, чем нормальные клетки) [2]. Общая эффективность использования мхем, содержащих бортезомиб, составляет 59%, полная ремиссия – 29% [3]. Поэтому безусловный интерес представляет изучение бортезомиб-содержащих программ в лечении больных множественной миеломой.

Целью исследования является изучение использования бортезомиб-содержащих схем в лечении больных множественной миеломой в условиях гематологического отделения БМУ «Курская областная клиническая больница» за период с 2015 по 2017 годы.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 309 историй болезней пациентов, проходивших курс ПХТ с включением бортезомиба в гематологическом отделении БМУ КОКБ в период с 2015 по 2017 год. Средний возраст исследуемых составил $61,25 \pm 2,18$ года, среди изучаемого контингента было 187 женщин (60,52%) и 122 мужчины (39,48%). Все пациенты были разделены на 3 группы: первую группу составили 90 человек, проходивших курс ПХТ в 2015 году, вторую группу – 95 пациентов, проходивших курс ПХТ с включением бортезомиба в 2016 году, третья группа представлена 124 больными ММ, проходивших лечение по поводу ММ в 2017 году.

Результаты и обсуждения. Исходя из проведенных исследований, можно сделать выводы о том, что в первой группе пациентов преобладали лица женского пола, число женщин было в 1,57 раза больше, чем мужчин, которым был верифицирован диагноз ММ.

Преобладающее число составили пациенты в возрасте от 60 до 69 лет; средний возраст исследуемых составил $62,7 \pm 0,83$ года; средний возраст на момент постановки диагноза - $60,9 \pm 8,44$ года. Длительность заболевания множественной миеломой у преобладающего числа пациентов первой группы не превышала двух лет. Наиболее назначаемой бортезомиб-содержащей программой для лечения пациентов в первой группе были: схемы VCD (бортезомиб, циклофосфан, дексаметазон) (43 пациента), VMP (бортезомиб, мелфалан, преднизолон) (15 человек), причем первая в 2,8 раз чаще; схемы VD (бортезомиб, дексаметазон), PAD (бортезомиб, адриабластин, дексаметазон), VCP (бортезомиб, циклофосфан, преднизолон) использовались у одинакового числа пациентов (у 8 пациентов соответственно); стандартная схема M2, без использования бортезомиба, оказалась наименее используемой у исследуемых первой группы.

Вторую группу пациентов, страдающих множественной миеломой, составили 95 человек, среди которых количество лиц женского пола преобладало над лицами мужского пола в 1,3 раза. Подавляющее число лиц в данной группе были в возрасте от 50 до 59 лет и от 60 до 69 лет; средний возраст пациентов составил $59,7 \pm 2,3$ лет. Средний возраст пациентов на момент постановки диагноза ММ - $57,9 \pm 8,47$ лет. Во второй группе наибольшее количество пациентов с множественной миеломой имели длительность заболевания от одного до двух лет (59 человек), наименьшее (10 больных ММ) от четырех до восьми лет. Для лечения пациентов второй группы наиболее часто использовались схемы VMP (у 23 пациентов), VCD (у 43 исследуемых), причем вторая в 1,87 раз чаще; с меньшей частотой назначались схемы CVD (циклофосфан, бортезомиб, дексаметазон), VMD (бортезомиб, мелфалан, дексаметазон) (для лечения 3 человек).

Третью группы исследуемых составили 124 пациента, среди которых соотношение женщин к мужчинам было 1, 7/ 1,0; наибольшее число составили пациенты, страдающие ММ, в возрасте от 60 до 69 лет, средний возраст которых - $61,4 \pm 4,1$ года. Средний возраст на момент постановки диагноза - $59,3 \pm 7,83$ года. Длительность заболевания множественной миеломой колебалась от одного (у 28 людей) до девяти лет (1 пациент). Ретроспективный анализ историй болезней показал, что для лечения пациентов третьей группы наиболее часто использовались схемы VCD (для 61 пациента), VMP (у 28 больных ММ), причем первая в 2,18 раз чаще; с меньшей частотой назначались схемы RVD (леналидомиб, бортезомиб, дексаметазон), VMD (каждая для лечения 1 человека).

Выводы. Среди больных ММ, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении БМУ КОКБ за период с 2015 по 2017 годы, преобладали лица женского пола. Средний возраст пациентов колебался от 60 до 69 лет. Наиболее предпочтительным в лечении пациентов, страдающим ММ, бортезомиб - содержащими схемами являются VCD, VMP.

Список литературы

1. Артюхина, З.Е. Кроветворная ткань и стромальное микроокружение больных множественной миеломой// Вестник гематологии. 2017. №1. С. 15-18
2. Бессмельцев, С.С. Множественная миелома (лечение рецидивов и рефрактерных форм): обзор литературы и собственные данные. Часть III// Клиническая онкогематология. 2014, Т.7. №2.С.137-174
3. Гальцева, И.В. Роль и место проточной цитометрии в диагностике и мониторинге минимальной остаточной болезни при множественной миеломе // Онкогематология. – 2017. №2. С.80-94
4. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфопролиферативных заболеваний/ ред. Акад. И.В. Поддубной, акад. В.Г. Савченко. Москва. 2018. 356 с.

СЛУЧАЙ СКЛЕРОМИКСЕДЕМЫ АРНДТА-ГОТТРОНА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Елизарова А.А.

Научный руководитель: Пластинина С.С.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Склеромикседема Арндта-Готтрона – редкий дерматоз, преимущественно возникающий у женщин в пре- или климактерическом периодах в возрасте 40—50 лет, хотя встречается и у мужчин и может начинаться в более молодом возрасте.

Развернутая клиническая картина формируется в течение длительного времени – не менее двух лет. Манифестация заболевания происходит на фоне общего благополучия и обычно не сопровождается продромальными явлениями. Диагностика склеромикседемы, особенно на начальных этапах формирования клинической картины болезни, связана с большими трудностями. Основными симптомами склеромекседемы являются белесоватые плотные узелки на фоне эритемы, которые сливаются и образуют очаги с восковидным блеском (поражение суставов, лица), в последующем образуются грубые складки кожи, лиц приобретает маскообразный вид, характерно выпадение волос, бровей, кожный зуд, в последующем развивается склеродактилия, синдром Рейно, что вызывает необходимость дифференциальной диагностики с системной склеродермией, системной красной волчанкой, поражением кожи при саркоидозе, лимфопролиферативных заболеваний, пиодермией. Вместе с этим, необходимо отметить, заболевание является системным, и прогноз его определяется тяжестью поражения внутренних органов.

Цель работы - описание случая склеромикседемы Арндта-Готтрона в клинике.

Материалы и методы. Данный клинический случай исследовался во II терапевтическом отделении ГБУЗ НО «Городская больница №2» г. Дзержинск.

Результаты и обсуждение. Пациент Г., 32 л., работник полиции, болен с июля 2011 года, когда появился распространенный дерматит (множественные узелковые образования с тенденцией к слиянию) сопровождающийся одновременным выраженным отеком и уплотнением кожи. Обратился к терапевту, с диагнозом «аллергический дерматит» был направлен к дерматологу. последующем обследовался в НИКВИ: исключено гнойное поражение кожи (при проведении биопсии гноя не получено, лимфорея). Был проведен онкопоиск: гистологических и иммунофенотипических данных за лимфопролиферативное заболевание кожи не получено. Консультирован ревматологом: данных за склеродермию, системную красную волчанку не достаточно. Выписан с диагнозом «эритродермия неясного генеза». В 2012 году был направлен на обследование в военный клинический госпиталь МВД России. Провели повторное гистологическое исследование кожных покровов лица: получены волокна коллагена (гомогенизированы, расположены хаотично, много фибробластов, большое количество сальных желез, расширение сосудов, вокруг – лимфогистацитарные инфильтраты), в крови выявлена моноклональная гаммапатия. На основании полученных результатов сделано предположение о «склеромикседеме Арндта-Готтрона». Диагноз был подтвержден при выявлении моноклонального компонента IgG лямбда. Данных по течению заболевания в период с 2014 по 2018 год нет. В январе 2018 года КСП доставлен в городскую больницу 7 г. Дзержинска с жалобами на выраженную одышку, чувство стеснения за грудиной, снижение подвижности кистей рук, увеличение живота, отеки ног. При осмотре – состояние тяжелое, ортопноэ, дыхание над легкими ослаблено, асцит, отеки нижних конечностей. Ухудшение с мая 2018 г - в тяжелом состоянии КСП был доставлен в больницу 2 г. Дзержинска. Объективно: состояние тяжелое, диффузный цианоз, приглушенные тоны сердца, АД 40/20 мм. рт. ст., в легких дыхание жесткое, влажные хрипы, ЧД – 30 в мин., асцит, отеки ног, анасарка. Госпитализирован в ОРИТ, где наступила смерть больного.

Этиология и патогенез склеромикседемы Арндта-Готтрона изучены недостаточно. Большинство исследователей считают, что основную роль в её развитии играет парапротеинемия – выработка иммуноглобулинов класса G с исключительно легкими цепями клетками костного мозга под воздействием иммунных изменений в организме [1]. В этой связи некоторые авторы придерживаются мнения об иммунопатологическом характере заболевания, возможно аутоиммунного генеза [2]. Под воздействием парапротеинов происходит стимуляция пролиферации фибробластов и синтеза ими большого количества гликозаминогликанов, которые, связываясь с белком, формируют протеогликаны, которые откладывают в коже, вызывая ее утолщение и деформацию.

Таким образом, при первоначальном обращении пациента проводилась дифференциальная диагностика между дерматозом и поражением кожи на фоне различных системных заболеваний. Только выявление моноклональной гаммапатии и повторная биопсия кожи с гистологическим исследованием, дало возможность установить данный диагноз. В последующем наблюдалось типичное прогрессирование заболевания с нарастанием явлений склеродермии, что потребовало госпитализации и лечения пациента в условиях ревматологического отделения, что подтверждает необходимость мультидисциплинарного подхода к обследованию и лечению таких пациентов.

К сожалению, в данном случае летальному исходу способствовало, не только основное заболевание, а злоупотребление пациентом алкоголя, что привело к развитию дилатационной кардиомиопатии и смерти от сердечной недостаточности. Интересно, что в литературе имеются указания на сочетание склеромикседемы с хронической алкогольной болезнью.

Выводы. Несмотря на редкость склеромикседемы Арндта-Готтрона, данную патологию необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики ряда заболеваний, протекающих с поражением кожи, поскольку своевременное лечение с использованием современных методов терапии позволяет добиться хорошего результата в лечении пациентов. Данный случай демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода в диагностике болезней, протекающих с поражением кожи.

Список литературы

1. Кузнецова Н. П., Кривошеев Б. Н., Чашин А. Ю., Кривошеев А. Б. Муцинозы кожи. Склеромикседема Арндта—Готтрона // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012. №2. С.15-21
2. Львов А.Н., Шеклакова М.Н. Склеромикседема Арндта—Готтрона // Вестник дерматологии и венерологии. 2012. №5. С.71-77

ВЛИЯНИЕ МАССЫ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ НА РАЗВИТИЕ ЭНДОКРИННОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ВЗРОСЛЫХ

Ермаков А.С., Трушкова И.Ю.

Научный руководитель: Чичерина Е.Н.

Кировский государственный медицинский университет

Актуальность изучения причин развития эндокринологической и сердечно-сосудистой патологии определяется ростом числа зарегистрированных заболеваний, причиной которых может быть отклонение от нормальных значений массы тела при

рождении. Данному вопросу следует уделить больше внимания, так как перинатальный контроль веса при рождении может сказать о риске развития сахарного диабета, гипертонической болезни и ожирения у взрослых.

По данным ВОЗ порядка 1,9 млрд. человек на планете страдают ожирением. Наиболее распространенными осложнениями этого состояния является развитие сердечно-сосудистых заболеваний. Смертность от них составляет 15,2 млн. человек в год. Кроме того, ожирение увеличивает риск развития СД, смертность от которого составляет 1,6 млн человек в год.

Цель исследования.

- Изучить влияние массы тела при рождении на развитие различных типов СД
- Установить влияние повышенной массы тела при рождении на риск развития ГБ и ожирения

Материалы и методы. Сбор данных осуществлялся при помощи анкетирования. Пациенты эндокринологического и терапевтического отделений получали анкеты как лично, так и через интернет (в случае с иностранными пациентами). В своей работе мы оценивали: возраст, вес при рождении, вес в настоящее время, рост, окружность талии, тип диабета, семейный анамнез, уровень артериального давления. Свое исследование мы проводили не только среди жителей России, а также в Италии, Испании и Южной Америке.

Результаты. Анализ анкет пациентов с диагнозом СД, в возрасте от 16 до 82 лет, позволил выделить 2 подгруппы. Первую подгруппу составили 13 человек (65%), которые имели повышенный/пониженный вес при рождении (минимальный- 1200 г., максимальный- 4940 г.). Вторую - 7 человек (35%), имевшие при рождении нормальный вес (от 3000 до 3800 г).

У пациентов 1 подгруппы были получены следующие результаты: 92% имели СД 1 типа, с манифестацией в раннем возрасте (от 3 до 13 лет); в 31% случаев был отягощенный семейный анамнез по развитию СД и ГБ; у 46% -установлено повышение АД; увеличенную массу тела отметили при анкетировании 54%. У пациентов 2 подгруппы результаты были таковыми: 71% имели диагноз СД 2 типа, с манифестацией в возрасте от 37 до 65 лет; отягощенный семейный анамнез по развитию СД и ГБ был установлен в 71% случаев; повышение АД и увеличение массы тела было отмечено у 86% респондентов.

Получив вышеперечисленные данные, была набрана группа сравнения - 20 человек, без диагноза СД, возрасте их составил от 21 до 71 года. Они также были разделены на 2 подгруппы. В 1 подгруппу вошли 9 (45%) человек с повышенной/пониженной массой тела при рождении. Во 2 подгруппу были отнесены 11 (55%) человек с нормальным весом при рождении.

Результаты в 1 подгруппе сравнения: данные исследуемые имели более высокий/низкий вес при рождении (минимальный- 2600 г., максимальный- 4350 г.), в сравнении с пациентами подгруппы с СД; в 67% была установлена отягощенная наследственность по развитию СД и ГБ; 78% отмечали повышение уровня АД; 67% имели повышенную массу тела.

Результаты исследования во 2 подгруппе сравнения: вес при рождении был нормальным (от 3200 до 4350 г); 64% отметили, что у близких родственников было повышенное АД и периодическое увеличение уровня сахара крови; 82% имели повышенное АД, а 64% - избыточную массу тела.

Выводы.

1. Отклонение массы тела при рождении от нормальных значений в большей степени влияет на развитие сахарного диабета 1 типа .
2. Наследственная предрасположенность при развитии СД 1 типа установлена лишь в 8% случаев.

3. Пациенты с повышенной массой тела при рождении (≥ 4000 г) как в основной, так и в группе сравнения имелиотягощенный семейный анамнез, повышенные массу тела и уровень АД.

Таким образом, данные перинатального контроля веса при рождении могут помочь в установлении риска развития СД, ГБ и ожирения у взрослых. Следовательно, в будущем у таких детей необходимо осуществлять контроль сахара крови не менее 1 раза в год, предупреждать о высокой вероятности развития таких состояний как ожирение и ГБ, превентировать их путем коррективки образа жизни, питания и физической нагрузки.

Список литературы

1. US National Library of medicine National Institutes of Health's. François R. Jornayvaz, Peter Vollenweider, Murielle Bochud, Vincent Mooser, Gérard Waeber, and Pedro Marques-Vidal / Cardiovascular Diabetology / Low birth weight leads to obesity, diabetes and increased leptin levels in adults: the CoLaus study / v.15; 2016.
2. US National Library of medicine National Institutes of Health's. Ann Smith Barnes / Texas Heart Institute Journal / The Epidemic of Obesity and Diabetes / v.38(2); 2011. - P. 142-144.
3. Всемирная Организация Здравоохранения. Глобальный доклад по диабету / Распространенность диабета и сопутствующих факторов риска / Женева, 2018. – С.23-26.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АКТИВНОСТИ ОЧАГОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Ермакова И.В., Ворвуль А.О., Маркина Е.В.

Научный руководитель: Лебедев Ю.И.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования состоит в необходимости решения одной из сложных проблем современной практической фтизиатрии - оценке активности очагового туберкулеза легких. Ее решение позволит рационально назначать необходимые терапевтические средства для больного и добиваться максимально эффективных результатов [3]. В комплексной оценке активности существенную роль играет рентгенологическое исследование легких, которое учитывает такие признаки активности туберкулеза, как наличие мелкой каверны, воспалительной «дорожки» к корню легкого, распространенности очагов, нечеткости их контуров и малой интенсивности [1]. Однако, оценка этих изменений при традиционном рентгенологическом исследовании часто страдает субъективизмом из-за проекционного наложения сложных анатомических структур и их суммации на рутинных рентгенограммах. Компьютерная томографии (КТ), которая в последние годы все шире используется в практике врачей-диагностов, открывает новые возможности оценки структуры и плотности внутрилегочных патологических теней, однако, их интерпретация требует дальнейшего изучения [2].

Целью настоящего исследования является определение диагностического значения структуры и плотности очаговых теней, установленных с помощью компьютерной томографии, для определения активности очагового туберкулеза.

Материал и методы исследования. Рандомизированным способом отобрано 62 больных с очаговыми изменениями в легких, впервые выявленными в ходе проверочной флюорографии. Пациенты были в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе, 34 мужчины и 28 женщин. Комплексное клиническое лабораторное, рентгенологическое (включая компьютерную томографию) и иммунологическое исследование, а также динамическое

наблюдение выявили активный туберкулез легких у 46 человек. У остальных изменения в легких представляли неактивные очаговые и рубцовые изменения после спонтанного излечения туберкулеза в прошлом. Компьютерные томограммы интерпретировались с участием профессиональных рентгенологов. Оценивались такие рентгенологические признаки активности, как мелкие деструкции в зоне очагов, воспалительные «дорожки», идущие к корню легкого, множественность очагов, нечеткость их контуров и плотность ниже 30 единиц Хаунсфилда (HU). Полученные результаты сравнивались с данными об активности туберкулеза с вычислением индекса корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного обследования у пациентов была обнаружена различная степень связи между перечисленными рентгенологическими признаками, и наличием активности процесса. Максимальная связь установлена между мелкими деструкциями и активностью очагов ($r = +0,39$, при $p = 0,001$). Мелкие деструкции в зоне очагов при неактивном туберкулезе при тщательном исследовании и анализе других диагностических показателей (анамнеза, наличии пневмосклероза и плевральных спаек) оказались мелкими буллезными изменениями. Примерно такой же была связь между активностью очагов и воспалительной «дорожкой», идущей к корню легкого ($r = +0,38$, при $p = 0,002$). Дело в том, что у некоторых пациентов с неактивными изменениями в легких «дорожка» имела фиброзный характер и не могла рассматриваться в качестве признака активности. Примерно одинаковой была связь между активностью, множественностью очагов, нечеткостью контуров и степенью их плотности; индекс корреляции был соответственно ($r = +0,35$, при $p = 0,004$); ($r = +0,35$, при $p = 0,004$); ($r = -0,38$, при $p = 0,001$) соответственно.

Выводы.

1. Наиболее тесно связаны с активностью очагового туберкулеза мелкие деструкции туберкулезного происхождения ($r = +0,38$, при $p = 0,002$).
2. Достоверна связь между активностью туберкулеза и воспалительной «дорожкой», идущей к корню легкого ($r = +0,38$, при $p = 0,002$).
3. Множественность очагов, нечеткость их контуров и плотность ниже 30 единиц Хаунсфилда (HU) могут служить дополнительными критериями активности очагового туберкулеза легких.

Список литературы

1. Гельберг И.С. Факторы риска развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя / И.С. Гельберг И.С., С.Б. Вольф, Е.Н. Алексю и др. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. - №1. – С.17-22.
2. Коломиец В.М. Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявления / В.М. Коломиец // Очаговый туберкулез легких: особенности течения и выявления: материалы. VIII Съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. - Ташкент, - 2015. - С. 24-35.
3. Тюрин И. Е. Дифференциальная диагностика очаговых изменений в легких при тонкослойной компьютерной томографии / И.Е. Тюрин // Практическая пульмонология. - 2009. - №4. - С.19-24.

СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Зайцева А.А.

Курский государственный медицинский университет

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание ЖКТ неизвестной этиологии, характеризуется воспалением с развитием местных и системных осложнений. Клинические проявления: расстройства стула, абдоминальные боли, стихающие после дефекации, общими симптомами, такими как лихорадка, похудание, недомогание, возможно формирование свищей. Внекишечные проявления БК включают узловатую эритему, пиодермию, эписклерит, увеит, анкилозирующий спондилит, артриты и прочее.

Цель исследования. Изучить особенности проявления внекишечных признаков БК по данным клинического случая ревматологического отделения областной клинической больницы.

Материалы и методы. Больная П., госпитализирована в областную больницу с жалобами на резь в глазах, покраснение глаз, боль при движении глазных яблок, наличие множественных болезненных узлов в области голени, бедер, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, скованность в поясничном отделе позвоночника, склонность к диарее, припухание коленных суставов. В анамнезе оперативное лечение по поводу парапроктита, после чего отметила появление жидкого стула с примесью слизи, иногда крови. Обследовалась у гастроэнтеролога по поводу БК, принимала месакол, метронидазол, линекс. В связи с высокой активностью заболевания, госпитализирована в ревматологическое отделение. В момент наблюдения за пациентом: множественные округлые плотные болезненные высыпания на коже бедер, голени - узловатая эритема. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеков нет. Общая мышечная атрофия. Болезненность при пальпации коленных суставов, крестцово-подвздошных сочленений, позвонков в поясничном отделе. Активные движения ограничены и болезненны. Хруст в коленных суставах. Глаза: склера гиперемирована.

Результаты. По данным лабораторно-инструментальных исследований: ОАК: анемия легкой степени; лабораторный синдром воспаления (лей-13,7*10⁹/л; СОЭ-32 мм/ч; СРБ-22г/л). БАК: общий белок-74.2 г/л; мочевины-4.24 ммоль/л; креатинин-85.25 мкмоль/л; мочевая кислота-244.8 мкмоль/л; билирубин общий-8.6 мкмоль/л; билирубин прямой-2.3 мкмоль/л; билирубин непрямо-6.3 мкмоль/л; С1-106 ммоль/л; К-4.94 ммоль/л; Na-145 ммоль/л; АСТ-14.8 Ед/л; АЛТ-12.1 Ед/л; Fe-6.76 ммоль/л; глюкоза крови-4.6 ммоль/л. МРТ: крестцово-подвздошные сочленения симметричные, прослеживаются на всем протяжении, контуры сочленений на отдельных участках нечеткие. Расширение суставных щелей. В дугласовом пространстве жидкость. Данные соответствуют признакам двустороннего сакроилеита. ФГДС: хронический рефлюкс - гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Видеосигмоскопия: исследование резко болезненно. Свищ периаанальной области, в прямой кишке острые эрозии d=1-3 мм, с фибрином, выше в сигмовидной кишке язвы разнокалиберные с приподнятыми краями, d=6-12 мм, с налетом гемосидерина. Рекомендована тотальная фиброколоноскопия с применением анестезиологического пособия (пациентка отказалась). Осмотр офтальмолога: эписклерит. Ангиопатия сетчатки.

Выводы. 1. Изучены особенности проявления внекишечных признаков БК. 2. Данный клинический случай является примером совместного проявления кишечных и внекишечных признаков БК, он показывает, насколько важно, на основании анамнеза, клиники, ранней диагностики установить верный диагноз.

**ДИАГНОСТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ И КОМПЬЮТЕРНОЙ
ТОМОГРАФИИ С 18F-ФДГ**

Злобина П.С., Винокурова Ю.В., Смоляков М.В.

Научные руководители: Пискунов И.С., Ковалева Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Высокий уровень распространенности злокачественных новообразований легких среди населения индустриально развитых стран делает данную патологию социально-значимой. С начала XX века рак легких занимает лидирующие места в структуре онкологической заболеваемости [3]. За последнее десятилетие было отмечено некоторое снижение частоты встречаемости рака легких, тем не менее, показатели смертности по данному заболеванию по-прежнему остаются на значительном уровне [2]. Проблема высокой летальности сопряжена с трудностями при поиске и дифференциальной диагностике новообразований легких [1]. Назначение эффективной терапии и снижение показателей смертности невозможно без качественной диагностики, позволяющей не только выявить первичный очаг, но и оценить распространенность злокачественного процесса. Сложившаяся ситуация обуславливает актуализацию изучения особенностей ПЭТ/КТ семиотики рака легкого.

Материалы и методы. Проведен анализ 30 исследований пациентов с подозреваемым, либо подтвержденным раком легкого, обратившихся в Центр ядерной медицины «ПЭТ-Технолоджи» г. Курска в 2018 году. Всем пациентам была выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией. В качестве радиофармацевтического препарата использовалась 18F-фтордезоксиглюкоза. Результаты исследований были описаны по стандартному протоколу.

Результаты и обсуждения. Из 30 обследованных пациентов у 5 (16,7%) человек не подтвердилось наличие злокачественных новообразований легких. Среди 25 больных раком легких наблюдалось следующее распределение по полу: 84% (21 пациент) составили мужчины и 16% (4 пациента) – женщины.

Были определены наиболее молодой и наиболее старший возраст заболевших раком легких в исследуемой группе. Возраст мужчин был в диапазоне от 54 до 70 лет, а женщин – от 53 до 80 лет. Максимальный пик заболеваемости раком легкого у мужчин отмечался в период 56-65 лет, у женщин – 61-65 лет.

В 13 (52%) случаях было выявлено поражение правого легкого, в 12 (48%) онкологическим процессом было затронуто левое легкое. Центральный рак отмечался в 6 (24%) случаях, периферический рак – в 19 (76%) случаев. Причем у 5 (26%) больных из 19 с периферическим раком легкого была обнаружена его централизация.

Среди больных периферическим раком наиболее часто встречалось поражение верхних и нижних долей – 47,37% (9 случаев) и 42,1% (8 случаев) соответственно. Поражение средней доли обнаружилось у одного (5,26%) человека (5,26%). Также у одного (5,26%) из больных было выявлено сочетанное поражение верхней и нижней долей.

Центральный рак был представлен двумя формами: эндобронхиальной, которая наблюдалась у 5 (83,33%) пациентов и перибронхиальной – у одного (16,67%) пациента. Поражение главного бронха выявилось у одного (16,7%) пациента, нижнедолевого (НДБ) и верхнедолевого бронхов (ВДБ) также по одному (33,2%) пациенту, сочетанное поражение ВДБ и среднедолевого бронха (СДБ) определялось в одном (16,7%) случае, промежуточного бронха (ПБ) с переходом в СДБ – в одном (16,7%) и ПБ с переходом в СДБ и НДБ также в одном (16,7%) исследовании.

В 17 (68%) случаев злокачественные новообразования легких сопровождалась медиастиальной и бронхопульмональной лимфаденопатией. У 4 (16%) пациентов было отмечено поражение надключичных лимфоузлов.

У 7 (32%) обследованных были выявлены отдаленные метастазы. Наиболее часто встречалось метастатическое поражение надпочечников – 4 (16%) случая. В 2 (8%) обнаружился метастазы в костях, по одному (4%) случаю пришлось на метастазы в плевру и желудок.

Были рассчитаны коэффициенты SUVmax, отражающие максимальное накопление радиофармпрепарата в опухолевых очагах. Так максимальное значение накопления препарата с локализацией первичного очага в легких

Первичные очаги с локализацией в легких имели наибольшие показатели SUVmax. Минимальные значения составили 1,13, максимальные – 32,21 и среднее квадратичное отклонение – $8,48 \pm 7,27$. В лимфоузлах активность была ниже, минимальные значения – 2,1, максимальные – 14,52, среднее квадратичное отклонение – $5,42 \pm 3,12$.

Отдаленные метастазы имели наименьшие значения SUVmax и составили показатели от 2,18 до 8,43, а среднее квадратичное отклонение – $5,23 \pm 2,04$. Помимо основного заболевания, исследование позволило обнаружить сопутствующую патологию. Наиболее часто диагностировались: эмфизема (8 случаев – 32%), ателектаз (7 случаев – 28%) и пневмофиброз (6 случаев – 24%). Помимо этого, у 3 (12%) пациентов был выявлен гидроторакс, по 2 (8%) случая пришлось на гидроперикард и обтурационный пневмонит, один (4%) случай – на обтурационный бронхолит.

Выводы. Периферический рак выявлялся в 76% случаев, причем 26% этой формы имели тенденцию к централизации. 24% случаев пришлось на центральный рак. Среди больных периферическим раком легкого поражение верхних и нижних долей составило 89,5%. Первичные очаги опухолевого роста имели максимальные параметры SUVmax за счет протекающего в них специфического метаболизма и повышенной способности к аккумуляции ^{18}F -фтордезоксиглюкозы.

Список литературы

1. Арсеньев А.И., Бейнусов Д.С., Левченко Е.В. и др. Рентгеновская и эмиссионная компьютерная томография в диагностике рака легкого // Вопросы онкологии. 2013. Т.59. №1. С. 18-24.
2. Нечаева О.Б. Злокачественные новообразования в Российской Федерации: заболеваемость и смертность // Медицинский алфавит. 2014. Т.1-2. №8. С. 5-11.
3. Трахтенберг А.Х., Колбанов К.И. Рак легкого // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2008. №4. С. 3-9.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ВЗРОСЛЫХ В 2016-2018 ГГ.

Зубко Е.А., Шилин В.А., Мелких Н.И.

Научный руководитель: Ганжа А.А.

Кубанский государственный медицинский университет

За последнее десятилетие актуальность проблемы инфекционного мононуклеоза значительно увеличилась в связи с ростом заболеваемости, высоким уровнем циркуляции вируса Эпштейна-Барр среди населения и возросшим число осложнений.

Целью работы стал анализ особенностей клинической картины, структуры осложнений и заболеваемости инфекционным мононуклеозом у взрослых в 2016-2018 гг. по данным ГБУЗ СКИБ.

Материалы и методы.

В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 129 историй болезни пациентов ГБУЗ СКИБ за 2016-2018 гг. с диагнозом инфекционный мононуклеоз. Отмечались клинические проявления, осложнения и сопутствующие заболевания, лабораторное подтверждение наличия вируса Эпштейна-Барр. Оценивалось распределение заболевших по возрастным группам, начиная с 18 лет с шагом 3 года. Статистический анализ проводился с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждения.

В результате анализа историй болезни за 2016-2018 гг. были получены следующие данные по половой структуре: женщин – 67(51,94%), мужчин – 62(48,06%). Средний возраст пациентов составил $22,26 \pm 3,97$ лет, среднее количество койко-дней - $11,85 \pm 3,82$. Основу клинической картины у пациентов составили: поражение верхних дыхательных путей (тонзиллит, ринит) у 88 чел. (68,22%), поражение нижних дыхательных путей (пневмония, бронхит) у 10 чел. (7,75%), гепатомегалия у 36 чел. (27,91%), поражение поджелудочной железы у 18 чел. (13,95%). Тяжелое течение заболевания отмечено у 4 пациентов (3,1%), у остальных наблюдалось течение средней тяжести. У всех пациентов методом ПЦР вирус Эпштейна-Барр был подтвержден как этиологический фактор инфекционного мононуклеоза. IgM VCA обнаружены у 113 пациентов 87,6%, IgM VEA – у 81 (62,8%), IgG VNA - у 17 (13,18%). При этом сочетание наличия IgG VNA с отсутствием IgM VCA и IgM VEA было отмечено в 6 случаях (4,65%), что может свидетельствовать о перенесенной паст-инфекции либо о рецидиве. Выявлено 23 осложнения (17,83%). Из них реактивных панкреатитов - 11 (47,83%), пневмоний - 6 (26,09%), гепатитов - 4 (17,39%), по одному случаю бронхита, анемии, транзиторной гиперамилазурии и лимфаденопатии (по 4,35% на каждый случай). Наибольшее количество заболевших отмечается в группе 18-21 год - 79 чел. (61,2%). Сопутствующая ЦМВ-инфекция выявлена у 44 пациентов (34,11%).

Выводы.

- 1) Инфекционный мононуклеоз продолжает оставаться болезнью преимущественно молодого возраста (18-21 год);
- 2) Доминирующим клиническим признаком инфекционного мононуклеоза на данный момент является поражения верхних дыхательных путей (68,22%);
- 3) В структуре осложнений инфекционного мононуклеоза первое место занимает реактивный панкреатит (47,83%).

Список литературы

1. Попова С. П. Ошибки диагностики инфекционного мононуклеоза взрослых / С. П. Попова, Н. Г. Безбородов, Т. С. Лапина // Земский врач. – 2014. – №. 1 (22).
2. Триско А. А. Клинико-иммунологические особенности острой Эпштейна-Барр вирусной инфекции у взрослых / А. А. Триско, М. Г. Авдеева, Н. В. Колесникова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2016. – Т. 21. – №. 3.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО
РОЗУВАСТАТИНА И ДЖЕНЕРИЧЕСКОГО АТОРВАСТАТИНА НА
СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА И ХОЛЕСТЕРИНА
ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС:
СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ II –III ФК**

Зубкова Ю.А, Павлюченко В.Д.

Научный руководитель: Жилева Ю.А

Курский государственный медицинский университет

В настоящее время проблема смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) не теряет своей актуальности. Количество пациентов с данной патологией непрерывно увеличивается во всем мире. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодно от ССЗ умирает 17,5 млн. человек, (что составляет 30% всех глобальных случаев смерти), из них 7,3 млн. случаев приходится на долю ишемической болезни сердца (ИБС), которая выходит на одно из первых мест в структуре заболеваемости и смертности в развитых странах.

Актуальность проблемы подчеркивает необходимость своевременной диагностики и лечения данной патологии. Важнейшим аспектом медикаментозного лечения больных ИБС, является применение лекарственных препаратов, понижающих содержание липидов крови, а так же предотвращающих сердечно-сосудистые осложнения. Основными средствами, оказывающими выраженный гипохолистеринемический эффект, являются блокаторы синтеза эндогенного общего холестерина (ОХС) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – статины. Самыми распространенными являются Розувастатин и Аторвастатин, они безопасны при длительном применении и используются в качестве лекарственных препаратов первой линии.

Целью нашего исследования является сопоставление влияния аторвастатина и розувастатина на содержание общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности у пациентов с ИБС: стабильная стенокардия напряжения II –III ФК.

Материалы и методы : данные по аторвастатину взяты из исследования, проводимого на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Под наблюдением находилось 76 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК. ХСН I-IIА стадии, в сочетании с легкой и умеренной гиперхолестеринемией (ГХЕ). Средний возраст больных составлял от 53 до 64 лет ($58,5 \pm 5,5$ лет). Половой состав пациентов, включенных в исследование: 46 мужчин, 30 женщин. У 74 больных отмечена гипертоническая болезнь 1-2 степени, III стадии.

Срок наблюдения больных составил 4 мес, включая 1 мес периода прескрининга. Распределение пациентов по группам проводилось методом стратификационной рандомизации. Критериями рандомизации являлись: возраст (53-64 года), исходный уровень ОХС: от 5,0 до 6,50 ммоль/л и от 6,51 до 8,0 ммоль/л. Пациентам с уровнем ОХС от 5,0 до 6,50 ммоль/л назначали Торвакард 10 мг/сутки (38 человек), пациенты с уровнем ОХС от 6,51 до 8,0 ммоль/л принимали Торвакард 20 мг/сутки (38 человек).

Данные по розувастатину были взяты из данных 6 недельного открытого рандомизированного исследования STELLAR (Statin Therapies for Elevated Lipid Levels compared Across doses to Rosuvastatin). В исследование было включено 150 пациентов с ИБС: стабильная стенокардия напряжения II-III ФК. Средний возраст участников исследования составил $63,7 \pm 5,9$ лет; гендерный состав – 47 женщин и 103 мужчины. Исходный уровень ОХС: от 5,2 до 7,0 ммоль/л и от 6,50 до 8,0 ммоль/л. В качестве факторов риска учитывались: артериальная гипертензия, наличие семейного анамнеза ССЗ, курение, ожирение, сахарный диабет 2 типа. Изучалась гиполипидемическая эффективность розувастатина в дозах 10, 20 мг/сут.

Результаты и обсуждения. Через 1 мес приема аторвастатина Торвакарда в дозе 10 мг/сут, у пациентов уровень ОХС снился на 10,9% , концентрация ХСЛПНП на 13,4% соответственно. В группе, где пациенты получали Торвакард 20 мг/сут, к концу 1 мес терапии концентрация ОХС уменьшилась на 27,0%, ХС ЛПНП на 34,2%.

Через 4 недели приема розувастатина в дозе 10 мг/сут снижение уровня ОХС составляло 33, 4% , ХС ЛПНП 45,1%. В группе , где пациенты получали розувастатин 20мг/сут, концентрация ОХС снизилась на 46,3% , а ХС ЛПНП на 63% к концу месяца терапии .

В заключении отметим, что в ходе проведенного нами исследования по сравнению доказательных баз оригинального розувастатина в дозировках 10-20 мг/сутки и дженерического аторвастатина Торвакарда 10 мг/сутки и 20 мг/сутки позволяет констатировать гипохолистеринемическое действие у данных препаратов. Однако, розувастатин эффективнее снижает концентрацию ОХС и ХС ЛПНП, замедляя тем самым прогрессирование атеросклеротического процесса, являющегося основной причиной сердечно-сосудистых заболеваний, у больных ИБС: стабильная стенокардия напряжения II - III ФК.

Список литературы

1. Бубнова М.Г. Новые возможности в лечении пациента высокого сердечно-сосудистого риска. Розувастатин и перспективы его применения к клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. С. 75–82.
2. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза (Российские рекомендации, IV пересмотр). Разработаны Комитетом экспертов ВНОК. М., 2009. 82 с.
3. Жилыева, Ю.А. Состояние жесткости сосудистой стенки и функции эндотелия у больных ишемической болезнью сердца на фоне терапии симвастатином или аторвастатином: Дис. ...канд.мед.наук 14.01.05: Ю.А. Жилыева; КГМУ-Курск, 2014.-146с.
4. Ballantyne C.M., Weiss R., Moccetti T. et al. Efficacy and safety of rosuvastatin 40mg alone or in combination with ezetimibe in patients at high risk of cardiovascular disease (results from the EXPLORER study). Am J Cardiol 2007; 99: 673–680.

СИСТЕМНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОДАГРЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Иванисов Д.В., Благова Н.В.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования заключается в том, что интерстициальное поражение легких широко распространено у людей старше 45 лет и является одной из важных причин инвалидизации населения [4,2,5]. Наиболее важными и частыми причинами интерстициального поражения легких (до 90% случаев) являются: саркоидоз, идиопатический фиброз, пневмокониоз, интерстициальная пневмония [1,3], однако в литературе пока не описано системное поражение лёгких у больных подагрой, в связи с чем наше исследование имеет особую актуальность.

Целью данного исследования является представление особенностей клинической картины системного проявления подагры у больного в возрасте 57 лет.

Материалы и методы: на БМУ КОКБ проведено описание истории болезни пациента с интерстициальным поражением легких на фоне подагры.

Результаты исследования: Больной Д. 57 лет, госпитализирован в ревматологическое отделение БМУ КОКБ с жалобами на боли и припухлость суставов кистей, стоп, коленных и г/стопных суставов, скованность, длящуюся около 60 минут, ограничение

объема движение в суставах, одышку в покое, чувство нехватки воздуха и боли за грудиной при обычной физ нагруз, купирующиеся покоем, повышение температуры тела до 37.5.

Больной страдает подагрой около 11 лет. Заболевание протекало с частыми обострениями и персистированием. Для контроля уровня мочевой кислоты были рекомендованы терапия аллопуринолом и гипопуриновая диета. Диету не соблюдал, терапию не получал. Около года пациент стал замечать одышку и кашель при физической активности. За медицинской помощью не обращался. Настоящее ухудшение состояния связано с прогрессированием одышки, усилением кашля, рецидивированием суставного синдрома. С выше перечисленными жалобами госпитализирован в ревматологическое отделение с целью проведения обследования и коррекции лечения.

В анамнезе: ИБС, стабильная стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь.

Объективно: Общее состояние здоровья больного средней степени тяжести, дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы, ЧДД 24, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 140/70 мм.рт.ст.

При осмотре суставов отмечается деформация, припухлость, утолщение и болезненность в лучезапястных, пястно-фаланговых, межфаланговых суставах обеих кистей, а также голеностопных и плюснефаланговых суставов 1 пальца обеих ног, предплюсне-плюсневых суставов левой ноги. Ограничение кистевого хвата до 90%. Сгибательно-разгибательная Контрактура лучезапястных и голеностопных суставов. Суставы кистей ИБ – 2.0, СИ – 2.0, ИП – 2.0, голеностопные и коленные ИБ – 1.0, СИ – 1.0, ИП – 1.0. Активные и пассивные движения в суставах ограничены и болезненны.

Лабораторно-инструментальное обследование.

Биохимический анализ крови: креатинин 543 мкмоль/л, мочевины 10,8 мкмоль/л, мочевая кислота 478,2 мкмоль/л. На ЭхоКГ обнаруживается уплотнение стенок аорты, створок аортального, митрального клапанов. Умеренно выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка. Дилатация полостей левого и правого предсердий. Легочная гипертензия 3ст (давление в ЛА 45 мм.рт.ст). На УЗИ определяются диффузные изменения в почках, с признаками нефросклероза. На компьютерной томографии легких воздушность обоих легких неравномерная за счет массивно утолщенного и уплотненного междолькового и внутридолькового интерстиция, на фоне которого визуализируются расширенные периферические просветы бронхов. Органные и сосудистые структуры средостения дифференцируются отчетливо. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены. Основной ствол легочной артерии расширен до 45 мм, правая легочная артерия до 34 мм, левая до 39 мм. Полученные данные могут соответствовать интерстициальным изменениям обоих легких, КТ-признакам легочной гипертензии.

Учитывая клиническую картину и полученные результаты дополнительных методов исследования пациенту был выставлен диагноз: Подагра, хронический подагрический артрит, с поражением суставов кистей, стоп, коленных и г/стопных суставов, болевой синдром. Гиперурикемия, ФК 3-4. Подагрическая нефропатия, с развитием нефросклероза и формированием ХБП 2 ст. ИБС, стабильная стенокардия напряжения 3 ФК, Гипертоническая болезнь 3 ст., ГМЛЖ. Хроническая сердечная недостаточность с формированием интерстициального фиброза легких, высокой легочной гипертензией 3 ст., ДН 3ст.

Выводы: учитывая системный характер заболевания, повышенную частоту сопутствующей патологии и трудность в ранней диагностике, каждый клинический случай интерстициального поражения легких при подагре заслуживает особого внимания.

Список литературы

1. Karakatsani A, Papakosta D, Rapti A, et al. Epidemiology of interstitial lung diseases in Greece. *Respir Med* 2009.
2. Kornum JB, Christensen S, Grijota M, et al. The incidence of interstitial lung disease 1995–2005: a Danish nationwide population-based study. *BMC Pulmon Med* 2008.
3. Костюченко М.В. Современные методы рентгенодиагностики хронических неспецифических заболеваний лёгких у детей // *Росс Вестник перинатологии и педиатрии*. 2002.
4. Интерстициальные болезни лёгких: Практическое руководство. Е.А. Коган, Б.М. Корнев, Е.Н. Попова, В.В. Фомин и др. / Под ред. Н.А.Мухина. М.: Литерра, 2007; 432. (Серия «Практическое руководство»).
5. Визель А.А., Визель И.Ю. // *Практическая медицина*. 2013. №5(74).

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АЛГОРИТМОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ ПОЗДНИЕ АКНЕ

Казьмина И.Б., Кошель М.В., Сотникова А.Ю., Одинец А.В., Салихова К.Р.

Научный руководитель: Чеботарев В.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время поздние акне отмечают в 32-67% случаев. Заболевание характеризуется появлением, либо сохранением высыпаний акне у пациенток старше 25 лет.[4] Рост заболеваемости поздних акне может объясняться изменением социально-бытовых условий жизни пациенток — нарушением диеты, по типу «западная диета», активным использованием косметических средств, изменением режима труда и отдыха, увеличением доли хронических заболеваний, в том числе репродуктивной сферы. Высокое влияние заболевания на психо-эмоциональное состояние диктует необходимость совместного ведения больных со смежными специалистами.[1] Основными звеньями патогенеза акне являются гиперсекреция кожного сала клетками сальных желез, фолликулярный гиперкератоз, колонизация бактерий *Cutibacterium acne* и присоединение воспалительной реакции.[3] Разработанный Российским обществом дерматовенерологов и косметологов алгоритм обследования пациенток с акне не учитывает возрастных особенностей пациенток и с целью повышения эффективности мероприятий по выявлению причинных факторов, нам представляется актуальным разработка индивидуального алгоритма обследования пациенток с поздними акне. Предложенным ранее алгоритмом рекомендовано — определение уровня свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭА-С), лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), при этом ультразвуковое исследование органов малого таза и консультация врача гинеколога-эндокринолога предлагается выполнять по показаниям.[2]

Материалы и методы.

Обследовано 104 пациентки, обратившиеся с 2016-2019 год в медицинских центрах «Декорум» и «Академия медицинской косметологии» с целью лечения поздних акне. Пациентки обследованы в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по ведению больных с акне (2017г). Поскольку поздние акне рассматриваются как преимущественно гормон-зависимый вариант течения заболевания, всем пациенткам дополнительно был выполнен расширенный осмотр с определением гирсутного числа по шкале Ferriman -Gallwey, определение уровней 17-оксипрогестерона (17-ОПГ), инсулина натощак и с нагрузкой, глюкозы, пролактина, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты и обсуждение.

У 76,9% пациенток были выявлены структурные изменения органов малого таза: у 17 пациенток (16,3%) - мультифолликулярные яичники (МФЯ), у 23 пациенток (22,1%) - признаки синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и у 40 пациенток (38,4%) - признаки эндометриоза. (диагнозы подтверждены дополнительными методами обследования. У 10 (9,6%) пациенток было выявлено повышение пролактина, у 12 пациенток (11,5%) - повышение 17-ОПГ, при этом повышение уровней, предложенных Федеральными клиническими рекомендациями, свободного тестостерона, ФСГ, ЛГ и ДГЭА-С выявлены у 9,6-20,2% пациенток. Нарушение толерантности к глюкозе выявлены у 7 (6,7%) пациенток, повышение индекса НОМА у 19 (18,2%) пациенток, а изменение уровня инсулина с нагрузкой у 35 пациенток (33,6%). У всех пациенток, отмечавших повышение уровня инсулина через 2 часа после нагрузки с использованием дополнительных методов впоследствии подтвержден диагноз «инсулинорезистентность». Повышение уровня инсулина после нагрузки чаще выявлялось у пациенток старших возрастных групп — установлена прямая корреляционная зависимость с возрастом пациенток. Выявлена достоверная связь между поражением органов малого таза, повышением гирсутного числа и степенью тяжести поздних акне.

Выводы.

Полученные результаты позволяют утверждать, что дополнительное определение уровней пролактина, инсулина натощак и с нагрузкой, 17-ОПГ, а также выполнение ультразвукового исследования органов малого таза всем пациенткам с диагнозом поздние акне является диагностически значимым для выявления причин поздних акне и может быть рекомендовано в стандарты обследования.

Список литературы

1. Казьмина И.Б., Кошель М.В., Сотникова А.Ю., Одинец А.В. В помощь практикующему врачу: акне и гирсутизм. Сборник НЕДЕЛЯ НАУКИ 2018. Материалы международного молодежного форума, посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета. 2018. С. 108-110.
2. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных акне [Электронный ресурс]. 2017. – Режим доступа: https://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/klinicheskie-rekomendatsii-2017/ (дата обращения: 25.10.2019)
3. Чеботарев В.В., Шиханова Е.Н., Кошель М.В. Акне: этиология, патогенез, лечение. Ставрополь: издво «Седьмое небо». 2014.
4. Davis, E. C. Review of Acne in Ethnic Skin. Pathogenesis, Clinical Manifestations, and Management Strategies / E. C. Davis, V. D. Callender // J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2010. – Vol. 3, № 4. – P. 24–38.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА ПОД МАСКОЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А

Кемаев Д.А., Джирро А.

Научный руководитель: Маркосян Н.С.

Мордовский университет им. Н.П. Огарева, Медицинский институт

В настоящее время на территории России одной из значимых проблем является распространение заболеваний человека, возникающих в результате употребления в пищу зараженной рыбы, моллюсков и других гидробионтов. Одним из подобных заболеваний является описторхоз [1]. Самым крупным ареалом *Opisthorchis felinus* в мире является Обь-Иртышский регион [2].

При описторхозе выделяют острый и хронический периоды болезни. В зависимости от выраженности клинических проявлений острый описторхоз может протекать в трех вариантах: тифоподобном, гепатохолангитическом, гастроэнтероколитическом. Тифоподобный вариант характеризуется высокой температурой (38–40 °C), выраженной интоксикацией и помрачением сознания. Гастроэнтероколитический вариант характеризуется поражением желудка и кишечника. Могут обнаруживаться язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-геморрагический гастродуоденит. При гепатохолангитическом варианте доминируют симптомы поражения гепатобилиарного тракта. Характерна высокая эозинофилия до 40 – 60%, боли в правом подреберье, печень увеличена и болезненна при пальпации. Более чем у 80% больных выявляется цитолитический синдром с повышением активности аминотрансфераз в 2 – 7 раз [3].

Материал и методы: был проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов с диагнозом описторхоз, госпитализированных в ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская инфекционная клиническая больница» (ГБУЗ РМ «РИКБ»).

Результаты и обсуждение. При анализе медицинских карт больных с описторхозом в 25,0% случаев зафиксирована острая форма заболевания, в остальных – хроническая. У всех пациентов с острым описторхозом регистрировался гепатохолангитический вариант с преимущественным поражением гепатобилиарной системы. При острой форме в 60% случаях наблюдались боли в правом подреберье, фебрильная лихорадка, в биохимическом анализе крови – повышение концентрации аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АлТ и АсТ). У одного из этих пациентов (20%) наблюдалась иктеричность кожных покровов, у двоих (40%) – иктеричность склер. В данных случаях потребовалось проведение дифференциальной диагностики с острым вирусным гепатитом.

Приводим пример одного клинического наблюдения:

Больная В. (48 лет) заболела 05.05.2019, когда появились общая слабость, повышение температуры до 38,80 °C, боли в области желудка, желтушность склер. 10.05.2019 осмотрена хирургом, экстренная хирургическая патология исключена. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение АлТ до 244 ЕД/л, АсТ до 120 ЕД/л. При проведении эзофагофиброгастродуоденоскопии отмечались явления очагового гастрита на фоне атрофии слизистой желудка, нарушение пассажа желчи, косвенные признаки панкреатита. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости зарегистрированы признаки бескаменного холецистита в стадии обострения. 13.05.2019 состояние ухудшилось и пациентка была госпитализирована в ГБУЗ РМ «РИКБ» с диагнозом: «Острый вирусный гепатит».

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, температура тела 37,50 °C, субъиктеричность склер. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 130 и 80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, печень не увеличена. Кал окрашен, моча желтого цвета.

В анализе крови от 14.05.19 регистрировалось ускорение СОЭ (32 мм/ч), лейкоциты – $8,7 \times 10^9$ /л, нейтрофилы сегментоядерные – 27%, лимфо-циты – 36%, моноциты – 4%, эозинофилы – 33%, общий билирубин – 24 мкмоль/л, прямой билирубин – 15,2 мкмоль/л, непрямой билирубин – 8,8 мкмоль/л, АлТ – 321 ЕД/л, АсТ – 147 ЕД/л, щелочная фосфатаза – 837 ЕД/л. В связи с высокой эозинофилией был назначен анализ крови на гельминты методом ИФА, где были обнаружены антитела к антигенам описторхисов в титре 1:400. Исследование крови на маркеры вирусных гепатитов А, В и С, ВИЧ, иерсиниоз – отрицательно. В анализе кала на яйца глист были найдены яйца *Opisthorchis felineus*.

Пациентке был выставлен диагноз: Острый описторхоз, гепатохолангитический вариант с преимущественным поражением гепатобилиарной системы. При уточнении эпиданамнеза было выяснено, что за 7 – 10 дней до начала заболевания пациентка принимала в пищу термически не обработанную рыбу семейства карповых. Больной были

назначены антибиотики (цефтриаксон, ципролет), препараты, нормализующие работу гепатобилиарной системы (омепразол, панкреатин, рибоксин, платифиллин), с целью дезинтоксикации применялись глюкозо-солевые растворы, десенсибилизирующие средства. На фоне лечения состояние больной улучшилось – нормализовалась температура тела, исчезли слабость, боли в животе, склеры приобрели нормальную окраску. В общем анализе крови (от 23.05.19) сохранялась высокая эозинофилия (61%). В биохимическом анализе крови от 27.05.19: общий билирубин – 18 мкмоль/л, прямой – 0, непрямой – 18 мкмоль/л, АлТ – 39 ЕД/л, АсТ – 45 ЕД/л, щелочная фосфатаза – 491 ЕД/л. До проведения дегельминтизации больная получала диазолин, активированный уголь, танацехол. Дегельминтизация проведена бильтрицидом в дозе 600 мг в течение одного дня.

Заключение. В некоторых случаях клиника гепатохолангитического варианта острого описторхоза напоминает острый вирусный гепатит. С целью дифференциальной диагностики следует обращать внимание на эпидемиологические данные, высокую эозинофилию, характерную для острых гельминтозов, выраженность цитолитического синдрома и данные специфических методов диагностики.

Список литературы

1. Аринжанов, А. Е. Описторхоз: эпидемиология, профилактика, лечение / А. Е. Аринжанов, А. Ю. Лядова // Территория науки. – 2016. – № 6. – С. 7 – 13.
2. Байкова, О. А. Лечение описторхоза и клонорхоза: современные подходы, проблемные аспекты и перспективы / О. А. Байкова, Н. Н. Николаева, Е. Г. Грищенко, Л. В. Николаева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – № 6. – С. 14 – 25.
3. Николаева, Н. И. Описторхоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение / Н. И. Николаева, В. П. Николаева, А. В. Гигилева // Русский врач. – 2005. – №7. – С. 17 – 20.

ДЕПРЕССИЯ КАК КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ОБУЗ «ЩИГРОВСКАЯ ЦРБ»

Кондрашова Е.А., Данчина К.А., Романова А.С.

Научный руководитель: Савельева В.В.

Курский государственный медицинский университет

Депрессия – это широко распространенное психическое нарушение, которое характеризуется унынием и тревогой. Депрессия часто встречается при различных состояниях: артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), инсульте и др. При этом пациенты, страдающие депрессией на фоне какого-либо другого заболевания, имеют более выраженные симптомы как депрессии, так и сопутствующей патологии и тяжелее приспосабливаются к заболеванию в сравнении с пациентами, которые не имеют коморбидной депрессии [2].

Установлено, что такие заболевания, как ИБС и инсульт являются факторами риска развития депрессии в пожилом возрасте. Однако существует и обратная связь: депрессия достоверно повышает риск развития транзиторных ишемических атак и инсульта, и эта связь не зависит от других факторов риска, включая АГ и диабет [3].

Целью данного исследования является оценка частоты встречаемости депрессии среди больных терапевтического отделения ОБУЗ «Щигровская ЦРБ».

Материалы и методы: был проведен социологический опрос путем анкетирования «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS» (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) среди больных терапевтического отделения ОБУЗ «Щигровская ЦРБ». Общее количество опрошенных составило 50 человек, среди которых

25 женщин и 25 мужчин в возрасте от 39 до 90 лет. Для статистического анализа использовались стандартные методы описательной статистики.

Оценка проводилась на основании количества, указанных пациентом, баллов. В сумме баллы могли давать результаты:

- 1) от 0 до 7 баллов – норма;
- 2) от 8 до 10 баллов – субклиническая выраженная депрессия;
- 3) от 11 и выше – клинически выраженная депрессия [1].

Результаты и обсуждения: в ходе исследования были получены следующие результаты: из 50 анкетированных депрессия выявлена у 56% (28 человека), из которых пациентов с субклинической депрессией – 36% (18 человек), а с клинически выраженной депрессией – 28% (14 человек). Из подгруппы пациентов субклиническая депрессия чаще наблюдается у лиц пожилого возраста (61-75 лет) мужского пола – 12% (6 человек), среди которых 4% (2 человека) работающих и 8% (4 человека) неработающих. Среди женщин также преобладают лица пожилого возраста (56-75 лет) – 8% (4 человека), из которых – 6% (3 человека) работающих и 2% (1 человек) неработающих. Из подгруппы пациентов с клинически выраженной депрессией частота встречаемости у женщин зрелого возраста (40-55 лет) выше, чем у мужчин (45-60 лет), среди которых 10% (5 человек) работающих женщин, 6% (3 человека) работающих мужчин.

Заключение: В результате анкетирования было установлено, что чаще всего подвержены депрессии лица зрелого и пожилого возраста.

Среди мужчин консультировалось у невролога – 8% (4 человека), а среди женщин – 16% (8 человек). Назначение легких седативных средств получило 6% (3 человека) мужчин, 10% (5 человек) женщин. Однако консультация у психиатра не осуществлялась.

Таким образом, в процессе исследования было выявлено, что больные терапевтического отделения ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» склонны к депрессии, которая зачастую осложняет течение и прогноз многих сердечно-сосудистых заболеваний, а также негативно влияет на качество жизни больных. Отсутствие консультативной помощи психиатра замедляет процесс выздоровления пациентов.

Список литературы

1. Андрющенко, А.В., Дробижев, М.Ю. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике / А.В. Андрющенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – №5. – С. 11-18.
2. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях/А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2013. – С. 158-173.
3. Смулевич, А.Б., Сыркин, А.Л. Психокardiология /А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин. – М.: МИА, 2015. – С. 512-524

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ЕГО ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Кот В.Н.

Научный руководитель: Горovenko И.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Ишемическая болезнь сердца(ИБС) является ведущей общемировой причиной смертности населения. В последнее время прослеживается неблагоприятная тенденция к «омоложению» ИБС[1]. Депрессия и тревога – частые спутники ИБС. С одной стороны

они являются одной из причин развития ИБС и её осложнений, с другой – могут развиваться вторично, как реакция пациента на его заболевание. Даже слабовыраженная депрессия увеличивает риск кардиальной смерти в 3-6 раз[2]. При этом известно, что лишь незначительная часть пациентов (одна треть) сообщают врачу о психологических признаках депрессии, большинство больных предъявляют жалобы соматического характера (скрытые депрессии)[3].

Цель исследования - выявить наличие депрессии, изучить психологические, соматические особенности у лиц с ИБС, а также провести комплексную оценку качества жизни (КЖ) пациентов, страдающих ИБС (в зависимости от степени депрессии).

Материалы и методы. Исследование проводилось в терапевтическом отделении «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь» г. Гродно. В исследование было включено 55 пациентов с ИБС обоих полов в возрастной группе от 50 до 63 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - имевшие только болевую ишемию миокарда (БИМ) и, 2 группа - сочетание, БИМ и безболевой ишемии миокарда (ББИМ). Все пациенты были сопоставимы по артериальной гипертензии 2 риск 3 (АГ), сердечной недостаточности Н1 (NYHA II). Проводилась психометрическая оценка с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-21), госпитальной шкалы депрессии и тревоги (HADS), стандартизированного опросника SF-36. Анализ КЖ проводился по 36 вопросам, разбитым на 8 шкал (RF-физическое функционирование, RP-ролевое физическое функционирование, BP-шкала боли, GH-общее состояние здоровья, VT-шкала жизнеспособности, SF-шкала социального функционирования, RE-ролевое эмоциональное функционирование, MH-психологическое здоровье). Анализ и статистическая обработка данных производились при помощи программы Microsoft Excel 2013 и статистического пакета программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. При оценке SF-36 в группе пациентов имеющих эпизоды ББИМ показатели RF, RE, GH, MH оказались достоверно ниже, чем у пациентов с БИМ ($p < 0.0001$, $p < 0.0001$, $p < 0.05$, $p < 0.05$). Сопоставимыми в популяциях оказались результаты по шкалам VT, SF и BP. В ходе проведенного анализа было выявлено, что показатель физического благополучия (SF-36 PH) у пациентов с ББИМ имел обратную взаимосвязь с продолжительностью и количеством эпизодов ББИМ ($R = -0.52$, $p < 0.05$).

При оценке HADS теста у пациентов с БИМ преобладали симптомы тревоги (40% пограничный случай (ПС), 2%-аномалия (А) - требовавшая немедленного вмешательства врача психотерапевта), а у пациентов с ББИМ элементы депрессии (60%- ПС, 2%-А).

В результатах тестирования по шкале депрессии Гамильтона (HDRS – 21), было выяснено, что у пациентов с БИМ: в 60% случаев наблюдалось нормальное психологическое состояние, а у 40 % пациентов – лёгкое депрессивное расстройство. При этом у пациентов с ББИМ: преобладало депрессивное расстройство средней и тяжелой степени тяжести (65%).

Выводы. 1. У пациентов имеющих эпизоды ББИМ показатели RF, RE, GH, MH достоверно ниже, чем у пациентов с БИМ. 2. Пациенты с ББИМ показали более высокий уровень депрессии по шкале HADS в сравнении с БИМ. 3. У пациентов с ББИМ преобладало депрессивное расстройство средней и тяжёлой степени тяжести. 4. Часть пациентов с БИМ имело лёгкое депрессивное расстройство.

Список литературы

1. Аронов, Д. М. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов. - Москва, 2009. – С.248.
2. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней сердца и сосудов. Том 10. / А.Н. Окорочков// Диагностика болезней внутренних органов. - Москва, 2009. – С.384.
3. Круглов, В.И. Диагноз: ишемическая болезнь сердца / В.И. Круглов. - Москва, 2010. – С.254.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Котова Ю.А., Страхова Н.В., Шевцова В.И.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Головная боль – одна из наиболее частых жалоб на приеме терапевта и невролога. Данная патология является значимой и требует тщательного внимания, поскольку влияет не только на качество жизни пациента, но и на социально-экономическое развитие страны [1-3]. Согласно литературным данным, головные боли, не связанные с лихорадкой, похмельным синдромом, простудными заболеваниями или травмой головы и возникающие хотя бы один раз в год, отмечают 63% опрошенных [2]. Кроме того, по данным всемирной кампании по преодолению бремени головной боли (2010 г.) из расчета на 1 000 000 человек 110 000 взрослых страдают мигренью, 600 000 человек – другими ГБ (чаще всего эпизодической головной болью напряжения) [3-5].

Цель исследования: Проанализировать частоту встречаемости и характер первичных головных болей в практике участкового терапевта.

Материалы и методы: для проведения научно-аналитического отчёта была разработана оригинальная анкета, с помощью которой было опрошено 30 человек, согласившихся на участие в исследовании. База – ВГКБ №11, поликлиника №12. Возраст пациентов составил от 25 до 57 лет, из них 18 женщин и 12 мужчин.

Результаты исследования: среди опрошенных частота встречаемости эпизодической ГБН составила 67% (20 человек), эпизодическая мигрень – 13,5% (4 человека, из них все женского пола), 16,7% (5 человек) опрошенных отметили, что не страдают головной болью (из них все – мужчины). Среди опрошенных только один человек страдает МИГБ, причём ранее такой диагноз пациенту не выставлялся. Лекарственный абзус возник на фоне хронической головной боли напряжения, пациентка бесконтрольно принимает «Седалгин» по 5 таблеток в сутки на протяжении 4 лет. Отмечает так же постоянный сниженный фон настроения, нарушения ночного сна, повышенную раздражительность.

Среди препаратов, наиболее часто употребляемых пациентами для купирования головной боли, следует отметить: анальгин – 23 человека, нимесулид – 21 человек, ибупрофен – 13 человек, суматриптан – 4 человека. Более 70% опрошенных указали более одного лекарственного препарата. 6 человек отметили, что не принимают лекарственные препараты для купирования цефалгии.

Выводы: 1) Среди первичных головных болей в амбулаторно-поликлинической практике наиболее часто встречалась эпизодическая ГБН (67% обследованных), эпизодическая мигрень встречалась в 13,5% случаев, причем все женского пола, что полностью согласуется с литературными данными.

2) Среди всех обследованных только 1 пациент страдает МИГБ на фоне приема седалгина в течение 4 лет. Пациентов, злоупотребляющих анальгетиками или страдающих частыми головными болями, необходимо предупреждать об опасности развития лекарственного абзуса. В данном случае необходима отмена лекарственного препарата, побочные реакции купировать бета-блокаторами и седативными средствами.

3) Наиболее часто употребляемыми препаратами для купирования приступа головной боли, по результатам данного исследования, являются анальгин, нимесулид, ибупрофен, суматриптан. Врачу-терапевту необходимо контролировать дозу приема препарата каждым пациентом, чтобы избежать хронизации головной боли и возникновения лекарственного абзуса.

Список литературы

1. Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Головная боль, связанная с избыточным приемом лекарственных средств (абзусная головная боль). Фарматека. 2012; 6 (239): 10-14

2. Суслина З.А., Максимова М.Ю. Руководство к практическим занятиям по топической диагностике заболеваний нервной системы и нейростоматологии. М.: Практика, 2014. 253 с.
3. Неврология. Национальное руководство (краткое издание), под ред. Акад. РАН Е.И. Гусева, акад. РАН А.Н. Коновалова, проф. А.Б. Гехт. 2018 г.
4. Наумова Г.И., Осипова В.В.. Лекарственно индуцированная головная боль: тактика ведения пациента, «Неврология и нейрохирургия в Беларуси» № 3 (11), 2011. – с. 22-34.
5. Первичные головные боли: диагностика и лечение. Методические рекомендации. – В.В. Осипова. – Москва – 2017. – 27 с.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Котова Ю.А., Красноручкая О.Н., Страхова Н.В.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Проблема тревожно-депрессивных расстройств является одной из наиболее актуальных в современной общемедицинской практике. Клиницисты различных специальностей проявляют все большую озабоченность, как скоростью распространения этих состояний среди населения, так и их негативным влиянием на многие соматические заболевания [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в период между 2005 и 2015 гг. распространенность нарушений психического здоровья увеличилась примерно на 16%, и можно ожидать дальнейшего роста в силу воздействия неблагоприятных факторов (таких как вооруженные конфликты и миграция), а также в силу старения населения во многих странах [2]. Распространенность психических расстройств в Европейском регионе ВОЗ в 2015 г. составила 110 млн, что эквивалентно 12% общей численности населения Региона. С учетом расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, это число увеличивается еще на 27 млн (до 15%), а с учетом таких неврологических расстройств, как деменция, эпилепсия и нарушения, связанные с головной болью, возрастает на более чем 300 млн (до 50%). Наиболее часто встречающимися психическими расстройствами в Регионе являются депрессия и тревожные состояния, распространенность которых в 2015 г. составляла 5,1% (44,3 млн) и 4,3% (37,3 млн), соответственно. Показатели депрессии и тревожных состояний на 50% выше среди женщин, чем среди мужчин. С возрастом встречаемость тревожно-депрессивных растет, достигая наибольшего распространения в возрастной группе 55-74 года. Продолжительность жизни людей, страдающих психическими расстройствами, на 20 лет меньше, чем в среднем по населению. Подавляющее большинство таких случаев смерти вызвано не конкретными причинами (в частности, суицидом), а скорее иными сопутствующими заболеваниями, связанными с состоянием психического здоровья, в частности с инфекционными заболеваниями (НИЗ), которые не были должным образом выявлены и пролечены [3].

Наличие ТДР негативно влияет на качество жизни человека, содействуя образованию физической, психической и социальной дезадаптации с нарушением профессиональной активности и инвалидизацией. Так, по данным ВОЗ, в 2015 г. ТДР стало причиной инвалидизации 50 млн человек. А неутешительный прогноз экспертов ВОЗ состоит в том, что при сохранении современных тенденций распространения

заболевания к 2020 г. ТДР будет следующей причиной после ишемической болезни сердца (ИБС) по числу лет, потерянных из-за инвалидности .

Тревожно-депрессивные расстройства коморбидны огромному множеству соматических заболеваний, так как имеется «содружественное» развитие соматического заболевания и ТДР посредством общих средовых и генетических факторов.

Соматические заболевания и ТДР взаимодействуют, утяжеляя течение друг друга.

Особое внимание необходимо уделить модифицирующему влиянию психических расстройств на основные факторы риска ССЗ. Известно, что среди людей с тревожно-депрессивными состояниями более распространены курение, малоподвижный образ жизни, ожирение, гиперхолестеринемия, для них характерен более высокий риск развития сахарного диабета. Также развитие ТДР может произойти после возникновения ССЗ. Сложное межнозологическое взаимодействие (как прямое патофизиологическое влияние, так и непрямой - поведенческий - эффект) приводит к прогрессированию ССЗ, увеличению риска развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений, смертности от ССЗ, общей смертности, а также снижению комплаенса пациентов с ССЗ назначенной терапии.

Цель исследования заключается в выявление распространенности тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов с сердечно-сосудистой патологией в общем, в зависимости от пола, возраста, нозологии.

Материалы и методы. Для выявления распространенности ТДР среди пациентов с ССЗ используется группа 40 человек (20 пациентов 45-59 лет (по 10 лиц мужского и женского пола) и 20 пациентов 60-74 года (по 10 лиц мужского и женского пола). Учетные признаки: 1) ССЗ, 2) пол, 3) возраст(45-59 лет, 60-74 года). Методы определения и измерения показателей: для исследования использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P.) Способ статистической обработки: табличное и графическое представление информации

Результаты исследования и их обсуждение. Распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов с ССЗ составляет 68%.

У пациентов женского пола ТДР встречается у 77% , что в 2,3 раза больше чем у мужчин(33%). Наблюдается увеличение частоты ТДР с возрастом. Так, распространенность ТДР в группе пациентов 60-74 года составила 75%, а в группе 45-59 лет 60%. При этом в обеих возрастных группах сохраняется тенденция преобладания ТДР у лиц женского пола.

Можно отметить, что у лиц с несколькими ССЗ или сопутствующими заболеваниями процент распространенности выше (80%) по сравнению с лицами имеющими одно ССЗ и без сопутствующих заболеваний.

Наблюдается зависимость ТДР от давности заболевания. У пациентов страдающих ССЗ менее 10 лет выраженность ТДР ниже (55%) чем у лиц страдающих ССЗ более 10 лет (72%). В структуре ТДР наблюдается преобладание тревожного компонента (95%) по сравнению с депрессивным (5%).

Выводы. В результате исследования было выявлено, что большая часть пациентов с ССЗ страдают тревожно-депрессивными расстройствами. При этом большей опасности подвержены женщины. Наблюдается увеличение распространенности ТДР с возрастом.

Список литературы

1. Федотова А.В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике / А.В. Федотова // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2008. - № 3. - С. 83-88.
2. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/376476/fact-sheet-sdg-mental-health-rus.pdf
3. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng>

КОGNИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Котова Ю.А., Страхова Н.В., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Снижение когнитивных функций – самый распространенный в повседневной клинической практике неврологический симптом [1-3].

Когнитивные нарушения (КН) бывают в любом возрасте, от детского до глубокой старости, но по статистике несколько чаще наблюдаются после 50 лет. По данным эпидемиологических методов исследования, от 50 до 75% лиц старших возрастных групп жалуются на снижение умственной работоспособности и памяти. Не менее 5% лиц старше 65 лет страдают деменцией, еще у 12–17% выявляются когнитивные нарушения, выходящие за пределы возрастной нормы, но не достигающие выраженности деменции [1,2].

Цель исследования. Изучить выраженность когнитивных нарушений у больных гипертонической болезнью в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГП №10 поликлиника №8. В настоящем исследовании представлены результаты обследования 30 пациентов, имеющих в анамнезе гипертоническую болезнь, из них 17 мужчин и 13 женщин. Средний возраст составил $65 \pm 11,19$ лет. Все больные были поделены на примерно 3 равные группы в зависимости от длительности гипертонической болезни.

1. Больные ГБ до 10 лет (без учета стадии) - 10 человек
2. Больные ГБ от 11 до 20 лет (без учета стадии) – 11 человек
3. Больные ГБ более 20 лет (без учета стадии) – 9 человек.

В работе белы использована Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA, MoCA Version November 12, 2004) [4].

Результаты исследования. При оценке когнитивных нарушений по шкале MoCA в исследуемых группах были получены следующие результаты: в группе больных ГБ до 10 лет средний балл составил 27 что является нормой; в группе больных ГБ от 11 до 20 лет – 23,54, что указывает на наличие нарушений; в группе больных ГБ более 20 лет – 19,44, что указывает на более глубокие нарушения. Выявленные когнитивные нарушения имели разную степень выраженности в зависимости от сферы. С заданием на создание альтернирующего пути справились верно 80% опрошенных, причем в первой группе больных правильно справились все опрошенные. 20% не смогли верно выполнить задание. Во 2 группе больных получены следующие данные 72,7% получили максимальный балл, 27,3% не смогли завершить цепочку. В 3 группе 66,7% справились с заданием, 33,3% не смогли этого сделать.

При оценке зрительно-конструктивных навыков выяснилось, что максимальный балл смогли набрать лишь 40% больных, большинство же — 53,3% смогли набрать три из четырех возможных баллов и 6,7% смогли выполнить лишь половину заданий. В первой группе набрать максимум баллов удалось 70% опрошенных, 30% набрали 3 из 4 возможных баллов. Во второй группе больных заданием смогли лишь 27,3% опрошенных, а 72,7% справились на 3 балла. В группе больных ГБ более 20 лет только 22,2% набрали 4 балла, 55,6% — 3 балла и 22,2% на 2 балла соответственно.

С заданием на называние справились 86,7% больных, причём в первой группе проблем с этим заданием не возникло совсем и все 100% верно его выполнили. 13,3% допустили одну ошибку в этом задании. Во второй группе 90,9% больных выполнили задание без ошибок, у 9,1% получилось набрать 2 балла из 3 возможных. В группе больных ГБ более 20 лет 66,7% справились на 3 балла, и 33,3% допустили одну ошибку.

В задании на повторение фразы 50% назвали точно только одну из двух фраз, 40% смогли без ошибок повторить обе и 10% ошиблись в обеих фразах.

При оценке беглости речи результаты оказались следующими 70% назвали 11 и более слов на букву «К» за одну минуту, почти все справились гораздо быстрее отведенной минуты. 30% не смогли вспомнить нужного количества слов. Абсолютно все больные 1 группы справились с заданием.

Полностью справиться с заданием на отсроченное воспроизведение смогли лишь 6,6% из всех больных, причем все они были из первой группы больных. 43,3% смогли назвать 4 слова без подсказок, 30% - 3 слова из пяти предложенных, и по 6,7% - 2, 1 и ноль слов соответственно. Лучшие результаты оказались в первой группе, где 20% справились с заданием полностью, а 80% назвали 4 слова. Во второй группе 45% назвали 4 слова и 55% справились только на 3 балла. Больные артериальной гипертензией больше 20 лет разделились следующим образом: 33,4% - 3 слова, и по 22,2% смогли назвать 2, 1 и ни одного слова.

Большая часть больных — 73,3% — верно ориентирована в месте и времени. 23,3% допустили одну ошибку при опросе и 3,3% допустили 2 ошибки. Первая группа полностью ориентирована и не допустила ошибок при ответах. Во второй группе полностью справились 72,7%, и 27,3% допустили по одной ошибке. В третьей группе ориентированы 55,6% больных, 33,3% допустили по одной ошибке, 11,1% допустили две ошибки.

Выводы.

Проведённое обследование позволяет оценить различные когнитивные нарушения у больных гипертонической болезнью. Больные гипертонической болезнью длительностью до 10 лет практически не имеют когнитивных нарушений. Наибольшим нарушениям подвергается краткосрочная память, способность к концентрации внимания, абстракционное мышление и зрительно-конструктивные навыки. Выраженность когнитивных нарушений растёт прямо пропорционально давности заболевания.

Список литературы

1. Когнитивные нарушения — актуальная междисциплинарная проблема / Екушева Е.В. / Регулярные выпуски «РМЖ» №12(1) от 31.10.2018 с. 32-37
2. Brainstorm, или терапия когнитивных нарушений / Захаров В.В., Калимеева Е.Ю., Вахнина Н.В., Фатеева Т.Г. / Новый терапевтический журнал “NON NOCERE” № 11, 2018 г. с. 44-49
3. Нейропсихологические нарушения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и их потенциальное влияние на проблему несоблюдения рекомендаций врача / Круков П. / Вестник Московского университета. Серия 14. Психология - 2012. - №3 - с. 108-120.
4. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями / Ткачева О.Н., Чердак М.А., Мхитарян Э.А. / Регулярные выпуски «РМЖ» №25 от 30.11.2017 с. 1880-1883

ПРЕДИКТОРЫ РЕСТЕНОЗА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Кочкарова А.А., Ахмедова М.Б.

Научный руководитель: Рыбас А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В последние годы, по мере увеличения частоты чрескожных коронарных вмешательств, всё больше внимания приковано к решению проблем, связанных с рестенозом после стентирования у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС). Цель нашего исследования – выявить предикторы рестеноза у пациентов ИБС в отдаленном периоде после коронарного стентирования. Были поставлены следующие задачи: 1. Исследовать распространенность поздних рестенозов стентов с антипролиферативным лекарственным покрытием у больных ИБС. 2. Изучить клинические проявления и возможные осложнения при развитии поздних рестенозов стентов. 3. Определить основные предикторы рестенозов у больных с ИБС. 4. Проанализировать частоту рестеноза в зависимости от типа покрытия стентов (сиролимус, зотаролимус, эверолимус). 5. Выявить коронарные артерии, наиболее часто подверженные рестенозированию.

Материал и методы: проведен анализ 170 медицинских карт больных ИБС, госпитализированных в краевую клиническую больницу в 2018 году. В исследование были включены 44 пациентов ИБС (12 женщин и 32 мужчины, средний возраст $61 \pm 4,2$ год). Всем пациентам выполнялись следующие исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, маркеры некроза миокарда, коагулограмма, липидограмма, электрокардиография (ЭКГ), суточное мониторирование электрокардиографии, эхокардиоскопия, коронароангиография (КАГ). Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «BioStat». Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что после коронарного стентирования рестенозы у больных ИБС составляют 11%. У мужчин рестенозы встречаются достоверно чаще – в 80% случаев, тогда как у женщин – в 20%. В возрасте до 50 лет рестенозы определяются у 21% пациентов, до 60 лет – у 37% больных, старше 60 лет – в 42% случаев. Клинически рестенозы проявлялись: прогрессированием стенокардии (47%), развитием острого инфаркта миокарда (ОИМ, 21%), в 32% случаев определялась безболевая ишемия миокарда по данным суточного мониторирования ЭКГ. По данным КАГ, достоверно чаще поражается передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА) (47%, $p < 0,05$), рестенозы в правой коронарной артерии определялись в 32% случаев, а огибающая артерия поражалась только у 21% больных ИБС. У всех пациентов с рестенозами в анамнезе имелись гипертоническая болезнь и сахарный диабет. По данным КАГ, поражение коронарного русла в 53% случаев определялось как трехсосудистое, у 42% больных – двухсосудистое и только в 5% случаев отмечено однососудистое поражение. Статистически значимых различий по частоте возникновения рестенозов у пациентов ИБС с различными типами лекарственного покрытия не выявлено. Наши данные подтверждают литературные данные [2,3,6,7] о том, что предикторами рестеноза являются гипертоническая болезнь и сахарный диабет. В то же время в нашем исследовании мы не получили подтверждения зависимости рестенозов от типа покрытия стентов, что связано, вероятно, с небольшой выборкой исследования.

Выводы: 1. Рестеноз стента в отдаленном периоде является редким осложнением, возникающим после имплантации стентов с антипролиферативным лекарственным покрытием. 2. Клинически рестенозы чаще всего проявляются прогрессированием стенокардии. 3. Основными предикторами возникновения рестенозов стентов при ИБС являются гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Рестенозы преимущественно встречаются у лиц мужского пола старше 60 лет. 4. Рестенозы встречаются

приблизительно одинаково при разных видах покрытия стентов и не зависят от типа покрытия стента. 5. Наиболее часто рестеноз встречается при многососудистом поражении и преимущественно у пациентов с поражением ПМЖА.

Список литературы

1. Азаров, А.А. Предикторы ранних тромбозов стентов после экстренного чрескожного коронарного вмешательства у пациентов с острым инфарктом миокарда в сочетании с сахарным диабетом 2 типа / А.А. Азаров, О.Л. Барбараш, В.И. Ганюков., Л.С. Барбараш // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2012. - №4(6).- С.43-50.
2. Березовская, Г.А. Рестеноз и тромбоз внутри стента: патогенетические механизмы развития и прогностические маркеры / Г.А. Березовская, Ганюков В.И., Карпенко М. А. // Российский кардиологический журнал. – 2012.-№ 6. – С. 98.
3. Голухова, Е.З. Клинические и лабораторные предикторы неблагоприятных кардиальных событий у больных ишемической болезнью сердца после планового чрескожного коронарного вмешательства / Е.З. Голухова., М.В. Григорян, М.Н. Рябина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2016.- №12 (5).- С. 525-535
4. Мазаев, В.П. Развитие рестенозов в коронарных артериях на поздних сроках после чрескожных коронарных вмешательств при имплантации голометаллических или покрытых лекарством стентов в зависимости от клинических данных и факторов риска / Мазаев В.П.1, Комков А.А.1,2, Рязанова С.В. // 1ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России. ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова» ДЗМ. – 2017.
5. Тайманулы, О. Тромбоз стентов у пациентов с ишемической болезнью сердца / О. Тайманулы, И.Е., Е.С. Сагатов, А.О. Утеулиев и др. / Вестник Казахстанского медицинского университета «Высшая школа общественного здравоохранения». // Алматы. – 2018. – С.45.
6. Фадеева, Е.А. Предикторы развития тромбозов и рестенозов коронарных стентов / Е.А. Фадеева, Е.Ф. Котовщикова, А.А. Ефремушкина, Е.И. Буевич, Е.Н. Скульжина, А.В. Афанасьева, И.Н. Тарасова // Медицинские и фармацевтические науки. – 2014.- №2.
7. Goldberg, S.L., Loussarian A., De Gregorio J. et al. Predictors of diffuse and aggressive intrastent restenosis./ Goldberg, S.L., Loussarian A., De Gregorio J. et al.// J. Am. Coll. Cardiol. – 2001. – Vol. 37. – P. 1019-25.
8. Le Breton, H. Role of platelets in restenosis after percutaneous coronary revascularization / H. Le Breton, E. Plow, E. Topol // J. Am. Coll. Cardiol. – 1996. – Vol. 28, № 7. – P. 1643-1651.

ПРИЧИНЫ НЕУДАЧ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ СТАТИНАМИ

Кропачева А.С.

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

Отмечается неуклонный рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых лидирующие позиции занимают болезни, обусловленные атеросклеротическим поражением артерий. В настоящее время препаратами выбора для коррекции гиперлипидемии являются статины, благодаря своей высокой эффективности.

Цель исследования. Выявить причины неудач коррекции гиперлипидемий при назначении статинов.

Результаты и обсуждение. Обследовано 75 больных кардиологического профиля и больных с сахарным диабетом, которым в соответствии с действующими рекомендациями при обращении в поликлинику были назначены статины. При последующих визитах было установлено, что 27 (36%) больных не стали изначально выполнять назначение врача и не принимали статины, причиной назвали – дорогой препарат - 21 человек(28%), друзья, знакомые отсоветовали, «плохо влияет на печень» - 6 человек. 2 человека начали принимать препарат, но вскоре прекратили из-за диспепсических нарушений. Медикаментозное лечение должно сочетаться со всеми немедикаментозными мероприятиями для достижения эффекта меньшими дозами препаратов, однако 18 (24%) больным не были даны рекомендации по гипохолестериновой диете, вероятно, поэтому у них не был достигнут целевой уровень липидов. У 12 (16%) человек на фоне приема статинов целевые уровни липидов также не были достигнуты. По нашему мнению это было результатом назначения неоправданно низкой дозы статинов 10 мг. Желаемый гиполипидемический эффект не был достигнут в течение 6-12 мес ещё у 5 (7%) человек, необходимо было переходить к комбинации гиполипидемических препаратов, что также сделано не было. У 39 (52%) человек не был проверен уровень трансаминаз через 3 месяца от момента старта терапии.

Вывод. Причиной неудач коррекции оказались: низкая информированность больных о препарате, его терапевтических и побочных эффектах, о важности соблюдения назначенных немедикаментозных методах лечения. Необходимо информировать больных о необходимости и принципах терапии статинами, контролировать показатели метаболизма для подбора адекватной терапии.

Список литературы

1. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации, VI пересмотр. М.; 2017.
2. Шальнова С.А., Деев А.Д., Метельская В.А., Евстифеева С.Е., Ротарь О.П., Жернакова Ю.В., Бойцов С.А. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. Информированность и особенности терапии статинами у лиц с различным сердечно-сосудистым риском: исследование ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2016;15(4):29-37.
3. Томилова Д.И., Карпов Ю.А., Лопухова В.В. Долгосрочная приверженность терапии статинами после планового коронарного стентирования при стабильной стенокардии. Кардиология 2018;58(5):65-71.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ РОЗУВАСТАТИНА И ДЖЕНЕРИЧЕСКОГО АТОРВАСТАТИНА НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС: СТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК

Кулаго О.В., Борьянова Г.С.

Научный руководитель: Жилиева Ю.А.

Курский государственный медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно регистрируется 17,5 миллионов случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), половина из них приходится на долю ишемической болезни сердца (ИБС). ИБС обусловлена атеросклерозом, причина которого - повышение уровня атерогенных липидов

в крови. Одним из маркеров раннего атеросклеротического поражения сосудистой стенки является увеличение толщины комплекса интима-медиа (КИМ).

К группе наиболее эффективных средств успешной профилактики и лечения ИБС относят статины. Они снижают уровень общего холестерина (ОХС) за счет снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и повышают уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), влияя, тем самым, на толщину КИМ. Крайне важным критерием выбора среди препаратов группы статинов служат эффективность и безопасность. Наиболее часто в лечении используются аторвастатин и розувастатин [1].

Цель исследования: сравнить результаты влияния дженерического аторвастатина и розувастатина на толщину КИМ общих сонных артерий (ОСА) у пациентов с ИБС: стабильная стенокардия напряжения II – III ФК.

Материалы и методы: данные по дженерическому аторвастатину взяты из исследования, проводимого на базе ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Под наблюдением находилось 65 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-III ФК (функциональный класс). Средний возраст больных составлял от 53 до 64 лет ($58,5 \pm 5,5$ лет). Половой состав пациентов, включенных в исследование: 31 мужчина, 34 женщины. У больных отмечалась умеренная гиперхолестеринемия с исходным уровнем ОХС от 6,51 до 8,0 ммоль/л, также 32 пациента данной группы имеют в анамнезе гипертоническую болезнь 1-2 степени, III стадии. Больным был назначен дженерический аторвастатин Торвакард в дозировке 20 мг/сутки. Срок наблюдения больных составил 4 месяца, включая 1 месяц периода прескрининга [2].

Для оценки выраженности атерогенеза проводили ультразвуковое дуплексное сканирование общей сонной артерии (ОСА) на аппарате «Vivid S5 («General Electric», США). Измерения осуществлялись на 1-1,5 см проксимальнее бифуркации ОСА по ее задней стенке. ТИМ измерялась как расстояние между просветом сосуда и адвентицией. Исследование проводилось в начале приема статинов, затем, спустя 1 и 3 месяца терапии [2].

Данные по розувастатину взяты из исследования, проводимого на базе кафедры фармакологии Курского государственного медицинского университета. В исследование было включено 72 пациента с ИБС: стабильная стенокардия напряжения II-III ФК. Средний возраст участников исследования составил $61,6 \pm 5,9$ лет; гендерный состав – 22 женщины и 50 мужчин. В качестве факторов риска учитывались: артериальная гипертензия, наличие семейного анамнеза ССЗ, курение, ожирение [3].

Изначально, розувастатин назначался данной группе пациентов в дозировке 5 мг/сутки с последующим ее увеличением до 20 мг/сутки для достижения целевых уровней концентрации ХС ЛПНП в крови. Дуплексное ультразвуковое исследование ОСА проводилось с использованием ультразвуковой системы MyLab™ («Esaote», Голландия) через 12 месяцев терапии.[3]

Результаты и обсуждения. Показатели толщины КИМ в миллиметрах(мм) среди группы пациентов, принимающих дженерический аторвастатин Торвакард в дозировке 20 мг/сутки: $0,773 \pm 0,02$ до лечения; $0,752 \pm 0,03$ через 1 месяц терапии; $0,701 \pm 0,01$ через 3 месяца [2].

Результаты исследования в группе пациентов, принимающих оригинальный розувастатин: до лечения- $0,8 \pm 0,07$; через 12 месяцев $0,75 \pm 0,07$ [3].

В ходе анализа выяснилось, что при лечении Торвакардом в дозе 20 мг/сутки к 1 месяцу терапии показатель толщины КИМ существенно не изменился, но уже к 3 месяцам отмечалась положительная динамика: толщина КИМ снизилась на 9,23%. В случае терапии в течение 12 месяцев оригинальным розувастатином наблюдался менее положительный эффект, толщина КИМ уменьшилась на 6,25%. Полученный результат

можно обосновать изначально более низкими значениями толщины КИМ в группе пациентов, принимавших розувастатин.

Вывод: сравнение доказательных баз оригинального розувастатина в дозировках 5 мг/сутки и 20 мг/сутки и дженерического аторвастатина Торвакард в дозовом режиме 20 мг/сутки позволяет констатировать антиатерогенный эффект у обоих препаратов. Однако, розувастатин менее эффективно воздействует на процесс атерогенеза, проявляющийся снижением толщины КИМ у больных ИБС: стабильная стенокардия напряжения II - III ФК.

Список литературы

1. Гоголашвили, Н.Г. Аторвастатин или розувастатин? Выбор с позиции доказательной медицины/ Н.Г. Гоголашвили// Кардиология.-2012.-№7.-С.84-92.
2. Жилиева, Ю.А. Состояние жесткости сосудистой стенки и функции эндотелия у больных ишемической болезнью сердца на фоне терапии симвастатином или аторвастатином: Дис. ...канд. мед. наук: 14.01.05: Ю.А. Жилиева; КГМУ - Курск, 2014.- 146с.
3. Кононов, С.И. Влияние розувастатина на толщину комплекса интима-медиа сонных артерий у пациентов с ИБС различного пола и профиля сердечно-сосудистого риска/С.И. Кононов, Г.С. Маль// Фармация и фармакология.- 2018,Т.6.-№2.-С.182-196.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Лалаев Э.Э., Подкопаева Д.С.

Научный руководитель: Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет

Основополагающей задачей отечественного здравоохранения, согласно национальному проекту «Демография» 2019-2024 года, является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни населения, а также снижение смертности от болезней системы кровообращения [3]. Как следствие этого повышается число возрастных лиц, пожилого и старческого возраста, с рядом хронических заболеваний. Стоит отметить проблему и сложность тактики ведения, лечения и реабилитации таких коморбидных пациентов, страдающих фибрилляцией предсердий [1, 2]. Необходимо учитывать, что одним из основных факторов неблагоприятного прогноза в отдаленном периоде у больных с острым коронарным синдромом, как наиболее распространенной патологии в структуре болезней системы кровообращения, является фибрилляция предсердий. Данное нарушение ритма сердца, как известно, имеет прямую корреляционную связь с возрастом, распространенность возрастает с 0,5% в 40-50 лет до 15-20% к 80 годам жизни [4]. Для фибрилляции предсердий у возрастных лиц характерно прогрессирующее течение с возникновением большого количества жизнеугрожающих осложнений – тромбоэмболических заболеваний, инсультов, когнитивных нарушений, сердечной недостаточности [1, 2, 4]. Таким образом, встает необходимость разработки тактики ведения таких пациентов, индивидуальных программ профилактики и реабилитации, учитывая достижения современной медицины [3].

Материал и методы. Проведен анализ лечения 62 больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий, проходивших лечение за 2018-2019 года. Пациентам была проведена медикаментозная антиаритмическая терапия, а также гибридная терапия

после хирургического вмешательства. Среди коморбидной патологии встречались: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда и инсульт (в анамнезе), хроническая сердечная недостаточность, хроническую болезнь почек, хроническая венозная недостаточность. Риск инсульта у больных оценивался на основании шкалы CHA2DS2-VASc. В качестве лечения использовались препараты группы бета-блокаторов (Бисопролол, Метапролол), новые пероральные антикоагулянты (Дабигатран, Ривароксабан), антагонисты витамина К, антиагреганты. Проводилась фармакологическая кардиоверсия антиаритмическими препаратами (Амиодарон, Флекаинид, Пропафенон). Лечение фибрилляции предсердий сопровождалось активным наблюдением, профилактикой и терапией сопутствующих заболеваний.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых преобладали женщины – 42 человека (67,7%), мужчин – 20 человек (32,3%). Средний возраст пациентов составил $70,3 \pm 4,2$ года. В ходе анализа результатов по шкале CHA2DS2-VASc исследуемые имели средний и высокий риск тромбоэмболических нарушений: от 3 до 5 баллов. В структуре коморбидной патологии гипертоническая болезнь встречалась у 98,3%, сахарный диабет 1 типа – 16%, сахарный диабет 2 типа – 21,2%, ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия – в 68%, кардиосклероз постинфарктный – 25,5%, острые нарушения мозгового кровообращения (в анамнезе) – 13,4%, хроническая сердечная недостаточность – 56,7%, хроническую болезнь почек – 74,5%, хроническая венозная недостаточность – 83,8%. Терапия антикоагулянтами, согласно европейским и отечественным клиническим рекомендациям, превосходит терапию антиагрегантами, с последующим увеличением продолжительности жизни больных с фибрилляцией предсердий. Среди исследуемых новые пероральные антикоагулянты (Дабигатран, Ривароксабан) принимали 29,5%, антагонисты витамина К (Варфарин) – 12,7%. Фармакологическая кардиоверсия была проведена 93,5%. Адекватность и эффективность к лечению определялась субъективными (самочувствием пациентов) и объективными данными.

Заключение. Использование индивидуального комплексного подхода в лечении коморбидных больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий, а также динамическое наблюдение за активностью сопутствующих заболеваний и мониторинг состояния систем организма позволяет достичь стойкой ремиссии, улучшения качества жизни пациентов. Обучение больных, их родственников навыкам самоконтроля, доходчивое и доступное информирование о состоянии здоровья помогает улучшить комплаентность пациентов с коморбидной патологией.

Список литературы

1. Дощицин, В. Л. Лечение фибрилляции предсердий у коморбидных пациентов пожилого и старческого возраста / В. Л. Дощицин, М. Х. Федорова // Consilium Medicum. – 2018. – № 20. – С. 47-54.
2. Остроумова, О. Д. Антикоагулянтная терапия в лечении больного с фибрилляцией предсердий с позиций коморбидности: фокус на выбор / О. Д. Остроумова, А. А. Зыкова, И. В. Голобородова // Медицинский совет. – 2018. – № 5. – С. 86-93.
3. Ткаченко, А. А. Государственная политика и национальный проект «Демография» / А. А. Ткаченко // Народонаселение. – 2018. – № 4. – С. 23-25.
4. Федорова, М. Х. Тактика антиаритмической терапии коморбидных больных пожилого и старческого возраста с пароксизмальной и персистирующей фибрилляцией предсердий / М. Х. Федорова, В. Л. Дощицин, А. В. Чапурных // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2018. – № 14. – С. 670-678.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Левыкина Е.С., Смоляков М.В.

Научный руководитель: Конопля Е.Н.

Курский государственный медицинский университет

Вопреки усилиям ученых, медицинских работников и ведомств управления здравоохранением, артериальная гипертензия в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, что обуславливает актуальность данной темы. Это объясняется как широким распространением данного заболевания, так и тем, что артериальная гипертензия является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Целью исследования является оценка качества жизни больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы: анкетирование, метод количественного и качественного анализа, теоретический анализ, статистический метод.

Результаты и обсуждение. На базе ОБУЗ «Курская городская больница № 6» было проведено анкетирование 20 больных гипертонической болезнью («Анкета оценки качества жизни» SF-36). В данной анкете содержатся вопросы, которые касаются взглядов людей на своё здоровье. Мной были обработаны все полученные данные и проанализированы ответы больных.

Большая часть опрошенных пациентов (80%) оценила, в целом, состояние своего здоровья как «посредственное», а оставшиеся (20%) – вовсе как «плохое». Никто из больных не мог дать своему здоровью «отличную» или «хорошую» оценку. При этом, оценивая своё здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад, большинство больных считают, что их здоровье стало несколько хуже, чем год назад (75%), 15% посчитали, что их здоровье не изменилось и ответили, что чувствуют себя примерно так же, как год назад [1].

В следующей группе вопросы были связаны с физическими нагрузками, которым больной подвергался в течение дня. Опрашиваемым был задан вопрос: «Ограничивает ли вас состояние вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных физических нагрузок? Если да, то в какой степени?» Никто из больных не ответил, что ни одна из видов нагрузок не ограничена в выполнении в связи с его заболеванием. Тяжёлые физические нагрузки, такие как бег, подъём тяжелых предметов, занятие силовыми видами спорта значительно ограничены из-за гипертонической болезни у 100% больных. Физические нагрузки средней интенсивности немного ограничены у 45% опрошенных, значительно ограничены у 40%, и совсем не ограничены лишь у 15% всех анкетированных. Гипертоническая болезнь у всех больных (100%) значительно ограничивает такие виды нагрузок, как подъём по лестнице на несколько пролётов, пройти расстояние в 2-3 квартала или более одного километра. Самостоятельно вымыться и одеться могут практически все больные (90%), гипертоническая болезнь совсем не ограничивает их в этом, лишь 10% немного ограничены в выполнении таких простых повседневных процедур.

Далее пациенту задавались вопросы о том, как его физическое и эмоциональное состояние за последние 4 недели повлияло на выполнение его работы или его обычной повседневной деятельности. Из-за физического состояния 90% больных были вынуждены сократить количество времени, которое затрачивается на выполнение работы, а из-за эмоционального – 80% пациентов. Физическое состояние повлияло на то, чтобы пациент выполнил меньше, чем хотел у 100% опрашиваемых людей, а из-за своего эмоционального состояния выполнили меньше необходимой работы 80% больных. Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно 75% анкетированных из-за физического и эмоционального состояния, связанного с гипертонической болезнью.

Также плохое состояние мешало пациентам проводить время с семьёй, друзьями, соседями, в коллективе: «сильно» 15% опрошиваемым, «очень сильно» - 5%, «умеренно» - 80% больных.

Следующая группа вопросов затрагивает то, как чувствовал себя больной и каким было его настроение в течение последних 4 недель. Из всех проанкетированных людей бодрым за это время чувствовали себя «редко» 70%, «иногда» - 25%, а 5% опрошенных ни разу не чувствовали себя бодрым за последние 4 недели. Большую часть времени нервничали 20% больных, «часто» находились в нервном состоянии 40% пациентов, «иногда» - 35% и «редко» нервничал всего 5% больных. Полными сил и энергии чувствовали себя «редко» 55% пациентов, «иногда» - 10%, а 35% опрошиваемых ни разу не чувствовали себя так за последние 4 недели. Большинство больных (65%) большую часть времени чувствуют себя измученными и практически всё время уставшими, а вот счастливыми, спокойными и умиротворёнными чувствуют себя «редко» 75% отвечавших на вопросы.

Выводы. Таким образом, исходя из результатов, полученных в ходе исследования, можно сделать вывод, что гипертоническая болезнь является одним из наиболее социально значимых заболеваний. Данное заболевание в значительной степени ограничивает людей в выполнении какой-либо работы, а также влияет на их психоэмоциональное состояние, в результате чего больные практически всё время находятся в состоянии стресса, что может ещё более пагубно сказаться на физическом состоянии. У человека с гипертонической болезнью образ жизни должен отличаться от образа жизни здорового человека, больные должны выполнять психологическую разгрузку, заниматься лечебной физкультурой, дыхательной гимнастикой и многим другим, что поможет улучшить качество жизни при гипертонической болезни [2].

Список литературы

1. Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Корнилов А.А. Состояние психоэмоционального статуса и качество жизни у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией в условиях реальной клинической практики // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». -2013. - №4. –С. 55-57.
2. Налётова О.С., Титиевский С.В., Белевцова Э.Л. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса //Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2018. -№3. –С. 4-9.
3. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечения артериальной гипертензии // Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. – 2010. – №3. – С. 5-6.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Левыкина Е.С., Смоляков М.В.

Научный руководитель: Грибовская И.А.

Курский государственный медицинский университет

Вопреки усилиям ученых, медицинских работников и органов управления здравоохранением, артериальная гипертензия в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено широким

распространением данной патологии и тем, что артериальная гипертензия является одним из наиболее важных факторов риска опасных сердечно-сосудистых заболеваний[1].

Целью исследования является анализ лекарственных препаратов, наиболее часто применяемых для фармакологической коррекции артериальной гипертензии.

Материалы и методы исследования: метод количественного и качественного анализа, теоретический анализ, статистический метод.

Результаты и обсуждение. На основе архивных данных ОБУЗ «Курская городская больница No 6» была отобрана группа больных с гипертонической болезнью. В ходе работы проанализировано 20 историй болезни. Результаты проведенного анализа были следующими: гендерные особенности изучаемой когорты пациентов представлены лицами женского пола (60%), в то время как мужчины составили 40%. Наиболее часто заболевание встречается у пациентов в возрасте 61-70 лет, что составило 70%. На втором месте по частоте встречаемости стоят возрастные группы 51-60 лет (15%) и 71-80 лет (10%). Реже всего гипертоническая болезнь была зафиксирована в группе больных в возрасте 41-50 лет всего 5% от общего числа исследуемых больных.

Практически у всех пациентов (90%) были выявлены такие сопутствующие заболевания как: гипертрофия миокарда левого желудочка, атеросклероз аорты, ангиопатия сетчатки и др. И лишь у 10% больных их не обнаружено.

Клинические формы гипертонической болезни были представлены следующим образом, 3 стадия 3 степень заболевания выявлена у 50% пациентов, а 3 стадия 2 степень у 20%. На 3 месте по частоте встречаемости 2 стадия 3 степень (20%), на последнем 2 стадия 2 степень (10%).

Во время проведения фармакологической коррекции артериальной гипертензии необходимо добиваться постепенного снижения артериального давления до целевых уровней. Количество препаратов, которое назначают больным, зависит от исходного уровня артериального давления и наличия сопутствующих заболеваний. На сегодняшний день применяются две стратегии лечения артериальной гипертензии: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением доз лекарственного средства при необходимости [2, 3].

Современная фармакологическая коррекция артериальной гипертензии осуществляется комбинациями различных групп препаратов согласно рекомендациям ВНОК [1].

Из всех препаратов, которые применялись при лечении артериальной гипертензии у отобранных нами больных, мы выбрали наиболее часто применяемые: ингибитор АПФ (каптоприл) и -адреноблокаторы (анаприлин). При лечении данными препаратами у 85% больных была достигнута нормотензия, в то время как у оставшихся 15% удалось снизить уровень артериальной гипертензии до 1 степени.

Пациенты с гипертонической болезнью занимают особую группу среди больных, так как их здоровье и лечение находится под огромным риском осложнений и новых поражений органов-мишеней. Поэтому следует более внимательно относиться к выявлению данных больных и особо тщательно отнестись к выбору лечения, индивидуально подбирая его для каждого пациента.

После проведения анализа выбранных препаратов «Каптоприл», «Анаприлин» можно смело сделать вывод о эффективности терапии данными лекарственными препаратами, что еще раз доказывает их успех в лечении пациентов с гипертонической болезнью.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что для лечения гипертонической болезни врач не может использовать только одну группу препаратов, так как наилучшего эффекта от лечения можно добиться, используя комбинации данных групп препаратов.

В ходе данного исследования были выявлены прямые достоверные связи между активностью лекарственных гипотензивных средств и качеством лечения гипертонической

болезни при применении данных препаратов. Практическая значимость данного исследования заключается в возможности использования полученных результатов в лечении артериальной гипертензии.

Список литературы

1. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечения артериальной гипертензии Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. 2010. N 3. С. 5-6.
2. Гридина С.А., Поветкин С.В., Анненкова О.В. Влияние различных вариантов комплексной антигипертензивной терапии на суточный профиль артериального давления у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». –2015. N 3. С. 16-21.
3. Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Коломиец В.И., Поветкин С.В. Фармакоэкономический анализ комбинированной фармакотерапии, реализуемой в амбулаторной практике у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017. N 3. –С. 19-24.
4. Бубнова, М. Г. Лечение пациентов с артериальной гипертензией и дополнительными факторами риска в клинической практике. Программа наблюдения «Прогноз» М. Г. Бубнова, Р. Г. Оганов ТЕРАПЕВТ. АРХИВ. 2009. Т. 81, N 9. С. 19-23. Библиогр.: с. 23.
5. Крюков, Н. Н. Артериальная гипертензия и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля Н. Н. Крюков, П. И. Романчук Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава. Самара Волга-Бизнес, 2007. 24 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Левыкина Е.С., Смоляков М.В.

Научный руководитель: Грибовская И.А.

Курский государственный медицинский университет

Вопреки усилиям ученых, медицинских работников и органов управления здравоохранением, артериальная гипертензия в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. Это обусловлено широким распространением данной патологии и тем, что артериальная гипертензия является одним из наиболее важных факторов риска опасных сердечно-сосудистых заболеваний[1].

Целью исследования является анализ лекарственных препаратов, наиболее часто применяемых для фармакологической коррекции артериальной гипертензии.

Материалы и методы исследования: метод количественного и качественного анализа, теоретический анализ, статистический метод.

Результаты и обсуждение. На основе архивных данных ОБУЗ «Курская городская больница No 6» была отобрана группа больных с гипертонической болезнью. В ходе работы проанализировано 20 историй болезни. Результаты проведенного анализа были следующими: гендерные особенности изучаемой когорты пациентов представлены лицами женского пола (60%), в то время как мужчины составили 40%. Наиболее часто заболевание встречается у пациентов в возрасте 61-70 лет, что составило 70%. На втором месте по частоте встречаемости стоят возрастные группы 51-60 лет (15%) и 71-80 лет (10%). Реже всего гипертоническая болезнь была зафиксирована в группе больных в возрасте 41-50 лет всего 5% от общего числа исследуемых больных.

Практически у всех пациентов (90%) были выявлены такие сопутствующие заболевания как: гипертрофия миокарда левого желудочка, атеросклероз аорты, ангиопатия сетчатки и др. И лишь у 10% больных их не обнаружено.

Клинические формы гипертонической болезни были представлены следующим образом: 3 стадия 3 степень заболевания выявлена у 50% пациентов, а 3 стадия 2 степень у 20%. На 3 месте по частоте встречаемости 2 стадия 3 степень (20%), на последнем - 2 стадия 2 степень (10%).

Во время проведения фармакологической коррекции артериальной гипертензии необходимо добиваться постепенного снижения артериального давления до целевых уровней. Количество препаратов, которое назначают больным, зависит от исходного уровня артериального давления и наличия сопутствующих заболеваний. На сегодняшний день применяются две стратегии лечения артериальной гипертензии: монотерапия и низкодозовая комбинированная терапия с последующим увеличением доз лекарственного средства при необходимости [2, 3].

Современная фармакологическая коррекция артериальной гипертензии осуществляется комбинациями различных групп препаратов согласно рекомендациям ВНОК [1].

Из всех препаратов, которые применялись при лечении артериальной гипертензии у отобранных нами больных, мы выбрали наиболее часто применяемые: ингибитор АПФ (каптоприл) и α -адреноблокаторы (анаприлин). При лечении данными препаратами у 85% больных была достигнута нормотензия, в то время как у оставшихся 15% удалось снизить уровень артериальной гипертензии до 1 степени.

Пациенты с гипертонической болезнью занимают особую группу среди больных, так как их здоровье и лечение находится под огромным риском осложнений и новых поражений органов-мишеней. Поэтому следует более внимательно относиться к выявлению данных больных и особо тщательно относиться к выбору лечения, индивидуально подбирая его для каждого пациента.

После проведения анализа выбранных препаратов «Каптоприл», «Анаприлин» можно смело сделать вывод о эффективности терапии данными лекарственными препаратами, что еще раз доказывает их успех в лечении пациентов с гипертонической болезнью.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что для лечения гипертонической болезни врач не может использовать только одну группу препаратов, так как наилучшего эффекта от лечения можно добиться, используя комбинации данных групп препаратов.

В ходе данного исследования были выявлены прямые достоверные связи между активностью лекарственных гипотензивных средств и качеством лечения гипертонической болезни при применении данных препаратов. Практическая значимость данного исследования заключается в возможности использования полученных результатов в лечении артериальной гипертензии.

Список литературы

1. Чазова И.Е., Ратова Л.Г., Бойцов С.А., Небиеридзе Д.В. Диагностика и лечения артериальной гипертензии Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. 2010. №3. С. 5-6.
2. Гридина С.А., Поветкин С.В., Анненкова О.В. Влияние различных вариантов комплексной антигипертензивной терапии на суточный профиль артериального давления у больных артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». –2015. N 3. С. 16-21.
3. Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Коломиец В.И., Поветкин С.В. Фармакоэкономический анализ комбинированной фармакотерапии, реализуемой в амбулаторной практике у

больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2017. N 3. –С. 19-24.

4. Бубнова, М. Г. Лечение пациентов с артериальной гипертонией и дополнительными факторами риска в клинической практике. Программа наблюдения «Прогноз» М. Г. Бубнова, Р. Г. Оганов ТЕРАПЕВТ. АРХИВ. 2009. Т. 81, N 9. С. 19-23. Библиогр.: с. 23.

5. Крюков, Н. Н. Артериальная гипертония и ее профилактика, лечение, диагностика и способы контроля Н. Н. Крюков, П. И. Романчук Минздравсоцразвития СО, ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава. Самара Волга-Бизнес, 2007. 24 с.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Лопатина И.К., Котова Ю.А., Страхова Н.В.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Артериальная гипертония (АГ) является не только заболеванием, но и ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, инсульт, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий), цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и почечных заболеваний (хроническая болезнь почек), а также смерти, чем, собственно говоря, и определяется ее чрезвычайно высокая индивидуальная значимость для каждого человека с повышенным АД. Медико-социальная значимость АГ определяется ее очень высокой распространенностью: по данным российских исследований около 40% взрослых имеют повышенное АД [1-3].

Основной целью исследования является изучение эффективности диспансеризации больных с АГ в ТОГБУЗ «Рассказовская ЦРБ» Поликлиника №1 за 2018 год

Материалы и методы. Основная цель диспансерного наблюдения (по сути дела — лечения) больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития осложнений АГ: фатальных и нефатальных ССЗ, ЦВБ и ХБП. Для достижения этой цели необходимо снижение АД до целевых уровней, коррекция всех модифицируемых ФР (курение, дислипидемии, гипергликемия, ожирение и др.), предупреждение/ замедление темпа прогрессирования и/или уменьшение выраженности (регресс) ПОМ, а также лечение имеющихся сердечно-сосудистых, цереброваскулярных и почечных заболеваний.

Целевым для всех категорий больных является уровень АД < 140/90 мм рт.ст. Исключение составляют больные АГ с сахарным диабетом, для которых целевой уровень АД < 140/85 мм рт.ст.

При плохой переносимости снижение АД рекомендуется в несколько этапов. На первом этапе АД снижается на 10-15% от исходного уровня за 2-4 недели с последующим возможным перерывом для адаптации пациента к более низким величинам АД. Далее темпы снижения АД определяются индивидуально, при этом необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых значений. Использование этапной (ступенчатой) схемы снижения АД с учетом индивидуальной переносимости позволяет достичь целевого уровня АД и избежать эпизодов гипотонии, с которыми связано увеличение риска развития ИМ и инсульта. При достижении целевого уровня АД необходимо учитывать нижнюю границу снижения: САД до 110-115 мм рт.ст. и ДАД до 70-75 мм рт.ст.

Следует особо подчеркнуть, что при достижении целевых значений уровня АД гипотензивная терапия не должна прерываться. Курсовое проведение терапии недопустимо.

Помимо терапевта, больные с ГБ должны регулярно осматриваться кардиологом, офтальмологом, неврологом и проходить определённый перечень лабораторных и инструментальных обследований, установленных стандартом.

Результаты исследования и их обсуждения. В ходе проведённой работы было выявлено, что охват диспансерного наблюдения пациентов с АГ в ТОГБУЗ «Рассказовская ЦРБ» Поликлиника №1 участок № 11 в 2018 году составил 53%.

В группе больных ГБ, находившихся на диспансерном наблюдении было 8 мужчин (22%) и 28 женщин (78%). Средний возраст группы составил 52 год. Средний уровень АД в группе 140/90 мм рт.ст. Пациенты данной группы наблюдались участковым терапевтом в соответствии с планом лечебно-оздоровительных мероприятий, регулярно сдавали ОАК, ОАМ на микроальбуминурию, Б/Х крови (креатинин, мочевиная кислота, ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, калий, натрий), выполняли ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ с определением ИММЛЖ, вели дневник своего АД, постоянно принимали гипотензивную терапию – эналаприл, лозартан, индапамид, амлодипин, бисопролол (95%). Регулярно осматривались кардиологом – 88% (определение возникновения сердечной патологии), офтальмологом - 76 % (осмотр глазного дна), неврологом – 61% (предупреждение ОНМК), нефрологом - 41% (при подозрении на патологию почек).

В группе больных ГБ, не проходивших ранее диспансеризацию было 12 мужчин (30%) и 28 женщин (70%) . Средний возраст группы составил 54 года. Средний уровень АД в группе 150/90 мм рт.ст. Пациенты данной группы обращались в поликлинику исключительно в случае острой боли, гипотензивную терапию принимали нерегулярно, бросали принимать лекарства после улучшения состояния. Постоянно гипотензивную терапию принимали только 11 человек (27%), при этом адекватную гипотензивную терапию принимали только 5 человек (12%).

Сравнивая показатели двух групп, определено, что ухудшение течения ГБ в группе больных, не проходивших диспансеризацию встречается в 6 раз чаще по сравнению с группой, находящейся под диспансерным наблюдением. Так же показатель временной нетрудоспособности работающих больных с ГБ выше в 3 раза во второй группе (первая группа – 5-10 дней, вторая группа – 15-30 дней).

Целевой уровень АД (140/80 мм рт.ст.) достигается и удерживается в 13 раз чаще в группе больных ГБ, проходивших диспансеризацию.

Количество госпитализаций по поводу ГБ в 4 раза выше в группе больных ГБ, не находящихся под диспансерным наблюдением (3:13 соответственно)

Выводы. По результатам проведённого исследования двух групп больных с ГБ можно оценить эффективность диспансерного наблюдения:

- адекватное диспансерное наблюдение больных ГБ, соответствующее установленным стандартам позволяет уменьшить число больных с ухудшением состояния, а также снизить количество случаев временной нетрудоспособности

- по результатам диспансерного наблюдения достижение целевого уровня АД было получено у 85% больных, что свидетельствует уменьшению числа госпитализаций пациентов с ГБ и первичному выходу на инвалидность.

Список литературы

1. Диспансерное наблюдение больных ХНИЗ и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации под редакцией Бойцова С.А., Чучалина А.Г. Москва 2014 год с.254
2. Клинические рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» 2016 год с.63

3. Приказ Минздрава России №1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения» от 21.12.12.

**ПРОБЛЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ В
КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)**

Маркина Е.В., Ворвуль А.О., Гонюкова О.В., Ермакова И.В.

Научный руководитель: Безгин А.В.

Курский государственный медицинский университет

Интерстициальный нефрит (ИН) или тубулоинтерстициальный нефрит – гетерогенная группа неспецифических поражений канальцев и интерстиция почек с последующим распространением воспалительного процесса на все структуры почечной ткани инфекционного, аллергического и токсического генеза, характеризуется острым или хроническим течением. ИН чаще характеризуется транзиторным течением, обусловленным прежде всего поражением тубулоинтерстициальной ткани вследствие гипоксии или отека интерстиция.

Однако у некоторых больных заболевание может иметь затяжной характер с уменьшением массы функционирующих канальцев и возникновением очагов склероза, некроза и развитием хронической почечной недостаточности. Общая частота ИН 0,7 на 100000 населения. По статистическим данным пункционной нефробиопсии острый тубулоинтерстициальный нефрит (ОТИН) встречается в 2,3-9% случаях, а хронический тубулоинтерстициальный нефрит в 1,8-2,5% случаях.

Цель: провести анализ распространенности ИН в нефрологическом стационаре БМУ «КОКБ» г. Курска, а также определение этиологических причин развития заболевания и его исходы.

Материалы и методы. В условиях нефрологического отделения, архива БМУ «КОКБ» был проведен ретроспективный анализ 94 историй болезней пациентов с ИН, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении БМУ «КОКБ» в 2016 и 2017 гг. Средний возраст всех пациентов выборки составил $56,37 \pm 1,21$ лет, в 2016 году – $59,72 \pm 1,64$ лет, в 2017 году – $53,02 \pm 1,57$ лет.

Среди исследуемых лиц преобладали женщины – 58 (61,7%), мужчин – 36 (38,3%): в 2016 году – женщин 26 (55,32%), мужчин – 21 (44,68%); в 2017 году – 15 мужчины (31,91%) и 32 женщины (68,09%)

В ходе анализа учитывались следующие показатели: клинический диагноз, пол, возраст, этиологические факторы и осложнения в виде почечной недостаточности.

Итоговая статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Office Excel 2013 и STATISTICA 10.0 (Statsoft) с использованием стандартных методов вариационной статистики, корреляционного и регрессивного анализа. Оценку достоверности различий между парными и независимыми выборками проводили с использованием t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Диагноз ИН был подтвержден у 94 пациентов. Возраст больных составлял $56,37 \pm 1,21$ года. Женщин было – 58 (61,70%), мужчин – 36 (38,30%). По данным показателям можно сделать вывод, что женщины болеют ИН чаще мужчин независимо от возраста.

Анализ формы заболевания показал, что ОТИН встречается намного чаще (64,89%), нежели хронический (34,02%). Показатели заболеваемости на 100000 населения в 2017г.:

острый – 3,03, хронический – 1,16 (общий показатель составил 4,19); для 2016г.: острый – 2,41, хронический – 1,79.

Анализ этиологических факторов выявил, что в 2017г. острый интерстициальный нефрит возник в результате действия таких факторов, как токсико-аллергического действия антибактериальных лекарственных препаратов (14 пациентов, 41,18%), вследствие токсико-аллергического действия нестероидных противовоспалительных средств (13 пациентов 38,24%), после отравления алкоголем (7 пациентов, 20,59%). В свою очередь хронический интерстициальный нефрит был вызван в 70,0% токсическим воздействием лекарственных средств, и в 30% случаев вызван сахарным диабетом.

Исходом ОТИН у большинства больных ($65 \pm 7\%$), была полная клиничко-лабораторная ремиссия, и это было расценено как выздоровление. В меньших случаях ($23 \pm 6\%$) заболевание приобрело хроническое течение, показатели СКФ оставались в пределах 60-90 мл/мин/1,73 м², наблюдались стабильные изменения в моче и в некоторых случаях железодефицитная анемия. В $8 \pm 4\%$ случаях функциональная способность почек не восстановилась, СКФ равнялось $37 \pm 5,4$ мл/мин/1,73 м² и заболевание приобрело прогрессирующий характер, что в некоторых случаях потребовало применения программного гемодиализа.

Выводы: 1. Проведенный ретроспективный анализ данных нефрологического отделения БМУ КОКБ не позволил в полном объеме выполнить эпидемиологическое исследование с регистрацией 94 случаев заболевания тубулоинтерстициальным нефритом за 2016 и 2017 гг; 2. Среди исследуемых больных тубулоинтерстициальным нефритом преобладали женщины – 58, мужчин – 36; 3. Анализ этиологических факторов ОТИН показал, что факторами провоцирующими ОТИН были: токсико-аллергическое воздействие антибактериальных препаратов в 28 случаях, из них на долю пенициллинов с β -лактамом 11 случаев, цефалоспорины с β -лактамом в 8 случаях, фторхинолоны 6 случая и 3 случая на долю рифампицина; токсико-аллергическое воздействие НПВП в 23 случаях; отравления алкоголем и бытовыми химикатами в 10 случаях; 4. Анализ этиологических факторов ХТИН показал, что токсико-аллергическое воздействие НПВП в 21 случаях; токсико-аллергическое воздействие антибактериальных препаратов в 9 случаях; сахарный диабет 2 типа в 3 случаях; 5. Исходом острого интерстициального нефрита у 39 больных, была полная клиничко-лабораторная ремиссия с выздоровлением. В 15 случаях заболевание приобрело хроническое течение и осложнялось ХПН 2 стадии. Также наблюдались стабильные изменения в анализах, а в 2 случаях присутствовала железодефицитная анемия. В случае 7 пациентов, функциональная способность почек не восстановилась и заболевание приобрело прогрессирующий характер, ХПН равнялась 3-4 стадиям. В 3 случаях потребовало применения программного гемодиализа (ХПН стадия 5).

Список литературы

1. Батюшин М.М., Дмитриева О., Терентьев В.П. Роль анальгетиков и не-стероидных противовоспалительных препаратов в развитии интерстициальных поражений почек // Нефрология и диализ. 2006. № 3. С. 239–244.
2. Батюшин М.М., Мационис А.Э., Повилайтите П.Е. и соавт. Клиноморфологический анализ лекарственных поражений почек при терапии нестероидными противовоспалительными препаратами // Нефрология и диализ. 2009. №1. С. 44-49.
3. Сигитова О.Н., Архипов Е.В. Тубулоинтерстициальный нефрит // Вестник современной клинической медицины. 2010. №3. С. 45-49.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫХ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Маркина Е.В., Ворвуль А.О., Руссу А.А.

Научный руководитель: Светый Л.И.

Курский государственный медицинский университет

Патология сердечно-сосудистой системы доминирует в структуре заболеваемости различных слоев и социальных групп населения. Среди болезней системы кровообращения гипертоническая болезнь (ГБ), наряду с ишемической болезнью сердца, занимает ведущее место и определяет высокий риск летальности, временной и стойкой нетрудоспособности. Многие годы БАБ рассматриваются в качестве препарата 1-го ряда при лечении артериальной гипертензии. Сегодня в мировой практике используется большая группа БАБ. Внедрение в клиническую практику новейших научных технологий позволяет провести у больных комплексную оценку состояния центральной и периферической гемодинамики, проводить суточный мониторинг АД, что делает возможным выбор наиболее рационального, научно обоснованного лечения и позволяет его индивидуализировать.

Цель: определение эффективности, сопоставление влияния и оценка безопасности кардиоселективных β -адреноблокаторов ацебутолола - с внутренней симпатомиметической активностью и метопролола - без внутренней симпатомиметической активности в терапии больных гипертонической болезнью.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 60 больных, страдающих гипертонической болезнью 1 и 2 стадии. Средний возраст составил $63,4 \pm 4,5$ лет. Все пациенты проходили обследование и лечение. Диагноз ГБ устанавливали после исключения вторичных форм АГ с помощью сбора анамнеза, физикального осмотра и данных лабораторных, ультразвуковых и радиологических методов обследования и лечения. Критериями исключения являлись клапанные пороки сердца, тяжелые эндокринные заболевания, бронхиальная астма, атриовентрикулярная блокада II-III степени, брадикардия (ЧСС < 50 уд/мин), недостаточность кровообращения III-IV класса (NYHA).

Методы обследования включали физикальный осмотр, измерение АД ручным манометром, измерение ЧСС, регистрацию ЭКГ, Холтеровское мониторирование. Для статистической обработки полученных данных использовались программное обеспечение MS Excel 2013 и STATISTICA 10.0

Результаты и их обсуждение. В качестве группы контроля обследовано 20 здоровых лиц (10 женщин и 10 мужчин, средний возраст $45,7 \pm 7,2$ лет), не имевших в анамнезе и на момент исследования данных за гипертоническую болезнь и другие заболевания сердечнососудистой системы, им проводилось однократное суточное монитерирование АД.

Монотерапия ацебутололом была эффективной у 86,6% больных, из них у 76,6% отмечались отличный и хороший эффекты. Для метопролола эффективность монотерапии составила 80%, из них отличный и хороший эффект отмечали у 66,6% больных. Для достижения диастолического АД, равного 85 мм.рт.ст., потребовалась комбинация с мочегонными препаратами (гидрохлортиазидом в дозе 12,5-25 мг ежедневно). Комбинированное лечение проводилось у 13,4% больных, леченных ацебутололом, и у 20%, леченных метопрололом.

В проделанной работе выявлен значительный антигипертензивный эффект как ацебутолола, так и метопролола. Измерение артериального давления стандартным ручным методом через 4, 8 и 12-ти недель лечения выявило сходную динамику АД в виде достоверного ($p < 0,05$) снижения систолического АД ацебутолол снижал на 11% к 4-й

неделе, на 13,9% к 8-й неделе, на 14,9% к 12-й неделе, метопролол на 11,8%, 12,5% и 15,4% соответственно и диастолического давления ацебутолол снижал на 10,3% к 4-й неделе, на 13,8% к 8-й неделе и 15,6% к 12-й неделе, метопролол соответственно - на 9,1%, 10,3% и 13,4%.

Отчетливый гипотензивный эффект проявлялся уже к 4-й неделе лечения с максимумом выраженности к 12-й неделе. Ацебутолол в чуть большей степени влиял на диастолическое давление, хотя достоверных отличий получено не было.

В исследовании было подтверждено отрицательное хронотропное действие препаратов. Метопролол урежал ЧСС в большей степени (на 14,2% к 4-й неделе, 15,6% к 8-й и на 18,5% к 12-й), чем ацебутолол (6,4%-7,1%-9,9% соответственно), различие достоверно ($p < 0,05$).

Сравнение показателей суточного мониторирования АД подтвердило, что оба препарата обладают выраженным антигипертензивным эффектом. Влияние на среднесуточное систолическое АД было одинаково у обоих лекарств (ацебутолол снижал САД на 10,7%, метопролол - на 11%). Ацебутолол несколько в большей степени понижал диастолическое АД (на 11,1%), в то время как метопролол - на 9,3% (без достоверного отличия).

Выводы: 1. Кардиоселективные БАБ ацебутолол (с внутренней симпатомиметической активностью) в суточной дозе 400 мг и метопролол (без внутренней симпатомиметической активности) в суточной дозе 100 мг являются высокоэффективными и безопасными антигипертензивными средствами у больных ГБ I и II стадии с гиперкинетическим типом центральной гемодинамики. Монотерапия ацебутололом была эффективной у 86,6% больных, для метопролола эффективность монотерапии составила 80%;

2. По данным суточного мониторирования АД к концу 12-недельного лечения ацебутололом и метопрололом выявлено достоверное снижение среднего систолического и диастолического АД за сутки, день и ночь. Метопролол преимущественно действует на дневное систолическое АД, ацебутолол выраженнее влияет на ночное диастолическое АД. Оба препарата в равной степени уменьшали вариабельность АД, «нагрузку давлением», при этом, существенно не изменяя естественного циркадного ритма колебаний АД;

3. Оба препарата достоверно снижали частоту сердечных сокращений. Ацебутолол в меньшей степени, чем метопролол урежает ЧСС ($p < 0,05$), что обусловлено наличием у этого БАБ внутренней симпатомиметической активности.

Список литературы

1. Светый Л. И. Комбинированная антигипертензивная терапия: исследование гипотензивной эффективности и метаболической безопасности // Здоровье и образование в XXI веке. 2011. №4. С. 403-404.
2. Жернакова Ю. В., Чазова И. Е. Роль β -адреноблокаторов в лечении артериальной гипертензии: что мы знаем сегодня? // Системные гипертензии. 2015. Т. 12, №1. С. 10-18.
3. Остроумова О. Д., Фомина В. М. Применение бета-блокаторов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний: фокус на метопролол // Медицинский совет. 2015. №. 12. С. 72-77.

АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Милакова А.С., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Анемия – клинико-лабораторный синдром, представляющий собой проявление различных заболеваний, имеющих разную эпидемиологию и патогенез. Анемия во многом определяет тяжесть течения, прогноз заболевания и встречается в практике любого врача, в том числе врача участкового терапевта. Однако судить о частоте встречаемости анемии в реальной практике невозможно, так как зачастую анемия является осложнением, а статистический учет ведется по основному заболеванию. По данным литературных источников анемию имеет каждый пятый пациент и в настоящее время данный синдром остается важной медико-социальной проблемой [1,2].

Цель исследования: оценка распространенности анемического синдрома у амбулаторного пациента, выявление преобладающей степени анемии, ее причину, средний возраст данных больных и гендерное преобладание.

Материалом для исследования послужили медицинские карты 205

амбулаторных больных (ф. 025/у – 04) врачебного терапевтического участка № 7. Учетные признаки – анемический синдром. У всех больных диагностировалась анемия при уровне гемоглобина (Hb) у мужчин менее 130 г/л и у женщин менее 120 г/л.

Результаты: из 205 амбулаторных карт участка №7 (с. Ямное Рамонского района) выявлено 32 пациента с анемическим синдромом в анамнезе. Гендерный состав среди больных: 21 женщина (65.6%) и 11 мужчин (34,4%).

Среди этих больных с анемией легкой степени тяжести (Hb>90 г/л) 19 человек (59.3%): из них 14 женщин и 5 мужчин (43,6% и 15,7% соответственно)

Среди больных с анемией средней степени тяжести (Hb 90-70 г/л)

9 человек (28,1%) : из них 5 женщин и 4 мужчины (15,6% и 12,5% соответственно)

Среди этих больных с анемией тяжелой степени тяжести (Hb<70 г/л) 4 человека (12,5%) : из них 2 женщины и 2 мужчины (6.25% и 6.25% соответственно)

Средний возраст пациентов составил $46,1 \pm 10,9$ лет.

Причины анемического синдрома среди женщин:

- 1) гинекологические заболевания – 42,8%;
- 2) онкологические заболевания – 19,04%;
- 3) Заболевания ЖКТ – 14,2%;
- 4) ХСН – 14,2%;
- 5) анемия неизвестной этиологии – 9,5%;

Причины анемического синдрома среди мужчин:

- 1) онкология (ЖКТ) – 45,5%;
- 2) ХСН – 36,3%.
- 3) ХОБЛ – 18,2%

Среди 32 пациентов 9 больных не получают адекватной терапии. Оставшаяся часть принимает препараты для лечения анемии:

Феррум–лек в/м и per os – 50%;

Ферро–фольгамма – 20,5%;

Тотема – 17,5%;

Сорбифер – 6,0%;

Тардиферон – 6,0%.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Распространенность анемического синдрома в амбулаторных условиях у обследованных лиц составила 15,6%.

2. Легкая степень тяжести анемии преобладает у большей части больных.

3. Женщин с анемическим синдромом оказалось в несколько раз больше, чем мужчин.

4. Наиболее частая причина анемии у женщин является гинекологического характера, у мужчин – онкология ЖКТ

5. Адекватную терапию получают далеко не все больные.

Практические рекомендации: необходимо проводить ежегодную диспансеризацию населения для раннего выявления таких больных, выбора адекватной терапии и своевременного перевода на госпитальный этап; при сборе анамнеза, в частности у женщин, обращать внимание на гинекологический анамнез, ежегодный осмотр гинеколога.

Список литературы

1. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии // Медицина – 2013. - №3. – т.С. 190-195.
2. Тарасова И.С., Чернов В.М., Лаврухин Д.Б., Румянцев А.Г. Становление менструальной функции как фактор риска развития анемии // Гематология и трансфузиология. — 2010. — Т. 55, № 4. — С. 3—7.

БОЛЕЗНЬ МАРКЪЯФАВЫ-МИКЕЛИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мириева Г.Д., Страхова Н.В., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) – редкое приобретенное клональное заболевание крови, характеризующееся хроническим внутрисосудистым гемолизом, костномозговой недостаточностью, тромбозами, нарушением функции почек и другими тяжелыми клиническими синдромами [1].

Заболеваемость не превышает 1,5-2 случаев на 1 млн популяции в год.

В патогенезе ведущую роль играет соматическая мутация гена PIG-A, который нарушает синтез гликозилфосфатидилинозитола, осуществляющий фиксацию на клеточной мембране ряд белков, в том числе CD55 и CD-59. Данные белки отвечают за комплемент-опосредованный лизис. В результате чего клетки крови становятся чувствительны к лизису, в особенности эритроциты. Также активация комплемента косвенно стимулирует агрегацию тромбоцитов и повышает свертываемость крови. Этим и объясняется склонность к тромбозам.

Золотым стандартом, позволяющий выявить клетки с дефицитом GPI-AP, является метод проточной цитометрии. Наиболее информативно определение дефицита на гранулоцитах, что позволяет поставить точный диагноз [2].

Выделяют три варианта лечения данной патологии: симптоматическая терапия, трансплантация костного мозга и таргетная терапия. Симптоматическая терапия включает в себя назначение фолиевой кислоты, витамина B12, препаратов железа, антикоагулянтов, трансфузии препаратов крови, иммуносупрессоров. Аллогенная трансплантация костного мозга, являясь единственным радикальным методом лечения болезни, сопряжена с высоким риском летальности.

Таргетная терапия - использование Экулизумаба, гуманизированного моноклонального антитела к C5 компонентов комплемента, препятствующего расщеплению C5 на C5a и C5b. Применение Экулизумаба приводит к значительному улучшению качества жизни пациента.

Клинический случай

Мужчина, 26 лет, обратился поликлинику по месту г. Воронежа по месту жительства с жалобами на постоянную выраженную слабость, головокружение, темный цвет мочи, желтушность кожных покровов. Болен с августа 2008 г., когда впервые появились вышеперечисленные жалобы. При обследовании выявлена анемия с гемоглобином – 60 г/л. Поставлен предварительный диагноз – железодефицитная анемия. Проводилось лечение препаратами железа, но уровень гемоглобина сохранялся сниженным (55 г/л). Было произведено в/м введение феррум-лек 1,0, что привело к развитию тяжелого гемолитического криза. В стационаре проводилась терапия преднизолоном, заместительная гемокомпонентная терапия. Гемолитические кризы продолжались. В феврале 2009 г. пятикратно вводился препарат Мабтера (ритуксимаб) на фоне плазмафереза с последующей трансфузией эритроцитарной взвеси, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами с положительным эффектом. Однако, через 4 месяца (в июле 2009 года) состояние снова ухудшилось, в связи с чем был направлен в ГНЦ РАМН. При обследовании обнаружено: анемия, тромбоцитопения, ретикулоцитоз, высокий уровень ЛДГ до 4665 ед/л (норма до 250 ед/л). Проба Кумбса: дважды отрицательная. При анализе пунктата костного мозга: умеренно клеточный. Трепанобиопсия выявила картину дизэритропоэза.

На основании полученных данных поставлен предварительный диагноз: ПНГ. В дальнейшем выполнялась заместительная гемокомпонентная терапия. С марта 2010 года интервал между трансфузиями сократился с 3-4 недель до 1 недели.

В августе 2011 г. прошел обследование в ФГУ ГНЦ г. Москва, для коррекции лечения. Отмечено ухудшение, сопровождавшееся тяжелой анемией (снижение гемоглобина до 36 г/л).

При трепанбиопсии выявлено раздражение эритропоэза, заметное сужение гранулоцитопоэза. На УЗИ брюшной полости – спленомегалия.

Только в феврале 2014 года было проведено тестирование на ПНГ-клон: эритроциты: тип II (частичная недостаточность CD59)- 1,9%; тип III (полное отсутствие CD59) - 47%; гранулоциты: FLAER-/CD24-96,5%; моноциты: FLAER-/CD14-99,7%. Обследование подтвердило диагноз: Пароксизмальная ночная гемоглобинурия, классическая форма. Хронический внутрисосудистый гемолиз. Анемия тяжелой степени. Трансфузионная зависимость.

В настоящее время у больного также подтвержден диагноз хронического вирусного гепатита С минимальной активностью (Anti-HCV +), что, вероятно, является следствием частых гемотрансфузий.

С учетом тяжелого течения заболевания, в 2015 г. больному по жизненным показаниям было назначено лечение Солирисом (Экулизумабом) – 600 мг 1 раз в неделю в течение 4-х недель. Динамика состояния здоровья улучшилась (нормализация ЛДГ и билирубина, повышение уровня гемоглобина до 100 г/л, купирование гемолиза). Эффект сохраняется на фоне поддерживающей терапии 900 мг в/в кап 1 раз в 14 дней. Проведение аллогенной трансплантации костного мозга не показано.

Сложность диагностики пароксизмальной ночной гемоглобинурии обловили данную ситуацию, когда диагноз был верифицирован, лишь когда уже развилась тяжелая гемолитическая анемия и трансфузионная зависимость. Назначение таргетной терапии рекомбинантного гуманизированного моноклонального антитела — к-иммуноглобулина (IgG2/4k) Экулизумаба позволяет эффективно снижать внутрисосудистый гемолиз (активность ЛДГ) и, как следствие, уменьшить выраженность анемии, стабилизировать уровень гемоглобина и снизить потребность в гемотрансфузиях.

Список литературы

1. Кулагин, А.Д. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению пароксизмальной ночной гемоглобинурии / А.Д. Кулагин, И.А. Лисуков, В.В. Птушкин, Е.Р. Шилова, Н.В. Цветаева, Е.А. Михайлова // Онкогематология. – 2014. - № 2. – С. 20-28.
2. Вопросы современной проточной цитометрии. Клиническое применение. // Под ред. Хайдукова С.В., Зурочки А.В. Челябинск. Издательство «Челябинская государственная медицинская академия». 2008, 196 С.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Миронова Я.А., Котова Ю.А., Краснорущая О.Н.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Актуальность и значимость выбранной темы обусловлена сложным характером синдрома эмоционального выгорания, а также большим количеством мнений по причинам и проявлениям данного синдрома. Медицинский персонал является наиболее многочисленным по составу, который принимает на себя наибольшую нагрузку в ходе выполнения своих профессиональных обязанностей [1].

Согласно определению ВОЗ «Синдром перегорания – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных средств с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физической зависимости и (во многих случаях) суицидального поведения [2,3].

Целью работы является: рассмотрение теоретических и практических вопросов эмоционального выгорания у медицинских работников и предложение мер профилактики данного синдрома.

Задачи исследования:

1. Провести диагностику эмоционального выгорания участковых врачей-терапевтов БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника №10» и Поликлиника №8 по следующим группам: стаж работы до 3х лет (6 человек) и более 3х лет (9 человек); мужчины (5 человек) и женщины (10 человек); возраст до 35 лет (7 человек) и старше 35 лет (8 человек).

2. Разработать программу профилактики эмоционального выгорания участковых врачей-терапевтов.

Материалы и методы: исследование проводилось среди участковых врачей-терапевтов БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника №10.» Поликлиника №8. Было обследовано 15 участковых врачей-терапевтов (10 лиц женского пола и 5 мужчин). Возраст обследуемых варьировал от 25 до 65 лет (средний возраст 28,5 лет). Минимальный стаж работы среди опрошенных составлял 1 год, а максимальный – 38 лет. Формирование СЭВ изучалось с помощью опросника MBI (Maslach Burnout Inventory). В зависимости от набранных баллов выделялось три степени эмоционального истощения (низкий уровень – 0 – 15, средний уровень – 16 – 24, высокий уровень – 25 и больше), деперсонализации – (низкий уровень – 0 – 5, средний уровень – 6 – 11, высокий уровень – 11 и больше) и редукция профессионализма (высокий уровень – 30 и меньше, средний уровень – 31 – 36, низкий уровень – 39 баллов и больше).

Результаты исследования. Средний уровень эмоционального истощения у лиц со стажем до 3х лет составил 17,4 балла (средний уровень); со стажем более 3х лет – 26,5

(высокий); у мужчин- 20,1 (средний); у женщин- 27,7 (высокий); в возрасте до 35 лет-25,7 (высокий); старше 35 лет-28,9 (высокий).

Уровень деперсонализации в среднем составил: у лиц со стажем до 3х лет-7,3 балла (средний уровень); со стажем более 3х лет – 14,6 (высокий); у мужчин- 12,1 (средний); у женщин- 17,4 (высокий); в возрасте до 35 лет-13,2 (высокий); старше 35 лет-17,1 (высокий).

Уровень профессиональной редукции в среднем составил: у лиц со стажем до 3х лет- 41 балл (низкий уровень); со стажем более 3х лет – 19,4 (высокий); у мужчин- 33,4 (средний); у женщин- 32,5 (средний); в возрасте до 35 лет-31,2 (средний); старше 35 лет-30,1 (высокий).

Программа профилактики эмоционального выгорания участковых врачей-терапевтов:

- 1) Увеличение времени приёма 1 больного с 12мин до 20 мин.
- 2) Создание закона, который защитит врача от грубости и хамского поведения пациента.
- 3) Сделать официальный перерыв 30 минут в графике работы участкового врача-терапевта.
- 4) Создать в поликлинике комнату релакса для медицинского персонала, а также кабинет психолога.
- 5) Создать стандарты, регламентирующие причины вызова врача на дом.
- 6) Обеспечить врачу комфортный способ посещения пациента на дому (дежурная машина).

Выводы. Таким образом, на основании результатов проведенного исследования, необходимо отметить, что СЭВ подвергаются все участковые врачи-терапевты, независимо от стажа работы, пола и возраста. Следовательно, проведение профилактики возникновения СЭВ у участковых врачей-терапевтов необходимо. При этом профилактические мероприятия должны носить регулярный и комплексный характер.

Список литературы

1. Куташов В.А. Аналитическое исследование синдрома эмоционального выгорания / Куташов В.А. // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – Т.14, №2. – С. 295 – 299.
2. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности А. В. Молокоедов, И. М. Слободчиков, С. В. Удовик. 2018
3. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты Чутко Л.С. Козина Н.В. 2015

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Муслимова В.К.

Научный руководитель: Нуртдинова Г.М.

Бакирский государственный медицинский университет

Аллергия на антибиотики является одним из видов лекарственной аллергии. Главным патогенетическим механизмом лекарственной аллергии является повышенная иммунологическая реактивность (гиперчувствительность), выражающаяся в гиперпродукции отдельных факторов системы иммунитета: антител определенных классов (нередко IgE), сенсibilизированных Т-лимфоцитов, интерлейкинов и других

медиаторов, выделяемых лейкоцитами. [4] Лекарственная аллергия (ЛА) – это повышенная чувствительность организма к лекарственному средству (ЛС), в развитии которой участвуют иммунные механизмы [3]. Клинические проявления ЛА вариабельны и могут затрагивать практически все органы и системы и различаться у больных только преимущественным поражением той или иной системы: кожи, органов дыхания, кровообращения, пищеварительного тракта и гепатобилиарной, мочевыделительной, нервной системы [1].

В последние годы в связи с успехами фармакологии и созданием большого числа новых лекарственных средств (ЛС), применение и злоупотребление ЛС возрастает. В связи с этим увеличивается и число осложнений лекарственной терапии. Рост этих осложнений также связан с изменением аллергической реактивности, приводящей к увеличению аллергопатологии. [5]. Наиболее часто лекарственная аллергия возникает на применение антибактериальных препаратов.

Клинические проявления аллергии на антибактериальные препараты варьируются в широких пределах по типу, тяжести реакций и локализации поражения. Тип и клинические проявления иммунологического ответа зависят от применяемого препарата, природы заболевания, по поводу которого проводится лечение, иммунного статуса пациента и ряда других факторов. [6].

Риск анафилаксии при назначении пенициллина составляет около 0,01%, а летальные исходы возникают с частотой 1 на 100 000 курсов терапии пенициллином [7].

Цель исследования: изучить основные клинические проявления аллергии на антибактериальные препараты.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с реакциями на лекарственные препараты, находившихся на стационарном лечении в аллергологическом отделении ГКБ№21,г. Уфы с 2013-2019 гг.

Результаты и обсуждение: Проанализировано 217 историй болезней с аллергией на лекарственные препараты, среди которых женщин - 153 чел. (70,5%), мужчин - 64 чел. (29,5%). В анамнезе указывают аллергию на лекарственные препараты 123 чел. (56,7%), отрицают - 94 чел. (43,3%). Средний возраст пациентов составляет 48,7±1 лет. ЛА на лекарственные препараты (ЛП) проявлялась в виде следующих клинических форм: анафилактический шок – 50 чел. (23,04%), генерализованные эритематозные высыпания – 50 чел.(23,04%), острая генерализованная крапивница – 39 чел. (17,9%), геморрагический васкулит – 21 чел. (9,7%), атопический дерматит – 18 чел. (8,3%), многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона - 10 чел. (4,6%), отек Квинке в сочетании с генерализованной крапивницей – 8 чел. (3,7%), распространенный дерматит – 7 чел.(3,2%), многоформная экссудативная эритема – 6 чел. (2,7%), отек Квинке - 6 чел. (2,7%), многоформная неэкссудативная эритема, фиксированная эритема по 1 чел. (0,46%). Причиной аллергических реакций являются следующие антибактериальные химиотерапевтические средства:

- Пенициллины: амоксициллин – 34 чел. (15,7%), амоксициллин + клавулановая кислота – 19 чел. (8,75%);
- Цефалоспорины: цефтриаксон – 97 чел. (44,7%), цефотаксим – 4 чел.(1,8%), цефиксим – 3 чел. (1,4%), цефазолин – 1 чел. (0,5%);
- Хлорамфеникол (левомицетин) – 15 чел. (6,9%);
- Макролиды: азитромицин – 4 чел. (1,8%), кларитромицин – 2 чел.(0,9%), джозамицин – 1 чел. (0,5%);
- Фторхинолоны: ципрофлоксацин – 11 чел.(5,1%), норфлоксацин, левофлоксацин по 2 чел. (0,9%), ломефлоксацин, моксифлоксацин по 1 чел. (0,5%);
- Тетрациклины: тетрациклин – 3 чел.(1,4%), доксициклин – 2 чел. (0,9%);
- Линкозамиды: линкомицин – 2 чел.(0,9%);

- Сульфаниламиды: ко-тримоксазол – 3 чел.(1,4%), сульфадиметоксин – 2 чел. (0,9%), сульфасалазин – 2 чел.(0,9%), сульфатиазол серебра – 1 чел. (0,5%);
- Производные 5-нитроимидазола: метронидазол, орнидазол по 1 чел. (0,5%);
- Нитрофураны: нитрофурантоин, нифурател, фурациллин по 1 чел. (0,5%);

Выводы:

1. Аллергии на антибиотики чаще подвержены женщины (70,5%), чем мужчины (29,5%).
2. Наиболее распространенными клиническими проявлениями аллергии являются: анафилактический шок, острая генерализованная крапивница, атопический дерматит.
3. Причиной аллергических реакций чаще всего являются антибиотики группы цефалоспоринов, пенициллинов, хлорамфеникол, фторхинолоны.

Список литературы

1. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я. 2012. Клиническая аллергология и иммунология с основами общей иммунологии: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 640 с.
2. Нуртдинова Г.М., Галимова Е.С. //Анализ структуры лекарственной аллергии по данным аллергологического отделения ГКБ №21. Международный научно-исследовательский журнал №5(36), июнь 2015 часть 4, - С. 71-72
3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению лекарственной аллергии. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ): Москва 2014 г.
4. Грознова И.Е., Сычев Д.А., Бердникова Н.Г., Чикало А.О. // Генетические предикторы лекарственной аллергии на бета-лактамы антибиотики. Биомедицина №1. 2013 г., - С. 123-130
5. Ибодуллаева Ш.Ю., Артикова М.А., Ахмедов К.Х.// Проблемы лекарственной аллергии. Современные инновации № 1(3), 2016 г., - С.46-48
6. Gruchalla R., Pirmohamed M. Clinical practice. Antibiotic allergy. N. Engl. J. Med., 2006, 354 (6), 601-609.
7. Granowitz E., Brown R. Antibiotic adverse reactions and drug interactions. Crit. Care Clin., 2008, 24, 421-442.

ИЗУЧЕНИЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Охунжонова Ш.С., Саипова Д.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Артериальная гипертензия является одной из наиболее частых причин ремоделирования сердца, которое способно адаптироваться к длительной артериальной гипертензии (АГ) с развитием гипертрофий левого желудочка (ГЛЖ). В соответствии с образцом компенсаторного ответа толщина стенки ЛЖ должна увеличиться пропорциональному уровню АГ для поддержания нормального миокардиального стресса в виде гипертрофии миокарда левого желудочка и повышенное содержание интерстициального коллагена. В связи с этим представляется важным исследование направленные на изучение влияния гипертонической болезни (ГБ) на процессы ремоделирования левого желудочка.

Цель: Изучение ремоделирование левого желудочка сердца при гипертонической болезни

Методы исследования: Анамнез, клиническое обследование, эхокардиография.

Исследование включало в себя пациентов с ГБ, которые были разделены на три группы в соответствии с уровнем АД. Возраст обследованных больных колебался от 45 до 60 лет. Эхокардиографию проводили на аппарате Toshiba SSH-60A (Япония), измерение выполнялись в стандартных эхокардиографических позициях в М-модальном и двухмерном режимах. Нормальной геометрией левого желудочка считали показатели с относительной толщиной стенок ЛЖ (ОТС) менее 0,45 и нормальным индексом массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), концентрическое ГЛЖ диагностировали при ОТС более 0,45 и увеличенном ИМЛЖ, эксцентрическую ГЛЖ – при ОТС менее 0,45 и увеличенном ИММЛЖ.

Полученные результаты: Были изучены особенности ремоделирования ЛЖ у 20 пациентов с ГБ, среди них 18 мужчин и 12 женщин. Средний возраст больных $\pm 52,5$. В первой группе с уровнем АД 1 степени ремоделирование по эксцентрическому типу встретилась у 4 пациентов из 10, у остальных была нормальная толщина стенок и ИММЛЖ. Во второй группе у пациентов с уровнем АД 2 степени ремоделирование по эксцентрическому типу встретилась у 3 пациентов из 10, у 6 пациентов было обнаружена концентрическое ГЛЖ. В третьей группе эксцентрическая ГЛЖ встречалась у 4 пациентов из 10, а у остальных выявили концентрическое ГЛЖ.

Вывод: Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что структурные и функциональные изменения, возникающие в сердце при АД, являются компенсаторной реакцией в ответ на высокое артериальное давление. Проведена оценка анатомического и гемодинамического состояния сердца при ГБ, выявлены эхокардиографические параметры, определяющие индивидуальный риск сердечно-сосудистых осложнений у пациента с ГБ и выбора оптимальной индивидуальной программы медикаментозного и немедикаментозного воздействия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЮПЕРИО И ИНГИБИТОРОВ АПФ У БОЛЬНЫХ С ДКМП, ОСЛОЖНЁННОЙ ХСН

Панагов З.Г., Габараев Г.М.

Научный руководитель: Астахова З.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – одно из самых грозных, прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечной мышцы, приводящее к развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН) и нарушениям ритма и проводимости. ДКМП – самая распространённая форма кардиомиопатий (более 60%), которая встречается с частотой от 3-5 до 11-13 случаев на 100 000 населения [1].

Несмотря на большой прогресс в области диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, чётких критериев, позволяющих установить диагноз ДКМП на ранних стадиях, нет. В большинстве случаев ДКМП диагностируется только при развитии ХСН, на лечение которой и будет направлена терапия. Прогноз у больных с ХСН весьма неблагоприятный: смертность за 5-летний период при любом ФК составляет 50% среди мужчин и 46% среди женщин [2]. Клиническая картина ХСН весьма субъективна, а рутинные методы (рентгенография, ЭКГ, Эхо-КГ) имеют ряд существенных недостатков. В настоящее время в практику введена оценка натрийуретических пептидов (NT-proBNP), напрямую связанных с прогнозом и выживаемостью больных с ХСН: чем он выше, тем тяжелее недостаточность.

Краеугольным камнем в лечении ХСН уже несколько десятилетий являются ингибиторы АПФ, которые достоверно снижают смертность больных на 16% у пациентов

с лёгкой и умеренной недостаточностью [3]. При развитии нежелательных явлений при приёме препаратов этой группы (главным образом сухого кашля), рекомендована их замена блокаторами ангиотензиновых рецепторов. Последние несколько лет в клиническую практику внедрён препарат Юперо, состоящий из ингибитора неприлизина сакубитрила и блокатора ангиотензинового рецептора валсартана.

Цель исследования: сравнить эффективность препарата Юперо и ингибиторов АПФ у больных с ДКМП, осложнённой ХСН на фоне по уровню NT-proBNP и величине гемодинамических показателей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 32 пациентов (21 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 34 до 78 лет с длительностью заболевания 2-4 года. Осуществлялась оценка клинического состояния и выявлены основные жалобы больных ДКМП: одышка при незначительной физической нагрузке (93,7%), резкая общая слабость (96,8%), ощущение сердцебиения (65,6%), «перебои» в работе сердца (56,2%), отёки на ногах (68,7%), периодические боли в области сердца различного характера и интенсивности (59,4%). Помимо общеклинического было проведено электрокардиографическое исследование. На ЭКГ у большинства обследованных имелись различные нарушения ритма и проводимости: экстрасистолия – у 62,5%, фибрилляция предсердий – у 28,1%. У 84,4% больных выявлены признаки гипертрофии левого желудочка.

Осуществлялась оценка центральной гемодинамики по показателям эхокардиографии: фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), фракции укорочения левого желудочка (ФУ ЛЖ), конечного систолического (КСР) и диастолического (КДР) размеров, конечного систолического (КСО) и конечного диастолического (КДО) объёмов, толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) и задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ). Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) вычислялась по формуле: $ММЛЖ = 0,8 \cdot (1,04 \cdot ((МЖП + КДР + ТЗСЛЖ)^3 - КДР^3)) + 0,6$. Отмечено увеличение размеров левого желудочка: КДР (73,1 мм), КСР (59,2 мм), а также снижение показателей сократительной способности миокарда левого желудочка: ФВ (30,3%) и ФУ (14,5%). Увеличения толщины ЗСЛЖ и МЖП не выявлено (10,3 и 10,2 соответственно). При этом наблюдалось увеличение иММЛЖ (153,8). Признаки кардиомегалии были подтверждены рентгенологическим исследованием. У 31 больных (96,8%) было диагностировано расширение сердечной тени.

Степень тяжести ХСН устанавливалась также по уровню NT-proBNP, средний уровень которого у больных при поступлении составил 2151 пг/мл.

Все больные были разделены на группы в соответствии с классификацией Нью-йоркской ассоциации сердца (NYHA): ХСН II ФК – 18,7%, ХСН III ФК – 43,8%, ХСН IV ФК – 37,5%. 50% принимали ингибиторы АПФ (Эналаприл, Лизиноприл), другие 50% – препарат Юперо.

Результаты исследования. На фоне терапии ингибиторами АПФ интенсивность одышки снизилась у 68,7% больных, а ФВ повысилась в среднем на 6,3%. Снижение уровня NT-proBNP к моменту выписки составило 22%. При этом у больных, принимавших препарат Юперо у 84,4% больных уменьшилась интенсивность одышки. ФВ у больных, повысилась в среднем на 10,2%. Уровень NT-proBNP уже к моменту выписки из стационара значительно снизилась – на 47%. Таким образом, разница в снижении уровня NT-proBNP между группами составила 25%.

Выводы. В результате данного наблюдения выявлено, что терапия препаратом нового поколения Юперо приводит к значительному улучшению клинического состояния больных ДКМП, уменьшая выраженность симптомов ХСН. Отмечено более эффективное снижение уровня NT-proBNP и повышение ФВ к моменту выписки в группе больных, принимавших Юперо, чем у пациентов, принимавших ингибиторы АПФ.

Таким образом, пациенты, получавшие терапию препаратом Юперо, выписываются с гораздо более благоприятным прогнозом течения ХСН.

Список литературы

1. Филиппов, Е. В., Якушин, С. С. Дилатационная кардиомиопатия: дифференциальная диагностика, подходы к терапии, хирургическое лечение / Е. В. Филиппов, С. С. Якушин // Кардиология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 2. – С. 91-103.
2. Кручинкина, Е. В., Рябова, Т. Р., Баталов, Р. Е. Современные подходы в лечении больных с декомпенсацией ХСН / Е. В. Кручинкина, Т. Р. Рябова, Р. Е. Баталов // Бюллетень сибирской медицины. – 2018. – № 17 (4). – С. 238-253.
3. John J. V., McMurray и др. Ингибитор неприлизина и рецепторов ангиотензина в сравнении с эналаприлом при сердечной недостаточности / J. V. John, McMurray и др. // The New England Journal of Medicine. – 2014. – № 11. – С. 993-1004.
4. Астахова, З. Т., Загалова, Д. С. Применение ингибитора ангиотензинпревращающего фермента зофеноприла в комплексной терапии ХСН на фоне ДКМП / З. Т. Астахова, Д. С. Загалова // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 2 (82). – С. 74-77.

СТРУКТУРА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАНЫМ КАРДИОАРИТМОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Панина К.А.

Научный руководитель: Козлова Л.К.

Оренбургский государственный медицинский университет

Фибрилляция предсердий – разновидность наджелудочковой тахикардии с хаотической электрической активностью предсердий с частотой импульсов 350 – 700 в минуту, что исключает возможность их координированного сокращения. Диагноз выставляется по ЭКГ-признакам: отсутствие зубцов Р, которые присутствуют при нормальном ритме сердца и характеризуют электрическую активность при сокращении предсердий. Вместо них появляется множество волн f, которые характеризуют фибрилляцию предсердий. Данный вид аритмии встречается чаще других, является одной из наиболее актуальных проблем кардиологии вследствие высокого риска смертности и тяжелых осложнений, таких как тромбоэмболия, острая сердечная недостаточность, ишемический инсульт. Примерно треть случаев госпитализации из-за нарушений ритма связано с фибрилляцией предсердий.

Цель исследования – изучить особенности клинического течения фибрилляции предсердий (ФП) при ее пароксизмальной форме (ПФП).

Материалы и методы. Нами проанализировано 174 архивные истории болезни пациентов с ФП, находившихся на обследовании и лечении в кардиоаритмологическом отделении ГБУЗ ООКБ за последний календарный год. Среди них ПФП диагностирована у 107 пациентов, постоянная – у 58, персистирующая – у 11. Нами проведен подробный анализ пациентов с ПФП. Из них было 67 женщин (средний возраст – $65 \pm 1,2$ года) и 39 мужчин (средний возраст – $62 \pm 1,5$ года).

Результаты. Артериальную гипертензию (АГ) имели все пациенты, причем у 15% она была изолированной, у 80% больных АГ сочеталась с ИБС, у 7,5% – с тиреотоксикозом и у 2,8% – с дефектом межпредсердной перегородки. Мы провели оценку риска тромбоэмболий и кровотечений по шкалам CHA2DS2 – VASc1 и HAS-BLED1 соответственно. Наибольшее количество больных (41%) имели 3 балла по шкале риска тромбоэмболий, т. е. имели такие факторы риска (ФР), как АГ, СН/систолическая

дисфункция ЛЖ, заболевание сосудов. 4, 5 и 6 баллов было у 20%, 11% и 4% соответственно. У данных больных к вышеперечисленным ФР добавлялись или взаимозаменялись возраст 65–74 года, сахарный диабет, возраст ≥ 75 лет. 7, 8 и 9 баллов имели 3% пациентов. Риск кровотечений имели 99 пациентов с ПМА, из них 72% имели 1 балл (АГ). 2 и 3 балла было у 19% и 7% больных соответственно (лабильное МНО, возраст > 65 лет). ОНМК в анамнезе имели трое больных, из них у 2 риски тромбоэмболий и кровотечений составили по 3 и 2 балла соответственно, а у одного – 5 и 3 балла. Подавляющее число больных были отнесены нами к 3-му классу ПМА по классификации S. Levy (77% пациентов) – это пациенты с рецидивирующими пароксизмами, имеющими безуспешный опыт проводимой ранее антиаритмической терапии (ААТ). Все наши больные получали ААТ такими препаратами, как кордарон, сотагексал, аллапинин. У всех пациентов проведена антикоагулянтная терапия такими препаратами, как варфарин (в 70% случаев), а также ксарелто (15%) и прадакса (14%). Выводы. Наибольшее количество госпитализированных больных с ФП имели пароксизмальную ее форму. Основной патологией, явившейся причиной ПМА, были АГ и ИБС. Подавляющее число больных – это пациенты с рецидивирующими пароксизмами, имеющими безуспешный опыт проводимой ранее ААТ и умеренными рисками тромбоэмболий и кровотечений. Большинство пациентов в качестве антикоагулянтной терапии принимают варфарин.

Список литературы

1. Ревитшвили А.Ш., Рзаев Ф.Г. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: клинические рекомендации. Москва.- 2016.- С. 24-27, 39-54, 64.
2. Сторожакова Г.И., Горбаченкова А.А. Руководство по кардиологии: учебное пособие в 3 т. М.,- 2009. - С. 512.
3. Беленкова Ю.Н., Оганова Р.Г. Кардиология. Национальное руководство. Москва. - 2012. - С.300.

ОЦЕНКА СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Панферова В.Ю., Добрынина И.С., Ханина Е.А.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Согласно данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 80% смертей в России обусловлены хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), такими как сердечно-сосудистые, онкологические, заболевания органов дыхания и сахарный диабет [1, 3]. Выявление факторов риска возникновения данных заболеваний является важным первоначальным звеном в снижении смертности и инвалидизации, а также одной из ступеней к улучшению качества жизни населения [2, 3].

Материалы и методы: исследование проводилось на базе терапевтического участка № 57 БУЗ ВО ВГКП №7. В исследовании приняли участие 40 больных. Из них 20 женщин и 20 мужчин в возрасте от 22 до 80 лет. Исследование проводилось с использованием анкеты формы 1 из приложения № 6 к Методическим рекомендациям по практической реализации приказа Минздрава России от 3 февраля 2015 г. № 36н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения». Так же проводилось измерение антропометрических показателей с расчетом индекса Кетле,

уровня артериального давления (АД) и оценка уровня холестерина в стандартном биохимическом анализе. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS STATISTICS v.23. Данные обработаны по критериям Манна-Уитни и Пирсона.

Результаты и обсуждение: в ходе проведенного исследования были получены следующие результаты: избыточная масса тела встречалась у 27,5% обследуемых, гиперхолестеринемия – у 30%, артериальная гипертензия – у 25%, курили 22,5% опрошенных, отягощённую наследственность имели 35% лиц. Наиболее распространенным фактором риска ХНИЗ среди населения на участке БУЗ ВО ВГКП №7 является низкая физическая активность (47,5%). Причем, среди женщин этот фактор встречается чаще, чем среди мужчин. С использованием критерия Пирсона был проведен корреляционный анализ между такими факторами риска, как высокий ИМТ, артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия. В результате была выявлена прямая корреляционная связь между уровнем систолического АД (АДс) и уровнем холестерина с достоверностью $p < 0,01$, что свидетельствует о повышении артериального давления у лиц с высоким содержанием холестерина в крови. Коэффициент корреляции составил 0,49. Далее поведена оценка влияния на высокий ИМТ, артериальную гипертензию и гиперхолестеринемия других факторов риска. Для этого выборка была разделена на группы по следующим критериям: полу, возрасту, отношению к курению, наследственной отягощенности и физической активности. Обработку данных проводили с использованием критерия Манна-Уитни. Достоверными считались данные при $p < 0,05$. При делении выборки на группы по полу, наследственности и курению достоверных отличий ни по одному из показателей выявлено не было. С достоверность $p < 0,05$ было выявлено влияние возраста и физической активности на ИМТ, АДс и уровень холестерина. У мужчин эти показатели были достоверно ниже, чем у женщин. Средний уровень АДс у женщин оказался достоверно выше чем у мужчин и составил $131,5 \pm 4,12$. У мужчин данный показатель находится в пределах $123,75 \pm 2,78$. Среднее значение ИМТ у женщин составило $28,2 \pm 1,61$, у мужчин $26,28 \pm 0,89$. Уровень холестерина среди женщин оказался равный $5,23 \pm 0,23$, а у мужчин $4,84 \pm 0,15$ ($p < 0,01$ по критерию Пирсона). У лиц с низкой физической активностью значение АДс и уровня холестерина оказались достоверно выше ($p < 0,05$ по критерию Манна-Уитни). На основании чего, можно предположить, что влияние на уровень физической активности приведет к снижению артериального давления и уровня холестерина у лиц, имеющих данные факторы риска.

Выводы:

1. Наиболее распространенным фактором риска ХНИЗ на участке БУЗ ВО ВГКП №7 является низкая физическая активность.
2. Уровень АДс имеет прямую корреляционную связь с уровнем холестерина, что говорит о возможности профилактики артериальной гипертензии при коррекции уровня холестерина.
3. Повышение уровня физической активности у людей приведет к снижению распространенности таких факторов риска, как высокий ИМТ, артериальная гипертензия и гиперхолестеринемия.
4. На основе данного исследования рекомендуется проведение мероприятий, направленных на борьбу с гиподинамией, так как именно этот фактор оказался наиболее часто встречаемым среди населения терапевтического врачебного участка. В свою очередь, повышение физической активности населения на данном участке приведет к снижению распространенности других факторов риска ХНИЗ.

Список литературы

1. Авдеева М.В. Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич // Врач. – 2013. – № 11. – С. 83-85.
2. Руководство по диспансеризации взрослого населения / под ред. Н. Ф. Герасименко, В.М. Чернышева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 664 с.
3. Эпидемиологические подходы к изучению факторов риска неинфекционных заболеваний / А.И. Гаيبов, К.Д. Пулотов, А.Х. Пиррова и др. // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2013 – №6 – С. 51-53.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАДИАЦИОННОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ЭТАПА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пархоменко Н.В., Добрынина И.С., Ханина Е.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

В условиях современного военного времени вероятность радиационного поражения граждан неуклонно растет. При этом ухудшение радиационной обстановки окружающей среды влечет за собой возникновение «особой» динамики в проявлении органических поражений облученного организма [1,4]. Знание и предвидение этих особенностей позволят врачам общей практики более рационально подходить к ведению таких больных, подбору их лечения, а также профилактике возникновения заболеваний.

Материалы и методы. В исследовании использовались сведения о медицинском наблюдении за состоянием здоровья живых лиц, зарегистрированных в национальном радиационно-эпидемиологическом регистре ликвидаторы ЧАЭС3 (далее группа А) за 2017 год и I и II кварталы 2018 года, прикрепленных к участку №25 (БУЗ ВО «ВГП №10»), а также сведения пациентов этого же участка, не подлежащих данному учету (далее группа В). Число пациентов группы А за указанный период составило 137 человек. Средний возраст – $72 \pm 7,5$ года, пол – мужской. Вышеуказанные данные определили выборку лиц, вошедших в группу В. Были отобраны данные 137-ми случайных пациентов по тем же разделам МКБ-10, что и в группе А, среднего возраста $72 \pm 7,2$ года мужского пола.

Результаты и обсуждения. При тщательном анализе данных пациентов, составивших группы А и В, были выявлены весьма значительные расхождения в частоте встречаемости отдельных диагнозов в исследуемых группах. Итак, отмечено, что в разделе эндокринных заболеваний (E00-E90) в группе А преобладают поражения щитовидной железы: тиреотоксикоз с токсическим многоузловым зобом (E05.3), в отличие от группы В, где превалирует сахарный диабет (E10-E14). Полученный результат обоснован, так как обзор литературных данных показывает, что щитовидная железа наиболее чувствительна к ионизирующему облучению и проявляется возникновением именно гипертериоидной патологии [2,3]. При рассмотрении раздела психических расстройств (F00-F99) было обнаружено повышение возникновения депрессивных эпизодов (F32) в группе А на 72% по отношению к группе В, тогда как, к примеру, деменция (F00-F03) наблюдалась лишь у одного пациента. Полученный результат не удивителен, так как очевидно, что чернобыльская катастрофа являлась высоким стрессогенным фактором, проявившимся, совокупностью соматических и патопсихологических нарушений [4]. Раздел сердечно-сосудистых нарушений (I00-I99) составил более половины всех зафиксированных нозологий (58%). При этом стоит отметить, что среди представленных диагнозов этого раздела значимое отличие имеет частота возникновения повторных инфарктов миокарда (I22) в группе А, возросшая на

13%. Также отмечено, что процент зарегистрированной гипертонической болезни (I10-I15) выше на 9%. Среди других диагнозов (внутричерепное кровоизлияние (I61) и атеросклероз (I70) частота проявления не имела достоверных различий между группами А и В. Однако был установлен значимый факт: гипертоническая болезнь (I10-I15) в группе А купируется сложнее. Это подтверждается ретроспективным анализом амбулаторных карт больных, а также более высокими дозами гипотензивных препаратов, указанных в рецептуре. Анализируя результаты, логично предположить связь с вышеописанными факторами психического перенапряжения и стрессового воздействия. В разделе заболеваний органов дыхания (J00-J99) ведущей патологией стали острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (J00-J06), частота возникновения которых выше в группе А на 35%. Данный факт можно расценить как следствие сниженного иммунного статуса больных [4]. Отдельно хотелось бы коснуться раздела болезней мочеполовой системы (N00-N99), а именно, гиперплазии предстательной железы (N40). Результаты показали значительное увеличение частоты возникновения данного заболевания в группе А, составившей 60%. Данный факт объясняется, в первую очередь, высокой способностью простаты кумулировать радиоактивные изотопы, радиоактивное излучение повышает активность 5 α -редуктазы в предстательной железе, которая также стимулирует деление клеток и тормозит апоптоз [1,4]. Также в ходе работы был проанализирован радиационно-эпидемиологический регистр по смертности за период с 2008 по 2017 годы. Согласно его данным было зарегистрировано 14 умерших – ликвидаторов аварии ЧАЭС. Двумя самыми частыми причинами смерти оказались сердечнососудистые заболевания (57%) и патология щитовидной железы (29%).

Вывод. Таким образом, как показывают полученные результаты, ведущая роль возможных причин возникновения заболеваний в группе А отводится возникшей дисгармонии в системе психического и соматического составляющих целостного организма. А способность органов и тканей накапливать радиоактивные элементы приводит к возникновению эффектов отдаленных последствий, проявляющихся, в первую очередь, повышением частоты возникновения сердечно-сосудистых и эндокринных патологий, имеющих особую специфику, а также инфекционных заболеваний органов дыхания вследствие снижения иммунного ответа. Гиперплазия предстательной железы возникала видимо на фоне клеточной пролиферацией стимулируемой радиоактивным фактором.

Список литературы

1. Алексанин С.С. 30 лет после Чернобыля: патогенетические механизмы формирования соматической патологии, опыт медицинского сопровождения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: монография / Под ред. профессора С.С. Алексанина. – Санкт-Петербург: Политехника-принт, 2016. – 506 с.
2. Золотарева С.Н., Логачева В.В. Модификация биоэффектов γ -облучения в морфологической оценке / – Вестник МАНЭБ. – 2018. – С. 163-166.
3. Воронцова З.А. Морфолого-статистическая характеристика взаимодействия периферических эндокринных желез в экспериментальной модели отдаленных последствий γ -облучения / Воронцова З.А., Черкасова Ю.Б., Золотарева С.Н. // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – №1. – С. 36.
4. Легеза В.И. Отдаленные последствия у ликвидаторов аварии на чернобыльской АЭС. / Легеза В.И., Антушевич А.Е., Пикалова Л.В., Жекалов А.Н. – Профилактическая медицина. – 2015. – С. 365.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Подкопаева Д.С., Лалаев Э.Э., Цындяйкина А.С.

Научный руководитель: Прокофьева Ю.В.

Курский государственный медицинский университет

Проблема ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и фибрилляцией предсердий (ФП) является актуальной и спорной на сегодняшний день. Использование хирургических методов лечения, таких как катетерная абляция, приводит к частым бессимптомным рецидивам и послеоперационным осложнениям. Возникает необходимость разработки и изучения различных медикаментозных комбинаций, а также спектра показаний и противопоказаний у пациентов с ХСН и ФП.

Цель. Определить возможные профилактические и лечебные мероприятия у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы. Проводился ретроспективный общеклинический анализ 30 историй болезни пациентов женского пола, страдающих ХСН II стадии (А, Б), II-III ФК, с промежуточной и низкой фракцией выброса (ФВ) и фибрилляцией предсердий за период 2018-2019 гг. по данным Областного бюджетного учреждения здравоохранения Курской городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ОБУЗ КГКБ СМП)

Результаты. Исследуемые были разделены на две группы по 15 человек исходя из данных анамнеза: в первой группе относились женщины, у которых развитие хронической фибрилляции предсердий (ФП) предшествовало ХСН, во второй группе хроническая ФП являлась следствием, вторичным заболеванием по отношению к ХСН. Средний возраст исследуемых 1 группы составил $70,8 \pm 4,5$ года, во 2 группе – $67,5 \pm 2,1$ года. ХСН с низкой ФВ (менее 40%) в 1 группе встречалась в 73,3%, во 2 группе – в 60% случаев, ХСН с промежуточной ФВ (от 40 до 49%) в 26,7% и 40% соответственно. В 1 группе ХСН IIА, IIФК наблюдалась среди 40% пациентов, во 2 группе – в 66,7%, остальные пациенты обеих групп имели ХСН IIБ, IIIФК. Пациентам обеих групп, на фоне отсутствия противопоказаний) проводилась антитромботическая терапия новыми оральными антикоагулянтами (Ривароксабан), а также назначались Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК); пациенты с низкой ФВ принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), петлевые диуретики (торасемид), бета-адреноблокаторы (для урежения частоты желудочковых сокращений). Пациентам с промежуточной ФВ были назначены препараты группы иАПФ, антагонисты кальция (Верапамил). В 33,3% случаев в 1 группе и в 20% случаев во 2 группе, на фоне электролитных нарушений по результатам лабораторных исследований (гипокалиемии, гипомagneмии) дополнительно назначали калия, магния аспарагинат. Всем больным было рекомендовано исключить потребление соли.

Выводы. Распространенной причиной развития ХСН становится хроническая ФП. Сложность ведения больных с ХСН и ФП заключается в индивидуальном подходе и подборе лекарственных препаратов. В качестве профилактики рецидивов ФП при ХСН хороший эффект показали иАПФ, в сочетании с бета-адреноблокаторами и Омега-3 ПНЖК. Большую клиническую значимость у пациентов ХСН и ФП имеет контроль показателей электролитов крови.

Список литературы

1. Коркушко, О. В. Клиническая кардиология в гериатрии / О.В. Коркушко. - Л.: Медицина, 2015. - 288 с.
2. Мавродий, В. М. Кардиология. Основные проблемы / В.М. Мавродий. - М.: Издатель А. Ю. Заславский, 2014. - 100 с.

3. Мориц, О.Е. Влияние физической работы на артериальное кровяное давление / О.Е. Мориц. - М.: Книга по Требованию, 2012. - 220 с.
4. Мутафьян, О. А. Детская кардиология. Руководство / О.А. Мутафьян. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 504 с.

ТРУДНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Пономарева О.В., Батулина А.Р.
Научный руководитель: Карасева Е.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

При несвоевременной диагностике менингококковой инфекции высока вероятность развития как ранних, так и поздних осложнений. Поэтому следует заострить внимание на ее ключевых симптомах, так как часто выставляется неверный диагноз (ОНМК, ОРВИ и т.д.), что приводит к поздней госпитализации больного.

Больной К., 20 лет. 11.10.2019 экстренно поступил в АРО ОКБ им. Н.А. Семашко г. Рязани с жалобами на сильную головную боль, повышение температуры тела до 39,5 оС, тошноту, рвоту, провалы в памяти, геморрагические высыпания на коже, ломоту в костях. Доставлен бригадой СМП с направительным диагнозом: «ОРВИ, тяжелое течение с явлениями менингизма». Диагноз приемного отделения: «Менингит неуточненный».

Объективно: общее состояние больного тяжелое, сознание спутанное, положение пассивное, телосложение астеническое, кожные покровы нормальной окраски, имеется геморрагическая сыпь – 1 элемент на внутренней поверхности левого плеча, несколько на спине и груди, 1 элемент на правом бедре. Элементы крупные, диаметром до 4 см. Видимые слизистые: зев гиперемирован, инъекция сосудов склер. Отеков нет. Температура тела - 37,5 оС.

В легких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов не выявлено, ЧДД = 20 в мин, SpO₂ – 97%.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС = 88 в мин, АД = 120/65 мм.рт.ст.

Неврологический статус: ригидность затылочных мышц больше ладони, симптомы Кернига, Брудзинского положительны. Зрачки D=S, фотореакция сохранена.

Anamnesis morbi: днем 09.10.2019 почувствовал недомогание. Вечером состояние ухудшилось, температура тела поднялась до 39,5 оС. Принял жаропонижающее средство, температура снизилась. Ночью появилась сильная головная боль, тошнота, многократная рвота, сыпь – на груди и внутренней поверхности левого плеча. Вызвал бригаду СМП. Больному введены жаропонижающее и противорвотное. Состояние несколько улучшилось. Утром 10.10.2019 вызвал на дом участкового терапевта, который поставил диагноз «ОРВИ» и назначил – ибупрофен и ингавирин. Сыпь была оценена как возможное механическое повреждение кожных покровов. Далее состояние ухудшилось, появились провалы в памяти, спутанность сознания. На данный момент времени находился в Москве. 11.10.2019 отец привез больного в Рязань, где вновь была вызвана бригада СМП. Госпитализирован.

Эпидемиологический анамнез: проживает в квартире в Москве, с бабушкой и сестрой. Студент. Контакты с инфекционными больными, стрессы, переохлаждения отрицает.

Anamnesis vitae: Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. Аллергические реакции, вредные привычки, гемотрансфузии отрицает.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

1) ОАК, где наблюдался нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$, п/я- 18%), умеренная тромбоцитопения ($129 \times 10^9/\text{л}$, повышение СОЭ (95 мм/ч).

2) В биохимическом анализе крови выявлено повышение СРБ (364 мг/л), глюкозы (8,5 ммоль/л), креатинкиназы (226 ЕД/л), прокальцитонина больше 10 мг/л.

3) Коагулограмма: увеличение АЧТВ (55,8 сек), фибриногена (5,44 г/л), D-димера (3,16 г/л).

4) Ликвор мутный, гноевидный, вытекает частыми каплями. Анализ ликвора показал нейтрофильный плеоцитоз (нейтрофилы 90%, лимфоциты 10%), увеличение количества белка (5,4 г/л), снижение количества глюкозы (0,1 ммоль/л), хлора (102 ммоль/л). При бактериоскопии выявлены Гр- диплококки, морфологически сходные с менингококком. При бактериологическом исследовании выделена *Neisseria meningitidis* гр. В, чувствительная к: левомецетину, цефтазидиму, кларитромицину, цефепиму, меропенему. Реакция латекс-агглютинации положительная.

5) В мазке из носоглотки менингококки не выявлены.

6) ЭКГ (умеренные изменения в миокарде)

7) Консультации офтальмолога и оториноларинголога (патологии не выявлено)

Основной диагноз: Менингококковая инфекция: тяжёлое течение. Гнойный менингит, менингококцемия, ОНГМ 1 ст.

Назначено лечение:

В АРО (с 11.10.19 по 14.10.19):

- 1) Цефтриаксон 2 г в/в струйно, 2 р/д
- 2) Ципрофлоксацин 400 мг в/в капельно, 1 р/д
- 3) Дексаметазон 12 мг в/в струйно 1 р/д, далее 8 мг 3 раза в день в/в струйно, 3 дня
- 4) Глюкоза 5% 250мл + инсулин 2ЕД + калия хлорид 2% 20мл + магния сульфат 25% 5 мл в/в капельно 1 раз в день
- 5) Меглюмина натрия сукцинат 250 мл в/в капельно, 1 р/д
- 6) Маннит 15% 400 мл в/в капельно, 1 р/д
- 7) Фуросемид 40 мг в/в струйно после инфузии
- 8) Гепарин 2500 МЕ п/к 3 р/д
- 9) Глюконат кальция 10% 10мл 1 раз в день в/в струйно
- 10) Этамзилат 12,5% 4мл 3 раза в день в/в струйно
- 11) Аскорбиновая кислота 5% 4 мл 1 раз в день в/в струйно

В отделении:

- 1) Цефтриаксон 1 г в/в струйно, 1 р/д (14.10-22.10)
- 2) Ципрофлоксацин 400 мг в/в капельно, 3 р/д (14.10-22.10)

С 15.10-17.10:

- 3) Анальгин 50% 2,0 в/м 1 р/д
- 4) Папаверин 50% 2,0 в/м 1 р/д
- 5) Дексаметазон 8 мг в/в струйно 1 р/д
- 6) Маннит 15% 200 мл в/в капельно, 1 р/д
- 7) NaCl 0,9% 200,0 в/в капельно, 1 р/д
- 8) Диакарб 250 мг внутрь утром с 17.10.19
- 9) Тиамин 5% 2 мл в/м 1 р/д с 23.10 (по нечетным)
- 10) Пиридоксин 5% 2 мл в/м 1 р/д с 24.10 (по четным)

Заключение: Пациент пробыл в АРО 4 дня, появилась положительная динамика: уменьшились явления ОНГМ, воспалительные изменения в крови, регресс элементов сыпи. За счёт стабилизации состояния на 6 день болезни переведен в отделение. На 11 день болезни в ОАК сохраняется умеренный лейкоцитоз $10,4 \times 10^9/\text{л}$ без лейкоцитарного сдвига, наблюдается небольшой моноцитоз-11,8% и увеличенная СОЭ-60мм/ч. В биохимическом анализе крови – увеличение СРБ-17 мг/л. Пациент жалуется на снижение

слуха слева. Оториноларинголог выявил двусторонний острый тубоотит, назначено: Отипакс по 1 кап. в каждое ухо 2 р/д 5 дн, борный спирт по 8 кап. в теплом виде 10 дн. Осмотрен сурдологом, на аудиограмме – костная и воздушная проводимость правого уха в норме, левого – незначительно снижена. На 30.10.2019 готовится к выписке, прогноз благоприятный – выздоровление. Рекомендовано МРТ головного мозга для исключения очаговых поражений и неврита слухового нерва.

WEB-ПРОФИЛЬ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Попов А.А., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

По данным исследования агентства GfK за 2018 год количество пользователей Глобальной сети Интернет старше 16 лет по итогам года выросло на 3 млн человек [1]. Общее число пользователей Глобальной сети в России достигло 90 млн человек (1 место в Европе), или 75,4% от всего взрослого населения страны. При этом продолжился прошлогодний тренд: число интернет-пользователей растет в основном за счет старшего поколения, тогда как среди молодежи и людей среднего возраста оно «близко к предельному уровню». В частности, среди возрастной группы от 16 до 29 лет проникновение составляет 99%, от 30 до 54 лет — 88%, а в группе старше 55 лет — 36%. При этом доля тех, кто выходит в сеть исключительно с мобильных устройств, выросла за год почти вдвое — с 18% до 35% [1].

Естественно, что при возникновении каких-либо симптомов заболевания в первую очередь пациент (или его родственники) зайдет в интернет с удобно лежащего под рукой смартфона, а потом уже пойдет в поликлинику.

Цель исследования: При помощи анкетирования оценить количество пациентов, использующих сайты, социальные сети, мобильные приложения, посвященные лечению, до и после посещения врача поликлиники и оценить удовлетворенность пациентов интернет диагностикой и лечением.

Материалы и методы: Методом анкетирования было опрошено 82 респондента посетивших ВГКП №4. Далее пациенты были разбиты на три возрастные группы: Первая группа: до 29 лет – 20 человек, вторая группа: от 30 до 54 лет – 27 человек, третья группа: старше 55 лет – 35 человек.

Результаты: 100% участников 1 группы являются пользователями Интернет, 90% подбирали препарат и схему лечения самостоятельно, 80% проводили самодиагностику через интернет до посещения врача поликлиники и лишь 30% следит за собственным состоянием с помощью мобильного приложения.

92% участников 2 группы являются пользователями Интернет, 67% подбирали препарат и схему лечения самостоятельно, 78% проводили самодиагностику через интернет до посещения врача поликлиники, 15% используют мобильное приложение для контроля за собственным состоянием.

57% участников 3 группы являются пользователями Интернет, 29% подбирали препарат и схему лечения самостоятельно, 57% проводили самодиагностику через интернет до посещения врача поликлиники, 11% используют мобильное приложение для контроля за собственным состоянием.

При этом удовлетворенность лечением при помощи Интернет составляет 75% для 1 группы, 54% для 2 группы и 32% для 3 группы.

33% опрошенных категорически не доверяют лечению и диагностике при помощи Интернет (представители 2 и 3 группы).

98% респондентов не используют конкретный сайт для подбора терапии или диагностики, а выбирают первые ссылки, выдаваемые при их запросе поисковой системой (Google, Yandex).

При этом у них не возникает трудности в чтении “медицинской терминологии” т.к. любой термин они так же могут запросить в поисковой системе.

Основными запросами при подборе препаратов явились дженерики и анальгетики, при этом малое число респондентов - 37% обращают внимание на противопоказания.

Выводы: Безусловно интеграция глобальной сети интернет в связку врач-пациент растет и будет расти в ближайшее время. Зависимость от веб-технологий, желание самостоятельно разобраться с проблемой, сэкономив время и деньги.

С одной стороны, это уменьшает нагрузку на врача, т.к. пациент зачастую осведомлен о заболевании и о его последствиях. В данной ситуации необходимо направлять пациента, так зачастую многие Интернет-ресурсы содержат устаревшую информацию. Создание регистров с «проверенными» Интернет-ресурсами на сайтах медицинских организаций, а также создание наглядных пособий с уклоном на противопоказания для самых частых запросов, например, анальгетиков.

Основными факторами, вызвавшими отрицательный эффект, явились: неправильная оценка состояния пациента, неполный анамнез и неправильное трактование симптомов [2,3,4].

Список литературы

1. Исследование GfK: Проникновение Интернета в России // Growth from Knowledge URL: <https://www.gfk.com/ru/insaity/press-release/issledovanie-gfk-proniknovenie-interneta-v-rossii/> (дата обращения: 12.07.2019).
2. Павленко Е. В. Киберпространство медицины: Интернет как враг и союзник врача и пациента // Социология медицины. 2013. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kiberprostranstvo-meditsiny-internet-kak-vrag-i-soyuznik-vracha-i-patsienta> (дата обращения: 12.07.2019).
3. Польшкая Г.А., Месропян М.Г. Выявление моделей и трендов поведения пациентов при использовании электронных приложений и Интернет-ресурсов для самодиагностики // Бизнес-информатика. 2018. №1 (43). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vyyavlenie-modeley-i-trendov-povedeniya-patsientov-pri-ispolzovanii-elektronnyh-prilozheniy-i-internet-resursov-dlya-samodiagnostiki> (дата обращения: 12.07.2019).
4. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. Комплаентность как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии // ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ПЕДИАТРИИ. - 2012. - ТОМ 11/ № 6. - С. 5-10.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА - НЕЗАВИСИМЫЙ ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Попова Е.О., Большанин А.В.

Научный руководитель: Мальцева Г.И.

Курский государственный медицинский университет

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа) связан с фибрилляцией предсердий (ФП), предрасполагая к ее возникновению. Кроме того, ФП в сочетании с СД 2 типа является основным фактором

риска развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе возрастает риск ОНМК.

Цель исследования: выявление удельного веса больных с ФП, страдающих СД 2 типа, проведение сравнительной оценки факторов риска, лабораторных, инструментальных показателей, наличие осложнений со стороны сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы. Ретроспективно в случайной выборке было исследовано 200 историй болезни пациентов кардиологического отделения БМУ «КОКБ» с ИБС, поступивших в 2018-2019 гг. Из них выбраны 82 истории болезни СД 2 типа. Средний возраст пациентов составил $69,2 \pm 1,2$ лет.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные СД 2 типа и ФП (n=41), 2-я группа – больные с СД 2 типа без ФП (n=41). Группы были изучены на наличие осложнений, которые возникали со стороны сердечно-сосудистой системы.

Результаты: По данным ретроспективного анализа историй болезни ФП с СД 2 типа выявлена у 41(20,5%) пациента, у 159 (79,5%) установлен СД 2 типа без ФП.

По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у всех пациентов диагностирована постоянная форма ФП, 35 (85,3%) обследуемых имели тахисистолический вариант. Средний уровень гликированного гемоглобина в первой группе – 8,63%. В группе пациентов без ФП – 8,17%. Средний уровень глюкозы в крови у пациентов в первой группе был выше и составил 11,2 ммоль/л, а у пациентов из второй группы – 10,1 ммоль/л. Повышенный ИМТ выявлен в 30 (80,4%) случаях.

АГ 3 степени встречалась у 35 (85,2%) больных (чаще, чем у пациентов из первой группы), у 5 (12,1%) пациентов была АГ 2 степени, у 1 (2,7%) пациента – АГ 1 степени. При этом во второй группе у пациентов с СД без ФП соотношение показателей было примерно на том же уровне.

СИБС отмечалась у 30 (72,9%) пациентов с СД 2 типа и ФП, у 24 (58,5%) обследуемых отмечался постинфарктный кардиосклероз (ПИКС). Во второй группе также чаще встречалась СИБС – у 28 (68,3%) пациентов, ПИКС был выявлен в 21 (51,2%) случае.

Оценка риска развития инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA2DS2-VASc у пациентов с СД 2 типа и ФП составила 6,19, что значительно выше, чем у пациентов без СД 2 типа.

При проведении ЭхоКГ было установлено, что дилатация полости ЛЖ выявлена у 23 (56,0%) больных СД 2 типа и ФП. У 18 (44,0%) пациентов размеры ЛЖ были в пределах нормы. У больных без ФП в 13 (31,6%) случаях была выявлена дилатация ЛЖ, а у 28 (68,4%) больных ее не было. У пациентов, страдающих СД 2 типа и ФП, отмечено более выраженное снижение функции миокарда ЛЖ: средняя фракция выброса в 1 группе – 68%, а во 2 группе – 55%.

Выводы: по результатам исследования было выявлено, что СД 2 типа в сочетании с ФП встречается практически у четверти пациентов согласно проанализированным историям болезни кардиологического стационара.

Для таких пациентов характерны более высокие показатели глюкозы и гликированного гемоглобина в капиллярной крови, чаще встречается избыточная масса тела, АГ 3 степени; функция миокарда меньше, чем у пациентов с СД 2 типа без ФП.

Наличие сопутствующего СД 2 типа ухудшает прогноз с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений.

Список литературы

1. Александров А. А., Ядрихинская М. Н. Мерцательная аритмия: новый лик сахарного диабета в 21 веке. Сахарный диабет.:1/2017, С. 48-50.

2. Баллюзек М. Ф., Александрова Л. Н., Семёнова И. Г. Фибрилляция предсердий в аспекте возраста: факторы, определяющий ее возникновение и течение.:2/2014, С. 7-9.
3. Онучина Е. Л., Соловьёв О. В., Онучин С. Г. Гендерные особенности развития фибрилляции предсердий у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.:1/2015, С. 51-54.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПО НЕВРОЛОГИИ

Раевская А.И.

Научный руководитель: Бледжянц Г. А.

*Ставропольский государственный медицинский университет
АО «Соцмедика»*

Количество врачебных ошибок и непредвиденных осложнений все еще остается на высоком уровне. В России более 170 тысяч человек становятся инвалидами, а 50 тысяч умирают в исходе погрешностей диагностики и лечения. Это является одной из актуальных проблем современной медицины. Целью нашей работы является разработка системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) и ее внедрение в клиническую практику, в частности, неврологов, как стационарного, так и амбулаторного звена.

Материалы и методы: в основе разрабатываемой системы используется УМКВ (англ. United Medical Knowledge Base) — Объединенная База Медицинских Знаний, в которой собирается информация из всех областей медицины, начиная с клинического опыта врачей и заканчивая молекулярной биологией. Наполнение базы осуществляется различными специалистами из научных центров и институтов страны. Информация, загружаемая в УМКВ, берется из трех основных источников: 1) доказательная медицина - извлечение знаний из медицинской литературы, клинических рекомендаций, протоколов, национальных рекомендаций; 2) экспертные сообщества - от экспертов напрямую; 3) электронные медицинские карты пациентов - извлечение знаний из медицинских карт и клинических регистров.

Результаты и обсуждение. Для оптимизации работы системы, с помощью онтологической платформы УМКВ были формализованы и загружены в базу знаний следующие клинические рекомендации МЗРФ: КР162 Головная боль напряжения (ГБН) у взрослых, КР168 Сирингомиелия. Моделирование клинических рекомендаций осуществлялась по следующим медицинским онтологиям: распространённость, факторы риска, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение. На данном этапе, в качестве промежуточного результата работы, нами разработаны смысловые графы по выше представленным онтологиям. А также алгоритмы позволяющие найти наиболее вероятный путь от симптомов к нозологиям и от нозологий к методам лечения. Что в совокупности является основой разрабатываемой СППВР в области неврологии.

Основным назначением системы поддержки принятия врачебных решений будет использование в лечебных учреждениях при оказании медицинских услуг как по обращению врача, так и в дистанционной форме по обращению пациента. Таким образом, она будет актуальна не только для людей с высшим медицинским образованием.

Если говорить о специалистах, то система сможет оказывать помощь врачу в принятии решений на этапе диагностики, прогнозирования, назначения терапии и профилактики по заболеваниям нервной системы. Кроме того, СППВР интегрируется в медицинскую информационную систему лечебного учреждения, анализирует электронные медицинские карты (ЭМК) пациентов и в фоновом режиме мониторирует

лечебный процесс. На основании ЭМК система формирует виртуальный образ больного в семантическом представлении, а с каждым поступлением новых данных о пациенте его виртуальный образ оптимизируется. Использование системы в практике позволит персонализировать подход к каждому пациенту, уменьшит риск возникновения врачебных ошибок и клинических осложнений.

В отношении пациентов, система определяет возможность развития опасных заболеваний у пользователя с учетом индивидуальных особенностей организма. При повышенном риске система оповещает пользователя и выдает определенные рекомендации, например, обратиться к узкопрофильному специалисту.

Заключение: мы предполагаем, что разработка и внедрение в практику системы поддержки принятия врачебных решений будет способствовать уменьшению количества врачебных ошибок и клинических осложнений на этапе диагностики и лечения заболеваний нервной системы; повышению качества оказания медицинских услуг за счёт приоритета применения наиболее клинически эффективной и безопасной фармакотерапии на основании анализа регистров клинических данных; снижению затрат на лечение пациента - сокращение койко-дня, отсутствие необходимости коррекции побочных эффектов и устранения осложнений фармакотерапии, оптимизации закупок медикаментов; а также улучшению качества оказания медицинской помощи и реабилитационных мероприятий, повышению оборота койки и увеличению прибыли учреждения.

Список литературы

1. Ключевые технологии формирования искусственного интеллекта в медицине. Бледжянц Г.А., Саркисян М.А., Исакова Ю.А., Туманов Н.А., Попов А.Н., Бегмуродова Н.С. // Ремедиум, 12; 2015.
2. УМКВ-технология для создания «интеллектуальных» систем в области медицины. Румянцев П.О., Бледжянц Г.А., Туманов Н.А., Исакова Ю.А., Попов А.Н., Пантюхин А.А. // Здоровоохранение, №11, 2015.
3. Будущее информатизации здравоохранения: когнитивные системы. Бледжянц Г.А., Белов С.В., Паносян А.В., Пузенко Д.В., Мдинарадзе Г.Н., Мелконян Р.С. // Здоровоохранение. 2013. № 8. С. 54-60.
4. Программа извлечения смысла из медицинских текстов. Государственная регистрация программы для ЭВМ RU 2017610909. Бледжянц Г. А., Антонов В.В., Осемянц О.А., Ахтямова Л., Исакова Ю. А., Мелконян Р. С., Туманов Н. А., Паносян А. В., Гусейнов М. К., Абгарян М. Г., Саркисян М. А., Вартанян С. А. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, 2017.
5. Способ автоматического подбора лекарственных препаратов. Патент на изобретение RUS 2607194. Исакова Ю. А., Бледжянц Г. А., Мелконян Р. С., Туманов Н. А., Паносян А. В., Гусейнов М. К., Абгарян М. Г. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, 2017.
6. Объединенный классификатор медицинских терминов «Соцмедика-МТ». Свидетельство о государственной регистрации базы данных RUS 2015620344. Бледжянц Г. А., Паносян А. В., Мелконян Р. С., Саркисян М. А., Туманов Н. А., Осипов А. А. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, 2015.
7. Система моделирования базы медицинских знаний. Государственная регистрация программы для ЭВМ RU 2017611021. Бледжянц Г. А., Паносян А. В., Гусейнов М. К. // Федеральная служба по интеллектуальной собственности, 2014.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БРОНХО-ЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО ДАННЫМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АНКЕТИРОВАНИЙ

Салихова К.Р., Малыхин Ф.Т.

Научный руководитель: Малыхин Ф.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет

Хронические заболевания легких и дыхательных путей с каждым годом получают все большую распространенность [1, 2, 3]. Снижая качество жизни больных, они существенно мешают в повседневной и профессиональной деятельности. Поэтому определение динамики изменений качества жизни является важной составляющей оценки эффективности терапии и позволяет судить об изменениях в течении хронических заболеваний. Для этих целей широко применяется метод анкетирования [4].

Цели: сравнить результаты анкетирования больных по двум различным опросникам; определить, имеются ли статистически значимые различия между их компонентами в группах; установить целесообразность использования в клинической практике; оценить удобство использования для пациентов и медицинского персонала.

Материалы и методы: использованы стандартизированные опросники [4, 5] больницы Святого Георгия (SGRQ) и The Short Form-36 (SF-36). В исследовании приняли участие 58 человек (27 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 58 до 86 лет (средний возраст $73 \pm 5,5$ года), находившихся на стационарном лечении в гериатрическом отделении ГБУЗ СК «ГКБ №3» г. Ставрополя. В соответствии с основным заболеванием и его фазой испытуемые были разделены на следующие группы:

- 1 – 8 больных, страдающих тяжелой формой бронхиальной астмы (4 мужчины и 4 женщины);
- 2 – 11 больных, страдающих хроническим необструктивным бронхитом (2 мужчины и 9 женщин);
- 3 – 12 больных, страдающих хронической обструктивной болезнью легких в фазе ремиссии (6 мужчин и 6 женщин);
- 4 – 27 больных, страдающих хронической обструктивной болезнью легких в фазе обострения (15 мужчин и 12 женщин).

Для обработки полученных данных применен метод описательной статистики (показатели среднего арифметического, стандартного отклонения среднего и ошибки среднего), регрессионный анализ. Использовались точные критерии Фишера и Манна-Уитни. Критерий достоверности показателей $p < 0,05$.

Результаты: массивы показателей, полученных по итогам исследования результатов обоих анкетирований при попарном сравнении между соответствующими группами испытуемых, достоверных различий не имели (p менее 0,3 во всех группах). Динамика изменений показателей от группы к группе имела сходную картину:

- по результатам SGRQ – увеличение итогового критерия от 1 к 4 группе, что соответствует ухудшению качества жизни пациентов;
- по результатам SF-36 – уменьшение критерия усредненной оценки качества жизни от 1 к 4 группе, что также соответствует ухудшению качества жизни пациентов.

Разнонаправленность данных объясняется принципом шкалирования анкет: у SF-36 показатели варьируют между 0 и 100 единицами, где 100 представляет собой состояние полного здоровья [6], тогда как SGRQ имеет обратный принцип распределения.

У пациентов с ХОБЛ при переходе из фазы обострения в фазу ремиссии заболевания параметры социально-ролевых аспектов мало изменялись. Это можно проследить:

- по шкале активности SGRQ – при анализе массивов 3 и 4 групп по данной шкале статистически значимых различий конкретного критерия не обнаружено ($p = 0,43$);

• по шкалам жизненной активности и социального функционирования SF-36, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, а также психологического компонента здоровья в целом – статистически значимых различий также не обнаружено ($p = 0,78, 0,51, 0,64$ и $0,49$ соответственно).

При изучении корреляции результатов с полом пациентов получить данные в 1 и 2 группах не удалось – испытуемых слишком мало для анализа генеральной совокупности. Однако в 3 и 4 группах были выявлены статистически значимые различия. Абсолютные значения уровня качества жизни у женщин в обеих группах ниже, чем в соответствующих группах у лиц мужского пола:

• по результатам анкетирования SGRQ показатели у испытуемых женщин были на 28% выше ($p < 0,01$);

• по результатам анкетирования SF-36 у респондентов женского пола по всем исследуемым критериям результаты были на 45% ниже ($p < 0,05$).

Можно предполагать, что основная роль в сложившемся распределении отведена особенностям женского организма в постклиматическом периоде.

Выводы: 1. Лица, страдающие бронхиальной астмой, показали наиболее благоприятные уровни качества жизни среди всех респондентов.

2. При переходе ХОБЛ из фазы обострения в фазу ремиссии установлен достоверно прогрессирующий характер улучшения качества жизни больного по шкалам итога и усредненной оценки качества жизни.

3. Выявлены статистически значимые различия между данными, полученными у мужчин и женщин, страдающих ХОБЛ (3, 4 группы). Абсолютные показатели качества жизни у женщин оказались значительно ниже (до 45%), чем у лиц мужского пола из соответствующих подгрупп.

Список литературы

1. Малыхин, Ф.Т. Возрастные особенности бронхов и легких у людей пожилого и старческого возраста / Ф.Т. Малыхин // Морфология. - 2019. - Т. 155. - № 1. - С. 66-72.
2. Малыхин, Ф.Т. Характеристики описания одышки у пациентов с бронхобструктивной патологией / Ф.Т. Малыхин, А.Я. Тумоян, Т.Ф. Малыхин // Сб. статей: II Международный форум врачей общей практики/семейных врачей. - 2019. - С. 53-55.
3. Малыхин, Ф.Т. Исследование гендерных и возрастных аспектов медико-демографических потерь населения Ставрополя вследствие хронической обструктивной болезни легких / Ф.Т. Малыхин, А.А. Хрипунова // Главврач. - 2014. - № 6. - С. 18-22.
4. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
5. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? World Health Forum. – 1996. – Vol. – 1. – P. 29.
6. Ware, J.E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D.Keller // The Health Institute, New England Medical Center. Boston. – 1994.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИМПТОМОВ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И
МАММОГРАФИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Сименская Е.М., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Рак молочной железы является одним из самых частых онкологических заболеваний среди женщин не только РФ, но и всего мира [2,4,7]. Причины роста числа женщин, имеющих патологию молочной железы, многочисленны и связаны с наличием факторов риска [5,6]. Во многом эти причины объясняются значительными изменениями стиля жизни современных женщин, включая характер питания, наличие вредных привычек, генетических нарушений, сопутствующих заболеваний и т.д. [3]. Так же одним из немаловажных факторов является то, что женщины не обращают внимание на изменение кожи на молочной железе и откладывают поход к врачу, что в дальнейшем может привести к необратимым последствиям. Ежегодно только в России злокачественные опухоли в данном органе обнаруживаются у 50 тысяч женщин. Заподозрить данное заболевание на ранних стадиях возможно с помощью самодиагностики, наличия изменений на коже в области молочной железы, а также благодаря скрининговому маммографическому исследованию. Среди женщин старше 40 лет данное исследование позволяет снизить смертность на 50% [1].

Целью работы является оценка диагностической значимости клинических симптомов поражения кожи и маммографии при раке молочной железы у женщин терапевтического участка №406 городской поликлиники №4 г. Воронеж.

Было проведено анонимное анкетирование 20 женщин двух возрастных групп на наличие кожных проявлений предполагающих рак молочной железы, средний возраст первой группы составил: 59,9 лет, средний возраст второй группы: 30,8 лет. Для оценки кожных проявлений нами была разработана анкета, состоящая из 7 вопросов касающихся различных поверхностных изменений на коже, таких как: изменение цвета, структуры, наличие изъязвлений, которые могли бы проявиться при раке молочной железы. Так же проведен анализ данных маммографического исследования больных при подозрении на наличие онкопатологии.

Проведенное анкетирование показало, что предполагаемыми симптомами на наличие рака молочной железы являются: морщинистость вокруг соска отметили 40% женщин, из них 20% женщин указали покраснение кожи молочной железы, так же из этого же числа 5% отметили втяжение соска, у 8% женщин первой группы со средним возрастом 59,9 лет имеются изменения кожи соска типа «лимонной корки», изъязвление на сосках отметили 8% женщин. Среди женщин второй группы со средним возрастом 30,8 лет 38% отметили наличие морщинистости кожи вокруг соска, из них 25% указали на гиперемиию кожи молочной железы.

С целью дальнейшего дообследования, исходя из данных анкетирования, женщины были направлены на прохождение маммографии.

Среди 100% маммографий проведенных с диагностической целью было выявлено, что у 43% пациенток из первой группы наблюдается фиброзно-жировая инволюция молочных желез, у 57% смешанная фиброзно-кистозная мастопатия, пациентки с данной патологией были направлены на консультацию к онкологу. Среди пациенток второй возрастной группы у 10% диагностировали смешанную фиброзно-кистозную мастопатию, данная пациентка была также направлена на консультацию в онкологический диспансер. После консультации в онкологическом диспансере у одной пациентки 60 лет был поставлен диагноз: рак левой молочной железы IIA T2N0M0.

Исходя из полученных данных исследования, можно сделать вывод, что самыми частыми симптомами поражения кожи, предполагающими наличие рака молочной железы являются: гиперемия кожи молочной железы и морщинистость кожи вокруг соска. Эти симптомы характерны для воспалительного рака молочной железы, но так же схожи с проявлением начальной стадии мастита у женщин, следовательно для исключения наличия онкологии нужно проводить дополнительные исследования.

Анкетирование на наличие кожных проявлений предполагающих рак молочной железы, дает возможность заподозрить наличие злокачественного образования молочной железы и своевременно направить пациентку на дальнейшую диагностику методом маммографии. Скрининговое маммографическое обследование является при этом наиболее эффективным методом лучевой диагностики в выявлении патологий молочной железы на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Таким образом, использование анкетирования «кожные проявления предполагающие наличие рака молочной железы» во время приема у врача общей практики является простым и диагностически значимым методом в рамках онконастороженности врача первичного звена здравоохранения.

Список литературы

1. REJR том 2. №2 2012 г. «Эффективность маммографии в выявлении рака молочной железы в ЛПУ г. Ижевска Удмуртской республики» Авдеев Э.Н., Когай Л.И., Чепурнова О.В.
2. <https://www.ronc.ru/grown/treatment/diseases/rak-molochnoy-zhelezy/>
3. REJR том 2. №3 2012 г. «Современное состояние маммографического скрининга рака молочной железы» Лесько К.А., Матхев С.Д., Абдураимов А.Б., Бойко Е.А.
4. Райцева, С.С. Паранеопластические изменения кожи: распространенность, клиническое значение, дифференциальная диагностика : автореферат дис. кандидата медицинских наук : 14.00.11 / Ур. гос. мед. акад.- Екатеринбург, 2003.- 22 с.: ил. РГБ ОД, 9 03-11/749-2
5. Andrea Molckovsky, MD, Barbara Fitzgerald, RN, Orit Freedman, MD, Ruth Heisey, MD, and Mark Clemons, MD Approach to inflammatory breast cancer Can Fam Physician. 2009 Jan; 55(1): 25–31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628841/>
6. Bish A, Ramirez A, Burgess C, Hunter M. Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. J Psychosom Res. 2005;58(4):321–6.
7. Singletary SE, Cristofanilli M. Defining the clinical diagnosis of inflammatory breast cancer. Semin Oncol. 2008;35(1):7–10.

ФАКТОРЫ РИСКА В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Симонова А.Е., Агишева Э.Р., Баймашев А.Ш.

Мордовский университет им. Н.П. Огарева, Медицинский институт

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – хроническая полиэтиологическая патология, протекающая с формированием язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка (иногда в патологический процесс вовлекается подслизистый слой) и характеризующаяся склонностью к прогрессированию и формированию осложнений. По данным ВОЗ ЯБЖ страдают от 7% до 15% населения. За последние 100 лет рост больных с ЯБЖ объясняется урбанизацией населения, что обусловлено частыми стрессами, изменением ритма жизни, воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды (шум, загрязненный воздух

и т.д.), нерегулярными приемами пищи. Однако выявляемость на ранних этапах данного заболевания значительно увеличилась, благодаря скрининговым методам исследования, что во много раз снизило развитие поздних осложнений ЯБЖ.

Локализация язвенного процесса в той или иной части желудка может обусловить некоторые особенности клинической картины заболевания и его исхода. Язвы кардиального и субкардиального отдела желудка составляют примерно 3% всех гастродуоденальных язв. Язвы малой кривизны и передней стенки тела желудка встречаются примерно в 14% случаев всех язв. Язвы большой кривизны и задней стенки желудка составляют около 2% всех язвенных поражений. Язвенные дефекты антрального отдела желудка встречаются примерно у 3% больных.

Осложнения ЯБЖ можно разделить на 2 группы:

1. Осложнения, возникающие внезапно и угрожающие жизни больного. К данной группе относятся кровотечения и перфорация.
2. Осложнения, развивающиеся постепенно и имеющие хроническое течение, куда относятся пенетрация, стеноз привратника, малигнизация.

ЯБЖ относится к самым распространенным гастроэнтерологическим заболеваниям, при этом болеют чаще всего люди трудоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость и актуальность данной проблемы.

Данное исследование направлено на изучение взаимосвязи осложнений язвенной болезни желудка с различными факторами у лиц среднего возраста с диагнозом язвенная болезнь желудка методом анкетирования.

Материалы и методы. Анкетирование проходили люди разных возрастных групп (мужчины и женщины), преимущественно среднего возраста, живущие в различных регионах Российской Федерации. Критерии включения в исследование: люди, страдающие ЯБЖ на протяжении нескольких лет. Критерии исключения: возраст младше 18 или старше 60 лет. Обоснование объема выборки: данная категория людей подвержена возникновению осложнений основного заболевания. Применяемые методы обследования: анкетирование исследуемых.

Результаты и обсуждение. Было опрошено 100 пациентов с диагнозом ЯБЖ, 54% из которых составили женщины, а 46% – мужчины. Средний возраст исследуемых равен 45,38 лет. Осложненная ЯБЖ наблюдалась у 33% больных, неосложненная - у 67%. Из осложнений пациенты отметили: 52% - кровотечение, 21% - стеноз привратника, 19% - малигнизация, 8% - пенетрация. Курильщиками являются 59% исследуемых, а употребляют алкоголь 64%. Регулярно принимают НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты) - 43%. Строго соблюдают диету 57%, частично соблюдают диету - 23%, не придерживаются диеты вовсе - 20%. Хроническим стрессам подвержены 76% исследуемых. Пациенты связывают обострения с приемом алкоголя - 37%, с нарушением психоэмоционального состояния - 27%, с приемом НПВП 20%, со стойким нарушением диеты (употребление в пищу жирных, жареных, соленых, копченых продуктов) - 16%.

Выводы.

1. Количество больных язвенной болезнью остается высоким.
2. Благодаря регулярной диспансеризации ЯБЖ обнаруживается на ранних сроках течения.
3. Осложнения данного заболевания встречаются примерно у одной трети исследуемых.
4. К осложнениям ЯБЖ приводят употребление алкоголя, прием НПВП, курение, хронические стрессы и нарушение психоэмоционального состояния больного, погрешности в диете или ее несоблюдение, т.е. это те факторы риска, которые агрессивно воздействуют на язвенный дефект слизистой оболочки желудка.

5. Наиболее частым осложнением является кровотечение, затем идут стеноз привратника, малигнизация и пенетрация.

ЯБЖ безусловно является актуальным и распространенным заболеванием на сегодняшний день. К сожалению, наиболее часто ему подвержены люди трудоспособного возраста, к тому же растет инвалидизация населения, страдающего язвенной болезнью, что несомненно является важной социальной проблемой. Пациенты с ЯБЖ могут снизить риск возникновения осложнений, при минимизации или полной отмене факторов риска.

Список литературы

1. Ермолов. А.С., Смоляр А.Н., Шляховский И.А. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2014.-№5-С. 7-16.
2. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Н.Г, Андреев Д.Н. Важные практические результаты и современные тенденции в изучении заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии, 2012 – С.17-26.
3. Осипова А.С, Саитова Ю.К, Стяжкина С.Н.. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и её осложнения //Вопросы науки и образования, 2017 – С. 66–68.
4. Василенко В. Х., Гребенев А. Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки - М.: Медицина, 2016. - С. 344
5. Володин Д.В. Хронический гастрит и язвенная болезнь, ассоциированные и неассоциированные с персистенцией *Helicobacter pylori* инфекцией (патогенез, диагностика, лечение, прогноз) // Москва, 2017.
6. Циммерман Я.С. Проблема этиологии и патогенеза язвенной болезни: перечитывая В.Х. Василенко // Клин. мед., 2011- С. 14-19.

КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА СНА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Страхова Н.В., Краснорущкая О.Н., Котова Ю.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

В России артериальной гипертензией (АГ) страдают не менее 40 [1]. Немаловажную роль играют стрессы и нарушенный режим сна, так как это одна из причин гормонального дисбаланса, который в свою очередь приводит к развитию АГ [2]. Проблема АГ и ее связь с нарушением качества сна и тревожно-депрессивными расстройствами является актуальной [3].

Цель исследования: оценить нарушения когнитивных функций, качество сна и тревожно-депрессивные расстройства у больных АГ.

Материалы и методы исследования

Объектом изучения была выбрана группа больных из 61 человек. Возраст от 29 до 70 лет, с подтвержденной ГБ 1 стадии (12,9 %), 2 стадии (64,5%), 3 стадии (22,6%), а также 1 степенью (58,1%), 2 степенью (32,3%), 3 степенью (9,7%), из которых 38 женщин и 23 мужчины.

Для оценки когнитивного статуса была использована шкала MMSE, для оценки тревоги и депрессии использовали тест HADS. Для оценки инсомнии был использован

Питтсбургский опросник (PSQI). Менее 5 баллов – нет нарушений качества сна; более 5 баллов – есть нарушения качества сна.

Кроме того, были использованы лабораторные данные: липидный профиль, глюкоза крови. Статистический анализ проведен с помощью SPSS Statistics 20.0.

Результаты исследования

При анализе когнитивных нарушений по шкале MMSE у больных с различным уровнем риска сердечно-сосудистых осложнений, было выявлено, что в группе с низким суммарным кардиоваскулярным риском, с уровнем ЛПНП $3,2 \pm 0,05$ ммоль/л, не выявлено существенных когнитивных нарушений (30 баллов). В группах со средним суммарным сердечно-сосудистым риском и уровнем ЛПНП $2,4 \pm 0,5$ ммоль/л, и с высоким суммарным сердечно-сосудистым риском, уровнем ЛПНП $2,2 \pm 0,42$ ммоль/л, так же не было обнаружено явных когнитивных нарушений ($29 \pm 1,73$ и $28,5 \pm 2,8$ баллов соответственно, $p < 0,05$ по критерию Краскела-Уоллиса). При сравнении балла по шкале MMSE у больных различного уровня кардиоваскулярного риска было выявлено достоверное ухудшение когнитивных функций с увеличением риска. При анализе данных была обнаружена обратная корреляционная зависимость между баллом MMSE и уровнем риска ($r = -0,586$, $p = 0,01$). В группе с очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском, уровнем ЛПНП $2,0 \pm 0,78$ ммоль/л, были выявлены преддементные нарушения. Больные с риском 3 и 4 стремятся держать ЛПНП на целевом уровне. Но в нашем случае по мере увеличения кардиоваскулярного риска, наблюдается ухудшение когнитивных функций, что связано, с большим количеством сопутствующих патологий, вызванных ГБ. Кроме того, было выявлено, что, при отсутствии явных нарушений когнитивных функций, наблюдается наименьшее или полное отсутствие нарушений качества сна, а также отсутствие депрессивных расстройств.

При оценке тревоги и депрессии с помощью теста HADS, были определены три группы больных: «нет депрессии» 67,7%, «субклиническая депрессия» 19,4%, «клиническая депрессия» 12,9%. При сопоставлении этих трех групп и показателей качества сна по опроснику PSQI, было выявлено, что у больных с клинической депрессией нарушение качества сна значительно выше ($28,75 \pm 0,05$ баллов). Это связано с тем, что при депрессии происходит увеличение латентности начала сна; увеличивается доля фаз быстрого сна, но сокращается латентный период этих фаз; ухудшается непрерывность сна, уменьшается процентная доля дельта-сна. Так же была выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем тревоги и депрессии ($r = 0,626$, $p = 0,000$). По мере увеличения тревоги у пациентов возрастает и уровень депрессии.

Была выявлена обратная корреляционная зависимость между уровнем ЛПНП и возрастом больных ГБ ($r = -0,535$, $p = 0,002$). По мере увеличения возраста, происходило уменьшение уровня ЛПНП. Была обнаружена прямая корреляционная зависимость между возрастом больных и уровнем суммарного кардиоваскулярного риска ($r = 0,380$, $p = 0,035$). По мере увеличения возраста пациентов, происходило возрастание риска сердечно-сосудистых осложнений. Так же была обнаружена прямая взаимосвязь между уровнем ЛПНП и значениями ОХС ($r = 0,595$, $p = 0,000$). При анализе была выявлена обратная корреляционная зависимость между уровнем тревоги и ЛПНП ($r = -0,372$, $p = 0,039$). А также прямая взаимосвязь между уровнем депрессии и возрастом пациентов ($r = 0,485$, $p = 0,006$).

Выводы. При сопоставлении данных шкалы MMSE, Питтсбургского опросника и было выявлено, что при росте кардиоваскулярного риска, наблюдается ухудшение когнитивных функций. Кроме того, было обнаружено, что, при отсутствии нарушений когнитивных функций, наблюдается наименьшее или полное отсутствие нарушений качества сна, а также отсутствие депрессивных расстройств. В группе с клинической депрессией нарушение качества сна значительно выше ($28,75 \pm 0,05$ баллов). Это связано с тем, что при депрессии происходит увеличение латентности начала сна; увеличивается

доля фаз быстрого сна, но сокращается латентный период этих фаз; ухудшается непрерывность сна, уменьшается процентная доля дельта-сна.

Список литературы

1. 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. – № 2. – С. 309 – 313.
2. Орлова, Е.В. Комплексная оценка факторов риска артериальной гипертензии у поездных диспетчеров железнодорожного транспорта / Е.В. Орлова, Н.В. Тишкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 6 S1. – С. 264.
3. Фомина, Н.И. Взаимосвязь сердечно-сосудистых факторов риска и когнитивных расстройств у больных гипертонической болезнью / Н.И. Фомина, Н.В. Страхова, Ю.А. Котова // Неделя Науки – 2017: материалы всероссийского молодёжного форума с международным участием. – Ставрополь, 2017. – С. 177-178.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛГИЕЙ

Страхова Н.В., Макарова Д.Г., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Болевой синдром в области шеи является распространённой проблемой. Практически каждый человек в своей жизни однажды сталкивался с этим. Однако в поликлинику обращаются только 11% таких пациентов [1].

Цервикалгия – междисциплинарная проблема, так как шейные боли могут провоцировать эмоциональные и поведенческие изменения личности[2]. У пациента формируется церебрастенический синдром, проявляющийся утомляемостью, снижением работоспособности, нарушением памяти, головными болями [3].

Цель исследования: оценить ограничения жизнедеятельности и когнитивные нарушения у пациентов с цервикалгией.

Материалы и методы

На базе БУЗ ВО ВГКП №4 был проведён опрос пациентов с болью в шее. Исследование производилось в 6 возрастных группах от 18 лет. Было обследовано 50 человек - 20 мужчин (40%) и 30 женщин (60%) в возрасте от 18 до 86 лет (средний возраст $48,6 \pm 16,4$ лет).

Для исследования ограничений жизнедеятельности у пациентов использовался опросник NeckDisabilityindex (NDI). Исследование психического состояния проводилось на основе опросника Mini-MentalStateExamination (MMSE). Также производилась оценка субъективной интенсивности боли по шкале VAS и опрос пациента о продолжительности боли и принимаемых препаратах.

Статистический анализ данных проведен при помощи SPSSStatistics 20.0.

Результаты исследования.

Среди обследованных НПВС принимали 26 человек (52%) и почти столько же не принимали (24 человека - 48%). Было выявлено, что ненаркотические анальгетики принимали 5 человек (10%), а не принимали 45 человек (90 %). Наркотические анальгетики принимали только 2 человека (4 %) и 48 не принимали (96 %). Перорально принимали лекарства 28 человек (56%), а парентерально 13 человек (26%). Из

обследованных, согласно имеющимся данным, 9 человек (18 %) не принимали лекарственных средств.

По данным опросника NDI, у преобладающего числа обследованных имелись признаки лёгкого ограничения жизнедеятельности - 29 человек (58%), 15 человек (30%) имели умеренную степень ограничения жизнедеятельности, а 4 человек (8 %) - сильное ограничение жизнедеятельности, у 2 человек (4%) – нет ограничений жизнедеятельности. На основании опросника MMSE среди обследованных пациентов было выявлено 25 человек (50 %), у которых отсутствовали нарушения когнитивных функций, 22 человека (44%) – с когнитивными нарушениями, 3 человека (6%) - с деменцией лёгкой степени. По степени интенсивности болевой синдром у обследованных распределился следующим образом: 17 человек (34%) - со слабой болью, 24 человека (48 %) - с умеренной болью, 9 человек (18 %) - с сильной болью.

Между показателями NDI и MMSE была установлена обратная корреляция высокой степени ($r=0,859$, $p=1,5E-15$), то есть, чем выше степень ограничения жизнедеятельности, тем более грубые когнитивные нарушения наблюдались у пациентов. Обратная связь высокой степени ($r=-0,838$, $p=3,3E-14$) замечена между показателями опросника MMSE и уровнем оценки боли по шкале VAS. Периодическая болевая импульсация ведёт к функциональным и структурным изменениям не только на периферическом уровне, но также в спинном и головном мозге, что влечёт за собой появлений когнитивных нарушений, а затем хронизацию боли.

Показатели NDI напрямую связаны с интенсивностью боли по шкале VAS. Средний балл по опроснику NDI: минимальный - у больных со слабой болью ($16,5 \pm 5,9$ баллов), средним - с умеренной болью ($27,2 \pm 8,8$ баллов) и максимальным - с сильной болью ($49,4 \pm 10,9$ баллов). Различия оказались достоверными по критерию Краскела-Уоллиса ($p=1,9E-07$). Приведённые данные отражают прямую корреляцию высокой интенсивности ($r=0,843$, $p=1,7E-14$) между NDI и VAS. Чем сильнее боль, тем больше она ограничивает привычную активность человека.

Установлена связь между показателем интенсивности боли по шкале VAS и возрастом обследованных. Связь носит обратный характер, среднюю интенсивность и является достоверной ($r=0,635$, $p=7,2E-07$). Между показателями MMSE и возрастом отмечена обратная корреляционная связь средней интенсивности ($r=-0,654$, $p=2,7E-07$). Когнитивные нарушения в группах обследованных чаще наблюдались у лиц пожилого и старческого возраста.

Также было замечено, что показатели NDI и VAS выше у пациентов, которые получали лекарственные средства парентерально. Прослеживается обратная корреляционная связь между приёмом НПВС и показателем MMSE ($r=-0,556$, $p=0,00003$), а также прямая корреляционная связь средней интенсивности с интенсивностью боли по VAS ($r=0,553$, $p=0,00003$) и с показателем NDI ($r=0,483$, $p=0,0004$)

Выводы. Степень когнитивных нарушений при цервикалгии имеет положительную взаимосвязь с интенсивностью боли и степенью ограничения жизнедеятельности, и отрицательную с возрастом пациента. Степень ограничения жизнедеятельности и интенсивность болевого синдрома в шее зависят от адекватности терапии НПВС.

Список литературы

1. Пилипович, А.А. Боль в шее: причины и подходы к лечению / А.А. Пилипович, А.Б. Данилов, С.Г. Симонов // Русский медицинский журнал. – 2012. – №0. – С. 18 – 21.
2. Орлова, Е.В. Комплексная оценка факторов риска артериальной гипертензии у поездных диспетчеров железнодорожного транспорта / Е.В. Орлова, Н.В. Тишкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 6 S1. – С. 264.
3. Толсторожих, Т.А. Когнитивный статус пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от уровня коморбидности / Толсторожих Т.А., Страхова Н.В.,

Краснорущкая О.Н., Остроушко Н.И. // Прикладные информационные аспекты медицины.
– 2019. – № 1. – С. 98-105.

ПРОБЛЕМА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Страхова Н.В., Ярославцева М. Е., Котова Ю.А.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Достижение комплаентности (англ. compliance – приверженность) между пациентом и врачом – необходимое условие оказания качественной медицинской помощи [1]. Особую важность приверженность к лечению приобретает в условиях первичного звена здравоохранения при отсутствии лечебно-охранительного режима, круглосуточного наблюдения, профессионального ухода и ограниченного времени контакта пациента с врачом [2, 3]. Когнитивные расстройства нарушают объективность восприятия, критику к собственному состоянию и логику суждений, что существенно снижает приверженность больного к лечению [4].

Цель: оценить приверженностью пациентов с когнитивными нарушениями к антигипертензивной терапии.

Материалы и методы

Материалом для исследования стало обследование 21 мужчины (39%) и 33 женщин (61%) в возрасте от 43 до 80 лет на базе БУЗ ВО ВГКП №4. Было проведено анкетирование пациентов по опроснику количественной оценки приверженности к лечению Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ) 2017 года, оценен психический статус анкетированных по шкале MMSE. Все пациенты страдали гипертонической болезнью (ГБ): первую стадию имели 10 человек (20,4%), вторую – 30 человек (61,2%), третью – 14 человек (18,4%). Среди них 8 обследованных (14,8%) имели нормальное артериальное давление (АД), 18 (33,3%) – степень артериальной гипертензии (АГ) 1, 26 (48,2%) – со степенью 2, и 2 обследованных (3,7%) с 3 степенью АГ. Из 54 обследованных 7 человек (13,0%) достигли целевого уровня АД, а 47 человек (87,0%) не достигли его. Статистический анализ проведен с использованием SPSS Statistics 20.0.

Результаты

Согласно результатам опросника РНМОТ, высокая приверженность к лекарственной терапии выявлена у 5 обследованных (9,3%), средняя – у 24 (44,4%), и низкая – у 25 обследованных (46,3%).

Высокой приверженностью к медицинскому сопровождению обладают 7 человек (13,0%), средней – 22 человека (40,7%), и низкой – 25 человек (46,3%).

Высокой приверженностью к модификации образа жизни обладают 5 человек (9,3%), средней – 8 человек (14,8%), низкой – 41 человек (75,9%).

Высокой приверженностью к лечению обладают 5 человек (9,3%), средней – 18 человек (33,3%), низкой – 30 человек (55,5%), и один человек абсолютно не привержен к лечению (1,1%).

Согласно результатам MMSE 34 больных (63,0%) не имели когнитивных нарушений, 18 (33,3%) имели умеренные когнитивные нарушения, 1 больной (1,8%) имел деменцию лёгкой степени выраженности, и 1 (1,8%) – тяжёлую деменцию.

Значимых различий в приверженности к лечению больных с различными стадиями ГБ и степенями АГ не выявлено ($p > 0,05$ по критерию Краскела-Уоллиса). Больные, достигшие целевых цифр АД, показали большую приверженность к лекарственной

терапии ($p=0,003$ по критерию Манна-Уитни), медицинскому сопровождению ($p=0,039$), модификации образа жизни ($p=0,031$) и лечению ($p=0,023$), чем больные, не достигшие их.

Приверженность к лечению больных с умеренными когнитивными нарушениями оказалась ниже, чем в группе без нарушений на 13%, и составила $48,8 \pm 3,1$ баллов и $43,2 \pm 4,4$ баллов соответственно ($p=0,041$ по критерию Манна-Уитни).

Выявлены следующие отрицательные корреляционные зависимости: между баллом по шкале MMSE и возрастом пациента ($r=-0,516$, $p=0,00006$), стадией гипертонической болезни и баллом по шкале MMSE ($r=-0,311$, $p=0,030$), суммарным сердечно-сосудистым риском и баллом по шкале MMSE ($r=-0,402$, $p=0,004$), между уровнем систолического АД и баллом по шкале MMSE ($r=-0,343$, $p=0,12$).

Выводы. Пациенты без когнитивных нарушений более привержены к лечению, чем пациенты с умеренным когнитивным снижением, что объясняется их лучшей осведомленностью о заболевании, его рисках и важности обследования и лечения, а также сохранной памятью. Достигшие целевых цифр АД оказались приверженнее к лекарственной терапии, медицинскому сопровождению, модификации образа жизни и лечению, чем больные, не достигшие их, что, вероятно, можно объяснить наглядностью результата терапии – нормализацией цифр АД.

Кроме того, выявилась отрицательная корреляционная связь между баллом по шкале MMSE и стадией гипертонической болезни, возрастом пациента, уровнем систолического АД и общим сердечно-сосудистым риском. Сосудистые изменения в головном мозге пациента прогрессируют в прямой зависимости от длительности течения ГБ, и уровня систолического АД, приводя к когнитивным нарушениям и снижению комплаентности.

Список литературы

1. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по количественной оценке приверженности к лечению – М., 2017. – 24 с.
2. Фофанова, Т.В. Приверженность к терапии в амбулаторных условиях: возможность выявления и оценка эффективности терапии / Фофанова Т.В., Агеев Ф.Т., Смирнова М.Д., Деев А.Д. // Кардиология. – 2017. – № 57(7). – С. 35–42.
3. Орлова, Е.В. Комплексная оценка факторов риска артериальной гипертензии у поездных диспетчеров железнодорожного транспорта / Е.В. Орлова, Н.В. Тишкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – № 6 S1. – С. 264.
4. Фомина, Н.И. Взаимосвязь сердечно-сосудистых факторов риска и когнитивных расстройств у больных гипертонической болезнью / Н.И. Фомина, Н.В. Страхова, Ю.А. Котова // Неделя Науки – 2017: материалы всероссийского молодёжного форума с международным участием. – Ставрополь, 2017. – С. 177-178.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Тарасенко Ю.А., Котова Ю.А., Красноруцкая О.Н.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Артериальная гипертензия — одно из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы [1]. Среди взрослого населения данным заболеванием страдает 20–30 %. В некоторых регионах распространённость АГ достигает 40–45%. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50–65 % у лиц старше 65 лет [2]. Артериальная гипертензия является основным фактором риска развития

заболеваний: сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, ХСН), нервной системы (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) и мочевыделительной (хроническая почечная недостаточность) [3,4]. А, как известно, именно эти группы болезней являются ведущими причинами смертности населения в Российской Федерации (более 50%).

Целью нашего исследования явилась оценка степени приверженности к антигипертензивной терапии у пациентов, страдающих различными группами заболеваний, обусловленных АГ, так же была оценена зависимость между степенью приверженности к антигипертензивной терапии и возрастом больных.

Материалы и методы: Объектом изучения в данном исследовании выступали 30 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет, страдающих артериальной гипертензией. Они, в свою очередь, были разделены на группы: по принадлежности к нозологическим формам: А (страдающие АГ, без поражения органов-мишеней) - 9 человек; В (страдающие АГ + ОНМК) - 9 человек; С (страдающие АГ + заболевания сердца) - 12 человек; по возрасту: 1 (от 50 до 55) 8 человек; 2 (от 55 до 60) - 10 человек; 3 (от 60 до 65) - 12 человек;

Методом, с помощью которого у пациентов определялся уровень приверженности к терапии, является опросник Мориски-Грина [5].

Результаты исследования и их обсуждение. В исследовании приняли участие 30 пациентов. Из них 40% лица, страдающие АГ + поражение сердца, 30 % - страдающие АГ + ОНМК и оставшиеся 30% - это пациенты с АГ без поражения органов-мишеней.

Так же пациенты были разделены по возрасту. Возраст пациентов: младше 55 лет – 23,3% , 55-65 лет – 33,5% , старше 65 - 43,2 %.

В ходе исследования каждый из пациентов прошел тестирование Мориски-Грина. В каждой группе был определен средний показатель приверженности к антигипертензивной терапии, полученный путем выведения среднего арифметического числа, исходя из результатов тестирования.

Исходя из полученных данных, становится очевидно, что лучшие показатели приверженности наблюдаются в группе В (страдающие АГ + ОНМК). Несколько ниже данный показатель в группе С (страдающие АГ + заболевания сердца). При этом в группе А (страдающие АГ, без поражения органов-мишеней) степень приверженности самая низкая.

Полученные результаты в ходе исследования были сопоставлены с данными из литературных источников. В результате, по данным некоторых авторов, группа больных со сниженной приверженностью лечению состоит преимущественно из молодых пациентов, у которых подъем АД не сопровождается неприятными ощущениями. А при отсутствии жалоб, связанных с заболеванием, пациенты часто не соблюдают рекомендации по лечению заболевания. Напротив, больные АГ, уже страдающие ее осложнениями (ИБС, ХСН, ОНМК), к моменту начала антигипертензивной терапии, как правило, более привержены терапии.

Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что в группе 2 (55-65 лет) врачебные рекомендации выполнялись более четко, чем среди пациентов других групп. Наиболее низкие показатели в группе 3 (старше 65 лет).

Полученная информация совпадает с данными некоторых литературных источников. Так, среди факторов, отрицательно влияющих на прием гипотензивных препаратов, упоминается пожилой (более 65 лет) и молодой возраст. При этом подчеркивается, что наиболее проблемной категорией пациентов являются пожилые больные. У них в несколько раз выше вероятность самостоятельной отмены терапии или существенного изменения ее режима, с последующим снижением эффективности лечения, вплоть до полного исчезновения его результатов.

Выводы. У пациентов, в зависимости от их принадлежности к определенной нозологической группе, зависит степень приверженности к антигипертензивной терапии.

При этом больные страдающие АГ без поражения органов-мишеней имеют более низкую приверженность к терапии. Приверженность к терапии также имеет определенную зависимость от возраста пациента.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. И.Е. Чазова [и др.]. - Системные гипертензии. – 2019. – Т. 16 (№ 1). – С. 6–31.
2. Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Яскевич Р.А., Балашова Н.А. Особенности приверженности к лечению артериальной гипертензии среди женщин пожилого возраста / Л.С. Поликарпов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014 – № 5 – С. 490
3. Артериальная гипертензия среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ. / Ю.А. Баланов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – Т. 14 (№ 4): 4-14. DOI:10.15829/1728-8800-2014-4-4-14.
4. Шальнова С., Кукушкин С., Маношкина Е., Тимофеева Т. Артериальная гипертензия и приверженность терапии / С.А. Шальнова [и др.] // Врач. – 2009 – № 12 – С. 39–42.
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА

Темазов Р.Х., Тхагазитова Л.В., Шугушева Р.З.

Кабардино-Балкарский государственный университет

Синдром Жильбера – наследственная болезнь, проявляющаяся эпизодами желтухи и развивающаяся вследствие повышения уровня неконъюгированного билирубина в сыворотке крови. Целью данной статьи является изучение особенностей клинического течения при синдроме Жильбера.

Пациентка М., 27 лет обратилась с жалобами на общее недомогание, сонливость, ломоту в теле, повышение температуры, повышенную потливость. Контакт с инфекционными больными не было. При осмотре было выявлена иктеричность склер. ОАК, ОАМ в норме.

По результатам биохимического анализа крови выявлено повышение уровня общего билирубина (58 ммоль/л) и прямого билирубина (11 ммоль/л). АЛТ, АСТ, ЩФ-в норме.

УЗИ органов брюшной полости - признаки дискинезии желчевыводящих путей.

Пациент направлен на молекулярно-генетическую диагностику наследственного заболевания - синдрома Жильбера, характеризующийся снижением активности фермента печени уридиндифосфат-глюкуронилтрансферазы (УДФГТ), который кодируется геном UGT 1A1. По данным прямой ДНК-диагностики выявлен UGT1A1 (TA)7/(TA)7 – генотип, характеризующийся увеличением ТА-повторов в гене в гомозиготном состоянии.

Заключение. Был выставлен диагноз Синдром Жильбера, гомозиготная форма. Дискинезия желчевыводящих путей. Следует отметить, что от врачей различных специальностей требуется настороженность в отношении функциональных заболеваний билиарного тракта при синдроме Жильбера.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

Трубников В.В., Красноруцкая О.Н., Котова Ю.А.

Научный руководитель: Зуйкова А.А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Переломы проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) – одна из наиболее частых причин, приводящих к потере трудоспособности и инвалидизации [1,2]. В Российской Федерации в среднем происходит 134 225 случаев переломов проксимального бедра в год. Система помощи больным с ППОБК в РФ не организована, единых стандартов оказания помощи нет. Проблемы существуют как в лечении таких больных: около половины пациентов не получают хирургического лечения и, соответственно, ведутся консервативно, так и в последующей их реабилитации [3].

Цель исследования: оценить качество жизни у больных с переломом шейки бедра в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГКП №4. Объектом исследования явились пациенты, страдающие переломом шейки бедренной кости (код МКБ S72.0), которые были разделены на две группы: первая группа – пациенты, получающие консервативное лечение, с момента травмы не прошел 1 год, 19 человек (12 женщин и 7 мужчин), вторая группа – пациенты после оперативного вмешательства, 12 человек (8 женщин и 4 мужчины).

Для решения поставленных задач была использована форма № 025/у-04. Методом анкетирования оценивались качество жизни и выраженность болевого синдрома. Для оценки качества жизни использовался опросник MOS SF – 36, который включает 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Среди обследуемых лиц было 20 женщин (64,5%) и 11 мужчин (35,5%). Средний возраст составил 76 ± 17 лет. Все женщины находятся в климактерическом периоде 10 лет и более, у 45% был установлен остеопороз в анамнезе. У каждого пациента имеется коморбидная патология: большую часть составляет сердечно-сосудистая патология (80,7%), сахарный диабет (29%), анемия (25,8%), хронический лимфобластный лейкоз (3,2%) и другие.

Причину травм все пациенты называют падение с высоты собственного тела, полученную дома или на улице.

При изучении причин консервативного лечения первой группы выяснилось: 12 человек (63,2%) – невозможность оперативного лечения по жизненным показаниям (анестезиологический риск ASA III-IV). Из них: 59% - ХСН 2Б и более на фоне сердечно-сосудистой патологии (ГБ, ИБС, ФП и другие), 25% - ДН 2 и более на фоне болезней органов дыхания (ХОБЛ, пульмоклироз и другие), 8% - острая сердечно-сосудистая патология в анамнезе (ИМ в течение последних 6 месяцев), 8% - ХБП 3 стадии и более. 5 человек (26,3%) – добровольно отказались от госпитализации и дальнейшего оперативного лечения; 2 человека (10,5%) – ожидают очереди на эндопротезирование тазобедренного сустава.

Все больные первой группы получают следующее лечение: 1 – деротационный сапажок; 2 – обезболивающие препараты (НПВС, парацетамол, наркотические анальгетики); 3 – профилактика пролежней; 4 – профилактика и лечение анемий; 5 – коррекция сопутствующей патологии; 6 – профилактика тромбоэмболических осложнений; 7 – периодическое наблюдение «на дому» участковым терапевтом и травматологом.

Всем больным второй группы проведено оперативное лечение: в большинстве случаев (75%) - эндопротезирование тазобедренного сустава, а также остеосинтез (25%).

Оценивая выраженность болевого синдрома первой группы больных по шкале ВАШ, получились следующие результаты: средний балл составил 6 ± 1 (умеренная боль), что требует назначения обезболивающих препаратов. Однако, 2 из 19 пациентов отказываются от анальгезии. Большинство больных (63,2%) получают НПВС внутрь и в/м, остальным 36,8% назначен трамадол внутрь и в/м. Стоит отметить, что при применении НПВС у большинства пациентов болевой синдром снижается в среднем на 3-4 балла и полностью не купирует боль, в отличие от трамадола.

Во второй группе регулярный болевой синдром наблюдался лишь у трети больных (33,3%), который по шкале ВАШ составил 2 ± 1 (слабая боль). Причем, это пациенты с неполноценным сроком реабилитации.

По итогам опросника MOS SF – 36, обобщив полученную информацию, можно сделать вывод о том, что пациенты второй клинической группы (оперированные), обладают более высоким качеством жизни в сравнении с первой группой (консервативные больные) по всем шкалам опросника MOS SF-36, что подтверждает целесообразность и эффективность оперативного вмешательства.

Выводы:

1. Переломы шейки бедра преобладают у женщин, нежели мужчин (64,5% против 35,5%), преимущественно в пожилом и старческом возрасте.
2. К предполагающим факторам возникновения ППОБК у обследуемых больных, можно отнести: остеопороз, который наблюдался в анамнезе практически у половины женщин, а также тяжелая соматическая патология.
3. Хроническая сердечная недостаточность 2Б и более, а также ДН ≥ 2 являются наиболее частыми противопоказаниями оперативного лечения больных.
4. Тактика ведения участковым врачом терапевтом больного с переломом шейки бедра направленная на контроль и снижение болевого синдрома, предотвращение осложнений.
5. Качество жизни консервативных пациентов с ППОБК значительно ниже, чем у пациентов после эндопротезирования. Причем, наиболее заметно снижение по шкалам: «Физическое функционирование» (20), «Интенсивность боли» (25), «Жизненная активность» (20).

Список литературы

1. Джаксыбаев М.Н. Анализ функций и качества жизни пожилых пациентов с переломами бедренной кости / М.Н. Джаксыбаев, С.С. Альходжаев, К.М. Тезекбаев, М.О. Жумагулов, Д.М.Тусупов, А.К. Майлибекова, С.А. Маханов // вестник КазНМУ №3(1)-2016 - С. 200-208.
2. Leonardsson O. Long-term follow-up of replacement compared with internal fixation for displaced femoral neck fractures: results at 10 years in a randomised study of 450 patients. / Leonardsson O., Sernbo, I., Carlsson, A., Akesson, K., Rogmark, C. // J.Bone Joint Surg. Br. – №92 (3). – P.406–412.
3. Новиков А.А., Т.И. Ионова. Руководство по исследованию качества жизни в медицине – 2-е изд. – М. ОЛСАПРЕСС, 2007.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ ПОЗДНИХ СТАДИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Хакимова С.А., Расулова З.Д.

Научный руководитель: Даминова Х.М.

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В общей структуре неврологических синдромов паркинсонизм является наиболее частым синдромом, приводящим к инвалидизации у лиц пожилого возраста[2].

Цель - изучить клинические особенности и принципы коррекции поздних стадий болезни Паркинсона

Материалы и методы. Нами обследовано 37 больных, имеющих поздние осложнения дофаминергической терапии. Среди данного контингента 22 (59,5%) пациентов были с болезнью Паркинсона (БП), 15 (40,5%) – с сосудистым паркинсонизмом (СП), из них 23(62,2%) женщин и 14(37,8%) мужчин, средний возраст $66,4 \pm 4,1$ года, продолжительность заболевания от 5 до 10 ($7,5 \pm 1,9$) лет. Контрольную группу составили 20 пациентов с БП (9 мужчин и 11 женщины) без осложнений дофаминергической терапии, средний возраст $66,7 \pm 5,3$ года, продолжительность заболевания от 5 до 12 ($9,8 \pm 2,1$) лет. Оценка тяжести неврологического дефицита и осложнений терапии проводилась при помощи II–IV подшкал унифицированной рейтинговой шкалы оценки проявлений паркинсонизма (UPDRS. Fahn S., Elton R.; 1987), определялись показатели дневной активности с помощью шкалы Шваба и Ингланда[1]. Для оценки степени тяжести непроизвольных движений использовалась шкала экстрапирамидных симптомов (ESRS), IV часть шкалы UPDRS[1,4]. Качество жизни больных БП изучалось с помощью опросника качества жизни больных болезнью Паркинсона (PDQ-39, Peto V., 1995) [3]. Статистическая обработка на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что из поздних осложнений дофаминергической терапии наиболее часто встречалась дискинезия «пика дозы» – 40% (20 пациентов). Она проявлялись в виде слабозаметных качательных движений (в 2 случаях, 12%), также более выраженных (скручивания, повороты, размашистые движения конечностей или танцевальные движения – 28%), что приводило к быстрой утомляемости пациентов, ограничению круга их общения. Дистония выключения наблюдалась нами в 10 случаях (20%), как правило, она носила болезненный мучительный характер. Двухфазная дискинезия проявлялась медленными дистоническими дискинезиями в мышцах ног (у 10 больных, 20%), и дистонией позы (у 6 больных, 12%) В 14% случаев наблюдалась комбинация осложнений. У больных с лекарственными дискинезиями возраст дебюта заболевания был меньше, чем в группе контроля ($51,2 \pm 6,5$ и $59,6 \pm 9,5$ лет соответственно), длительность леводопатерапии достоверно длиннее в основной группе ($7,8 \pm 0,9$ и $5,2 \pm 1,2$ года соответственно; $P < 0,05$). Степень тяжести несколько выше при лекарственных дискинезиях, чем в контрольной группе ($P > 0,05$). У большинства пациентов с дискинезиями выявлены высокие показатели тревожности и депрессии, с преобладанием клинически выраженного уровня. В контрольной группе признаков тревоги и депрессии не было. В основной группе препараты леводопы принимались в средней суточной дозе $755 \pm 355,6$ мг, в контрольной достоверно меньше – $435 \pm 125,7$ мг ($P < 0,05$). Дофаминергическая терапия наиболее часто осложняется дискинезией «пик дозы» – 8 (40%) ($n=20$), дистонией выключения – 2(20%) ($n=10$). Двухфазная дискинезия проявлялась медленными дистоническими дискинезиями в мышцах ног (20%; $n=10$) и дистонией позы (12%; $n=6$); комбинация осложнений наблюдалась в 14% ($n=7$) случаев. У пациентов с сочетанными двигательными

нарушениями (сочетание истощения времени действия разовой дозы с дискинезиями «пик дозы») отмечались более выраженные двигательные расстройства и снижение качества жизни[5]. У них установлены грубые нарушения повседневной активности и двигательный дефицит по шкале UPDRS (II и III части: $32,4 \pm 2,3$ и $49,2 \pm 9,2$ балла соответственно). Развитие дискинезий достоверно более часто наблюдается у пациентов с более высокой дозой препаратов. Если между степенью тяжести дискинезий, продолжительностью заболевания, дозой и длительностью терапии леводопой установлена положительная корреляция ($r=0,52$), то между степенью тяжести, кратностью приема препаратов леводопы (суточная доза одинаковая), частотой, а также степенью тяжести леводопа-индуцированных дискинезий – отрицательная ($r=-0,78$). Леводопа-индуцированные дискинезии чаще возникали у пациентов с дебютом заболевания в более раннем возрасте (от 41 до 50 лет; $P<0,05$).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с БП леводопа-индуцированные дискинезии (особенно двухфазная и окончания действия дозы) существенно снижают качество жизни и повседневную активность, приводят к развитию аффективных нарушений (депрессивных и тревожных расстройств). Решающим при коррекции осложнений терапии препаратами леводопы является определение клинического типа дискинезий.

Список литературы

1. Алимova Е.А. Вегетативные нарушения при паркинсонизме/ Е.А. Алимova, В.Л. Голубев // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1992. — Т. 92, № 5. - С.48-52.
2. Голубев В.Л. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма/ В.Л. Голубев, Я.И. Левин., А.М. Вейн М.:МЕДпресс.- 2000. - 416 с
3. Кадыков А.С. Сосудистый паркинсонизм: особенности клиники, течения, диагностики и лечения/ А.С. Кадыков, Л.А. Калашникова, Н.В. Шахпаронова// VIII Всерос. съезд неврологов. –Казань.- 2001. - С.357.
4. Левин О.С. Эфедроновый паркинсонизм/ О.С. Левин, Н.В. Федорова, Н.А. Амосова, В.Н. Шток// Неврологический журнал. 2000. - N 2. — С.8-15.
5. Садеков Р.А. Лечение паркинсонизма/ Р.А. Садеков, А.М. Вейн. — М.ЮОО Медицинское информационное агенство.- 2001. 96 с.

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Хлебодарова Е.В., Устинова А.В., Арефина М.В.

Научный руководитель: Хлебодарова Е.В.

Курский государственный медицинский университет

Сердечно-сосудистые заболевания(ССЗ) - это основная причина смерти не только в нашей стране, но и во всем мире: нет никакой другой причины, по которой каждый год умирает большое количество людей, сколько от ССЗ. Каждый год, по данным ВОЗ, от ССЗ умирает 17,5 миллиона человек, 80 % преждевременных инфарктов и инсультов может быть предотвращено.

Артериальная гипертензия – одно из самых распространенных заболеваний Артериальной гипертензией страдают 20–30 % людей. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50–65 % у лиц старше 65 лет [1,2].

По данным ВОЗ, 30 % всех смертельных исходов возникает вследствие АГ. Доступные статистические данные по России указывают на то, что у нас гипертензией

страдают не менее 40 % населения: 58 % женщин и 37 % мужчин болеют артериальной гипертензией, лечится только 48 % женщин и 21 % мужчин, но целевого значения артериальное давление достигает лишь у 17,5 % женщин и 5,7 % мужчин [2]. Общеизвестно, что регулярный и эффективный прием антигипертензивных препаратов снижает риск возникновения осложнений и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [3].

Цель настоящего исследования является проведение детального анализа приверженности больных с артериальной гипертензией к лечению по данным кардиологического отделения БМУ «КОКБ».

Материалы и методы исследования: в ходе исследования были проанализированы истории болезни пациентов за 2017 – 2018 год, планового кардиологического отделения БМУ «КОКБ».

Материалом исследования послужили данные анализа 439 историй болезней. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов описательной статистики.

Результаты и обсуждения.

Проведенный ретроспективный анализ 439 историй болезни пациентов, в анамнезе у которых был диагноз: артериальная гипертензия, показал, что чаще всего назначают 5 групп препаратов: диуретики (118, что составило 27% от общего числа) и иАПФ (были назначены 136 пациентам, в процентном соотношении - 31%). В-блокаторы (ББ) назначают чуть реже (20%, а именно 88 пациентам). На 4 месте по частоте назначений находятся блокаторы кальциевых каналов (АК) (их получили 57 пациентов, 13%). На 5 месте расположились блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), которые составили 9% на 40 человек.

В результате проведенного исследования было выявлено, что больше всего пациентам назначают комбинацию из двух препаратов, иАПФ+диуретик получили 144 человека (36%); БРА+диуретик – 112 пациентов (28%); на третьем месте находятся иАПФ+АК – 80 людей (20%), меньше всего назначают ББ+АК – 64 пациента - 16%.

Так же были проанализированы наиболее назначаемые препараты больным АГ. Изучение частоты назначения диуретиков показали что чаще всего назначают индапамид (42%). На втором месте диурет (36%). На долю лазикса приходится - 18%.

Анализ последовательности назначения иАПФ показал, что намного чаще пациентам с АГ назначали периндоприл (38% от общего числа) и эналаприл (36%). Реже назначают фозиноприл - 6%.

Выводы:

1. Наиболее часто больным при артериальной гипертензии назначают: монотерапию периндоприлом, эналаприлом и диуретом, а так же комбинированную терапию иАПФ+диуретик и БРА+диуретик.

2. Таким образом, лечение данными препаратами, которые имеют большую доказательную базу является наиболее рациональным и эффективным, при их регулярном использовании.

Список литературы

1. ВОЗ. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень №317, март 2013 г. – URL: http://www.whois.com/cardiovascular_diseases/ru/
2. Климов А. В., Денисов Е. Н., Иванова О. В. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения // Молодой ученый. — 2018. — №50. — С. 86-90. — URL <https://moluch.ru/archive/236/54737>
3. Филипов, Е. В. Артериальная гипертензия: как оптимизировать терапию пациента / Е.В. Филипов // Земский врач.- 2015.- №1.- С. 25-29. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/arterialnaya-gipertenziya-kak-optimizirovat-terapiyu-patsienta>

СОПОСТАВЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Холопова Н.В., Малыхин Ф.Т.

Ставропольский государственный медицинский университет

Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – наиболее распространенные среди населения хронические заболевания респираторной системы. ХОБЛ, согласно оценочным данным, к 2020 году займет 5-е место среди наиболее распространенных в мире болезней и третье место среди причин смертности [1, 2, 3]. Ранее распространенность ХОБЛ была значительно выше среди мужчин, в настоящее время она значительно выросла среди женщин. В последние годы при ХОБЛ и БА повышается значение коморбидности, как прогностического маркера, определяющего вероятность общей смертности пациентов [4, 5].

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 940 историй болезни пациентов с ХОБЛ и 860 - с БА. Изучение показателей коморбидности (в том числе гендерных) при БА и ХОБЛ выполнено с применением индекса Charlson (для оценки отдаленного прогноза коморбидных больных), различий с помощью распределения Стьюдента, критерий достоверности показателей $p < 0,05$ [6].

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных БА $56,9 \pm 1,4$ года, ХОБЛ $67,1 \pm 3,7$ года. Среди пациентов с БА 64,4 % женщин и 35,6 % мужчин, а с ХОБЛ - 63,4 % женщин и 36,6 % мужчин. Среди больных БА 0,4 % курящих, а при ХОБЛ продолжали курить 30 % пациентов (из них 12,1 % - женщины).

Среди больных БА у 74 % сопутствующей патологией явилась сердечная недостаточность, у 87% больных были выявлены осложнения заболеваний лёгких: у 486 чел. (56,5 %) - эмфизема лёгких, у 304 чел. (35,3 %) - пневмосклероз, у 70 чел. (8,1 %) - хроническое лёгочное сердце.

При исследовании пациентов с ХОБЛ у 90 % больных обнаружены осложнения лёгочной патологии: у 55,3 % – эмфизема легких, у 27,6 % - пневмосклероз, у 7,1 % - хроническое лёгочное сердце. Также у 82% имелась сердечная недостаточность, у 35 % атеросклероз и гипертоническая болезнь (каждое заболевание), у 15,4 % язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки. У 52 % пациентов ХОБЛ сочеталась с БА.

Средний индекс коморбидности у пациентов с ХОБЛ составил $6,7 \pm 1,2$; у больных БА – $3,7 \pm 0,6$ ($p < 0,05$). Установлено повышение индекса коморбидности при нарастании тяжести течения ХОБЛ, а также с учетом пола: пациенты с ХОБЛ I стадии в среднем имеют 1,5 сопутствующих заболеваний, пациенты с ХОБЛ II стадии 3-4 заболевания, пациенты с ХОБЛ III стадии имеют 4 сопутствующих заболевания, и наконец, пациенты с ХОБЛ IV стадии имеют не менее 6-7 сопутствующих заболеваний. Отмечено, что у женщин заболевание протекает с более выраженными клиническими симптомами, а также с большим количеством обострений (2 и более в год).

При вычислении коэффициента корреляции выявлена сильная корреляционная связь между этими показателями: для БА коэффициент корреляции 0,76 (сильная, $r = 0,76$), для ХОБЛ – 0,85 (сильная, $r = 0,85$, $p < 0,05$). Таким образом, проведенный корреляционно-регрессионный анализ говорит о том, что между возрастом (полом) больных и индексом коморбидности существует тесная связь, с увеличением возраста (и с учетом пола) индекс коморбидности увеличивается. Следует сказать, что для ХОБЛ это связь более тесная, индекс коморбидности на 68% зависит от возраста и пола больных, для БА индекс коморбидности на 60%.

Прогноз летальности (в течение 3-х лет)

- при ХОБЛ: 15%-ая вероятность смерти выявлена у 7,5% пациентов, из них 52,9 % мужчины и 47,1 % женщины;

28%-ая вероятность смерти - у 3,3% пациентов, из них 38,7 % мужчины и 61,3 % женщины;

56% -ая вероятность смерти - у 38,3 % пациентов, из них 33,3 % мужчины и 66,6 % женщины;

83%-ая вероятность смерти - у 51% пациентов, из них 61,6 % мужчины и 38,4 % женщины.

- при БА: 15%-ая вероятность смерти выявлена у 15,3 % пациентов, из них 62,9 % мужчины и 37,1 % женщины;

28%-ая вероятность смерти - у 31,5% пациентов, из них 56,8 % мужчины и 43,2 % женщины;

56%-ая вероятность смерти - у 34,4 % пациентов, из них 35,9 % мужчины и 64,1 % женщины;

83%-ая вероятность смерти - у 18,8% пациентов, из них 39,5 % мужчины и 60,5 % женщины.

Соответственно, 83% вероятность смерти в течение 3-х лет составляет 51 % у пациентов с ХОБЛ, в то время как при БА такая вероятность смерти выявлена только у 18,8 % больных. Вероятность смерти 56% выявлена у 38,3% пациентов с ХОБЛ и у 34,3% больных БА, 28%-ая вероятность смерти выявлена у 3,3% пациентов с ХОБЛ и у 31,5% больных БА. И наконец, 15% вероятность смерти выявлена у 7,5% пациентов с ХОБЛ и у 15,3% больных БА.

Выводы:

1. Средний индекс коморбидности у больных ХОБЛ достоверно больше, чем у больных БА.

2. Между полом (возрастом) больных и индексом коморбидности существует сильная связь.

3. Прогноз высокой вероятности смерти в течение 3-х лет у пациентов с ХОБЛ в 2,8 раза выше, чем при БА.

Список литературы

1. Малыхин, Ф.Т. Возрастные особенности бронхов и легких у людей пожилого и старческого возраста / Ф.Т. Малыхин // Морфология. - 2019. - Т. 155. - № 1. - С. 66-72.

2. Малыхин, Ф.Т. Характеристики описания одышки у пациентов с бронхобструктивной патологией / Ф.Т. Малыхин, А.Я. Тумоян, Т.Ф. Малыхин // Сб. статей: II Международный форум врачей общей практики/семейных врачей. - 2019. - С. 53-55.

3. Малыхин, Ф.Т. Исследование гендерных и возрастных аспектов медико-демографических потерь населения Ставрополя вследствие хронической обструктивной болезни легких / Ф.Т. Малыхин, А.А. Хрипунова // Главврач. - 2014. - № 6. - С. 18-22.

4. Malykhin, F.T. Compliance Indicators in Geriatric Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Health Care: Current Reviews / F.T. Malykhin, V.A. Baturin // 2018, Vol. 6: Issue 3 P. 1-4. DOI: 10.4172/2375-4273.1000232

5. Malykhin F.T. Indicators of comorbidity in chronic broncho-obstructive pathology / F.T. Malykhin // Advances in Gerontology. 2017. T. 7. № 3. P. 246-251.

6. Charlson, M.E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation / M.E. Charlson, P. Pompei, K.L. Ales, C.R. McKenzie // J. Chron. Dis. 1987. Vol. 40. №5. P. 373-383.

АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ

Цуккиев З.К., Панагов З.Г., Бициева Э.Т.

Научный руководитель: Гипаева Г.Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В настоящее время во всем мире отмечается рост заболеваемости стрептококковыми инфекциями, при этом проблема рожистого воспаления приобретает особое значение из-за широкого распространения, роста числа тяжелых геморрагических форм, частого рецидивирования и развития неблагоприятных последствий. При различной локализации рожи клиническое течение болезни и ее прогноз имеют свои особенности. Рожа нижних конечностей – самая распространенная локализация болезни (70-80%). По литературным данным последних лет, заболеваемость рожей составляет от 40,0 до 200,0 на 100 тысяч населения и занимает 4 место среди инфекционных заболеваний, уступая лишь гриппу, вирусному гепатиту и кишечным инфекциям.

Цель исследования. Изучение общей антиокислительной активности (АОА) плазмы крови и малонового диальдегида (МДА) у больных различными клиническими формами рожи и коррекция выявленных нарушений.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 больных в возрасте от 29 до 53 лет, среди которых женщин было 22 (69%), мужчин – 10 (31%). Первичная рожа диагностировалась у 18 (56%), повторная – у 4 (13%) и рецидивирующая – у 10 (31%) больных. Чаще патологический процесс локализовался на нижних конечностях – у 24 больных (75%), рожа лица отмечалась у 7 больных (22%) и у 1 (3%) пациента диагностирована рожа правого предплечья. По характеру местного очага больные распределялись следующим образом: эритематозная форма – у 17 (54%) больных, эритематозно-буллезная – у 11 (34%) больных, эритематозногеморрагическая и буллезно-геморрагическая формы – по 2 (6%) больных. У наблюдаемых нами больных отмечались такие фоновые и сопутствующие заболевания, как повреждения кожных покровов, хронические заболевания ЛОР-органов, грибковые поражения кожи и ногтей, хроническая лимфовенозная недостаточность, сахарный диабет 2 типа. В соответствии с целью работы, все наблюдаемые нами больные были разделены методом случайной выборки на две группы, равноценные по возрасту, полу, течению и характеру местных проявлений. Контрольная группа больных получала традиционное лечение, а у больных в основной группе комплекс традиционной терапии дополнил отечественный препарат тамерит, обладающий антиоксидантным, иммуномодулирующим, умеренным бактериостатическим и противовоспалительным действием, по 100 мг 2 раза в сутки в виде внутримышечных инъекций первые 5 дней, далее – по 100 мг 1 раз в сутки 10 дней. Всем наблюдаемым больным при поступлении и после лечения проводились исследования АОА плазмы крови (методика Демчук М.А. с соавт.) и интенсивность ПОЛ, о которой судили по степени накопления в среде инкубации промежуточного продукта МДА. Группу сравнения составили 15 доноров Республиканской станции переливания крови.

Результаты исследования. Нами было выявлено, что у всех больных имело место снижение общей АОА плазмы крови и интенсификация процессов ПОЛ, по сравнению с таковыми показателями у доноров. Наиболее выраженные изменения отмечались у больных с первичной и повторной рожей. Следует отметить, что данные изменения имели прямую корреляционную связь с клиническими проявлениями заболевания: лихорадочный период, сроки угасания местных проявлений, заживление эрозий на месте вскрывшихся булл, болевой синдром были более выраженными и длительными у больных с низкими показателями АОА и высокими показателями ПОЛ.

Выводы. Анализируя показатели биохимических исследований крови, проведенных после лечения, можно сказать, что терапия различных клинических форм рожи способствует повышению уровня АОА плазмы крови и снижению МДА. У больных

рожей в основной группе изменения в сторону восстановления АОО были более выражены, что позволяет рекомендовать включение тамерита в комплексную терапию больных различными клиническими формами рожи.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Цындяйкина А.С., Лалаев Э.Э., Подкопаева Д.С.

Курский государственный медицинский университет

Эпилепсия – является одним из наиболее распространенных неврологических заболеваний, которое характеризующееся психическими и когнитивными нарушениями различной степени выраженности. Для оценки степени патологических деформаций были разработаны нейропсихологические тесты на долговременную и кратковременную память, восприятие, праксис, внимание, двигательные функции, интеллект. При исследованиях вызванной биоэлектрической и спонтанной активности головного мозга были выявлены изменения ЭЭГ при приступах эпилепсии в сочетании с нарушениями ВНД. Анализ полученных данных показал значение спектральных данных ЭЭГ и десинхронизации/синхронизации биоэлектрической активности, связанной с конкретным событием. Так, у пациентов с эпилепсией и нарушениями памяти была выявлена десинхронизация альфа активности в нижневисочных областях. По другим данным, у детей с когнитивными нарушениями и височной эпилепсией были выявлены показатели десинхронизации/синхронизации связанными с событиями в тета-диапазоне. Снижение показателей синхронизации тета-ритма были выявлены и у взрослых пациентов с височной эпилепсией. Во второй части исследования был использован когерентный анализ. Он позволяет оценивать статистическую линейную связь динамики биоэлектрических потенциалов, которые были проанализированы в частотной области, и выражается в значениях от 0 до 1, где 1 – наиболее сильная связь между исследуемыми областями, а 0 – отсутствие связи. Снижение когерентности внутри полушарий на пораженной стороне и ее взаимосвязь с уровнем когерентности отмечается в ряде научных работ (Курбанова 2007; Авакян 2003). Исследуя полосы частот, можно разделить их на три фактора: тета-диапазон, от которого зависят процессы формирования кратковременной памяти; низкочастотный альфа-диапазон, который важен для внимания и восприятия человека; высокочастотный альфа-диапазон, который связан с процессами становления семантической долговременной памяти. В ходе исследования было выявлено снижение меж- и внутриполушарной когерентности в височных и лобных областях у пациентов с эпилепсией и была обнаружена связь с отставанием у детей в психомоторном развитии. В данное время для полноценной оценки когнитивной дисфункции используются данные ЭЭГ и фМРТ, проводится анализ взаимосвязи между теменными и фронтальными долями головного мозга.

Цель. Исследование взаимосвязи фронто-париетальной когерентности у пациентов с эпилепсией.

Материалы и методы. Было исследовано 35 пациентов эпилепсией височной области, 20 женщин и 16 мужчин, средний возраст которых составлял 35 лет (96% ДИ 28,4 - 37,6). Для контрольной группы были выбраны 19 здоровых добровольцев, 8 мужчин и 11 женщин, средний возраст которых составил 34,8 года (96% ДИ 31,5 - 38,7). Всем пациентам была сделана электроэнцефалография с закрытыми глазами в состоянии пассивного бодрствования. Для проведения анализа и расчета коэффициентов когерентности была выбрана цифра 33 электроэнцефалограф «Нейрон-Спектр». После

исследования были произведены расчеты когерентности между теменными и лобными отведениями, а именно: F3-P3, F4-P4, F3-F4, P3-P4 (по международной схеме «10-20%») в тета-диапазоне.

Результаты и обсуждение. В 60% случаев в группе пациентов с эпилепсией были зафиксированы нарушения памяти, в то время как в контрольной группе не данной патологии выявлено не было. Коэффициент когерентности тета-активности у больных с нарушениями памяти был ниже, чем в контрольной группе. Полученные данные являются статистически значимым ($p=0.01$) при оценке фронтопарietальной когерентности в левом полушарии.

Закключение. Результаты исследований свидетельствуют о значительных отклонениях функциональной связи между фронтальной и парietальной отделами левого полушария, что приводит к нарушениям памяти, и может играть важную роль в дополнительной оценке когнитивной дисфункции у пациентов с эпилепсией.

Список литературы

1. Бибииков, Ю.Н. Общая хирургия: Учебное пособие / Ю.Н. Бибииков. - СПб.: Лань, 2014. - 272 с.
2. Лумента, Х. Нейрохирургия. Европейское руководство. В 2 т. Т. 1 / Х. Лумента. - М.: Панфилова, 2013. - 392 с.
3. Чарльз, С. Микрохирургия стекловидного тела и сетчатки: Иллюстрированное руководство / С. Чарльз. - М.: МЕДпресс-информ, 2012. - 400 с

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ (ХОБЛ) СРЕДИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 18-55 ЛЕТ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА ПЕРИОД 2010-2014 ГОДЫ

Ярасханов Р.Р.

Научный руководитель: Батаев Х.М.

Чеченский государственный университет, Медицинский институт

Хроническая обструктивная болезнь лёгких является ведущей причиной заболеваемости и смертности по всему миру, что ведет к значительному, всё возрастающему экономическому и социальному ущербу. В структуре заболеваемости она входит в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности и причинам инвалидности [1]. По оценкам специалистов 3,17 миллионов человек в мире умерли от этого заболевания в 2014 году, что составило почти 5% всех случаев смерти в мире в этом году [2]. Прогноз, составленный экспертами ВОЗ до 2020 года, свидетельствует, что ХОБЛ станет не только одной из самых распространенных болезней человека, но войдет в число лидирующих причин смерти. В это же самое время ожидается дальнейшее снижение смертности от инфаркта миокарда, онкологических заболеваний, туберкулеза и других нозологий [3]. В Чеченской республике также остро стоит проблема заболеваемости данной патологией. Поэтому в данном исследовании во главе стоит изучение статистики заболеваемости хронической обструктивной болезнью лёгких среди лиц в возрасте 18-55 лет в Чеченской Республике за период 2010-2014 годы, по полученным результатам составить план по улучшению оказания квалифицированной медицинской помощи среди населения.

Материалы и методы. В проведённой работе были использованы информационно-аналитические справки по структуре заболеваемости в Чеченской Республике за период

2010-2014 годы. Были применены санитарно-статистический и аналитический методы исследования общественного здоровья.

Результаты и обсуждение. В ходе проводимого анализа были получены следующие данные по структуре заболеваемости среди населения указанной возрастной группы за данный хронологический период. В 2010 году было зарегистрировано 1026 случаев выявления патологий данного профиля. За 2011 год количество выявленных больных увеличилось почти вдвое – 2033 человека. В 2012 году контингент заболевших продолжил расширяться - 3179 случаев регистрации нозологии. За 2013 год было зафиксировано 6281 пациентов с данным диагнозом. И, наконец, в 2014 году количество лиц, страдающих данным недугом, составило 5450 человек.

Закключение. По результатам проведённого исследования довольно чётко прослеживается прогрессия темпа по увеличению заболеваемости хронической обструктивной болезнью лёгких. По данным видно, что на протяжении всего хронологического периода контингент больных растёт, за исключением 2014 года, который обусловлен наибольшим процентом летальности от осложнений данной нозологии. А это наводит на мысль, что с каждым днём ухудшается фон окружающей среды, растёт заболеваемость, вызываемая инфекционными и аллергическими агентами. А, значит, проведение исследования с целью выявления истинного уровня распространенности, заболеваемости и экономического ущерба от хронической обструктивной болезни лёгких в нашей стране является чрезвычайно актуальной для государства.

Список литературы

1. Бельтюкова, М. В. Хроническая обструктивная болезнь лёгких / М. В. Бельтюкова. – Екатеринбург, 2014 – 6 с.
2. Mathers, С. Хроническая обструктивная болезнь лёгких / С. Mathers, D. Loncar//Сб. науч. тр./ Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. – PLoS Medicin. – 2014. – №5. – С. 209.
3. Чучалин, А. Г. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и сопутствующие заболевания / А. Г. Чучалин // Медиа сфера. – 2013. – №8. – С. 41.

Раздел 4. Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

ВЫЯВЛЕНИЕ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И МЕТОДЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Драгавоз И.С., Елисеева Л.Н., Жеребцова В.Д.

Курский государственный медицинский университет

Травматизм спортивный – возникновение травм при активных физических нагрузках, занятии спортом под контролем тренера спортивной секции или преподавателя. Укрепление здоровья и предотвращение спортивных травм во время проведения физкультурно-спортивных мероприятий, в том числе соревнований и учебно-тренировочных занятий, всегда остаётся актуальной задачей каждого спортивного педагога. [2, 3]

Целью данной работы является анализ основных причин возникновения спортивного травматизма и выделение наиболее эффективных методов профилактики спортивных травм.

Материалами и методы:

1. анкетирование спортсменов;
2. статистическая обработка полученных результатов методом сравнения первичных данных и последующего регрессионного анализа;
3. анализ методической литературы.

Результаты исследования. В результате опроса, в котором приняли участие 80 студентов, занимающихся в спортивных секциях Курского государственного медицинского университета (КГМУ), было выявлено, что большинство занимаются спортом профессионально и имеют спортивный разряд (45% от опрошенных). 32,5% респондентов занимаются спортом, так как это укрепляет их здоровье, а оставшиеся 22,5% занимаются спортом потому, что это может пригодиться им в дальнейшей жизни. Была установлена частота получения травм студентами КГМУ на соревнованиях и во время тренировок. Чаще 1 раза в месяц - 10%, раз в 1-3 месяца - 25%, раз в 3-6 месяцев- 32,5%, раз в 6-12 месяцев -20%, раз в 2 года -5%, никогда не получали травм во время занятий спортом -7,5%. 82% опрошенных утверждают, что не используют защитные приспособления во время тренировок и соревнований. Оставшиеся 28 спортсменов используют различные защитные приспособления – наколенники, эластичные бинты, бандажи и пояса. Также было установлено, что наибольшее доля травм приходится на растяжение мышц и связок (29 человек – 36,25%). Второе место – ушибы различных частей тела – 25 спортсменов (31,25%), третье – ссадины и потертости – 24 спортсмена (30%). Четвертое место – вывихи и повреждения суставов – 16 человек (20%). Пятое место – повреждения мышц и сухожилий у 13 опрошенных (16,25%). Далее – переломы и трещины костей у 8 спортсменов (10%). Согласно опросу, после полученных на соревнованиях или тренировках травм, большинство респондентов (62,5%) проходит реабилитацию за неделю, 27,5% восстанавливаются полностью через месяц, а оставшиеся 10% приступают к тренировкам с полноценной нагрузкой только через 3 месяца. [1]

Факторы, способствующие возникновению травм во время занятий спортом, следует разделить на внешние и внутренние. Среди внутренних факторов опрошенные

спортсмены выделяют перенапряжение и чрезмерную нагрузку на тренировках, рецидивы имеющихся заболеваний, проведение тренировок или соревнований после недостаточного срока восстановления после травмы, а также большие перерывы между тренировками. Среди внешних факторов были отмечают нарушение дисциплины, неправильная программа тренировок, а также недостаточное внимание тренера.

Самым эффективным методом профилактики травм, по мнению опрошенных, является качественная разминка, которая проводится перед началом тренировки. Задача разминки – разогреть все тело, растянуть мышцы, связки и сухожилия. Следует разогреваться во время пробежки на беговой дорожке, прыжками на скакалке. Такая кардионагрузка должна быть легкой и недолгой, до 10 минут. Затем следует приступить к общей разминке и растяжке мышц и суставов. Основная задача – разогреть тело и подготовить его к нагрузкам. [4] Также спортсменами отмечалась адекватная физическая подготовка, которой способствуют регулярные тренировки и правильные нагрузки, сбалансированное питание качественными продуктами и правильный режим дня.

Исходя из анализа результатов анкетирования спортсменов, занимающихся в секциях КГМУ, можно сделать следующие выводы:

1. Спортивный травматизм, безусловно, является важной проблемой в сфере охраны здоровья студентов во время занятий физической культурой и спортом.
2. Не смотря на относительно низкую частоту получения травм, большинство опрошенных не использует защитные приспособления во время тренировок и соревнований, что может приводить к возникновению большего количества травоопасных ситуаций.
3. Чрезмерные нагрузки, проведение тренировок или соревнований при недостаточном сроке реабилитации после предыдущей травмы, а также большие перерывы между тренировками, качественная разминка, соблюдение дисциплины – причины, которые полностью находятся в компетенции спортивного педагога. Одной из его основных задач – соблюдение всех норм, создание комфортной и безопасной среды для занятия спортом.
4. В целях организации своевременной профилактики спортивного травматизма необходимо проводить работу с обучающимися через профильно-ориентированные образовательные курсы.

Список литературы

1. Елисеева Л.Н., Драгозов И.С., Храмцов Д.А., Борисова К.Н., Лалаев Э.Э. Анализ спортивного травматизма среди студентов КГМУ // Научный медицинский журнал «Авиценна». - 2019. - №48. - С. 15-19.
2. Заболевания и повреждения при занятиях спортом / Под ред. А.Г. Дембо.– 3-е изд., перераб. и доп. – Л.: Медицина, 1991. – с.234-250
3. Петренко Н.В., Никольчев А.Д. Травматизм при проведении тренировок и соревнований в высших учебных заведениях и способы его профилактики // Физическое воспитание студентов. - 2011. - №1. - С. 123-129.
4. Полькин Я.Д., Бикбов Р.Р. Предупреждение травматизма на тренировках по развитию силы // Материалы Международной научно-технической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов. - Казань: ООО ""Новое знание"", 2015. - С. 249-250.

ЗАВИСИМОСТЬ СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОТ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Дубовская А.В., Кот В.Н.

Научный руководитель: Кравчук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

На сегодняшний день среди подростков и людей весьма актуальным является занятие спортом, особенно это касается подростков, которые отличаются большой активностью и стремятся укрепить свое здоровье и при этом иметь красивое тело. Однако, очень часто можно наблюдать следующую картину: люди, имеющие нетренированный организм, из-за своей неопытности, подвергают свое тело большим нагрузкам. Очень часто современная молодёжь воодушевляется занятием спортом от поколения людей постарше, увидев их форму и физические показатели в Интернете. Вместо того, чтобы обратиться за помощью к людям (тренерам), имеющим какой-то опыт в этой сфере, они не осознанно идут и начинают произвольно заниматься. Помимо этого, все упражнения люди стараются выполнять с высокой интенсивностью, делая продолжительность отдыха между упражнениями достаточно малой. При этом они не осознают, что идет колоссальная нагрузка на сердечно-сосудистый аппарат, который не готов к такому напряжению. Все это, в последствии, может привести к различным проблемам (например, болезненным ощущениям, головной боли, кровотечениям из носа, вплоть до потери зрения и сознания) и порокам сердечно-сосудистой системы.

Данная проблема довольно распространена среди молодых людей, что в дальнейшем увеличивает количество болезней, связанных с сердечно-сосудистым аппаратом, поэтому рассмотрение данного вопроса является актуально жизненным. Это поможет сократить и в какой-то степени предотвратить возможные пороки сердечно-сосудистой системы, как результат влияния больших нагрузок на организм. В связи с этим нужно провести анализ влияния физических нагрузок на сердечно-сосудистую систему и проследить динамику возникающих при этом проблем с сердечно-сосудистой системой.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования, использовалось специальная анкета Google формы. Вопросы анкеты были максимально адаптированы под цель исследования. В анкетировании приняли участие 758 студентов 1-4 курса Гродненского государственного медицинского университета, Гродненского государственного университета имени Янки Купалы, Белорусского государственного медицинского университета, Витебского государственного медицинского университета, Гомельского государственного медицинского университета.

Результаты и обсуждение. Сердечно-сосудистый аппарат представляет собой сложную систему трубок – сосудов, благодаря которым кровь вместе с питательными веществами, кислородом, а также продуктами метаболизма распространяется к целевым тканям. К тому же сердце – это удивительный мышечный орган нашего организма, своеобразный насос, без которого весь объем крови, имеющийся в нашем теле не способен бы был к передвижению и к перекачке.

При проведении анкетирования, удалось установить, что значительное число от всех участников (437 человек) имеют учащенный пульс в состоянии покоя – в среднем 93 уд/мин. Остальная часть участников (321 человек) имеет в среднем 72 уд/мин, из них у 23 студентов пульс находится в пределах нижней границы нормы (62 уд/мин). Помимо этого, выяснилось, что большая часть студентов проводят тренировки не регулярно, из-за своей занятости, некоторые и вовсе не тренируются. Некоторые не соблюдают необходимую паузу между упражнениями, это также отрицательно сказывается на общем состоянии молодых людей.

Также установилось, что не все из студентов, тренирующихся в фитнес - залах, обращаются за помощью в проведении тренировок к специально обученным людям.

Один из вопросов анкетирования звучал следующим образом: делаете ли вы кардио? Две трети всех участников опроса ответила отрицательно, кроме того 57 человек пожаловалось на периодически возникающую боль в области сердца – результат неправильного и необдуманного проведения тренировок.

Заключение. Неправильные и несистематические нагрузки могут являться первопричиной возникающих проблем с сердечно-сосудистой системой. Чуть больше половины участников анкетирования (57,6%) имеют учащенный пульс. При этом необходимо подчеркнуть, что у 7,5% всех участников анкетирования обнаружены проблемы с сердечно-сосудистой системой. Поэтому следует просвещать молодых людей о данной проблеме, самим же людям следует уделять больше внимания своему здоровью, делая кардио и не перегружая свой организм. Только правильные и регулярные физические нагрузки помогут намного быстрее улучшить состояние здоровья и наладить работу сердечно-сосудистой системы.

Список литературы

1. Монографии: Жулина, Г. В. К проблеме здоровья и здорового образа жизни человека. [Текст] / Г. В. Жулина // Проблемы здоровья человека. Развитие физической культуры и спорта в современных условиях. - Ставрополь: Изд-во СГУ, 2012. - с. 179 - 193.
2. Маргазин, В.А. Лечебная физическая культура (ЛФК) при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем / В.А. Маргазин. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 234 с.
3. Мельников, П.П. Физическая культура и здоровый образ жизни студента (для бакалавров) / П.П. Мельников. - М.: КноРус, 2013. - 240 с.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РАЗВИТИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ, ДЫХАТЕЛЬНОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Дубовская А.В., Кот В.Н.

Научный руководитель: Кравчук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

На сегодняшний день жизнь человека сложно представить без физической активности. Она играет огромную роль в нормальном функционировании организма, оптимальном протекании жизненных процессов, поддержании здоровья, а также в укреплении и слаженности работы различных систем. Так, во время занятия спортом, между опорно-двигательным аппаратом, головным мозгом и нервной системой наблюдается большое количество новых условно-рефлекторных связей, благодаря чему движения становятся более скоординированными и точными. Помимо этого нервная система активно взаимодействует с дыхательной и с сердечно-сосудистой системой. Образующиеся, во время тренировки, новые условно-рефлекторные связи согласуют работу органов и за счет этого происходит их более активная и гармоничная работа. Из-за большого влияния физической культуры на организм человека является актуальным: проведение систематического анализа для рассмотрения вопроса влияния физических нагрузок на опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистую, нервную и дыхательную системы у студентов 1-4 курсов и сравнение показателей среди студентов, занимающихся и не занимающихся в спортивных секциях.

Материал и методы. Для проведения исследования, использовалась специальная анкета Google формы. Вопросы анкеты были максимально адаптированы под цель исследования. В анкетировании приняли участие 578 студентов.

Результаты и обсуждение. Исследовательская работа разделена на 2 части: сравнение нормативных показателей студентов 1-4 курсов, а также студентов, дополнительно занимающихся и не в спортивных секциях. В ходе анкетирования приняло участие 578 студентов из Гродненского государственного медицинского университета и Белорусского государственного медицинского университета. Среди них 531 человек - не занимаются дополнительно физической нагрузкой и 47, соответственно, занимаются. Из этого количества 56,92% - девочки, 43,08% - мальчики. В анкетировании участвовало: 148 студентов 1 курса, 132 – 2 курса, 153 – 3 курса и 145 – 4 курса. Для проведения исследования были выбраны следующие параметры: частота сердцебиения (уд/мин) в покое, после физической нагрузки, количество вдохов в минуту в покое, количество подтягиваний, количество приседаний, количество отжиманий.

В результате исследования ЧСС в покое у студентов были получены следующие средние значения для каждого курса: у девочек 1 курса – 76 уд/мин, у 2 – 74 уд/мин, у 3 – 73 уд/мин и у 4 – 72 уд/мин; у мальчиков 1 курса – 73 уд/мин, 2 – 72 уд/мин, 3 – 74 уд/мин, 4 – 71 уд/мин. Сразу же после физической нагрузки были получены следующие средние данные о ЧСС: у девочек 1 курса – 107 уд/мин, 2 – 105 уд/мин, 3 – 95 уд/мин, 4 – 98 уд/мин; у мальчиков 1 курса – 96 уд/мин, 2 – 97 уд/мин, 3 – 101 уд/мин и 4 – 96 уд/мин. После 2-минутной паузы студенты вновь измерили свой пульс. Результаты были следующими: у девочек 1 курса – 78 уд/мин, 2 – 79 уд/мин, 3 – 77 уд/мин, 4 – 76 уд/мин; у мальчиков 1 курса – 78 уд/мин, 2 – 80 уд/мин, 3 – 77 уд/мин и 4 – 75 уд/мин. В результате измерения частоты дыхания (в мин) в состоянии покоя средние значения для девочек 1 – 4 курса были приблизительно одинаковыми и составляли 11 – 12 вдохов/ мин, а для мальчиков этот показатель составлял – 9 – 11 вдохов/мин. Согласно результатам исследования удалось установить, что количество приседаний в среднем у девочек по мере возрастания курса увеличилось приблизительно на 50%; у мальчиков – на 56%. Количество отжиманий в среднем у девочек возросло на 19%; у мальчиков – на 32%. Количество подтягиваний у мальчиков выросло в среднем на 13%. При сравнении тренирующихся и не тренирующихся девочек, для не тренирующихся характерны следующие усредненные показатели: количество приседаний – 30 раз, количество отжиманий – 15 раз, пульс в покое – 74 уд/мин, пульс после физической нагрузки – 100 уд/мин, пульс после 2-минутной паузы – 77 уд/мин, кол-во вдохов – 11-12; для тренирующихся характерны следующие усредненные показатели: кол-во приседаний – 55 раз, кол-во отжиманий – 35 раз, пульс в покое – 68 уд/мин, пульс после физической нагрузки – 91 уд/мин, пульс после 2-ух минутной паузы – 73 уд/мин и кол-во вдохов – 9-11. При сравнении тренирующихся и не тренирующихся мальчиков, для не тренирующихся характерны следующие усредненные показатели: кол-во подтягиваний – 7-9 раз, количество приседаний – 45 раз, кол-во отжиманий – 40 раз, пульс в покое – 72 уд/мин, пульс после физической нагрузки – 97 уд/мин, пульс после 2-минутной паузы – 76 уд/мин, кол-во вдохов – 9-11; для тренирующихся характерны следующие усредненные показатели: кол-во подтягиваний – 20 раз, кол-во приседаний – 55 раз, кол-во отжиманий – 60 раз, пульс в покое – 66 уд/мин, пульс после физической нагрузки – 86 уд/мин, пульс после 2-ух минутной паузы – 70 уд/мин и кол-во вдохов – 8-9.

Закключение. Исходя из полученных результатов исследования, можно сделать вывод, что среди студентов от 1 до 4 курса в большинстве случаев наблюдается либо стабильность в нормативных показателях, либо их слабый положительный прирост. Если сравнивать студентов, не занимающихся и занимающихся, то можно увидеть, что наблюдается более высокая разность в нормативных показателях, поскольку организм спортсмена в результате тренировок имеет более укрепленную внутреннюю систему и

опорно – двигательный аппарат. При этом улучшается нервно-мышечная связь, увеличивается количество кислорода, поступающего с кровью, наблюдается рост мышечных волокон. Поэтому спортсменами и людьми, которые занимаются физической активностью, легче переносятся различного вида нагрузки, эти люди более стрессоустойчивы, более выносливы и здоровы.

Список литературы

1. Монографии: Ильинич, В.И. Физическая культура студента / В.И. Ильинич. – Москва, 2000. – 448 с.
2. Аксельрод, С.Л. Спорт и здоровье / С.Л. Аксельрод. – Москва: Владос, 2004. – 472 с.
3. Коваленко, Д.Н. Физическая культура / Д.Н. Коваленко, Т.К. Ляшенко, О.Г. Черноусов, Г.Н. Кузнецова. – Томск, 2006. – 257 с.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Емельянов В.В., Жильцова А.В., Козлова М.Ю.

Научный руководитель: Богдалова Е.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет

Физическая культура для каждого человека чрезвычайно важна, ведь помимо общего укрепления организма, физические упражнения могут быть использованы в лечебных, а также профилактических целях при заболеваниях органов дыхания инфекционной и неинфекционной природы.

Цель работы. Определить методику лечебной физкультуры для профилактики заболеваний органов дыхания у населения.

Задачи.

1. Определить спектр интересующих нас заболеваний;
2. Провести опрос пациентов и анализ их историй болезни;
3. Выявить взаимосвязь лечебной физкультуры и динамикой заболеваний.

Материалы и методы.

Основным методом данной работы является опрос и статистический анализ полученных данных из историй болезни. Участниками опроса являлись пациенты пульмонологического отделения ГБУЗ ООКБ.

Результаты исследования и обсуждение:

Для исследования нами были выбраны в качестве нозологий: бронхиальная астма и пневмонии. На занятиях лечебной физкультурой при заболеваниях органов дыхания используют общетонизирующие и специализированные упражнения, которые выполняются в спокойном темпе, однако подбор их строго индивидуален. Общетонизирующие упражнения, улучшают функцию всех органов и систем организма, и оказывают активизирующее влияние и на дыхательный процесс. Специальные упражнения направлены на укрепление дыхательной мускулатуры и способствуют увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы, а также выведению мокроты, уменьшению застойных явлений в легких. Используют волевое управляемое статическое, динамическое и локализованное дыхание. Первое втягивает в работу дыхательные мышцы и способствует нормализации отношения вдох-выдох; второе сочетает дыхания с движениями и усиливает вдох или выдох; третье усиливает дыхательные движения в определенном участке грудной клетки и одновременно ограничивает ее в другой части.[1]

Больных учат произвольного изменения частоту, глубину и тип дыхания, удлинение выдоха, который может дополнительно увеличиваться за счет произношения звуков и их соединений. Для выполнения специальных дыхательных упражнений очень важным является выбор правильного исходного положения больного, что позволяет усилить вентиляцию в обоих или в одной легком, верхней, нижней или средней его части. Наиболее оптимальным есть положение, стоя, потому, что грудная клетка и хребет могут перемещаться во всех направлениях и ЖЕЛ достигает наибольших величин. В положении сидя, при котором хребет образует дугу, преобладает нижнебоковое и нижнезаднее дыхание, а при прогнутой спине — верхнегрудное дыхание. В положении лежа на спине или животе преобладают движения ребер нижней части грудной клетки, на стороне — она двигается свободно на стороне, что противоположна опорной. Для усиления движений нижней части грудной клетки в любом выходном положении необходимо поднять руки над голову, а при верхнегрудном дыхании -положить руки на талию.[2] В случае скопления макроты и гноя в бронхах применяют дренажные положения, которые способствуют оттоку содержимого бронхов в трахею, откуда оно эвакуируется во время откашливания. В зависимости от локализации патологического очага больным предоставляют соответствующие разные дренажные положения, при которых зона поражения должна находиться выше бифуркации трахеи, которая обеспечивает оптимальные условия для оттока содержимого бронхов. Вместе со статическими дренажными дыхательными упражнениями, которые по большей части проводятся перед началом занятия в течение 5-15 мин, применяют динамические дренажные дыхательные упражнения.[4] Благодаря этой методики можно произвольно изменить частоту дыхания. В клинике был проведен опрос студентов об эффективности данной методики. Было опрошено 35 пациентов. Из них 20 занимались лечебной физкультурой и в динамике заболевания были найдены улучшения. Эти пациенты считают эффективным данную методику в качестве лечения и профилактики. Остальные 15 пациентов не занимались ранее упражнениями и были приняты нами за контрольную группу. По результатам исследования у людей, занимающиеся физкультурой общий срок госпитализации снижен на 10-15 %. Также у них реже наблюдаются обострения и рецидивы данных заболеваний. Вывод. Таким образом, данная методика показала эффективность у пациентов с пневмонией и бронхиальной астмой. Данная методика является не только методом патогенетической терапии, но как средством для профилактики гиподинамии, которая развивается у пациентов с длительным постельным режимом, а также снижает количество обострений и рецидивов данных заболеваний. Также можно сказать, что физкультура при данных патологиях будет использована в качестве профилактики возможных осложнений заболевания, гиподинамии, застойных явлений в кардиореспираторной системе.

Список литературы

1. Евсеев Ю. И. Физическая культура (учебное пособие для студентов вузов). Ростов н/Д : Феникс, 2014 г.С.356
2. Евсеев Ю. И., Асланов В. А., Кравченко П. В. Самостоятельная физическая подготовка студентов полевых специальностей. Ростов н/Д, 2018.С.252
3. Дьяков А.С., Яговкин А.Ю. (сост.) Спортивное ориентирование. Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПИ, 2014. - 20 с.
4. Пономарев, Н.И. Социальные функции физической культуры и спорта / Н.И.Пономарев.-М.,ФиС,2014.С.124

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ МАТКИ, КАК ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Жильцова А.В., Емельянов В.В., Антипова А.В.

Научный руководитель: Богдалова Е.Ю.

Оренбургский государственный медицинский университет

Как известно, матка в норме расположена по средней линии туловища, слегка наклонена вперед, подвижна, легко смещается, однако существует и отклонение от нормы. На сегодняшний момент существует несколько вариантов положения: ретропозиция или смещение кзади, боковые смещения, загибы - изменение угла между шейкой и телом матки. Измененное положение матки может быть результатом травм, хирургических вмешательств, разрывов промежности, многократных беременностей и родов, послеродовой инфекции, различных новообразований, длительного постельного режима после родов, многих хронических заболеваниях. На положение матки, несомненно, могут отрицательно воздействовать нерациональные физические упражнения, связанные с резкими сотрясениями тела, особенно в период полового созревания, длительное выполнение «односторонних» упражнений, например прыжков в высоту с одной ноги [1].

Материалы и методы. основным методом данной статьи является опрос и статистический анализ полученных данных. Исследование проводилось на базе НУЗ ОКБ на ст. Оренбург ОАО "РЖД", где был проведен опрос среди женщин в гинекологическом отделении.

Результаты и обсуждение. Всего было опрошено 38 пациенток с аномальным расположением матки, из них 21 занимались лечебной гимнастикой на данный момент, а 17 не занимались. В ходе данного исследования выяснилось, что женщины, которые не занимались ранее лечебной гимнастикой и имеют аномальное расположение матки (20%), наиболее часто страдают запорами, выявляется эндометриоз и кисты яичника. Среди тех, кто осведомлен о данной аномалии и старается заниматься лечебной гимнастикой, то количество гинекологических заболеваний значительно снижено (49,9%).

Следует сказать, что занятия лечебной гимнастикой показаны в случае подвижных приобретенных девиаций матки, а также аномалий положения, осложненных неглубокими воспалительными спайками половых органов с окружающими тканями. Лечение аномалий положения матки, образование которых связано с врожденными дефектами развития полового прогностически менее благоприятно.

При отягощении неправильного положения матки воспалением, новообразованиями и т.п. лечебную гимнастику назначают после их устранения. Как и у любой медицинской дисциплины имеются задачи, способствующие улучшению состояния при данной патологии. Лечебная физкультура направлена прежде всего на: укрепления всего организма, тренировку мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна, укрепление мышечно-связочного аппарата матки, приведение матки в нормальное положение.

При аномалиях положения матки с пациентками проводится лечебная гимнастика. На начальных этапах проводятся индивидуальные занятия по 15-25 минут, в дальнейшем возможно проведение занятий в малой группе и по времени тренировка занимает от 25-45 минут. Если пациентка хорошо себя чувствует, то возможно проведение занятия аква-аэробики, занятия на тренажерах, спортивные упражнения (гребля, плавание, бег на лыжах), однако необходимо исключить все виды прыжков. В подборе упражнений играют исходные положения, которые, изменяя направление сил внутрибрюшного давления и тяжести тела самой матки, вызывая перемещение кишечных петель, создают условия для перехода матки в нормальное положение [2].

Поэтому, оптимальными исходными положениями при наклоне матки назад считается колено - локтевое, коленно-кистевое, стоя на четвереньках, лежа на животе. При таких положениях тела давление на матку со стороны органов брюшной полости ослабевает вследствие перемещения кишечных петель к диафрагме, а высокое положение таза благоприятно для возвращения матки в силу ее тяжести в нормальное положение.

При сильном загибе матки вперед используются положения: лежа на спине, при этом сила брюшного давления и тяжесть соседних органов приходятся на переднюю поверхность матки, способствуя этим ее отклонению назад. При отклонении матки в сторону упражнения выполняют преимущественно лежа на боку, на стороне, противоположной отклонению, что способствует растяжению круглых связок матки за счет ее перемещения под собственным весом [3]. Наряду со специальными корригирующими физическими упражнениями необходимо использовать упражнения для активации перистальтики кишечника и устранения запоров. При выполнении упражнений пациенткам важно следить за дыханием, а именно, избегать задержки дыхания, натуживания; движение всегда должно сопровождаться фазой вдоха или выдоха. Специальные физические упражнения, исправляющие положение матки, часто выполняют из неудобных поз, например коленно-грудного положения. Для их освоения необходима подготовка в течение нескольких недель в виде разнообразных общеукрепляющих гимнастических упражнений. Специальные физические упражнения, несомненно, должны дополняться гинекологическим массажем [4].

Заключение. Из проведенного исследования можно сделать итог о том, что среди женщин с аномальным расположением матки, которые занимаются лечебной гимнастикой, снижена частота гинекологических заболеваний. Таким образом, лечебная гимнастика при аномальном расположении матки, применяется не только в лечебных, но и в профилактических целях и способствует снижению различных гинекологических заболеваний.

Список литературы

1. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. 2015. - 704 с.
2. Епифанов, В. А. Восстановительная медицина [Текст] : учебник / В. А. Епифанов. –Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -304 с.
3. Спортивная медицина [Текст] : нац. рук. / гл. ред. С. П. Миронов, Б. А. Поляев, Г. А. Макарова ; АСМОК. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. -1184 с.
4. Савченко, Т. И. Организационные основы медицинской реабилитации [Текст] / Т. И. Савченко// Главный врач. -2015. -№ 3. – 73 с.

ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОК СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ

Козырева А.В., Цатурян Л.Д.

Научный руководитель: Цатурян Л.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Дыхательные упражнения — являются неотъемлемой составляющей физической культуры и спорта; так как каждое упражнение, каждое движение человека сопровождается вдохом и выдохом. Функциональное состояние кардиореспираторной системы организма является одним из важнейших показателей здоровья. Оно

характеризует возможность адаптации организма к изменяющимся условиям внешней среды, отражает влияние двигательной активности на физическое и психическое состояние организма человека. В процесс адаптации у студентов происходит кардинальная смена деятельности и окружения, их внутренние установки претерпевают сильные изменения [1].

Актуальность данной проблемы заключается в необходимости проведения дыхательных упражнений со студентками специальной медицинской группы требующих специальной научно-обоснованной методики их проведения.

Цель исследования – определить эффективность влияния дыхательных упражнений на функциональное состояние кардиореспираторной системы студенток специальной медицинской группы.

Исследование проводилось на базе «Ставропольского государственного медицинского университета» г. Ставрополя. В эксперименте приняли участие студентки специальной медицинской группы (10 человек). Исследование осуществлялось в три этапа:

Начальный этап (февраль, 2019 г.) предусматривал выявление функционального состояния кардиореспираторной системы студенток, которое включало следующие функциональные пробы: частота сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин), частота дыхания (ЧД, кол/мин), проба Штанге (сек.), проба Генчи (сек.).

Следующим этапом (февраль, 2019 г. – май, 2019 г.) по методике А.Н. Стрельниковой (1980 г.) явилось проведение специально подобранных комплексов дыхательных упражнений в заключительной части занятия (10 минут) 3 раза в неделю. Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой (1980 г.) представляет собой быстрые движения, которые включают в работу всех частей тела, короткий и резкий вдох через нос (при абсолютно пассивном выдохе) в конце движений со сжатой или не имеющей возможности расширяться грудной клеткой. [2].

Завершающий этап (май, 2019 г.) по окончании занятий по методике А.Н. Стрельниковой (1980 г.), включающий повторную оценку состояния кардиореспираторной системы среди студенток специальной медицинской группы с проведением функциональных проб.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке, достоверным считается уровень при значении t-критерия Стьюдента $p < 0,05$.

На начальном этапе нами было выявлено 100% увеличение ЧСС у студенток ($\text{ЧСС} > 70$ уд/мин.), показатели ЧД у большинства студенток повышены по сравнению с нормой ($\text{ЧД} > 26$ кол/мин). Показатели функциональной пробы Штанге у 80% студенток иллюстрирует уровень ниже среднего (30-40 сек.), а 20% находятся на уровне среднего показателя (40-60 сек). Анализ результатов функциональной пробы Генчи показал, что у 30% студенток специальной медицинской группы отмечается средний уровень (21-31 сек.), а 70% находится на низком уровне (15-20 сек.).

По окончании проведения дыхательных упражнений по методике А.Н. Стрельниковой (1980 г.) нами повторно были проведены функциональные пробы среди студенток специальных медицинских групп. Показатели ЧСС у 80% студенток пришли в норму (ЧСС равна 60 уд/мин) и только у 20% отмечается тахикардия ($\text{ЧСС} > 70$ уд/мин.). У 100% студенток показатели ЧД после применения комплексов специальных дыхательных упражнений пришли к норме (ЧД равна 16-20 кол/мин). Показатели функциональной пробы Штанге у 60% студенток отмечается средний уровень (40-60 сек.) и 40% находятся на уровне выше среднего показателя (60 и более сек). Анализ результатов в контрольном тестировании функциональной пробы Генчи показал, что у 80% студенток специальной медицинской группы выявлен уровень выше среднего (31-41 сек.), а 20% находится на среднем уровне (25-30 сек.).

Таким образом, анализ полученных данных начального и завершающего этапов нашего исследования, свидетельствует о том, что применение специальной методики дыхательных упражнений, направленной на развитие функционального состояния кардиореспираторной системы студенток специальной медицинской группы является эффективной в учебно-оздоровительном процессе высших учебных заведений.

КОННЫЙ СПОРТ ИЛИ ВЕРХОМ К ЗДОРОВЬЮ

Коломеец А. М.

Научный руководитель: Цуман Н. А.

Дальневосточный государственный медицинский университет

В современном мире значительные социальные, технические и физические преобразования научно-технической революции, наряду с прогрессивными явлениями, внесли в нашу жизнь и ряд неблагоприятных факторов. К ним следует отнести гиподинамию, нервные и физические перегрузки, нарушение обмена веществ, избыточный вес, предрасположение к сердечнососудистым заболеваниям, а порой и сами эти болезни [1].

Влияние неблагоприятных факторов на здоровье человека настолько велико, что внутренние защитные функции самого организма не в состоянии справиться с ними. Как показывает опыт, лучшим противодействием неблагоприятным факторам оказались регулярные занятия спортом и физической культурой.

Актуальность представленной работы обусловлена возрастающим интересом к конному спорту, как средству лечения многих заболеваний, а также определяется стремлением молодежи к здоровому образу жизни. Именно поэтому нами была поставлена цель: ознакомиться с возможностями конного спорта в части применения его для лечения некоторых заболеваний, формирования характера и мировоззрения человека. На первый взгляд, кажется, что всадник абсолютно не напрягается, но это вовсе не так. Чтобы оставаться в седле и не испытывать при этом дискомфорта, нужно постоянно держать равновесие, сжимать бока лошади, удерживать ноги в стремях и держать поводья. Каждое из этих действий требует немалой физической нагрузки, во время которой интенсивно работают мышцы ног, бедер и плечевого пояса [2].

Кроме того конные прогулки способны исправить осанку, так как правильно держаться в седле можно лишь с ровной спиной и расправленными плечами. Регулярные тренировки помогут выработать привычку держать спину ровно [3].

Конный спорт является замечательным лекарством при многих заболеваниях, его по праву, можно назвать одной из составляющих здорового образа жизни. Он не только поддерживает здоровье, но и улучшает физическую форму, а так же способствует восстановлению эмоционального равновесия.

Материалы и методы: Социологический опрос (для проведения соцопроса было опрошено 410 человек в городе Хабаровске, возраст респондентов 15-27 лет), эксперимент (проведено наблюдение за снижением веса, улучшением осанки и состоянием опорно-двигательной системы, а также психоэмоциональным состоянием за цикл занятий конным спортом, также каждый раз до и после занятий были взяты образцы крови на сахар; произведен мониторинг за детьми с ДЦП за период их занятий верховой ездой)

Результаты и обсуждения:

Из анализа проведенного опроса среди учащихся и учителей школы № 29 г. Хабаровска в котором приняло участие 70 человек, мы видим, что у большинства людей остаются очень приятные впечатления после общения с лошадью (67%), они чувствуют себя отдохнувшими от учебы, работы, каких-либо бытовых проблем.

По данным опроса клиентов клубов «Дельфин», «Арагон», «Мустанг», «Чистополье» города Хабаровска мы можем заметить у людей после общения с лошадью улучшается самочувствие, повышается активность и чувство оптимизма. Человек меньше подвержен гневу, тревоги и печали.

Проведя ряд опросов в которых принимали участие Хабаровский учебный центр – образовательное структурное подразделение ДВОСТ ж. д. – филиала ОАО "РЖД", ООО "Связь Монтаж Комплект", и студенты ДВГМУ – количество участников 320 человек, выяснила, что на данный момент в Хабаровске ведут свою деятельность следующие конные клубы «Мустанг», «Арагон», «Дельфин», «Зевс», «Чистополье», «Конный двор», «Кобылкино счастье», о которых согласно проведенного опроса знают: 32% опрошенных. У большинства опрошенных отношение к лошадям положительное 83%. Из них занимаются конным спортом лишь 9% , 56% желают попробовать заняться верховой ездой. И считают конный спорт полезным для здоровья: 70%.

Анализ проведенных опытов показал, что после 36 занятий мой вес снизился на 11 кг, основной спад веса происходил с 13 занятия, т. к. тренер заставлял выполнять такое упражнение, как учебная рысь. Кроме того мониторинг анализа крови на сахар при помощи глюкометра показал систематическое снижение сахара в крови до нормальных показателей после каждого занятия. По прошествии шести занятий исчезли боли в шейном и поясничном отделах позвоночника, прошли головные боли, что доказало положительное действие на опорно-двигательную и нервную системы. Также конные прогулки способны исправить осанку, что было выявлено на приеме у врача ортопеда после 32-го занятия.

При наблюдении за детьми, имеющими умственные отклонения, а также с диагнозом ДЦП, которые занимались иппотерапией в конно-спортивном клубе «Дельфин», можно заметить после общения с лошадью ребенок чувствовал себя лучше, он становился более открытым, улыбался.

Выводы: Таким образом, положительный эффект верховой езды основан на комплексном воздействии на организм человека. Она может назначаться при широком спектре заболеваний, например, при сколиозе, остеохондрозе, подходит для профилактики и лечения сахарного диабета, ожирения, вегето-сосудистой дистонии, функциональных заболеваний кишечника. Также общение с лошадью можно использовать в неврологической и психиатрической практиках.

Список литературы

1. Виноградов П. А. Основы физической культуры и здорового образа жизни. М.: Советский спорт, 1996, с. 75-77
2. Джосвик Ф., Марджори К. Вопросы и ответы по ЛВЕ. - М.: Изд-во Московский конно-спортивный клуб инвалидов, 2010, с 30-31
3. Скибневский Р. 15 уроков верховой езды. М.: Изд-во Биони-форм, 2005, с.25-26

ВОЗДЕЙСТВИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Кот В.Н., Дубовская А.В.

Научный руководитель: Кравчук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Контроль пульса во время тренировок — важное условие для сохранения здоровья. При интенсивной физической нагрузке ЧСС возрастает с 60 ударов до 150 ударов в минуту, минутный объем крови за 1 минуту крови увеличивается с 5 до 20 литров.

Частота сердечных сокращений у нетренированного взрослого человека в покое обычно составляет 72-84 в минуту, для сердца же тренированного спортсмена в покое характерна брадикардия. Такой режим работы более «выгоден» для сердца, так как увеличивается диастола, во время которой оно получает обогащенную кислородом артериальную кровь. Основное же различие заключается в том, что при легкой нагрузке сердце нетренированного человека увеличивает количество сокращений, а сердце спортсмена повышает ударный выброс крови, т.е. работает экономичнее.

Оценка реактивности сердечно-сосудистой системы имеет большое значение для клиники, спортивных достижений и профориентации. Уже в прошлом веке определены основные типы реакций сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку. Но точность этих реакций по-прежнему остаётся актуальной задачей.

Цель - определить реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку на основе частоты пульса в покое и при нагрузке с применением кластерного анализа.

Материалы и методы. У 200 здоровых студентов мужского пола 2-3 курса ГрГМУ (возраст 19-20 лет) измерена ЧСС в покое и после 25 приседаний в 3 временных точках. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программ «Statistica 9.0»

Результаты исследования и обсуждение. Студенты были разделены на основании исходного пульса на 2 группы при помощи кластерного анализа. К первому кластеру относились юноши с самым частым пульсом. Ко второму - с самым низким параметром. Затем была проанализирована динамика изученных показателей двух кластеров в 3 временных точках. Первый кластер характеризовался самым большим приростом ЧСС (на 90 ударов в минуту), второй – прирост на 70 ударов в минуту. При этом у 85% пульс полностью восстанавливался в течение 20 минут.

Выводы. ЧСС после нагрузки увеличивается, в связи с тем, что при нагрузке мышцам требуется больше кислорода, в результате повышается сила и частота сердечных сокращений. В среднем прирост ЧСС составил 80 ударов в минуту. ЧСС восстанавливается через 20 минут после нагрузки.

Список литературы

1. Аберберг-Аугшكالне, Л. А. Показатели периферического кровообращения при физических нагрузках у лиц разного возраста / Л. А. Аберберг-Аугшكالне. – Рига, 2002. – 28 с.
2. Буянов, Е. С. Некоторые особенности кардиодинамики у лиц занимающихся спортом / Е. С. Буянов // Сердце и двигательная активность человека. – Свердловск, 2015. – С. 168-175.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕЖЕДНЕВНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Кот В.Н., Дубовская А.В.

Научный руководитель: Кравчук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Двигательная активность и спорт - обязательное условие здорового образа жизни. Ежедневная физическая нагрузка оказывает непосредственное влияние на качество жизни человека, стрессоустойчивость, защиту от окружающих влияний. При физической нагрузке улучшается циркуляция крови по организму, увеличивается оксигенация тканей и органов, снижается риск тромбообразования, что уменьшает риск ишемической болезни сердца. Физические упражнения благотворно воздействуют на ответ, уравновешенность нервных процессов; способствуют правильной работе органов пищеварения; активизируют деятельность печени и почек; улучшают функционирование желез внутренней секреции[1].

Сейчас в мире существует тенденция к мало-подвижному образу жизни, что негативно сказывается на здоровье населения. Отсутствие ежедневной физической активности приводит к росту патологий сердечно-сосудистой, костно-суставной систем; избыточной массе тела; диабету.

Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует пять и более раз в неделю заниматься ходьбой или другой физической нагрузкой минимум 30 минут за одно занятие — суммарно не менее 150 минут в неделю. Нормы количества сделанных шагов за день: менее 5000 — малоподвижный образ жизни; 5000-7500 — низкий уровень ежедневной активности; 7500-10000 — средний уровень активности; 10000-12500 — активный образ жизни; более 12500 — крайне активный образ жизни (рекомендации ВОЗ)[2].

Цель исследования - определение двигательной активности студентов, использующих фитнес-трекеры; проконтролировать основные показатели, сравнить с рекомендациями ВОЗ.

Материалы и методы. Для достижения цели исследования было проведено анкетирование студентов, использующих ежедневно фитнес-трекеры (шагомеры), Гродненского государственного медицинского университета, Гродненского аграрного университета, Гомельского государственного медицинского университета, Гомельского университета им. Ф. Скорины.

Фитнес-трекер (шагомер) — это гаджет или приложение, которое используется для контроля параметров двигательной активности, таких как: пройденное расстояние, утраченные калории, частота сердечных сокращений (ЧСС), количество шагов, а также качество сна.

Сбор данных проводился с использованием Google-Формы.

В ходе анкетирования было опрошено 415 респондентов. Из них 64% женского пола и 36% мужского.

Возрастная структура: 18 лет – 103 человек (24,8%), 19 лет – 147 человек (35,9%), 20 лет – 87 человек (20,96%), старше 20 лет – 78 человек (18,79%).

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Для оценки физической активности студентов была использована шкала, рекомендованная ВОЗ.

Для точности результатов были отведены 4 недели, в течение которых студенты ежедневно фиксировали параметры фитнес-трекера.

Результаты исследования показали, что: 55% респондентов в среднем за день проходили 7 000 шагов, что примерно составляет 5,1 км - это свидетельствует о низком

уровне физической активности; 45% студентов - 7650 шагов – имеют средний уровень активности.

Наименьшая активность выявлена у студентов в выходные дни (в среднем 4000 шагов). По результатам анкетирования следует, что в субботу и воскресенье студенты предпочитают пассивный отдых, просмотр фильмов и уделяют большую часть времени на подготовку к предстоящим занятиям.

По возрастной структуре были получены следующие результаты: молодёжь 18-20 лет ежедневно уделяет большее время физической активности, чем студенты старше 20 лет.

Частота сердечных сокращений изменялась в течение дня на 5-70 ударов в минуту. При этом она составляла до 80 % от максимального сердцебиения – это соответствует норме. Если ЧСС во время физической нагрузки повышается более чем на 80 % от максимального сердцебиения, то это может привести к развитию острых нарушений сердечно-сосудистой системы. Поэтому следует контролировать свой пульс.

Кроме того, за день ходьбы в среднем было израсходовано около 280-350 ккал, причем большая часть сожженных калорий приходится именно на ускоренную ходьбу. Известно, быстрая ходьба является универсальным способом, чтобы не только подправить свое здоровье, но и привести тело в отличную форму.

После обработки результатов, студенты были разделены на 2 группы: 1) имеющие низкий уровень активности; 2) со средним уровнем физической активности.

Респондентам первой группы, было предложено увеличить количество ежедневной двигательной активности на 1000 шагов (учитывая свои физические возможности). Исследование продолжалось в течение 2 недель.

В результате, студенты первой группы – 95% - обратили внимание на положительное влияние дополнительной физической нагрузки, которое проявлялось в: нормализации массы тела, снятии усталости, укреплении иммунной системы, увеличение стрессоустойчивости, повышении работоспособности. 5% - не ощутили видимых изменений.

Выводы. Проанализировав полученные результаты, следует: 1) 55% респондентов имеют низкий уровень физической активности; 45% - средний уровень; 2) В выходные дни снижена физическая активность у студентов. Это связано с предпочтением пассивного отдыха; 3) ЧСС изменялась в течение дня не более, чем на 80 % от максимального сердцебиения, что соответствует норме; 4) Ежедневно во время ходьбы в среднем было израсходовано 280-350 ккал (большая часть – во время ускоренной ходьбы); 5) При увеличении физической нагрузки для студентов с низкой физической активностью были получены положительные результаты.

Таким образом, двигательная активность жизненно необходима, а физические упражнения полезны всем, независимо от возраста. Упражнения помогают обрести уверенность в себе, жить активной жизнью.

Список литературы

1. Зайчик, А. Ш. Основы общей патологии / А. Ш. Зайчик, Л. П. Чурилов. - Санкт-Петербург, 2001. – 140 с.
2. Футорный, С. М. Двигательная активность и ее влияние на здоровье и продолжительность жизни человека / С. М. Футорный // Физическое воспитание студентов. — 2011. — № 4. — С. 35–36.

ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Коцоева Г.А.

Научный руководитель: Коцоева О.Т.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Введение. Широкая распространенность и постоянный рост заболеваемости определяют хроническую сердечную недостаточность (ХСН) как весьма актуальную проблему современного здравоохранения, приводя в большинстве случаев к смертности и инвалидизации пациентов в достаточно молодом возрасте. ХСН является завершающим этапом сердечно-сосудистого континуума и требует более пристального внимания с целью предотвращения прогрессирования данной нозологии. Лечение ХСН требует значительных финансовых затрат во многих странах мира – до 1–2% всех средств здравоохранения и 8–10% от общего бюджета, отпускаемого на лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Низкая выживаемость больных на этом этапе с одной стороны, и высокие затраты на их стационарное лечение с другой, определяют необходимость более пристального внимания и оптимизации подходов как к медикаментозной коррекции, так и к реабилитации данной группы больных.

Цель исследования. Определить влияние реабилитации на качество и прогноз жизни пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. Было обследовано 90 пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью I–III функциональных классов по NYHA, по 30 человек в каждой исследуемой группе соответственно. Из них 53 мужчин и 37 женщин. Средний возраст пациентов составил $57,4 \pm 3$ лет. На базе ФГБУ СКММЦ города Беслана у исследуемых оценивались показатели центральной гемодинамики методом ЭХОКГ, а также проводился тест с шестиминутной ходьбой. Период наблюдения составил 6 месяцев, после чего проводились повторные диагностические пробы. Всем пациентам проводилась стандартная медикаментозная терапия согласно клиническим рекомендациям ОССН и аэробные тренировки, в частности, тренировочная ходьба. Результаты исследования. Сократительная функция миокарда левого желудочка достоверно увеличилась во всех группах исследуемых, однако наибольший прирост отмечается у пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью I (1 группа) и II (2 группа) функционального класса по NYHA. Показатели теста с шестиминутной ходьбой увеличились с 420 м до 550 м в 1 группе; с 370 м до 420 м во 2 группе; со 150 м до 250 м в 3 группе.

Выводы. Медикаментозная терапия наряду с физической реабилитацией пациентов с хронической сердечной недостаточностью увеличивает фракцию выброса и повышает толерантность к физическим нагрузкам, что ведет к уменьшению функционального класса хронической сердечной недостаточности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АРТРИТОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Морозов А.И.

Научный руководитель: Васильева В.В.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И. Вернадского"

Одной из актуальных проблем в медицинской реабилитации опорно-двигательного аппарата является ревматоидный артрит, имеющий высокую распространенность, частое

развитие временной нетрудоспособности, характеризуется постоянными болями, длительным течением с периодами обострения и ремиссии [1]. Характеризуется высокой инвалидностью (около 70%), которая наступает довольно рано. Снижение качества жизни пациентов, обуславливает поиски новых методов лечения артрита и совершенствования классических методов реабилитации. К настоящему времени существует много мер борьбы с данным заболеванием, однако проблема ревматоидного артрита актуальна и по сей день [2]. Поэтому целью работы является изучение функциональных показателей у женщин, страдающих артритом коленного сустава.

Материал и методы. Исследовали контрольную и основную группы по 50 женщин на базе ГБУЗС ""Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова"" г. Севастополя с 01.06 по 31.07.2019 г. до и после 30 дней реабилитации, состоявшей в контрольной группе из утренней гигиенической гимнастики, лечебной гимнастики, массажа, в основной - из утренней гигиенической гимнастики, ЛФК, массажа.

Результаты и обсуждение. При проведении сравнительного анализа эффективности реабилитации у всех женщин улучшилось самочувствие, функциональное состояние ССС, опорно-двигательного аппарата [3]. Улучшились функциональные показатели: угол сгибания коленного сустава увеличился на 35% ($p<0,01$), длина окружности уменьшилась на 5% ($p<0,01$), толщина кожной складки уменьшилась на 40% ($p<0,01$). Возросла динамическая и статическая выносливость мышц коленного сустава на 50% и 55% ($p<0,01$), показатель пробы Штанге увеличился на 30% ($p<0,05$) [4].

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об эффективности реабилитационного подхода больных ревматоидным артритом; улучшении функциональных показателей у женщин, страдающих артритом коленного сустава.

Список литературы

1. Волков С.Р., Волкова М.М. Здоровый человек и его окружение: Учебник. - М., 2012. - С. 34-35.
2. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: Учебник для мед. вузов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - С. 50-51.
3. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация в травматологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - С. 45-46.
4. Медицинская реабилитация / под ред. В.М. Боголюбова. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Бином, 2010. - С. 67-68.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ЛФК ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Нигматова С.К.

Научный руководитель: Тиллабоева А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Остеохондроз шейного отдела является результатом дегенеративно-дистрофических изменений данного отдела позвоночника. Происхождение патологических изменений тесно связано со структурой шейного отдела позвоночника. Многие причины (поднятие тяжестей, переохлаждение, сколиоз) ведут к развитию остеохондроза шейного отдела, а в тяжелых случаях к образованию грыжи позвоночника, что является весьма опасным для здоровья и жизнедеятельности больного. Шейный остеохондроз проявляется следующими симптомами: разного рода болью в шее задних и

боковых отделах, отдающей в плечо, лопатку и затылок; головокружением и шумом в ушах из-за нарушения кровоснабжения мозга; частичным онемением пальцев и слабостью нижних конечностей, шаткостью походки. Болевой синдром может появиться при длительном удержании наклоненной вперед головы, резком ее повороте, физической работе.

В результате накопления практического опыта в исследуемой проблеме было установлено, что остеохондроз шейного отдела позвоночника занимает второе место (30 %) по распространенности среди лиц возрастной группы 60–80 лет после остеохондроза пояснично-крестцового отдела (85 %). Эта информация и послужила стартом к разработке системы физической реабилитации лиц пожилого возраста с явными признаками остеохондроза шейного отдела позвоночника. Разработанная нами авторская методика реабилитации лиц пожилого возраста включала исключительно средства лечебной физической культуры и проходила апробацию на базе отделения ЛФК МУЗ Клиническая больница № 7 г. Ташкента: 1. январь – апрель 2018 г. 2. сентябрь 2018 г. – апрель 2019 г. В каждой группе занятия проводились ежедневно, пять раз в неделю, на протяжении месяца. Продолжительность занятий составляла 50 минут. Каждое занятие состояло из трех частей: подготовительной, основной и заключительной. В каждой части ставились задачи, подбирались средства для решения поставленных задач, и указывались методические указания. В данном исследовании принимали участие испытуемые возрастной категории 60–80 лет, общим числом 20 человек. Средний возраст испытуемых составлял 68 лет. Для выполнения ряда упражнений использовался специальный инвентарь: гантели, утяжелители для конечностей, гимнастические мячи, фитболы, резиновые жгуты, а также инвентарь, подбираемый индивидуально для каждого пациента. Упражнения выполнялись в следующих исходных положениях: лежа на спине, лежа на животе, сидя на стуле и стоя. Упражнения сидя на стуле и лежа применялись в конце занятия при появлении признаков усталости у пациентов. При составлении комплекса упражнений учитывались диагноз заболевания, физическое развитие обследуемых, их возраст, пол, физическая подготовленность. На каждом занятии проводился контроль за самочувствием занимающихся (пульсометрия и измерение АД до/после занятия, визуальный на протяжении всего занятия). При значительно выраженных болях упражнения проводились в медленном темпе, а наиболее болезненные – в темпе, приемлемом для больного. По мере стихания болей упражнения давались ритмично в среднем темпе; каждое упражнение повторялось 6–8 раз, а наиболее болезненные движения – 3–4 раза. Амплитуда движений задавалась такой, чтобы не вызывала усиления болей. Амплитуда увеличивалась постепенно, а все движения проводились только до болезненных ощущений. Все упражнения выполнялись свободно, плавно без усилий и резких движений. Сначала проводились движения в здоровой конечности, в мелких и средних суставах, а потом и в крупных. Во время занятий учитывалось правило чередования мышечных групп, вовлекаемых в работу, «рассеивая» нагрузку по всей мускулатуре. С целью уменьшения болевых ощущений, специальные упражнения чередовались с отвлекающими и дыхательными. При усилении болей во время выполнения упражнения пациент не выполнял его и вновь пробовал сделать спустя несколько занятий, после стихания болей. Выполнение упражнений было направлено на достижение следующих задач: – Подготовка пациента к нагрузке основной части занятия; – Усиление функций сердечно – сосудистой и дыхательной систем; – Обучение расслаблению мышц шеи, плечевого пояса и верхних конечностей; – Усиление кровоснабжения корешков шейного отдела позвоночника; – Расслабление мышц плечевого пояса и верхних конечностей; – Улучшение трофики тканей мышц шеи, плечевого пояса; – Увеличение подвижности межпозвонковых суставов; – Повышение толерантности организма к физическим нагрузкам; – Восстановление амплитуды движений; В качестве средств достижения поставленных задач использовались следующие виды упражнений: – Дыхательные

упражнения статического и динамического характера – Изотонические и статические упражнения для мышц и суставов конечностей; – Общеразвивающие упражнения для средних и крупных мышечных групп; – Общеразвивающие упражнения с предметами. Результаты апробации методики физической реабилитации показали положительную динамику общего физического состояния пациентов. При выполнении упражнений на расслабление мышц туловища и конечностей, а также при выполнении изотонических упражнений, у пациентов отмечалось уменьшение болей. При выполнении динамических и статических упражнений повысилась силовая выносливость мышц шеи, увеличился объем движений в межпозвонковых суставах, улучшилась подвижность шейного отдела позвоночника, благодаря этому увеличились двигательные возможности больных.

Положительные сдвиги отмечены также со стороны деятельности сердечно-сосудистой системы, что выразилось в нормализации уровня артериального давления, частоты пульса, сокращении времени восстановления после занятий. Полученные данные указывают на изменения показателей со стороны деятельности сердечнососудистой системы, выраженных в понижении уровня систолического, диастолического давления и пульсового давления, что позволяет говорить об адаптации за достаточно короткий срок испытуемых к физическим нагрузкам.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА УЧАСТНИЦ ПРОЕКТА «РАДОСТЬ ЖИЗНИ: WORKOUT ДЛЯ ПОЖИЛЫХ»

Рослова А.В., Герасимова К.Д., Белова П.Н.

Научный руководитель: Буланова Э.В.

Тверской государственный медицинский университет

В связи с ситуацией старения населения глобальной стратегической линией Всемирной организации здравоохранения в области старения на ближайший (2016-2020г.г.) и отдаленный (2020-2030г.г.) периоды стала разработка плана действий в отношении пожилых людей. Сегодня стандартным подходом к явлению старения становится подход “active ageing”, разработанный Всемирной Организацией Здравоохранения в 2002 г. и определяемый как «оптимизация возможностей для сохранения здоровья, обеспечения социальной защищенности и участия в жизни общества в целях улучшения качества жизни в пожилом возрасте». Этот подход предполагает, что человек сохраняет право выбора на ведение активного образа жизни в любом возрасте, в то время как задачей общества и государства становится обеспечение для него таких возможностей и соответствующей среды [5]. Наша научно-исследовательская работа выполнена в рамках проекта «Радость жизни: workout для пожилых», ставшего победителем Всероссийского конкурса социальных проектов «Активное долголетие», проводимого Благотворительным фондом «Добрый город Петербург». Проект направлен на приобщение к здоровому образу жизни и двигательной активности лиц пожилого возраста.

Цель исследования: оценить динамику состояния опорно-двигательного аппарата (ОДА) участниц проекта «Радость жизни: workout для пожилых».

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 36 женщин, средний возраст $62,5 \pm 1,3$. Всем участницам на начало занятий и через два месяца проведён опрос по жалобам на состояние опорно-двигательного аппарата (оценка по 10-бальной системе), проведена гониометрия суставов, кистевая и станочная динамометрия, измерен рост стоя, масса тела, рассчитаны индексы: массы тела (ИМТ), силовой для кисти (СИк), для стана (СИст) [3,4,6]. Занятия по специально разработанной программе (автор Буланова Э.В.) и с использованием уличных тренажёров, адаптированных для лиц пожилого возраста, проводились 3 раза в неделю на базе МОУ «Заволжская СОШ им. П.П. Смирнова»

посёлка Заволжский Калининского района Тверской области [1,2]. Занятия проводились студентами-волонтерами, участниками добровольческого отряда «Мы за здоровый образ жизни» Тверского государственного медицинского университета.

Получены следующие результаты. На начало занятий по ИМТ участницы распределились следующим образом - у 19% избыток веса, у 12% ожирение 1 ст, у 35% 2 ст, у 3% 3 ст, у 3% 4 ст, у 28% норма. Сила мышц спины в пределах возрастной нормы была у 35,5%, ниже среднего у 35,5%, выше среднего у 29%; сила мышц кисти соответственно у 43,8%, 53,1%, 3,1%. Жалобы на боли в ОДА предъявляли 87,5%. Зарегистрировано снижение подвижности во всех суставах разной степени выраженности. При контрольном обследовании установлено снижение массы тела (ИМТ снизился с $28,7 \pm 1,5$ до $27,2 \pm 1,5$ ($p > 0,05$)), до 40% увеличилось число лиц с нормальной массой тела, избыток веса установлен у 31%, ожирение 1 ст у 19%, 2 ст у 10% ($p < 0,05$). Отмечено увеличение СИк с $28,7 \pm 1,5$ до $31,6 \pm 1,9$; СИст с $52,0 \pm 7,4$ до $59,1 \pm 6,6$. Число лиц, предъявляющих жалобы на боли в ОДА снизилось до 37,5% ($p < 0,05$). Участницы проекта, предъявляющие жалобы на боли в ОДА при контрольном обследовании, отметили их уменьшение на $5 \pm 1,3$ балла ($p < 0,05$). Зарегистрировано статистически значимое увеличение амплитуды движений в суставах по всем осям ($p < 0,05$).

Все участницы проекта отметили значительное улучшение психоэмоционального состояния, повышение общего тонуса и жизненной активности.

Таким образом, проведение с лицами пожилого возраста занятий в рамках проекта «Радость жизни: workout для пожилых» способствуют улучшению функциональных показателей опорно-двигательного аппарата и повышают качество их жизни.

Список литературы

1. Буланова, Э.В. Физическая культура и здоровье / Э.В. Буланова, В.Г. Осипов, В.М. Макаров // Физическая культура и спорт Верхневолжья: сб.науч.работ. Выпуск 10 – Тверь: ТвГУ, 2017. – с.68-73.
2. Буланова, Э.В. Повышение эффективности физкультурно-корректирующих учебно-тренировочных занятий на основе учёта биомеханических взаимосвязей / Э.В. Буланова, В.Г. Осипов // Физическая культура и спорт Верхневолжья. 2008. - №1. – с.117-121.
3. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново: МИК, 1996. – 112с.
4. Иванов, А.Ю. Клиническое обследование заболеваний суставов: методическое пособие / А.Ю. Иванов [и др.] – Краснодар: КГМА, 2003. – 56с.
5. Щегорцов, А.А. Стратегическое планирование качества жизни пожилых граждан / А.А. Щегорцов // Вестник Российской ассоциации геронтологов и гериатров, 2014. - № 1. – с.14-20.
6. Янда, В. Функциональная диагностика мышц / Владимир Янда. – М.: Эксмо, 2010. – 352с.

Раздел 5. Клиническая психология и социология медицины

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЧТЕНИИ И ПРОСЛУШИВАНИИ СУР ИЗ СВЯЩЕННОГО КОРАНА

Байрамкулова А.М. Магомаева Д.И. Чотчаева А.К.

Научный руководитель: Карпов С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

При изучении Корана с точки зрения науки можно отметить, что он состоит из двух составляющих: смысловой и волновой. За годы изучения Корана методом толкования слова ученым удалось достичь успехов в раскрытии его смыслов. Поэтому на сегодняшний день, возник интерес к исследованию волновой составляющей Священного Корана.

Коран – это стройная волновая симфония, все частоты аятов которого легко воспринимаются человеком, и предположительно могут влиять на альфа-ритм головного мозга, хорошо выраженная амплитуда которого свидетельствует о сбалансированности адаптивных механизмов организма.

Данная проблематика давно изучалась, но не проводилась в группе студенческой среды. Поэтому представляется интересным впервые исследовать функциональное состояние головного мозга студентов при чтении и прослушивании сур.

Цель данной работы состояла в выявлении особенностей функционального состояния головного мозга в диапазоне альфа-ритма при прослушивании и чтении Сур.

Исследование основывалось на регистрации альфа-ритма при помощи электроэнцефалографа и записи нескольких функциональных проб:

фоновая запись, чтение стихотворения А.С.Пушкина («Я Вас любил...»), чтение первой Суры Корана «Аль-Фатиха», 255-я аята «Аль-Курси» и прослушивание аята.

Методы исследования:

1. регистрация ЭЭГ на компьютере 21-канальном электроэнцефалографе
2. дерматоглифическое исследование
3. Статистический анализ

Исследование показало, что у испытуемых после чтения и прослушивания сур и аятов Священного Корана при закрытых глазах происходит увеличение мощности биоэлектрической активности в альфа-диапазоне в затылочных долях обоих полушарий. Выводы. Учитывая природу генерации и нейрофизиологические механизмы распространения альфа-осцилляций у человека в состоянии относительного покоя, можно предположить, что чтение и прослушивание сур оптимизирует состояние центральной нервной системы, а также обладает релаксационным эффектом.

РОЛЬ ПРОГРАММЫ MEMRISE В ОБУЧЕНИИ ФАРМАКОЛОГИИ

Гареева А.И., Муслимова В.К.

Научный руководитель: Никитина И.Л.

Башкирский государственный медицинский университет

Современная фармакология развивается чрезвычайно динамично. В последние годы появились новые фармакологические группы лекарственных средств, внедряются новые

биотехнологические процессы получения лекарственных препаратов, используются новые лекарственные формы. [1]. Студентам становится сложно оставлять в памяти на значительно продолжительное время названия препаратов. Важнейшим компонентом изучения являются лекции, где излагается фармакодинамика, фармакокинетика и особенности лекарственных средств, практическое занятие включает в себя выполнение самостоятельной работы, разбор ключевых моментов и итоговое тестирование, но большая часть времени приходится на самостоятельную работу. Обучающийся не всегда справляется с теоретическим объемом, так как большая часть изученного откладывается лишь в кратковременной памяти – это процесс хранения информации (возбуждения нейронов), затем происходит консолидация и переход в долговременную – это уже преобразования нейронов, изменение их свойств, то есть структурный след, который позволяет импульсу легче и быстрее пробегать по совершенно определенной цепочке нейронов – извлекать информацию [2]. Чтобы помочь людям в изучении материала была создана программа Memrise, которая способствует переходу из кратковременной памяти в долговременную, человек выполняет различные занятия, что помогают изучить слово: найти определение, описание, написать, после успешных попыток компьютер определяет переход памяти в другой уровень, который необходимо поддерживать в течение времени. Данной программой можно заниматься на телефоне, что дает возможность ее использовать студентам в дороге, на перерывах, поэтому эта тема имеет свою актуальность.

Цель исследования. Определить эффективность программы Memrise в изучении слов курса Фармакологии.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие студенты 3 курса лечебного факультета бюджетной формы обучения, которым мы предложили изучить блок Гормоны. Они были поделены на две группы: I группа - которая изучала с помощью программы Memrise и составила 10 человек, средний балл составил 4,6, II группа – изучала блок с помощью учебника, лекций и составила 28 человек, средний балл 4,6. Они изучали 62 препарата гормонов стероидной структуры и 74 аминокислотной в течении недели, затем проводилось итоговый письменный контроль. Также проводился тест «Объем кратковременной памяти, Цифровой материал («Метод Джекобса»), который позволяет диагностировать способность повторять только что услышанное. По результату данного теста можно судить о способности человека к «зубрежке» (способности запоминать слова и короткие фразы путем их многократного повторения). Данный тест проверяет не способность запоминать, а физиологическую память анализатора. Тест Джекобса тестирует инертность слуховой анализаторной системы. Чем она (инертность) больше, тем лучше. Для измерения размера кратковременной памяти проведены 4 серии тестов. Предъявлена последовательность из 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 чисел и показывались по очереди. Объем памяти высчитывалась по формуле: $V=A+m/4$, где A – наибольшая длина ряда, воспроизведенного правильно во всех опытах, m – количество правильно воспроизведенных рядов, больших A.[3] Затем было проведено анкетирование.

Результаты исследования. По итоговому тестированию получены следующие результаты: процент выполнения I группы составил 80%, II группы – 78%, что доказывает эффективность данной программы.

По результатам анкетирования были получены следующие данные. Субъективная оценка эффективности по 5 бальной шкале программы составила: «5» - 40%, «4» - 50%, «3» - 10%. Студенты I группы занимались в программе «В перерывах между занятиями» – 30%, «В транспорте, по дороге» – 50%, «Специально уделяли время» – 20%. Кратность изучения программы составило следующие: 7 дней – 30%, 6 дней – 10%, 5 дней – 20%, 4 дня 30% и 3 дня – 10%. Результаты теста Джекобса следующие I группа в среднем набрала 7,89 баллов (для взрослых норма от 7 и выше), II группа – 8,6 баллов. Но не смотря на то

что первая группа на основе тестирования оказалась приверженной к «зубрежке», результаты итоговой оказались выше.

Заключение и выводы. Таким образом, при систематическом повторении программа Memrise помогает студентам в освоении и структурировании материала, по сравнению с контролем, так как программа направлена на развитие долговременной памяти.

Список литературы

1. Джупарова Ю.А. Веселова О.Ф. Преподавание фармакологии студентам, обучающимся по специальности «фармация»/ Педагогические науки. – 2014. - №4. – с.20
2. Немов Р.С. Общая психология Том II Книга 2 Внимание и память: учебник и практикум. – М.: МГПУ, 2016. – 262 с.
3. Судаков К.В., Нормальная физиология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. К.В. Судакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 880 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ ЭМОЦИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Григорьян М.Ф., Денисов А.А., Хмаро Н.И., Андросов И.А., Жеребцова В.Д.

Научный руководитель: Григорьян М.Ф.

Курский государственный медицинский университет

Эмоции – это реакции, заключающиеся в субъективно окрашенном переживании индивида, которые отражают значимость для воздействующего раздражителя (объект или процесс) или собственного действия (удовлетворение или неудовлетворение). По своей окраске все эмоции можно разделить на положительные и отрицательные. Все они, так или иначе, способны оказать существенное влияние на соматическое состояние индивида. Если принимать во внимание ранжирование населения по возрастным показателям, то, в силу множества обстоятельств, особенно таких, как низкая степень стрессоустойчивости и высокая эмоциональная лабильность, люди пожилого и старческого возраста наиболее часто подвержены влиянию отрицательных эмоций. Стойкий негативизм по отношению к собственным действиям или явлениям окружающей среды оказывает деструктивное влияние на соматическое состояние здоровья, что неминуемо приводит к снижению качества и продолжительности жизни.

Целью настоящего исследования стал анализ позитивных и негативных эмоций у людей пожилого возраста.

Материалы и методы: в качестве материала исследования фигурировали сведения из 41 анкеты респондентов, которые были направлены на выявление общего эмоционального фона. В каждой анкете исследуемым предлагалось ответить на 10 вопросов, касаемых субъективной оценки прожитой жизни, критики к своему внешнему виду в силу возрастных изменений, оценки происходящих вокруг респондента явлений, и окружающих его людей, а также методов борьбы с проявлением отрицательного эмоционального состояния. Средний возраст группы составил $65 \pm 0,7$ лет. Полученные данные представлены в виде процентных соотношений вариантов ответа на каждый конкретно поставленный вопрос анкеты. Анкетирование проводилось при наличии информированного согласия каждого из респондентов.

Результаты и обсуждение. При статистической обработке данных исследования получены следующие результаты. На вопрос «Когда порой задумываетесь над прожитой жизнью, приходите ли Вы к выводу, что:» большинство респондентов (78%) считают, что было скорее хорошо, чем плохо, 12% придерживаются противоположного мнения, и лишь

10% анкетированных считают, что в их прошлом все было отлично. На вопрос «В конце дня обычно:» 42% респондентов отходят ко сну с чувством удовлетворения, 51% считают, что день мог бы пройти и лучше, и 7% недовольны собой в конце дня. На вопрос «Когда смотрите в зеркало, думаете:» большинство респондентов (76%) считают, что их внешний вид удовлетворителен для своего возраста, остальные 24% недовольны своим внешним видом. Вопрос «Если узнаете о крупном выигрыше кого-то из знакомых, думаете:» выявил, что 56% опрошенных негативно относятся к удаче друзей, другие 44% процента придерживаются мнения, что такая удача будет и на их стороне. На вопрос «Если услышите по радио, узнаете из газет о каком-либо происшествии, говорите себе:» большинство опрошенных (63%) считают, что СМИ умышленно нагнетают обстановку вокруг происшествия, 32% уверены, что подобная тяжелая ситуация может возникнуть непременно с ними и 5% счастливы, что это происшествие их миновало. Отвечая на вопрос «Когда пробуждаетесь утром, чаще всего:», большая часть анкетированных (54%) довольны, что начался новый день, а 46% пытаются спрогнозировать события в течение дня. На вопрос о мнении относительно своих приятелей большинство (83%) уверены, что их товарищи хорошие люди, и лишь 17% недовольны своими приятелями. Вопрос, касающийся сравнения самого респондента с окружающими людьми, выявил, что 85% опрошенных не выделяют себя относительно других людей, а 15% считают, что они замечательные. Вопрос, посвященный возможной прибавке респондента в весе, проиллюстрировал, что большинство опрошенных (63%) не видят в этом ничего угрожающего их здоровью, 35% сразу же начали бы предпринимать меры по разрешению сложившейся ситуации (диета, физические нагрузки), а абсолютное меньшинство (2%) впали бы в панику. На вопрос «Если Вы угнетены:» 56% респондентов ответили, что предприняли бы попытку развлечься, 42% отнеслись бы к такому состоянию, как проходящему и 2% клялись бы за это судьбу.

Выводы: таким образом, 88% респондентов в целом довольны своей прожитой жизнью, из них 10% считают, что все было отлично, 76% довольны своим внешним видом и состоянием, несмотря на возраст, 56% пытаются развлечься, если возникает плохое настроение. Все вышеуказанные данные позволяют сказать, что у респондентов исследуемой группы возникают преимущественно положительные эмоции, что может позитивно сказываться на их соматическое состояние.

Список литературы

1. Налётова, О.С. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса, / О.С. Налётова С.В. Титиевский, Э.Л. Белевцова//Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. — 2018. — №3. — С. 4-9.
2. Погосов, А.В. Клинико-психологические особенности больных на донологическом этапе течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями / А.В. Погосов, А.О. Севостьянова, Ю.В. Богушевская//Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. — 2013. — №1. — С. 11-125.
3. Григорьян, М.Ф. Депрессия и тревога людей старческого возраста / М.Ф. Григорьян//Клиническая геронтология. — 2018. — № 9-10. — С. 16-17.
4. Григорьян, М.Ф. Взаимосвязь выраженности депрессивных нарушений, стрессочувствительности и активации белков стресса у людей пожилого возраста / М.Ф. Григорьян//Клиническая геронтология. — 2016. — №Т. 22. — № 9-10. — С. 20-21.

**ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ И АЛЕКСИТИМИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
Журавленко А.Д., Страхова Н.В., Котова Ю.А., Краснорущая О.Н., Добрынина И.С.
Научный руководитель: Зуйкова А.А

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Проблема эмоционального выгорания врачей актуальна на современном этапе развития медицины [3]. Синдром эмоционального выгорания - это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям [2].

Клинические проявления профессионального стресса, по определению К. Маслач и С. Джексона, как правило, в структуре включают следующие компоненты [1]: 1) собственно эмоциональную истощённость (ЭИ); 2) цинизм—холодное, бесчувственное, негуманное отношение к пациенту; 3) редукция личностных достижений (РЛД).

Целью исследования явилась оценка проявлений синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) и алекситимии среди врачей и медицинских сестер поликлиники.

Материалы и методы

Использовался метод анкетирования для диагностики СЭВ МBI и Торонтская алекситимическая шкала TAS-26, а также специально разработанный опросник, состоящего из 12 вопросов. Материалом для исследования стало обследование 55 человек на базе поликлиники №1 г. Воронежа, в том числе 34 (61,8%) мужчин и 21 (38,2%) женщин, средний возраст которых составил $44,5 \pm 9,9$ лет. Среди анкетированных, 14 человек (25,5%)- по специальности ВОП или участковые терапевты, 17 человек (30,9%)-средний медицинский персонал и большая часть - 24 человека (43,6%)- узкие специалисты). Статистическая обработка данных проводилась с помощью SPSS Statistics 23.0.

Результаты и обсуждение

Была выявлена корреляционная взаимосвязь между возрастом медицинского работника и эмоциональным истощением по опроснику МBI ($r=0,276$, $p=0,41$) и баллом по шкале TAS ($r=0,459$, $p=0,000$). Стоит отметить, что в большем проценте случаев, чем выше возраст медработника, тем выше уровень эмоционального истощения (ЭИ). С возрастом снижается оценка персональных достижений, удовлетворенность результатом собственной работы, многие начинают рассматривать свою работу как непривлекательную, и к тому же, с возрастом снижается количество положительных эмоциональных ресурсов, связанных с работой, что в совокупности формирует отрицательный эмоциональный фон, со всеми вытекающими проявлениями ЭИ. Уровень по шкале TAS от 62 до 73 баллов, пограничный между алекситимией и ее отсутствием чаще встречался у людей зрелого возраста, от 41 года и старше. Уровень, свидетельствующий о высоком контроле в выражении эмоций, преобладании волевой регуляции поведения, высокой значимости внешних оценок, недостаточном внимании к телесным проявлениям и, соответственно отсутствию алекситимии –пришелся на средний возраст от 31 до 40 лет. Была выявлена корреляционная взаимосвязь между возрастом медицинского работника и удовлетворенностью коллективом ($r=-0,415$, $p=0,002$). Количество медработников старшего возраста, удовлетворенных коллективом, значительно выше, чем молодых, это может объясняться тем, что между людьми, которые долго работают в одном коллективе (работники, старше 40 лет)-складываются более крепкие и доверительные отношения. К молодым работникам-повышенные требования, сильная эмоциональная нагрузка и давление со стороны коллектива, что несомненно негативно сказывается на общении в коллективе, создает большое количество сложностей и конфликтных ситуаций, что, в итоге, приводит к неудовлетворенности коллективом. Была выявлена корреляционная взаимосвязь между показателем алекситимии по шкале

TAS и показателями СЭВ по шкале MBI (для ЭИ $r=0,588$, $p=0,000$, для Деперсонализации $r=0,349$, $p=0,009$, для РЛД $r=-0,545$, $p=0,000$). Чем больше балл по ЭИ и Деперсонализации, тем больше балл TAS, это объясняется тем, что, чем в большей степени у людей выражены признаки алекситимии, тем в большей степени они достаточно субъективно оценивают свою жизнь и сферу своей деятельности - она кажется им неинтересной, бесполезной, бессмысленной. Человек начинает считать себя «заложником обстоятельств», считая, что больше никакого жизненного выбора и пути у него нет. И, следовательно, они не чувствуют себя ответственными ни за позитивные, ни негативные события в своей жизни, так как убеждены, что какие бы усилия и попытки они не предпринимали для решения той или иной проблемы, ситуацию уже не изменить, так как на неудачу они обречены изначально. Далее, чем больше балл TAS, тем меньше балл РЛД-в связи с тем, что «выгоревшие» работники имеют низкие самооценки персональных достижений и рассматривают свою работу как непривлекательную, также у них наблюдается дефицит эмоциональных ресурсов для преодоления новых стрессов.

Заключение

В трудовой деятельности специалистов поликлиники имеет место формирование СЭВ и актуальность этой важной проблемы набирает обороты, в связи с чем появляется острая необходимость уделить данному вопросу особое внимание для создания и обеспечения мер психопрофилактики, препятствующих развитию данного синдрома, во избежание развития психосоматических заболеваний у работников. Важнейшей задачей здравоохранения в целом, и руководства каждой поликлиники, в частности – является профилактика профессиональных заболеваний и сохранение здоровья своих сотрудников, так как здоровое поколение страны должно стоять за здоровыми врачами.

Список литературы

1. Водопьянова, Н.Е. Стандартизированный опросник «Профессиональное выгорание» для специалистов социально-экономических профессий / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова, А.Д. Наследова // Вестник СПбГУ. – 2013. – №4. – С. 17-27.
2. 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. – № S2. – С. 79.
3. Толмачёва, А.С. Профессиональная деформация и синдром эмоционального выгорания у специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения / А.С. Толмачева, Н.В. Страхова, А.А. Зуйкова, Ю.А. Котова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2018. – № 1. – С. 189-195.

ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Завадская М.В.

Научный руководитель: Фролова С.В.

*Российский национально-исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова*

Актуальность исследования. За последние десятилетия в социально-экономических и политических условиях жизни в России произошли серьёзные перемены, возросла роль интернет-пространства, виртуальная реальность внедряется в нашу повседневную жизнь и становится альтернативной версией существования. Однако неконтролируемое

погружение в мир интернета приводит к различным последствиям и к формированию интернет-зависимого поведения. Данная проблема очень актуальна для молодежи. Сейчас сложно представить нашу жизнь без интернета, каждый студент пользуется компьютером, смартфоном, планшетом, электронные устройства стали неотъемлемой частью нашего существования. Такая свобода в использовании виртуальной реальности все чаще становится губительной для молодых людей. Последствием такого «погружения» может стать нарушение мотивационной деятельности, поэтому так важно оценить преобладающие мотивы в деятельности интернет-зависимых студентов и студентов не зависящих от интернет-пространства.

Цель исследования: изучение особенностей учебной мотивации у интернет-зависимых студентов.

Методики исследования: тест интернет-зависимости С. Чен в адаптации В.Л. Малыгина и К.А. Феклисова, опросник Е.А. Щепиловой «Восприятие интернета», методика для диагностики учебной мотивации студентов (А.А. Реан и В.А. Якунин, модификация Н.Ц. Бадмаевой), Тест – опросник мотивации успеха и боязни неудачи (МУН) А.А. Реана, самостоятельно разработанная анкета. Достоверность различий показателей определялась с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Для изучения взаимосвязи между различными параметрами применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена,

Характеристика выборки: в нашем исследовании приняли участие 52 студента в возрасте от 17 до 21 года. Было сформировано три группы: 1 – студенты с интернет-зависимостью, 2 – группа риска, 3 – группа нормы.

Результаты исследования. На основании результатов шкалы Интернет-зависимости С. Чен среди студентов были выделены 3 группы: в 1 группе, составляющей 31% подростков из нашей выборки, присутствует интернет-зависимость, что проявляется в наличии компульсивных симптомов, симптомов отмены, толерантности, невозможности контролировать длительность пребывания в сети, внутриличностных проблем и проблем со здоровьем. К группе риска возникновения интернет-зависимости – относятся 44% выборки. Группа нормы – 25% выборки, которые не проявили признаки интернет-зависимого поведения ($p=0,001$). Вышеизложенные данные являются статистически значимым результатом.

По результатам методики Е.А. Щепиловой «Восприятие интернета» стало известно, что существуют значимые различия между группами в не целенаправленности поведения ($p=0,000$), в уровне изменения состояния сознания в результате пользования интернетом ($p=0,012$), восприятия интернета как лучшего по сравнению с реальностью ($p=0,001$), восприятия времени в интернете ($p=0,000$).

Анализ результатов исследования показал, что интернет-зависимость в большей степени характерна для представителей девушек ($r=-0,332$; $p=0,016$), юноши чаще используют интернет в качестве отдыха ($r=0,286$; $p=0,040$). Анализ результатов также показал, что старшие дети в семье реже становятся интернет-зависимыми ($r=-0,340$; $p=0,014$).

Корреляционный анализ показал взаимосвязь показателя мотивации с уровнем интернет-зависимости. Для интернет-зависимых студентов свойственна мотивация избегания неудач ($r=-0,396$; $p=0,004$). Студенты с мотивацией, ориентированной на успех реже, используют интернет для «снятия напряжения» ($r=-0,276$; $p=0,047$) и просматривают фильмы в интернете ($r=-0,361$; $p=0,009$). Важно отметить, что корреляционный анализ показал взаимосвязь показателя мотивации с возрастом, мотивация на успех в большей степени характерна для более юных студентов ($r=-0,411$; $p=0,002$). Стоит отметить, что в учебной деятельности более юных студентов чаще преобладают учебно-познавательные мотивы ($r=-0,436$; $p=0,001$).

Выводы: Анализ результатов исследования показал, что почти у трети исследуемых студентов наблюдается выраженная интернет-зависимость, а в группе риска оказалась

почти половина респондентов. Вне зависимости от уровня интернет-зависимости все студенты одинаково воспринимают пространство в интернете и не одушевляют интернет. Интернет-зависимость в большей степени характерна для представителей женского пола, юноши чаще используют интернет в качестве отдыха. Важно отметить, что студенты с интернет-зависимостью в учебной деятельности чаще ориентированы на мотивацию избегания неудач. В деятельности более юных студентов преобладает мотивация на успех, они в большей степени ориентируются на учебно-познавательные мотивы. Студенты, в деятельности которых преобладает мотивация на успех, в меньшей степени склонны к использованию интернета для «снятия напряжения» и просмотру фильмов через интернет.

Практическая значимость исследования: Результаты исследования могут применяться в деятельности психологов, специализирующихся на помощи студентам, страдающим интернет-зависимостью, а также работников образовательных организаций регуляции условий учёбы студентов с учётом степени зависимости и ведущих учебных мотивов.

МОБИЛЬНЫЕ СРЕДСТВА СВЯЗИ - МОДНЫЙ ТРЕНД ИЛИ СТРАШНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Керимова А.Г., Будкова О.В.

Научный руководитель: Кнышова Л.П.

Волгоградский государственный медицинский университет

В современном информационном обществе различные гаджеты прочно вошли в повседневную жизнь. Люди используют мобильные телефоны, смартфоны, планшеты для работы, общения, развлечения [1]. Однако мало кто задумывается, о том, к какой зависимости может привести частое использование средств мобильной связи.

Термин «номофобия» возник относительно недавно и был введен специалистами для описания состояния беспокойства и даже паники у людей, которые по тем или иным причинам потеряли возможность с помощью смартфона поддерживать контакты с людьми, просматривать информационные ленты социальных сетей, играть в игры и т.д. Согласно результатам проведенного в Великобритании социологического исследования 53% жителей этой страны страдают от номофобии из-за панического страха остаться в одиночестве [3]. А источником такого страха становится молчащий телефон (отсутствие звонков и сообщений). Согласно статистике, более всего зависимыми от смартфона оказались молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет. Страдающие номофобией не расстаются с телефоном даже в местах, где он совершенно неуместен – ванная комната и туалет [2].

Цель: обозначить и подтвердить формирование психоэмоциональной зависимости - номофобии у лиц в возрасте 16-26 лет.

Материалы и методы. Методом исследования в данной работе было выбрано психодиагностическое тестирование с использованием авторской анкеты. В социологическом исследовании приняло участие 124 человека (75% - в возрасте 16-20 лет и 20,2% в возрасте 21-26 лет).

Результаты и обсуждения. В ходе анализа результатов ретроспективного анкетирования нами были получены следующие результаты: ежедневно на пользование мобильным средством связи 57,3% опрошенных тратят от 5-8 часов; более 55% опрошенных испытывают трудности без мобильного телефона, а 29% не представляют свою жизнь без смартфона; 56% респондентов не считают, что зависимость от мобильного телефона распространена и является проблемой современного общества. В тоже время, 47,5% опрошенных отметили, что испытывают тревогу, когда в их телефоне садится

батарея, заканчиваются деньги на счету или нет зоны покрытия сети. Каждый второй респондент никогда не выключает свой телефон. 90,3% пользователей знают о пагубном воздействии смартфона на их здоровье. Из них 20,2% отмечают возникновение головной боли после длительного общения по мобильному, нарушения сна, головокружения, недостаток кислорода. Опрошенные подростки и студенты отмечали, что имеют трудности при запоминание нового материала, становятся агрессивными и нервными, не способными сфокусировать внимание на учебном процессе.

Заключение. Психологи во всем мире часто сравнивают зависимость от мобильного телефона с алкогольной зависимостью: лишение смартфона, так же, как и алкоголя, вызывает панику и синдром отмены, или абстинентный синдром. Люди совершают жестокие поступки вплоть до убийства, только за то, что были лишены мобильного. Таким образом, номофобия серьезно влияет не только на повседневную жизнь, но и является угрозой для здоровья и жизни человека. Конечно, полностью отказаться от мобильных средств в современном мире невозможно, однако стоит обратить внимание на формирование такой зависимости и сократить по возможности времяпрепровождение со смартфоном сменив его живым общением и прогулкам на свежем воздухе.

Список литературы

1. Гладарев, Б.С. Социальное измерение мобильной телефонии / Б.С. Гладарев // Южно-российский журнал социальных наук. – 2007. – №3. – С. 45-64.
2. Городецкая, И.М. Мобильная зависимость как форма зависимого поведения современных студентов / И.М. Городецкая, И.Р. Исламгулов // Вестник Казанского технологического университета. – 2014. – №24. – С. 328-330.
3. https://domashniy.ru/psihologiya/nomofobiya_ili_zavisimost_ot_telefona/

ПРОБЛЕМА НЕОДНОЗНАЧНОГО ОТНОШЕНИЯ ОБЩЕСТВА К ЭВТАНАЗИИ

Кобилова Э.Т.

Научный руководитель: Симонян Р.З.

Курский государственный медицинский университет

Целью данной работы является изучение проблемы отношения общества к эвтаназии. Необходимо изучить правовые аспекты и общественное мнение относительно эвтаназии на основе социологического опроса.

Материал и методы:

При проведении исследования использовался метод статистического анализа полученных данных. Одним из самых обсуждаемых вопросов в медицине уже долгое время является вопрос о легализации эвтаназии. В медицинской литературе понятие «эвтаназия» толкуется как «умерщвление неизлечимо больных людей по их просьбе с целью прекращения страданий». В России согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любой вид эвтаназии запрещен. Более того, в Уголовном кодексе нет самого термина «эвтаназия», а действие врача, который осуществил данную процедуру, рассматривается как умышленное убийство [1]. Существует, как минимум, два противоположных мнения, касающихся данного вопроса. Согласно первому, эвтаназия недопустима с правовой и моральной точки зрения. Согласно второму мнению, она способна избавлять человека от невыносимых физических страданий, следовательно, она просто необходима [2]. С учётом характера действий, направленных на умышленное умерщвление больного выделяется 2 вида эвтаназии: активная- умышленное причинение неизлечимо больному по его просьбе быстрой и легкой смерти с целью избавления его от

мучительных физических страданий и пассивная- ограничение или прекращение специфического лечения безнадежно больных умирающих пациентов, основанном на их просьбе, ввиду того, что оно лишь продлевает период физических и моральных страданий без улучшения их состояния. Различие между активной и пассивной эвтаназией рассматривается специалистами как важнейшая проблема медицинской этики. Если не провести четкую грань между различными ситуациями по неоказанию медицинской помощи безнадежно больному, окажется, что пассивной эвтаназией будет считаться не только отказ пациента от лечения в ситуации, когда болезнь несет непосредственную угрозу его жизни, но и, скажем, выписка пациента из больницы домой в том случае, когда ясно, что болезнь неизлечима [2]. Существует ещё одна классификация, по которой со стороны пациента данный процесс может быть добровольным или недобровольным «принудительным». Добровольная процедура происходит, когда пациент изъявляет желание прервать свою жизнь и просит врача помочь ему в этом деле, а принудительная – когда пациент самостоятельно не может выразить желания. Для оценки уровня осведомленности людей был проведен соцопрос, респондентами стали студенты КГМУ. Было опрошено 250 студентов лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов. Опрос был проведен посредством анкетирования. Большинство респондентов – студенты лечебного факультета (45,6%), из них, в основном, студенты первого курса – 59,2%. 96% опрошенных ранее имели представление об эвтаназии. На вопрос: «Ваше отношение к эвтаназии», 113 ответили «нейтрально», 98 – «положительно» и лишь сорок человек «отрицательно». 56,8% студентов считают, что в России невозможна легализация эвтаназии, 82% опрошенных считают, что эвтаназия является гуманным способом ухода из жизни. Респонденты считают, что только сам пациент в праве распоряжаться своей жизнью. Большинство опрошенных отнеслись бы к решению их близкого родственника об эвтаназии отрицательно и попытались бы отговорить его не делать это, но в случае собственной болезни приняли бы решение об эвтаназии. 145 респондентов считают, что принимать решение об эвтаназии должна специально созданная комиссия врачей и юристов. Будучи на месте врача, 30% студентов решились бы провести процедуру эвтаназии, 33,2% – нет и большинство из них (36%) – не уверены в том, что смогли бы пойти на это. Студенты считают, что ментальное расстройство не может послужить причиной для использования эвтаназии. Большинство опрошенных считают, что целесообразно открыто обсуждать вопрос об эвтаназии.

Закключение: Мы считаем, что на сегодняшний день жители Российской Федерации не готовы принять эвтаназию, как законный способ ухода из жизни, но предпосылки для этого уже имеются, потому что большое количество будущих врачей уже сейчас рассматривают метод «легкой смерти». К сожалению, вопрос об эвтаназии будет ещё долгое время являться спорным, ведь голосовать против эвтаназии целесообразно в случае реальной возможности помочь человеку и когда он, в силу собственных убеждений согласен терпеть муки. Когда восстановление невозможно, и сам пациент просит о смерти, запрещать такое решение является антигуманным.

Список литературы

- 1.Зеленова И.В., Симонян Р.З. К вопросу о необходимости изучения медицинского права как учебной дисциплины и отрасли науки // Наука и мир. международный научный журнал. – 2014. – Т. 2, №11 (15). – С. 68–70.
- 2.Симонян Р.З. Проблема легализации эвтаназии в России // Евразийское Научное Объединение. – 2018. – Т.3. № 3 (37). – С. 194 – 195

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И СВОЙСТВА ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Коледаева А.К.

Научный руководитель: Частоедова И. А.

Кировский государственный медицинский университет

Проблема оптимизации учебной деятельности и психических состояний учащихся в усложненных условиях, например в период экзаменационной сессии, является предметом внимания многих психологов, а ее сложность предопределяет широкое поле исследований. Так нарушение психологического здоровья студентов может приводить к формированию зависимостей, позволяющих снимать эмоциональное напряжение.

Наиболее распространенным и опасным является возникновение зависимости от интернета, так как она не подчиняется закономерностям формирования других зависимостей. Если для развития традиционных форм зависимого поведения необходимо несколько лет, то у 25% интернет-аддиктов формирование зависимости от интернета происходит через 6 месяцев после начала использования интернета, у 58% — в течение следующих 6 месяцев, а у 17% — через год.

Британские ученые из Королевского колледжа психиатров выделяют шесть признаков компьютерной зависимости. Специалисты отметили, что интернет-зависимость очень схожа с алкогольной и наркотической, и от нее сложно избавиться самостоятельно. Первым, на что стоит обратить внимание, является пониженная самооценка. Такжестораживающими признаками могут быть депрессивные состояния, тревожность, плохой сон, злоупотребление алкоголем и другие расстройства на фоне стресса.[2]

По мнению ученых, наибольшую опасность представляют азартные игры и общение в сети. Человек не отмечает, сколько времени прошло, и продолжает погружаться в виртуальный мир.

Согласно статистике за 2019 год, только в Великобритании за помощью к специалистам обратились 335 человек с компьютерной зависимостью в возрасте от 19 до 30 лет.

А.В. Сидорова выделяет следующие психические симптомы интернет-зависимости: появление чувства радости, эйфории при контакте с компьютером или даже при ожидании контакта; отсутствие контроля за временем взаимодействия с компьютером; желание увеличить время взаимодействия с компьютером; появление чувства раздражения, угнетения, пустоты, депрессии при отсутствии контакта с компьютером; использование компьютера для снятия внутреннего напряжения, тревоги, депрессии. Все эти характеристики отрицательно влияют на психологическое, физическое и социальное здоровье человека, мешая ему выполнять свою непосредственную работу и с каждым днем отдаляя его от реальности.[1];[3]

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 45 студентов (юношей – 14, девушек – 31). Для оценки интернет-зависимости был использован «Тест на интернет-аддикцию» Кимберли Янг, 1994 г, определение личностных характеристик проведено с использованием многофакторного личностного опросника FPI, простая зрительно-моторная реакция и корректурная проба выполнены на тестере «НС-Психо-Тест». Анализ результатов исследования был проведен с использованием компьютерных пакетов Excel и Statistica Advanced 10 for Windows RU. Для сравнения количественных показателей двух независимых выборок применяли параметрический критерий Стьюдента. Корреляционный анализ был проведен с расчетом коэффициента корреляции (r) Спирмена. Достоверными считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение:

При оценке уровня интернет-зависимости выявлено, что 35,5% студентов имеют интернет-зависимость (в целом, у мальчиков уровень выше, чем у девочек), а у 64,5%

студентов выявлена склонность к интернет-зависимости. Выявлены гендерные различия личностных характеристик, показателей корректурной пробы и временных показателей простой зрительно-моторной реакции студентов: у девушек достоверно выше уровень невротичности, чем у юношей, ниже уровень продуктивности в корректурной пробе, ниже временные показатели простой зрительно-моторной реакции.

При сравнении средних показателей у интернет-зависимых студентов с аналогичными данными у студентов, склонных к зависимости, выявлено, что имеются достоверные различия личностных характеристик: у интернет-зависимых студентов достоверно выше уровни депрессивности, раздражительности, реактивной агрессивности, открытости, эмоциональной лабильности и ниже уровень уравновешенности.

Корреляционный анализ показал, что в группе интернет-независимых девушек, существует отрицательная умеренной силы связь между уровнем интернет-зависимости и уравновешенностью и положительная средней силы связь между уровнем интернет-зависимости и открытостью. У юношей выявлен другой характер корреляционной взаимосвязи в группе интернет-независимых: между уровнем интернет-зависимости и реактивной агрессивности связь положительная средней силы.

В группе интернет-зависимых студентов не было обнаружено значимых корреляционных связей уровня интернет-зависимости и личностных характеристик, однако выявлены отрицательные связи средней силы с функциональным уровнем системы, отражающим текущее функциональное состояние ЦНС и устойчивостью реакции.

Выводы:

- 1) У трети студентов выявлена интернет-зависимость;
- 2) Имеются гендерные различия личностных характеристик, показателей корректурной пробы и временных показателей простой зрительно-моторной реакции;
- 3) У интернет-зависимых студентов достоверно отличаются личностные характеристики в сравнении с интернет-независимыми студентами;
- 4) Выявлены корреляционные взаимосвязи между уровнем интернет-зависимости, личностными характеристиками, и временными показателями простой зрительно-моторной реакции.

Список литературы

- 1) Корягина Т. М. Взаимосвязь между интернет-зависимостью и личностными особенностями студентов //Современные исследования социальных проблем. - Том 9 №2. – 2018. - С. 7 -80
- 2) Дроздикова–Зарипова А.Р. Педагогическая коррекция компьютерной зависимости у подростков группы риска: теория, практика. Валеева Р.А., Шакурова А.Р. - Казань: Издательство «Отечество», 2012. - 280 с.
- 3) Киселёва Т.Г. Индивидуальные особенности подростков, предрасположенных к интернет-зависимости, - 2017, - С. 46-50

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАМЯТИ, СПОСОБЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Коломеец А. М.

Дальневосточный государственный медицинский университет

В наше время, когда есть возможность записать, найти и извлечь информацию из любого ее носителя, по-прежнему ценится хорошая память и вопрос: «как быстро запоминать информацию», остается актуальным.

Вы когда-нибудь думали, как быстро запомнить большой объем информации? Как не забыть все на утро? Все эти вопросы касаются каждого человека, которому хоть раз приходилось запоминать тонны материалов к экзамену, презентации или просто для улучшения собственных знаний. Именно поэтому нами была поставлена цель изучение теорий памяти, рассмотрение способов ее развития и совершенствования.

Материалы и методы: сбор и анализ информации, анкетирование, в процессе которого было опрошено 315 человек из числа студентов ДВГМУ и РАНХиГС, а также проведение экспериментального исследования в области применения способов для развития и расширения возможностей памяти.

Результаты и обсуждения: В целях улучшения памяти существуют множество подходов, например, химический, который включает использование фармакологических средств, адаптогенов, витаминов. Также есть химические соединения ухудшающие работу памяти: никотин, кокаин. Опрос среди студентов ДВГМУ И РАНХиГС показал, что чаще всего химический подход в совершенствовании памяти не рассматривается (39% из числа опрошенных), а те, кто его используют - применяют различные комплексы витаминов и микроэлементов - 19%. Второе место по использованию для улучшения памяти занимают ноотропные препараты - 16%. Чай и кофе содержат кофеин, поэтому 15% всех опрошенных студентов используют для запоминания новой информации именно их. Из них 77% при подготовке к занятиям выпивают чашку кофе для стимуляции мозговой активности.

Мнемотехника, то есть запоминание информации путем применения ассоциаций, также является одним из способов, помогающих быстрее запомнить информацию. Согласно опросу, ей пользуются 54% опрошенных студентов.

Кроме того в процессе изучения и запоминания нового материала 59% стараются написать конспект, сделать пометки, рисуют различные схемы.

Серотонин ускоряет обучение и удлиняет сохранение навыков, если в их основе лежит положительное эмоциональное подкрепление, и согласно опросу 82% лучше запоминают информацию, именно, при положительном эмоциональном настрое.

В процессе проведения экспериментальной части были получены следующие результаты: диагностика памяти у студентов Учебного центра ОАО РЖД была проведена в двух группах, общее количество участников - 53. Возрастная категория 21 – 38 лет. Из них курящих по данным опроса 65%. Нами диагностировались следующие виды памяти: механическая зрительная память, кратковременная слуховая память и оперативная память. Для диагностики механической зрительной памяти обучающимся были предложены карточки с записью трехзначных чисел, в количестве 10 штук, записанных в столбик. На их запоминание была отведена 1 секунда. Испытуемые должны были воспроизвести те числа, которые запомнили, в любой последовательности. Низкие результаты (менее шести цифр) наблюдались у 22% испытуемых, при этом курящих среди них было 60%. В той группе, которая воспроизводила по памяти 7- 10 чисел (что является высоким результатом в диагностике памяти) доля курящих составила 10% . Во время перерыва, всем участникам было предложено выпить чашечку кофе, а спустя 30 мин была проведена повторная диагностика таким же порядком, но с другим набором цифр. Результаты в группах, запоминающей норму выросли в среднем на 10-12%. Достоверность данных

была подтверждена при проведении статистического анализа с помощью t-критерия Стьюдента.

Интеллект-карта это мощный графический метод, предоставляющий универсальный ключ к высвобождению потенциала, скрытого в мозге. Данная методика успешно опробована в учебном центре ОАО РЖД. Чтобы увидеть данную методику в действие, нас пригласили в учебный центр на занятие, специально построенное таким образом, что студенты должны на основе нового материала разработать собственную интеллектуальную карту и рассказать по ней новую информацию. Интервью с обучающимися и преподавателем показало, что данная методика действительно работает. Студенты воспроизводили практически 90% новой информации.

Также сейчас рассматриваются физические упражнения, как один из способов улучшения памяти, так как они увеличивают сердечный ритм, повышая при этом мозговой кровоток, тем самым улучшая функционирование нашего мозга и процессы запоминания. Бег, плавание и езда на велосипеде, а также любая форма упражнений в течение как минимум 30 минут помогает работе мозга.

Рассмотрим езду на велосипеде, которая также влияет на развитие памяти, положительно действуют на гиппокамп – часть мозга, ответственную за память и обучение, а также эмоции.

В данном эксперименте участвовало группа из 27 человек, которые только начинали кататься на велосипеде. Средний возраст участников 18-25 лет. До начала проведения эксперимента участникам были предложены несколько тестов на выявление объема кратковременной слуховой и зрительной механической памяти.

После 1 месяца ежедневной езды на велосипеде у участников результаты увеличились на 6%-8% при диагностики слуховой памяти, а при диагностике механической зрительной памяти увеличились в среднем на 8-13%. Статистическая проверка данных t-критерием Стьюдента доказала их достоверность. Лица, принимающие участие в исследовании, отметили у себя значительное улучшение концентрации внимания и скорость запоминания информации.

Выводы: Таким образом мы еще раз доказали возможность улучшения совершенствования и развития памяти посредством применения различных способов и подходов на практике в процессе обучения, запоминания и анализа новой информации.

Список литературы

1. Зефилов Т.Л., Физиологические основы памяти. Развитие памяти у детей и подростков/учебно-методические пособия/ Зиятдинова Н.И., Купцова А.М –Казань , 2015 , 4-14с.
2. Тони Бьюзен, Карты памяти, Москва «Росмен», 2007, 25-37 с.
3. Зиганов М. А., Мнемотехника. Запоминание на основе визуального мышления/ Козаренко В. А.- Москва, 2000, 57-80 с.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У МОЛОДЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛЮДЕЙ

Маркарян Б.А.

Научный руководитель: Фролова С.В.

*Российский национально-исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова*

В современном обществе наркотическая зависимость является одной из наиболее значимых проблем. По данным ВОЗ число людей, злоупотребляющих наркотическими

веществами, в настоящее время достигает 20 миллионов человек. И также наркомания тесно переплетается с такими серьезными заболеваниями, как СПИД, гепатит и другие. Что доказывает неимоверную значимость изучения данной темы на людях, испытывающих наркотическую зависимость, акцентируя внимание на особенности их личности. Мы поставили задачу - выявить эмоционально личностные особенности наркозависимых молодых людей.

Методики исследования.

В исследовании были использованы: «Тест личностных акцентуаций» В. П. Дворщенко, Методика совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях, тест эмоций в модификации Г.В. Резапкиной.

В исследовании приняли участие 13 человек (группа нормы - 7; группа наркозависимых - 5 человек) в возрастном диапазоне от 19 до 30 лет. Группа наркозависимых состоит из молодых людей с полинаркоманией.

Результаты исследования:

Анализ результатов исследования показал, что в группе наркозависимых наиболее выражена склонность к деликвентности, проявляющаяся в антиобщественном и противоправном поведении ($p=0,018$). В группе зависимых наблюдается высокий риск возможности органической природы акцентуаций ($p=0,048$).

С возрастом для группы наркозависимых увеличивается риск проявления дискордантности характера ($r_s=0,601$, при $p=0,039$), конформности ($r_s=0,688$, при $p=0,013$), а также эмансипации ($r_s=0,627$, при $p=0,043$). Вероятность развития социальной дезадаптации ($r_s=0,773$, при $p=0,003$) и возможность развития личностного расстройства ($r_s=0,654$, при $p=0,021$) также характерны для группы наркозависимых людей более старшего возраста.

Психоастенический тип акцентуации личности свойственен для женщин с наркотической зависимостью ($r_s=-0,588$, при $p=0,044$). Для женщин, имеющих наркотическую зависимость, характерно в стрессовых ситуациях прибегать к такому механизму, как конфронтация ($r_s=-0,649$, при $p=0,022$), что демонстрирует импульсивность в поведении, враждебности и трудности с прогнозированием результата. Им свойственно проявление позитивных эмоций в виде радости ($r_s=-0,610$, при $p<0,035$) и удовольствия ($r_s=-0,640$, при $p<0,025$).

Уровень образования также влияет на личностную сферы молодых людей. Поэтому группе наркозависимых, имеющих среднее специальное образование более свойственно совершение преступлений ($r_s=-0,775$, при $p=0,003$), а также сензитивный тип акцентуации характера ($r_s=-0,592$, при $p=0,043$). Для работающих наркозависимых молодых людей характерен циклоидный тип акцентуации ($r_s=0,665$, при $p=0,018$).

В стрессовых ситуациях наркозависимыми молодыми людьми чаще остальных применяется стратегия «бегство-избегание» ($p=0,018$).

Выводы:

1. Чем старше возраст молодых людей, тем вероятнее риск развития дискордантности характера, эмансипации, конформности, а также социальной дезадаптации и возможности проявления личностных расстройств.
2. Женщины с наркотической зависимостью в стрессовых ситуациях демонстрируют импульсивность в поведении и враждебность, в спокойных ситуациях они чаще проявляют такие позитивные эмоции, как радость и удовольствие.
3. Для женщин с наркотической зависимостью характерен психоастенический тип акцентуации личности.
4. Циклоидный тип акцентуации свойствен для работающих молодых людей.

ВЫБОР МУЛЬТИПЛИКАЦИОННЫХ ФИЛЬМОВ И РАЗВИТИЕ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Петухова Е.С.

Научный руководитель: Есина С. В.

*Российский национально-исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова*

Когнитивные процессы обеспечивают преобразование сенсорной информации от момента воздействия стимула на рецепторные поверхности до получения ответа в виде знания. Младший школьный возраст важен для психического и социального развития, происходит перестройка всей системы жизненных отношений. Выбор предпочтений в сфере медиа определяется динамическим развитием когнитивных функций у детей. Ребенку неинтересно смотреть фильм при несформированном волевом компоненте, ему трудно удержать внимание на сложном сюжете.

В начальной школе восприятие характеризуется нарастанием произвольности. Младшим школьникам легче всего запомнить то, что включено в их активную деятельность.

Во вторых классах у детей преобладающим является непроизвольное внимание. Легче удерживать внимание на красочных мультфильмах с динамическим сюжетом. Изображения героев, преимущественно яркие, выделяются отдельные черты, которые перетягивают на себя все внимание младшего школьника. Произвольное внимание только начинает активно формироваться, поэтому детям бывает сложно удержать внимание на долгих многосюжетных фильмах. Исследование посвящено изучению факторов, влияющих на выбор младшим школьником мультфильма или фильма. Объект-когнитивные процессы, мотивация и выбор мультфильмов/фильмов учащимися младшего школьного возраста. Предмет- особенности предпочтений выбора мультфильмов, их просмотр у младших школьников, а также связь с уровнем развития воображения, внимания и мотивации учащихся. Методы исследования: авторский опросник выявления предпочтений просмотра мультипликационных фильмов, Методика изучения мотивационной сферы учащихся (М. В. Матюхиной), теоретический анализ литературы по проблеме исследования.

Были получены следующие результаты. Дети с преобладающей игровой мотивацией предпочитают смотреть «игровые мультики», а дети с преобладающей школьной мотивацией предпочтут те, где главные персонажи нацелены на учебу. В четвертых классах при выборе мультфильма или фильма учащиеся в большей степени ориентироваться на сюжет мультфильма и систему ценностей (т.е. определенные истории, связанные с раскрытием взаимодействий и построением отношений героев). 5,5% детей, обучающихся в четвертом классе предпочитают мультики с незатейливым сюжетом про семью и дружбу. Пример: «Свинка Пеппа». Остальные 94,5 % предпочитают мультики с расширенным сюжетом. Пример: «Город героев»- дети выделяли изобретательность главного героя, умение совмещать учебу с борьбой со злодеями.

В младшем школьном возрасте дети активно усваивают приемы произвольного запоминания. Самый простой способ- многократное просматривание материала. В контексте нашей работы можно предположить, что с помощью многократного просмотра мультфильмов и фильмов дети пытаются запомнить образы любимых героев и понравившиеся сюжеты. Во вторых классах 86% детей пересматривают мультики, а 62% фильмы, в третьих классах 75% мультики, 54% фильмы. В четвертых классах 71% мультики, 87% фильмы. К четвертому классу увеличивается процент детей пересматривающих фильмы, что говорит о том, что первоначально детьми движет не желание запомнить детали, а интерес к пересматриваемому фильму, мультфильму, из-за

чего дети параллельно запоминают до мелочи любимый мультфильм или фильм. Воображение - деятельность богатая эмоциональными моментами, необходимая, неотъемлемая часть реалистического мышления. Мы предполагаем, что выбор мультфильма позволит определить уровень развития воображения младшего школьника. 66% второклассников представляют себя в виде мультипликационных персонажей, 69% третьеклассников, 72% четвероклассников. Придумывают новые сюжеты 40% второклассников, по 50% третьеклассников и четвероклассников.

Если мы обратимся к конструктивному воображению ребенка, ко всей творческой деятельности сознания, которая связана с действительным преобразованием, воображение является одной из основных функций, с помощью которой он работает. Во всех случаях деятельность фантазии является направленной, т. е. она от начала до конца направляется на определенную цель, которую преследует человек. Это же касается планов поведения самого ребенка, относящихся к будущему и т. д. Следовательно, у ребенка есть цель - получить позитивные эмоции, отдохнуть, увидеть поучительные моменты. Так, во втором классе школьники больше обращают свое внимание на эмоциональную окраску при выборе мультфильма, к четвертому классу обращают большее внимание на личностные качества главных персонажей и их поступки. Это связано с формированием личностных качеств и черт самого ребенка. Младшие школьники сосредотачивают все усилия на испытании своих качеств. Они берутся за сложные задания, в результате вызова самому себе, так и вследствие вызова со стороны окружения. Ребенок справившийся с задачами такого рода становится более уверенным в себе, возникает почва для развития чувства Я. Можно предположить, что ребенок примеривает все действия через персонажа, задумываясь как бы он сам поступил будь он на месте главного героя. Таким образом, дети могут представить будущее и свои жизненные планы. В дошкольном возрасте ребенок усваивает принятое в обществе отношение к людям (определенные симпатии и антипатии, манеры вести себя в обществе). В школьном возрасте развивается общественно-трудовая дисциплина и самосознание. Но ее развитие - не стихийный процесс. Он должен планомерно и целесообразно организован для развития самосознания. На этот процесс может влиять и выбор мультфильма или фильма, так как медиапространство является для младшего школьника примером окружающей среды. В них ребенок рассматривает разные модели поведения, общения и взаимодействия. Стоит следить за выбором мультипликации и самим взрослым показывать «стоящие и нестоящие» продукты медиапространства.

Таким образом, можно сказать, что стоит более комплексно подойти к исследованию предпочтений просмотра мультипликационных фильмов и фильмов детьми разного возраста и связи их предпочтений с особенностями развития личности ребенка в целом и когнитивных, эмоциональных процессов в частности.

ПИЩЕВОЕ АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНТОВ

Прокофьева А.А., Булычев М.А., Лукьянченко А.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Из всех аддикций пищевая зависимость населения занимает особое место, лишь только при ней в качестве способа бегства от действительности применяется то, собственно, что безусловно необходимо для жизни от начала до самого конца, а как раз пища. Потребность человека в еде на протяжении всей истории жизни людей на земле считается одной из главных биологических потребностей. В современном обществе пищевое поведение человека иногда считается средством разрядки психоэмоционального напряжения, источником чувственного удовольствия, а иногда делается самоцелью [1,2].

Проблема переедания существует в обществе на протяжении многих лет. Нам чаще всего кажется, что, мы перееедаем потому, что еда действительно хороша и безумно вкусна, или потому, что мы на самом деле голодны. В действительности два этих фактора в последнюю очередь влияют на то, сколько люди едят. На самом деле причины, по которым люди не могут вовремя остановиться во время приема пищи или едят слишком часто и «не то, что нужно» гораздо глубже. Довольно-таки часто в основе чрезмерного употребления пищи лежат социальные проблемы, такие как одиночество, чувство бесполезности, принижение своей значимости для окружающих людей. Также следует отметить, что принятие еды не всякий раз связано с утолением голода, и пищей зачастую злоупотребляют в целях убажания широкого диапазона других потребностей: разрядки психоэмоционального напряжения; чувственного наслаждения; поддержания конкретных ритуалов или же привычек; компенсации неудовлетворенных потребностей; эстетического треволнения. Утоление голода в состоянии чувственного неблагополучия содержит добротную ассоциацию с чувством комфорта и безопасности. При появлении беспокойных и чрезмерных впечатлений подавляются, при способности их высказать с поддержкой случайного поведения, они имеют все шансы оказывать хроническое плохое воздействие на всевозможные фазы пищеварительного процесса [3].

Материалы и методы: Исследование проводилось в форме социологического опроса на основании шкалы оценки пищевого поведения людей в адаптации Ильчик О.А., Сивухи С.В., Скугаревского О.А., а также опросника Р. Лазаруса «Способы совладающего поведения». В опросе приняло участие 33 человека, являющихся учащимися высших учебных заведений г. Курска (КГМУ – 70%, ЮЗГУ – 18%), г. Брянска (БГУ – 3 %, БГТУ – 6 %) и г. Орла (ОГУ – 3%).

Результаты и обсуждения: Анализ и статистическая обработка, полученных результатов проводилась одновременно по двум анкетам, однако больший интерес представляет детальное изучение каждой конкретной анкеты в индивидуальном порядке. Оценка пищевого поведения людей в адаптации Ильчик О.А., Сивухи С.В., Скугаревского О.А. проводится по 51 шкале. Шкалы и номера вопросов соотносятся определенным образом, отвечая за определенный компонент пищевого поведения конкретного человека. Внимание уделяется таким аспектам, как: стремление к худобе, булемия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность. Данная анкета позволяет продифференцировать отклонение в пищевом поведении (при его наличии) в сторону переедания или недостаточного питания на основании определенных шкал. Анализируя полученные данные было установлено, что 43% испытуемых никогда не чувствуют себя чрезмерно виноватыми после того, как слишком много съели; 30% испытывают ужас от возможности растолстеть; 9% часто думают о том, что они хотят похудеть, однако 51% опрошенных никогда об этом не задумывается. Рассматривая анкету с другой стороны отмечается что, 36% считают, что иногда злоупотребляют едой, переедая; 73% опрошенных никогда не едят/пьют тайком; 82% никогда не задумывалось о том, чтобы после приема пищи вызвать рвоту для снижения веса и уменьшения всасывания. Совладание с жизненными трудностями, как утверждают авторы методики о «Способах совладающего поведения», есть постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия индивида с целью управления специфическими внешними и (или) внутренними требованиями, которые оцениваются им как подвергающие его испытанию или превышающие его ресурсы. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы либо преодолеть трудности, либо уменьшить их отрицательные последствия, либо избежать этих трудностей, либо вытерпеть их. Опросник Лазаруса на 50 вопросов помог установить связь между желанием у людей изнурять своё тело голодом или в противоположность, перееданием с их копинг-стратегиями по жизни. В результате сопоставления полученных данных было

установлено, что наличие у человека копинг-стратегий одиночества, неценности в обществе так или иначе связано с нарушениями в пищевом поведении.

Выводы:

1) При комплексном изучении пищевого поведения было установлена прямая зависимость между копинг-стратегией одиночества, неценности в обществе с нарушениями в пищевом поведении.

2) У большинства испытуемых в изучаемой выборке не было выявлено нарушений в пищевом поведении. Наибольшую устойчивость имели студенты медицинского вуза; наименьшую – гуманитарного. Студенты технического вуза по результатам анализа анкетирования не имели особенностей.

Список литературы

1. Коноплева, И.Н. Копинг-стратегии у людей с пищевой зависимостью / И.Н. Коноплева, К.С. Королёва // Сборник научных трудов: Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке. – ООО «Экспо-Медиа». – 2018. – с. 109-112.
2. Маслова, Е.С. Пищевая зависимость как форма аддиктивного поведения / Е.С. Маслова // Вестник донского государственного аграрного университета. – Издательство: «Донской государственный аграрный университет» (пос. Персиановский). – 2019. – № 1-2 (31). – с. 48-51.
3. Федина, Е. А. Пищевая зависимость и психология переживания / Е.А. Федина, Ю.Н. Тимофеева // Живая психология. – М.: ООО «РАДОМИР-М+». – 2018. – №3. – с. 267-274.

КОНТЕКСТ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ СУПРУГОВ К РОДИТЕЛЬСТВУ

Северина А.В.

Научный руководитель: Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет

Проблема психологической готовности к материнству и отцовству является важной, поскольку определяет то, на какой позиции в иерархии ценностей супругов будет находиться ценность рождения и воспитания ребенка. Согласно структуре готовности к материнству Г.Г.Филипповой, выделены следующие пять блоков: личностная готовность, адекватная модель родительства, мотивационная готовность, сформированность материнской компетентности, сформированность материнской (отцовской) сферы. Таким образом, несформированность одного из пяти блоков предложенной структуры может быть причиной неготовности к родительству и, как следствие, психологического бесплодия [1, 2, 3].

Целью исследования является изучение контекста жизненного пути как фактора формирования готовности супругов к родительству. В исследовании приняли участие 2 группы испытуемых: контрольная и экспериментальная. Контрольную группу составили семейные пары, ожидающие первого ребенка – 17 пар (34 человека). В экспериментальную группу вошли бесплодные супружеские пары – 12 пар (24 человека). Важными условиями отбора испытуемых для исследования являлись:

- официально оформленный брак;
- возраст женщины (20-30 лет);
- возраст мужчины (20-30 лет);
- отсутствие негативного опыта беременности (аборт, выкидыш);
- нахождение под наблюдением врача не менее 2 лет для бесплодных пар.

Для проведения более детального анализа необходимых показателей обе группы были разделены на подгруппы. Критерием разделения выступила половая принадлежность.

Материалы и методы.

В качестве методов исследования были использованы следующие: анализ продуктов деятельности (работа с медицинскими картам); проективные методы: «Линия жизни» в адаптации Т.Д. Василенко, тест «Фигуры» Г.Г. Филипповой. Для обработки статистических данных использовалась программа математической статистики Statistic 6.0.

Результаты и обсуждение.

При анализе данных, полученных по методике «Линия жизни» в адаптации Т.Д.Василенко, было обнаружено, что в КЖП (контекст жизненного пути) бесплодных супругов и супругов, ожидающих ребенка, имеет значимые отличия Бесплодные супруги отдают предпочтение событиям, которые происходили с ними в детстве, или, происходящие с ними в настоящем, но связанные со взаимоотношениями с родителями. События, происходящие в собственной семье и являющиеся общими для супругов, игнорируются и не несут смысловой нагрузки. В семьях, ожидающих ребенка, КЖП характеризуется равномерным распределением событийных сфер, т.е. супруги в большей мере придают смысл событиям, которые происходят в их собственной семье, что указывает на значимость и ценность собственных семейных отношений, чего нельзя отметить в бесплодном браке.

Относительно насыщенности жизни отрицательными и положительными событиями были обнаружены значимые различия между бесплодными супругами и супругами, ожидающими ребенка. В КЖП бесплодных супругов преобладают отрицательные события и, несмотря на их отдаленность в прошлом, придают им определенный смысл, в то время как в КЖП супружеских пар, ожидающих ребенка, в большей мере представлены положительные события, которые будут благоприятно сказываться на процессе принятия ими роли родителей.

Для анализа готовности к материнству нами была проведена методика Г.Г. Филипповой «Фигуры», в результате которой обнаружены различия на уровне статистической тенденции ($p = 0,09904$) по типу готовности к материнству. В группе бесплодных женщин преобладает тревожный тип готовности к материнству (42%), в группе беременных женщин отношения по типу «субъект – субъект» представлены в большей мере (65%), что свидетельствует о сформированном адекватном типе готовности к материнству. Тип готовности к материнству в группе бесплодных женщин является неблагоприятным, что связано с КЖП личности и преобладанием в нем сферы родительской семьи и отрицательных событий, а также наличием нарушения детско-родительских отношений, что влияет на принятие роли матери.

Таким образом, контекст жизненного пути бесплодных супругов качественно отличается от контекста жизненного пути супругов, ожидающих ребенка, и выступает в качестве фактора формирования готовности к родительству.

Выводы.

1. КЖП бесплодных семей представлен отрицательными событиями, которые определяют ориентацию на прошлое (родительскую семью) и отсутствие целей на будущее, игнорирование событий, которые происходят в собственной семье. КЖП супружеских пар, ожидающих ребенка, представлен положительными событиями прошлого, которые определяют высокую оценку настоящего и постановку целей в будущее, а также равномерным распределением событийных сфер, акцент на событиях разных сфер жизни, в большей мере на те, которые происходят в их собственной семье, что указывает на значимость и ценность собственных семейных отношений.

2. КЖП оказывает влияние на формирование готовности к родительству. У бесплодных женщин преобладают тревожный и игнорирующий типы готовности к материнству, что связано с КЖП личности и преобладанием в нем сферы родительской семьи. В то время, как в группе женщин, ожидающих ребенка, преобладает адекватный тип готовности к материнству, сформированный под влиянием событийного контекста жизненного пути, представленного позитивным опытом детско-родительских отношений.

Список литературы

1. Захарова Е.И., Булушева Е.А. Особенности страхов беременных женщин, связанных с переживанием внутрисемейной ситуации // Перинатальная психология и психология родительства. – 2009. – № 3. – С. 15-35.
2. Земзюлина И.Н., Блюм А.И., Тюнина Е.Д., Забелина Н.В. Личностные детерминанты переживания психологического бесплодия в супружеской паре // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2018. – Т.8. – № 3(28). – С. 163–169.
3. Земзюлина И. Н., Северинова А. В. Клинико-психологический анализ факторов психологического бесплодия в супружеской паре // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход. Материалы VIII Всероссийской конференции с международным участием (Курск, 2018). – Курск. – 2018. – С. 126.

ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМ СЕМЕЙНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ

Сухомлинова А.О.

Научный руководитель: Фролова С.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Хирургические вмешательства меняют чувственный мир больного. Реакция на операционный стресс во многом зависит от социального окружения больного, его семьи. Ситуация болезни меняет временную перспективу личности, понимаемую как установки, убеждения и ценности личности, связанные со временем.

Целью исследования являлось изучение особенностей временной перспективы пациентов, перенесших операции, в зависимости от их семейного положения.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 52 человека в возрасте 43-78 лет, перенесших оперативное вмешательство в течение недели. Методики исследования: опросник временной перспективы Ф. Зимбардо, методика ТОБОЛ, методы статистической обработки данных.

Результаты: Анализ результатов исследования показал взаимосвязь типа отношения к болезни и семейного положения больных. Пациентам, состоящим в браке, свойственен анозогнозический тип ($r_s=0,381$, при $p<0,005$), разведенным больным эргопатический тип ($r_s=0,344$, при $p<0,005$), пациентам, которые не состояли в браке апатический тип ($r_s=0,698$, при $p<0,001$). Овдовевшие испытуемые имеют неврастенический ($r_s=0,315$, при $p<0,005$), меланхолический ($r_s=0,389$, при $p<0,005$) и дисфорический ($r_s=0,350$, при $p<0,005$) тип отношения к болезни.

Корреляционный анализ показал, что существует взаимосвязь типа отношения к болезни и временной перспективы больных. Гедонистическое настоящее отмечается у пациентов, состоящих в браке с анозогнозическим ($r_s=0,512$, при $p<0,001$) типом, а также разведенным пациентам с эргопатическим ($r_s=0,534$, при $p<0,001$) типом отношения к болезни. Также для пациентов, состоящих в браке, характерна ориентация на будущее

($r_s=0,450$, при $p<0,001$). Пациенты, не состоящие ранее в браке, с апатическим типом негативно относятся к своему прошлому ($r_s=0,329$, при $p<0,005$). Для овдовевших пациентов, характерно фаталистическое настоящее, свойственное неврастеническому ($r_s=0,358$, при $p<0,001$), меланхолическому ($r_s=0,575$, при $p<0,001$) и дисфорическому ($r_s=0,478$ при $p<0,001$) типам.

Выводы:

1. Для овдовевших пациентов характерно подавленное состояние, отказ от борьбы с заболеванием, обвинение окружающих в своей болезни, безнадежное отношение к будущему и настоящему.
2. Больные, которые не состояли в брак, безразлично относятся к своей болезни, прошлое для них негативно окрашено.
3. Разведенным пациентам свойственен уход от болезни в работу, ориентация на получение удовольствия и наслаждения в настоящем.
4. Пациентам, состоящим в браке, свойственна ориентация на будущее, отбрасывание мыслей о болезни и её последствиях.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ ОВЗ

Хачанян З.Т.

Научный руководитель: Литвинова Л.В.

Центр воспитательной работы Промышленного района г. Ставрополя

Проблема обучения, воспитания и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является актуальной для России. Это связано с ростом числа таких детей за последние годы. Современные педагогические требования и социальная установка вырабатывают у общества не только гуманное отношение к детям с ОВЗ, но и принятия их сложной структуры развивающейся личности. Подобное отношение диктует необходимость удовлетворения общих социальных потребностей, формирования творческих навыков, развитие познавательной активности [3].

Практический опыт работы с детьми ОВЗ позволяет сказать, что приобщение «особого» ребенка к основам декоративно-прикладного творчества – один из самых простых, доступных и увлекательных способов создания условий для гармоничного развития личности не только здорового ребенка, но и ребенка с проблемами в здоровье [2]. Включение данной категории детей в образовательное пространство учреждений дополнительного образования предоставляет значительный потенциал для социальной адаптации и творческой реализации, которые положительно влияют на самооценку и жизненную устойчивость.

Материалы и методы. С целью изучения влияния арт-технологий на положительную динамику психологического развития детей ОВЗ применялся метод правополушарного рисования. Творческие занятия проводились с детьми ОВЗ на базе комнаты школьника «Олимпиец».

Результаты и обсуждение. Психокоррекционные программы по работе с детьми ОВЗ содержат специализированные коррекционные и развивающие технологии. Они являются, как правило, комбинированными – психолого-педагогическими. Центр внешкольной работы Промышленного района города Ставрополя в течение нескольких лет реализует собственную модель организации дополнительного образования для детей с ограничениями в здоровье.

Учебные занятия носят не только обучающий характер, но и включают элементы арт-технологий. Эти занятия для ребят с ОВЗ на регулярной основе развивают творческий

потенциал, совершенствуют коммуникативные навыки и навыки самообслуживания, расширяют представления об окружающем мире, делают его более красочным и доступным, способствуют более успешной адаптации и социализации. Особенное место в данной работе занимает правополушарное рисование.

Основы правополушарного рисования связаны с особенностями работы правого и левого полушария мозга человека. Суть действия арт-терапии изложена в работах по нейрофизиологии К.Ханнадорф, Т.Г. Визиль, О.А. Скрыбиной, О.А. Мотанцевой [1, 4].

Принято считать, что «образное» воспринимающее правое полушарие обрабатывает информацию целиком, глобально, и связано оно с ритмом, эмоциями, интуицией, движениями, в целом с бессознательными психическими процессами. Развиваясь первым, оно доминирует до семилетнего возраста. Левое, рационально-логическое полушарие, действует как исполнитель, обеспечивая анализ и синтез принимаемой информации (при транспонированных полушариях происходит наоборот). Полушария связаны мозолистым телом, которое обеспечивает взаимодействие нервных окончаний. От этого процесса и зависит качество, ясность и целостность мышления.

При дефекте функций и систем организма арт-технологии воздействуют на правое полушарие через образы, движения и ритм, создавая в нем «здоровые образы». Мозолистое тело переносит «образы» в левое полушарие и формирует нейронные связи, восстанавливающие и налаживающие более здоровый процесс работы мозга ребенка, что способствует мягкому лечению и коррекции.

Заключение. Правополушарное рисование как метод психологической коррекции прочно заняло свои позиции в рамках социально-педагогической и психологической помощи детям. Особое внимание уделяется данному методу в применении у детей ОВЗ. Практика работы с такими детьми показывает, что через формы, цветопередачу и простые сюжеты у ребенка развивается координация, мышление и воображение. Особое внимание уделяется способности терпеливо довести начатую художественную работу до конца, что формирует волевые качества и повышает мотивацию.

Список литературы

1. Ершова Е. Г., Отришко Н. И. Правополушарное рисование – нетрадиционная форма работы с детьми дошкольного возраста // Молодой ученый. — 2017. — №47.1. — С. 66-69. — URL <https://moluch.ru/archive/181/46608/> (дата обращения: 26.10.2019).
2. Интеграция детей с особенностями развития в образовательное пространство. Под ред. Л.М. Шипициной. – М.: 2006. – 216 с.
3. Романчук О.И. Дорога любви. Путеводитель для семей с особыми детьми и тех, кто идет рядом.- М.: Генезис, 2010. – 160 с.
4. Эдварде Б. Художник внутри вас / Пер. с англ.; Худ. обл. Б. Г. Ключко. – Мн.: ООО «Попурри», 2000.— 256 с.: ил. ISBN 985-438-491-8.

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ НА УРОВЕНЬ СТРЕССА ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Шумаева Д.А.

Научный руководитель: Айдинова Л.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема стресса всегда была актуальной и широко изучаемой. В данном исследовании мы решили взглянуть на него под новым углом и выяснить, каким образом

гендерные роли и их стереотипизация влияют на уровень стресса обучающихся медицинского вуза.

В медицине и психологии стресс — это совокупность неспецифических адаптационных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов.

В рамках данного исследования подверженность стрессу оценивалась с помощью теста Спилбергера-Ханина. Показатели шкалы личностной тревожности отражают склонность тестируемых воспринимать определенный набор ситуаций как угрожающие, опасные для самооценки и отвечать на каждую из них реакцией стресса. 50 опрошенных студентов и студенток 1-4 курсов показали следующие результаты:

Лишь 3 участника показали среднюю личностную тревожность (меньше 44 баллов), остальные 47 участников набрали количество баллов, характерное для высокого уровня тревожности. Из них 14 участников имеют от 45 до 51 балла, 13 участников – от 52 до 58, 18 – от 59 до 64 и 2 участника показали результат больше 64 баллов.

Но какое это имеет отношение к стереотипированию гендерных ролей? Для начала обозначим, что стереотип – относительно устойчивый и упрощенный образ социальной группы, человека, события или явления. Гендерный стереотип – это устойчивые общепринятые представления о месте того или иного гендера в обществе, а также о личности людей согласно гендерной идентичности. Гендерные стереотипы, как упрощенные, эмоционально окрашенные образы определяют процесс восприятия и оценки окружающих людей.

Дж. Уильямс работал с испытуемыми из 25 стран, чтобы выявить межкультурные гендерные стереотипы. Для мужчин это амбициозность, серьезность, уверенность в себе, спортивность, лидерские качества, но так же ревнивость и завистливость. Для женщин – дружелюбие, аккуратность, доброта, любовь к детям, ухоженность, но вместе с тем наивность, покладистость, эмоциональность. В целом стереотипный мужской портрет выглядит привлекательнее, а надежность – единственное качество, которое ценится у обоих полов одинаково. Чтобы узнать мнение наших участников, мы предложили им пройти тест по методике «Маскулинности-Фемининности» Сандры Бем. При первом прохождении требовалось выбрать качества, свойственные мужчинам, при втором – женщинам.

При выборе положительных качеств для мужчины, ни один из участников не получил портрет «фемининности». Впрочем, 9 участников получили портрет «андрогинности в сторону фемининности» и еще 5 участников – «чистой андрогинности». Большинство (30 участников) получили портрет «андрогинности в сторону маскулинности» и только 6 – «маскулинности».

При оценке положительных качеств для женщин 5 участников получили портрет «фемининности», большинство (23 участника) – «андрогинности в сторону фемининности», 6 участников – «чистой андрогинности». Так же треть (16 участников) получили портрет «андрогинности в сторону маскулинности» и ни один не получил портрета «маскулинности».

Результаты демонстрируют, что мнение многих участников и участниц, особенно в вопросе женского портрета, не совпадает с устоявшимся представлением. Так же опрос выявил тенденцию рассматривать стереотипно мужские качества как положительные для обоих полов, а стереотипно женские – как отрицательные. Но насколько личностные качества самих исследуемых отвечают стереотипным требованиям? Мы установили это с помощью полного теста Лири, где такие характеристики, как «властный», «независимый», «агрессивный» и «недоверчивый» были приняты за маскулинные, а «покорный», «зависимый», «сотрудничающий» и «великодушный» – за фемининные. Данная методика позволила выявить как уже наличествующие качества, так и те, что тестируемые стремятся развить в себе. У 67% опрошенных мужчин были больше развиты полоспецифические качества, у 33% – неполоспецифические. Так же треть участников

желала развить или укрепить в себе фемининные качества, а две трети – маскулинные. Распределение среди женщин было более ровным. 56% обладают преимущественно неполоспецифическими качествами, а 44% - полоспецифическими. Тем не менее, 47% опрошенных женщин хотели бы развить в себе фемининные качества, 36% - маскулинные, а 17% - добиться баланса между ними.

Проанализировав результаты двух методик, мы выявили следующую корреляцию: наименьший уровень стресса показали участники и участницы, находящиеся в рамках своей гендерной роли и не стремящиеся к значительным изменениям, но не склонные к стереотипизации окружающих. Участники, получившие строго стереотипный портрет только для противоположного пола, имели более низкие показатели стресса в сравнении с теми, у кого стереотипные представления были только о собственном поле.

АЛЕКСИТИМИЯ. ПРОБЛЕМА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Шурыгин А.И., Абакарова А.Р.

Научный руководитель: Абакарова Э.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования обусловлена ростом нарушений эмоционального здоровья современного человека. Недооценка важности и действенности эмоциональной стороны жизни, приводят к утрате навыков психогигиены, ослаблению психического и физического здоровья, что в свою очередь может привести к серьезным неблагоприятным последствиям.

Целью исследования явилось изучение и выявление алекситимических проявлений у студентов Ставропольского государственного медицинского университета.

Материал и методы

В данной работе представлены результаты исследования уровня алекситимии среди студентов лечебного и педиатрического факультетов СтГМУ.

Гипотезой исследования стало предположение о существовании личности алекситимического типа, характеризующейся определенными когнитивными, аффективными и поведенческими особенностями, нуждающейся в последующем анализе и дальнейшем эмпирическом поиске.

Алекситимия – это комплексное расстройство, проявляющееся сложностями в осознании и словесном описании собственных эмоций и эмоций окружающих людей.

Д.Б. Ересько, считает алекситимию характерной чертой личности, присущей определенным индивидуумам, А.Б. Холмогорова, предиктором психосоматических заболеваний либо, врожденным нарушением структур ЦНС, Н.Г. Гаранян склонностью к соматизации выражающейся в переживаниях психологического стресса на физиологическом уровне[2, 6, 7].

На сегодняшний день вопрос о природе этого явления, до сих пор остается открытым. Мы рассматриваем алекситимию в рамках социально-психологического подхода, согласно которому, изучаемый феномен имеет психологическую, а не физиологическую основу.

Результаты и обсуждение

Диагностика уровня алекситимии использовалась методика Торонтская Алекситимическая Шкала TAS-26. Опросник содержит 26 вопросов, с пятью вариантами ответов. Каждый ответ оценивается от 1 до 5 баллов. Показатель равный в сумме (ниже) 62 балла - норма, от 63 до 72 - группа риска, от 73 и выше - алекситимичный тип личности [3].

В исследовании приняли участие студенты вторых курсов лечебного и педиатрического факультетов СтГМУ, в равном количественном соотношении: 50 юношей и 50 девушек, в возрасте от 18 до 20 лет. По результатам анкетирования, среди девушек лечебного факультета процент страдающих алекситимией составил 38,5%, в группу риска вошли 15,38%, нормальный показатель набрали 46,15%. Среди юношей 15,38% алекситимиков, 23,07% находятся в группе риска, нормальный показатель набрали 61,53%. Средний балл по шкалам среди юношей составил 59,5, что на 6,5 баллов ниже, по сравнению с девушками.

По результатам анкетирования студентов педиатрического факультета: у 8,3% девушек выявлен алекситимичный тип личности, 25% вошли в группу риска, нормальный показатель набрали 66,7%. Среди юношей педиатрического факультета 0% алекситимиков, в группе риска находятся 7,14%, нормальный показатель набрали 92,86%. Средний показатель составил 52,4 балла, который на 7,1 балла оказался ниже, чем у девушек.

В обеих группах показатели алекситимии у девушек несколько выше, чем у юношей, что служит основанием полагать, что девушки чаще подвержены проявлениям алекситимии. Подобный результат встречается и в других научных работах. Так, согласно исследованиям А.Ю. Искусных и Л.И. Поповой, в выбранной ими популяции студентов, среди девушек, показатель распространенности пограничного уровня алекситимии составил 41,4 %, а среди юношей 27,3 % [3].

Согласно психосоматической концепции, чем выше уровень алекситимии, тем больше частота проявлений психосоматических расстройств.

По мнению, Т.А. Походенько, у алекситимиков, чаще, проявляются симптомы таких заболеваний как бронхиальная астма, гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, вегетососудистая дистония, кожные патологии и т.д. У детей с бронхиальной астмой отмечаются сложности в выражении эмоций, связанных с самой болезнью, и склонностью переживать свою болезнь «внутри себя», что приводит к стрессу или депрессии [5].

Найти объяснительный принцип возникновения причин алекситимии, на данном этапе не представляется возможным, так как не существует единой концепции алекситимии. В настоящее время в психологической и в медицинской литературе ведется активная дискуссия о природе данного феномена. Отечественные и зарубежные исследователи пытаются найти ответы на вопросы относительно взаимосвязи между алекситимией и ее генетической, травматической или социальной обусловленностью.

Заключение. Таким образом, согласно цели пилотажного исследования, нам удалось выявить группу риска среди выбранной категории студентов с выраженными алекситимическими проявлениями. Исследование личностных особенностей студентов данной категории, требует детального изучения и дальнейшего методологического анализа.

Список литературы

1. Белугина, О.С. Алекситимия, как один из факторов риска развития кожной патологии при субъективном переживании стресса / О.С. Белугина, О.А. Скугаревский // Медицинский журнал. – 2017. – № 2. – С. 4–9
2. Ерьско, Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ерьско [и др.] – СПб: НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – 2005. – С. 23–24
3. Искусных, А.Ю. Алекситимия у студентов. Распространенность, причины и последствия / А.Ю. Искусных, Л.И. Попова // Личность, семья и общество: вопросы психологии и педагогики. – 2016. – № 9. – С. 61–65

4. Москачева, М.А. Алекситимия и способность к эмпатии / М.А. Москачева, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 4. – С. 98–114
5. Походенько, Т.А. Алекситимия у детей с бронхиальной астмой / Т.А. Походенько [и др.] // Медицина завтрашнего дня. – 2017. – С. 186–187
6. Урванцев, Л. П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.medpsy.ru>
7. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: <http://www.medpsy.ru>

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ В КОНТЕКСТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СМАРТФОНОВ

Яшанина А.С.

Научный руководитель: Фролова С.В.

Российский национально-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Актуальность проблемы интернет-зависимости за последние десятилетия возрастает в связи с тем, насколько доступной стала возможность погружения в виртуальное пространство в наши дни. Зависимость от «всемирной паутины» может приводить к внутриличностным проблемам и проблемам со здоровьем, тревожности, психомоторному возбуждению без доступа к сети и множеству иных негативных последствий. Новизна проведенного нами исследования заключается в рассмотрении интернет-зависимого поведения студентов в контексте использования ими смартфонов. Целью исследования стало изучение взаимосвязи использования смартфонов с различными аспектами интернет-зависимого поведения у первокурсников с разным уровнем интернет-зависимости. Результаты данной работы могут быть применены в практике психологов, специализирующихся на помощи интернет-зависимым молодым людям.

Материал и методы. В исследовании были использованы шкала интернет-зависимости С. Чен (шкала CIAS) в адаптации В. Л. Малыгина и К.А. Феклисова [1], опросник Е.А. Щепилиной «Восприятие интернета» и самостоятельно разработанная анкета для изучения особенностей пользования смартфонами. Достоверность различий показателей определялась с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Для изучения взаимосвязи между различными параметрами применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. В исследовании приняли участие 44 первокурсника в возрасте от 17 лет до 21 года. На основании показателей теста С. Чен среди респондентов были выделены три группы: в первую группу – группу лиц с интернет-зависимостью – вошли 18% респондентов; группу риска возникновения интернет-зависимости составили 59% опрошенных; в группу нормы вошло 23% выборки ($p=0,000$).

Результаты и обсуждение. Математический анализ результатов проведенного исследования выявил, что первокурсники с различным уровнем интернет-зависимости по-разному распоряжаются возможностями своих смартфонов. Так интернет-зависимые студенты особенно часто ловят себя на мысли, что бесцельно листают ленту социальных сетей ($p=0,000$). Качественный анализ показал, что, вне зависимости от выраженности интернет-зависимости, респонденты уделяют одинаково много времени просмотру видео, фильмов и сериалов. Напротив, за просмотром ленты социальных сетей студенты с различным уровнем зависимости проводят разное количество времени ($p=0,004$).

Все студенты из нашей выборки часто отвлекаются на свои смартфоны во время занятий. Количество первокурсников, уверенных в том, что гаджеты отнимают у них слишком много времени, распределилось между группами интернет-зависимости неравномерно ($p=0,028$) – причем нехватку времени вследствие использования смартфонов отметили все интернет-зависимые студенты.

Кроме того, нами были выявлены значимые различия в особенностях восприятия виртуального пространства первокурсниками с разным уровнем интернет-зависимости. В частности, интернет-зависимым студентам особенно свойственно восприятие «всемирной паутины» как более предпочтительной по сравнению с реальным миром ($p=0,033$), изменение состояния сознания в результате использования сети ($p=0,043$) и нецеленаправленное поведение в интернете ($p=0,003$).

Корреляционный анализ результатов исследования продемонстрировал, что больше всего внимания просмотру видео в социальных сетях уделяют студенты, воспринимающие интернет как «уход» от реальности ($r=0,304$; при $p=0,045$) и испытывающие изменение состояния сознания в результате погружения в виртуальную реальность ($r=0,482$; при $p=0,001$). Также изменение состояния сознания взаимосвязано с частым использованием смартфона для снятия напряжения и «разгрузки» ($r=0,344$; при $p=0,022$) и редким – для общения ($r=-0,334$; при $p=0,27$). Кроме того, изменение состояния сознания взаимосвязано и с тем, что респонденты часто бесцельно листают ленту социальных сетей ($r=0,359$; при $p=0,17$).

Закключение. Проведенное исследование показало, что в группе риска приобретения интернет-зависимости находится больше половины респондентов, в то время как к группе нормы относится меньше четверти опрошенных. Первокурсники, испытывающие проблемы с управлением временем, особенно часто отвлекаются на смартфон во время занятий. Интернет-зависимые студенты часто подолгу и бездумно просматривают ленту социальных сетей, воспринимают виртуальное пространство как «уход» от реальной жизни и испытывают изменение состояния сознания, используя интернет.

Список литературы

1. Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики [Текст]: учебное пособие/В.Л. Малыгин, К.А. Феклисов, А.С. Искандирова и др. – М. МГМСУ, 2011. – 32 с.

Раздел 6. Общественное здоровье и социально-экономические науки

ЧАСТОТА ПОЛУЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПРИ ДТП НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Абакарова А. Р.

Научный руководитель: Литвинова Л.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Первые сообщения о жертвах механических средств передвижения появились вскоре после их появления на дорогах. Однако современное развитие промышленного автомобилестроения и практика повсеместного использования автомобильного транспорта привела к «эпидемизации» травматизма. Угроза данного феномена связана с высокими цифрами смертности и определяется правительством многих стран как одна из приоритетных социальных проблем. Согласно проведенной ранее статистике число смертельных исходов и тяжелых сочетанных травм в результате ДТП может достичь 65% от общего числа травм к 2020 году [1].

Приведенные данные являются актуальными как для России в целом, так и для Ставропольского края. Не смотря на введенные скоростные ограничения и предупредительные меры ГИБДД, количество аварий на дорогах за последние годы в крае значительно растет. Основная угроза состоит не только в значительных цифрах летальных исходов, но и в степени инвалидизации участников аварии при ДТП. Статистика показывает, что уровень смертности при ДТП выше в 12 раз, чем при иных формах травм. При этом уровень инвалидизации участников ДТП выше в 6 раз [1].

Значительный рост жертв аварий при ДТП и необходимость поиска мер предотвращения аварийных случаев на территории Ставропольского края, а также поиск мер профилактики тяжелых сочетанных травм определила актуальность данного исследования.

Целью исследования стало изучение и анализ черепно-мозговых и тяжелых сочетанных травм при ДТП.

Материалы и методы. В пилотном исследовании приняли участие 25 человек – участников ДТП на территории Ставропольского края. Дорожно-транспортные аварии были совершены за период с 1999 по 2019 г. Участники исследования прошли опрос и анкетирование, на основании которых были изучены характер повреждений, их количественное соотношение у пострадавших в ДТП.

Результаты и обсуждение. Анализ опросников показал, что сложные сочетанные травмы получили большинство пострадавших. Однако наибольшее число участников ДТП (60%) получили ЧМТ разной степени тяжести. Из числа пострадавших 95% были госпитализированы, 55% пострадавшим был поставлен диагноз тяжелая сочетанная черепно-мозговая травма (СЧМТ). Уровень тяжести травматизации головы зависит от толщины костей в области крыши глазницы, больших крыльев основной кости и интенсивности внешнего давления. Степень толщины кости определяет уровень повреждений. Соответственно, в местах истончения костей значительно повреждаются базальные структуры мозга – основания лобных долей и полюса височных долей мозга.

Закключение. Проведенное пилотное исследование показало, что число тяжелых сочетанных черепно-мозговых травм (СЧМТ) во время ДТП значительно выше по сравнению другими травмами, полученными участниками аварии на дорогах. Анализ ЧМТ у всех участников аварии выявил определенное соотношение полученных травм у водителей управляемого автомобиля и пассажиров. Из всего числа пострадавших с СЧМТ

водители составляли 20%, пассажиры – 80%. Полученные результаты свидетельствуют о низкой безопасности интерьера современных автомобилей для биомеханической структуры человека и необходимости разработки и применения новых мер безопасности во время поездки в автотранспортном средстве.

Список литературы

1. Ларикова Е. М. Тактико-специальные учения в системе повышения качества медицинского обеспечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях [Текст] // Медицина: вызовы сегодняшнего дня: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Москва, декабрь 2013 г.). — М.: Буки-Веди, 2013. — С. 4-6. — URL <https://moluch.ru/conf/med/archive/118/4598/>

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОХВАТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ТУБЕРКУЛЕЗ, В РАЗЛИЧНЫХ ГОРОДАХ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

Абхаирова Э.Э.

Научный руководитель: Махкамова З. Р.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И. Вернадского"

На сегодняшний день туберкулез является одним из главных социально значимых заболеваний во всем мире и, в частности, в России. На эпидемическую ситуацию влияют такие разнообразные по своему характеру факторы, как уровень социально-экономического развития страны и уровень жизни и социальной защищенности ее населения, доступность и эффективность предоставления населению медицинской помощи, степень санитарной грамотности и культуры граждан и некоторые другие[2,3]. Также немаловажным аспектом являются профилактические осмотры, которые позволяют своевременно выявить и назначить лечение на ранних стадиях[1]. Целью исследования было оценить изменение охвата профилактической деятельностью, направленной на туберкулез, в различных городах Республики Крым (РК) в 2004 и 2017 гг.

Материалы и методы. С использованием официальных данных статистики за 2004 и 2017 гг. ГБУЗ РК «Крымский республиканский клинический центр фтизиатрии и пульмонологии» были изучены изменения охвата профилактической деятельностью, направленной на туберкулез, в различных городах Республики Крым с помощью статистического пакета Microsoft Excel.

Результаты. Сравнительный анализ охвата профилактическими осмотрами в целом по Республике Крым показал, что в 2004 году данный показатель составил 580 на 1000 населения, а в 2017 – 398 на 1000 населения (темп убыли -20,4 %), охват флюорографическими осмотрами в 2004 году – 518 на 1000 населения, а в 2017 – 436 на 1000 населения (темп убыли -15,8 %), охват туберкулезными пробами в 2004 году составил 985 на 1000 населения, а в 2017 – 852 на 1000 населения (темп убыли -13,5 %). Все показатели свидетельствует о снижении охвата профилактическими осмотрами городского населения Республики Крым, что может негативно отразиться на показателях заболеваемости и смертности от туберкулеза.

Охват профилактическими осмотрами в большинстве городов Республики Крым также характеризовался отрицательной динамикой. в городе Судак охват снизился с 574 на 1000 населения до 229 на 1000 населения (темп убыли -60,1 %), в Армянске – с 755 на 1000 населения до 330 на 1000 населения (темп убыли -56,3 %), в Евпатории – с 607 на 1000 населения до 282 на 1000 населения (темп убыли -53,5 %), в Симферополе – с 580 на

1000 населения до 373 на 1000 населения (темпы убывали -35,7 %), в Ялте – с 576 на 1000 населения до 399 на 1000 населения (темпы убывали -30,7 %), в Керчи – с 579 на 1000 населения до 408 на 1000 населения (темпы убывали -29,5 %). В то же время в двух городах наблюдалось повышение данного показателя: в Феодосии – с 649 на 1000 населения до 701 на 1000 населения (темпы прироста 8 %) и в Алуште с 504 на 1000 населения до 529 на 1000 населения (темпы прироста 5 %).

Такая же динамика наблюдалась и в отношении флюорографических осмотров: в городе Армянск охват снизился с 700 на 1000 населения до 332 на 1000 населения (темпы убывали -52,6 %), в Евпатории – с 555 на 1000 населения до 303 на 1000 населения (темпы убывали -45,4 %), в Судакe – с 498 на 1000 населения до 278 на 1000 населения (темпы убывали -44,2 %), в Керчи – с 569 на 1000 населения до 434 на 1000 населения (темпы убывали -23,7 %), в Симферополе – с 494 на 1000 населения до 400 на 1000 населения (темпы убывали -19 %), в Ялте – с 512 на 1000 населения до 440 на 1000 населения (темпы убывали -14 %). В то же время в двух городах наблюдалось повышение данного показателя: в Алуште – с 428 на 1000 населения до 556 на 1000 населения (темпы прироста 29,9 %) и в Феодосии с 596 на 1000 населения до 743 на 1000 населения (темпы прироста 24,7 %).

Немаловажным аспектом предупреждения туберкулеза также являются туберкулиновые пробы. Сравнительный анализ охвата населения данными пробами в большинстве городов также имел отрицательную динамику: в Судакe охват снизился с 1002 на 1000 населения до 715 на 1000 населения (темпы убывали -28,6 %), в Евпатории – с 967 на 1000 населения до 698 на 1000 населения (темпы убывали -27,8 %), в Симферополе – с 1054 на 1000 населения до 776 на 1000 населения (темпы убывали -26,4 %), в Керчи – с 1079 на 1000 населения до 913 на 1000 населения (темпы убывали -15,4 %), в Алуште – с 1056 на 1000 населения до 932 на 1000 населения (темпы убывали -11,7 %), в Феодосии – 982 на 1000 населения до 959 на 1000 населения (темпы убывали -2,3 %). В то же время в двух городах наблюдалось повышение охвата туберкулиновыми пробами: в Ялте – с 992 на 1000 населения до 1102 на 1000 населения (темпы прироста 11%) и в Армянске с 944 на 1000 населения до 974 на 1000 населения (темпы прироста 3,2 %).

Выводы. С 2004 к 2017 году показатели охвата населения профилактическими осмотрами снижались в большинстве городов Республики Крым. Это свидетельствует о том, что население может быть недостаточно обследовано на предмет туберкулеза, что может повлечь за собой негативные последствия в виде распространения заболевания и выявления туберкулеза на более поздних стадиях.

Список литературы

1. Кибраева З. Ю. Проблема и профилактика туберкулеза на современном этапе / З. Ю. Кибраева// Наука и мир. – 2014. – № 7. – С. 89-91.
2. Махкамова З.Р., Голубова Т.Н., Санина Г.Н., Ткаченко И.Ю. Современные особенности эпидемиологии туберкулеза в Республике Крым /З. Р. Махкамова, Т. Н. Голубова, Г. Н. Санина, И. Ю. Ткаченко// Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2017. – № 64. – С. 37-42.
3. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Ерохин В.В., Пунга В.В. Туберкулез в Российской Федерации /Н. Б. Найговзина, В. Б. Филатов, В. В. Ерохин, В. В. Пунга// Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2009. – № 3. – С. 4-11.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ (ПЯТОЧНОГО) АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ОРЕНБУРГА

Александян Т.В., Панина К.А.

Научный руководитель: Ефимова С. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Проблема повреждений пяточного сухожилия сохраняет свою актуальность благодаря возрастающей частоте травм и вовлечению в контингент пострадавших лиц трудоспособного возраста. Кроме того, неутешительными остаются результаты лечения. При этом в литературе отсутствуют данные, касающиеся особенностей повреждений у жителей г. Оренбурга.

Цель – выявить особенности травм пяточного сухожилия у населения г. Оренбурга.

Задачи: проанализировать частоту, причины, возрастные, гендерные особенности и структуру повреждений пяточного сухожилия.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты 65 пациентов, лечившихся в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Оренбурга с 2010 по 2018 гг.

Результаты. Установлено, что из года в год число пациентов с травмами пяточного сухожилия, обращавшихся за медицинской помощью в лечебные учреждения г. Оренбурга, существенно не изменялось. Среди пострадавших с разрывами ахилла преобладали мужчины – 78,5%, реже травма пяточного сухожилия наблюдалась у женщин – 21,5%; соотношение составило 3,6:1. Средний возраст пациентов – 44,8 года. Среди пострадавших 43% были представителями рабочих профессий, 35% занимались умственным трудом и 22% не работали. В 63% (41 из 65) встречались свежие разрывы, в 18% (12 из 65) – застарелые, в 14% (9 из 65) – несвежие, 5% приходилось на повторные разрывы. Чаще наблюдалось повреждение правого пяточного сухожилия (65%). Самой частой причиной разрыва сухожилия являлась бытовая травма – 60%, реже – производственная (35%), 5% пришлось на умышленную травму. Преобладали закрытые повреждения (80%), реже встречались ранения сухожилия (20%).

Механизмом травмы при закрытых повреждениях чаще были прыжок или толчок во время бега. Открытые повреждения чаще наносились режущими предметами (профлист, стекло, нож).

Выводы. Частота травм пяточного сухожилия среди жителей нашего города не уменьшается из года в год. В структуре повреждений преобладающими были бытовые и спортивные травмы. Чаще повреждается правое пяточное сухожилие. К группе риска относятся мужчины трудоспособного возраста, занимающиеся физическим трудом и ведущие активный образ жизни.

Список литературы

2. Грицюк А.А., Середа А.П. Ахиллово сухожилие. – М.: РАЕН, 2010. – 313 с.
3. Корышков Н.А., Платонов С.М., Ларионов С.В., Матвеева Н.Ю., Корышкова Л.В. Лечение застарелых повреждений пяточного (ахиллова) сухожилия // Травматология и ортопедия России. - 2012. - №2. - С.34 - 40.
4. Ahmed I.M., Lagopoulos M., McConnel P., Soames R.W., Sefton G.K. Blood supply of the Achilles tendon. J Orthop Res 1998; 16: 591-596.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОРТРЕТА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА

Алексеева А.В.

Научный руководитель: Юрьев В. К.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

В России одним из приоритетных направлений является охрана материнства и детства. За последние 10 лет в Российской Федерации в работе участкового врача-педиатра произошли существенные изменения. На сегодняшний день внедрены новые подходы в оказании медицинской помощи детям, а также широко используются компьютерные технологии [1]. Таким образом, от мотивированности и компетентности участкового врача педиатра, условий и интенсивности его работы во многом зависит уровень оказания медицинской помощи детскому населению [2, 3]. Поэтому изучение профессионального портрета участкового врача педиатра является актуальной темой для исследования.

Материал и методы: Настоящее исследование проводилось в г. Санкт-Петербурге по специально разработанной форме «Анкета участкового врача педиатра, работающего в детской поликлинике». Методом случайной выборки было проведено анонимное анкетирование 232 участковых врачей педиатров, осуществлявших свою профессиональную деятельность в государственных детских поликлиниках. Статистическая обработка результатов и анализ данных проведены с использованием компьютерной программ Microsoft Office Excel.

Результаты и обсуждение: Оценка возрастного-полового состава участковых врачей педиатров, участвовавших в исследовании, показала, что большинство составили женщины (96,8%) и лишь 3,2% - мужчин. При этом врачей педиатров до 30 лет было 22,2 %, от 30 до 40 лет – 13,8%, от 40 до 50 лет – 19,4%, от 50 до 60 лет – 24,2 % и от 60 и старше – 20,4%. Средний возраст педиатра составил $45,5 \pm 0,13$ года. Стаж работы участковым педиатром выявил, что 28,1% врачей работали менее 10 лет, 24,1% – от 10 до 20 лет, 20,5% – от 20 до 30 лет и 27,3% – 30 лет и более. Установлено, что больше половины (77,9%) врачей работали в своей медицинской организации на одну ставку педиатра, 19,4% – на 1,5 ставки и 2,7% - на 0,5 ставки. Анализ организации профилактической работы с детьми первого года на педиатрическом участке позволил установить, что численность детей в возрасте до года на участке у 43,7% врачей составляла 50 человек и менее, а у 56,3% – более 50 человек. Изучение продолжительности фактического рабочего графика работы показало, что 73,2% педиатров работают соответственно рабочему графику. Ежедневно остаются после работы сверхурочно на 1-2 часа 10,9% педиатров, на 2-3 часа – 13,1%, на 3-4 часа – 2,8%. Анализ достаточности времени отведенного на профилактический прием детям первого года жизни показал, что, по мнению 51,7% педиатров времени достаточно для выполнения своих должностных обязанностей, 48,3% врачей отмечают его недостаток. Установлено, что 54,5% педиатров во время приема не успевают или не всегда успевают делать записи в «Историю развития ребенка». Педиатрам было предложено по 5-балльной системе оценить профилактическую деятельность своей медицинской организации. Более половины (53,3%) врачей оценили ее на «хорошо», 36,6% педиатров поставили оценку «отлично» и только 10,1% – «удовлетворительно». Средний балл, составил $4,2 \pm 0,9$ балла. Также педиатром было предложено указать основные недочёты в профилактической работе детских поликлиник. Выявлено, что 36,8% респондентов главным недостатком считают плохое материально-техническое оснащение, 44,1% – недостаточное число узких специалистов, 25,3% отмечают наличие очередей на приём к врачу, 1,9% – неорганизованность в работе медицинской организации. Однако, по мнению большинства педиатров (58,3%), эти недочёты связаны с недостаточным финансированием

медицинской организации, 29,1% - с отсутствием узких специалистов, 8,9% - просчётом в работе руководства, а 3,7% предлагают ввести дополнительные талоны на приём к педиатрам.

Выводы: Среди участковых педиатров г. Санкт-Петербурга преобладают женщины (96,8%), средний возраст которых составляют $45,5 \pm 0,13$ года, а также большинство из них работают 1 ставку. Однако, 29,8% участковых педиатров ежедневно работают сверхурочно. Почти у половины педиатров не хватает отведенного времени на профилактические осмотры. Средний балл, поставленными участковыми педиатрами за профилактическую деятельность медицинской организации составляет $4,2 \pm 0,9$ балла. По мнению врачей, для совершенствования организации профилактической помощи детям первого года жизни, необходимо улучшить материально-техническое оснащение и увеличить число узких специалистов.

Список литературы

1. Башмаков, О.А., Алиев А.К., Каримова Д.Ю. Социологические аспекты технологизации управления кадровыми процессами в системе российского здравоохранения в условиях модернизации / О.А. Башмаков, А.К. Алиев, Д.Ю. Каримова // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. – 2018. - Т.4 - №62. – С. 1–2. URL: [https:// http://vestnik.mednet.ru/content/view/1001/30/lang,ru/](https://http://vestnik.mednet.ru/content/view/1001/30/lang,ru/). (Дата обращения: 20.10.2019).
2. Литвинцева С.А. Выбор профессии врача в системе детерминирующих факторов / С.А. Литвинцева // Власть и управление на Востоке России. – 2018. – Т. 2- №83. – С. 75-79.
3. Васильева Л.А. Особенности формирования профессиональной компетентности будущих медицинских работников среднего звена / Л.А. Васильева // Вестник Оренбургского Государственного университета. - 2011. - Т.5- №124. – С.19-21.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЖЕЛУДКА У ЖИТЕЛЕЙ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА ПЕРИОД 2017-2019 ГГ.

Алиева М. М., Ибрагимова Х.У., Мехиева Э. Х.

Чеченский государственный университет

В настоящее время злокачественные новообразования занимают одну из лидирующих позиций в РФ.

Это имеет не только медицинскую, но и социальную значимость [3]. Изучение эпидемиологии злокачественных новообразований представляет значительный практический интерес, поскольку может служить обоснованием для планирования организации онкологической помощи населению.

Среди раковых заболеваний рак желудка занимает 2 место.

Цель исследования: изучить структуру, частоту и смертность от рака желудка у жителей ЧР за период с 2017-2019 гг.

Материалы исследования: материалами исследования послужили годовые отчеты Республиканского онкологического диспансера Чеченской республики за период 2017-2019 гг.

Результаты исследования. По данным нашего исследования, рак желудка за период с 2017 по 2019 гг. был обнаружен у 2568 человек. Из них 1985 случаев у мужчин, и 583 случая у женщин.

За период с 2017 по 2019 гг. выявлено снижение числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования желудка на 8%. В то время, когда по России эти данные имеют тенденцию к повышению на 7%.

Численность населения ЧР на 2017 год составляла 1 370 568 человек, из них 1202 случая впервые выявленного рака желудка.

В 2018 году среди 1 394 007 человек были зарегистрированы 823 случая с данной патологией. По данным на 2019 на 1 414 865 человек пришлось 543 случая впервые выявленного рака желудка.

Частота заболеваемости раком желудка ЧР в 2019 году имеет тенденцию к снижению при сравнении с 2017 годом.

Смертность от рака желудка за период 2017-2019 гг. не имеет особой тенденции к снижению. Смертность снизилась всего лишь на 1,2%.

В 2017 году от рака желудка погибли 238 человек, в 2018 – 202 человека, в 2019 – 193.

Снижение смертности за счет своевременного выявления и лечения больных на ранних стадиях онкологического заболевания - способ продления и улучшения качества жизни.

Выводы.

Частота впервые установленного диагноза рак желудка имеет тенденцию к снижению заболеваемости на 8% в ЧР за период с 2017-2019 гг., в то время как этот показатель по РФ имеет тенденцию к повышению на 7%.

Смертность от рака желудка за период 2017-2019 гг. не имеет особой тенденции к снижению. В процентном соотношении данный показатель снизился на 1,2%.

Частота заболеваемости раком желудка ЧР в 2019 году имеет тенденцию к снижению по сравнению с 2017 годом.

Основным фактором снижения смертности от рака желудка является своевременная диагностика и лечение его на ранних стадиях развития.

Список литературы

1. Альтернативная онкология. Часть 2. Методики лечения видов рака; Редакция вестника «ЗОЖ» - М., 2010. - 256 с.
2. Блохин, Н.Н. Деонтология в онкологии; ИЛ - М., 2013. - 532 с.
3. Бурже, Д. Гигиена желудка; СПб: А.С. Суворина - М., 2012. - 813 с.
4. Даников, Н.И. Исцеление возможно. Народная медицина против рака; СПб. [и др.] : Питер - М., 2013.- 56 с.
5. Чиссов В.И. Руководство по онкологии. - М.: Медицинское информационное агентство, 2008. - 840 с.

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РОССИИ

Алфимова К.А.

Научный руководитель: Симонян Р. З.

Курский Государственный медицинский университет

Современная правовая система, берущая вектор развития гуманистических идей, определяет любого человека как независимую самостоятельную личность. В современных реалиях наиболее острой и проблематичной областью общественных взаимоотношений является сфера охраны жизни и здоровья человека, основными субъектами которых

являются работники медицинских организаций и пациенты. Правоотношениям, возникшим в процессе оказания медицинской помощи, свойственны многогранность, высокий показатель вариабельности, связанный, как с самой уникальной личностью пациента, так и со спецификой осуществления различных медицинских вмешательств со стороны медицинского работника. В последнее время увеличивается число обращений пациентов в правозащитные организации, судебные органы, связанных с ненадлежащим качеством оказания медицинской помощи. Поэтому указанная тема является актуальной не только в теории, но и на практике. Цель исследования заключается в рассмотрении аспектов современного российского законодательства, характеризующего основные субъекты взаимоотношений в сфере здравоохранения и регулирующее их.

Материалы и методы исследования: анализ и синтез гражданско-правовой базы, позволяющей в целом оценить картину действия законодательства в сфере охраны здоровья в России и выявить имеющиеся недочеты.

Медицинская деятельность напрямую связана с двумя наивысшими ценностями общества и государства - жизнью и здоровьем человека. Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь является общепризнанной нормой международного законодательства, закрепленное во Всеобщей декларации прав человека (ст. 25), а также в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12).

Принципы и порядок осуществления охраны здоровья и медицинской помощи регламентируется Основным Законом страны - Конституцией РФ (ст. 41), Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – ФЗ №323-ФЗ) [3].

Взаимодействие работника медицинского учреждения и пациента порождает наличие прав и обязанностей с обеих сторон. Так, в ст. 72 и 73 ФЗ №323-ФЗ освещены права и обязанности работников медицинских организаций. Их положения свидетельствуют об огромной доле ответственности медицинских учреждений и их работников перед пациентами.

Результаты и обсуждения: Проанализировав правовой статус медицинского работника, следует вывод о неполноценности законодательной базы. Один из ключевых моментов – отсутствие права на юридическую защиту своей профессиональной деятельности. В ст. 79 прописано лишь одностороннее право граждан на осуществление общественного контроля в виде самостоятельной оценки качества оказанных медицинских услуг, что напрямую исключает возможность защиты медицинских работников.

Права и обязанности пациента оглашены в 19 и 27 статьях ФЗ №323-ФЗ [3].

Детально проанализировав содержимое 27 статьи, можно сказать о скудности обязанностей пациентов, в сравнении с медицинскими работниками. Отсюда следует срочная доработка и уточнение данных обстоятельств, а именно: введение в обязанности пациента оглашение достоверных и точных сведений о своем самочувствии, ранее перенесенных болезнях; предоставление информации, касающейся его личности; соблюдение уважительного отношения к медицинскому работнику.

Причинение вреда (материального или морального) пациенту вследствие действия или бездействия медицинского работника (организации) являются основаниями для гражданско-правовой ответственности. Защита прав медицинских работников обусловлена гражданским судопроизводством и компенсацией морального вреда. Согласно ст. 152 ГК РФ медицинский работник имеет право на защиту чести, достоинства и деловой репутации. Но, к сожалению, на сегодняшний день так и не освещено юридически понятие о «врачебной ошибке» ни в УК РФ, ни в ФЗ № 323-ФЗ [1,2].

Не менее остро обстоит дело с гражданско-правовым статусом пациента. Наиболее очевидными проблемами являются: отсутствие формулировки в ФЗ №323-ФЗ базисного

права пациента на охрану и защиту достоинства его личности; недостаточность осуществления права на медицинское консультирование (в частности консультации врачей-специалистов); отсутствие права пациента на защиту от психологического давления и других форм психологического воздействия.

Закключение: Исходя из вышесказанного, следует вывод, что на данный момент положения основ законодательства РФ в сфере здравоохранения концептуально и юридически недостаточны для реализации регулирования субъектов сферы охраны жизни и здоровья граждан. Следует обязательность пересмотра и внесения изменений в ФЗ № 323-ФЗ и в УК РФ. Одной из дополнительных мер защиты деятельности медработников следует возложить на профессиональные медицинские ассоциации международного, государственного и иного межведомственного уровня, в компетенции которых входит защита прав медработников. Следует уточнить, что данный процесс будет эффективен случае высокой ответственности должностных лиц государственного аппарата на всех уровнях (федеральном, региональном, местном) за возможное нарушение прав и свобод граждан. На мой взгляд, идеи новых законопроектов и уточнений действующих нормативно-правовых актов должны первостепенно выражаться и предлагаться с точки зрения профессионального практического взгляда, а именно со стороны медицинских работников различного уровня и квалификации.

Список литературы

1. Гражданский Кодекс РФ. Части 1-4 по состоянию на 17.03.2019. – М.: Эксмо-Пресс, 2019. – 896 с.
2. Уголовный Кодекс РФ по состоянию на 1.03. 2019. – М.: АСТ, 2019. – 320 с.
3. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по состоянию на 26.05.2019 – М.: Проспект, 2019. – 96 с."

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КУРСКЕ И КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017 ГОД

Анфилова М.Г., Волобуев Д.К., Востриков П.П.

Курский государственный медицинский университет

Проблема рака молочной железы является одной из наиболее актуальных задач современной онкологии (1, 3). Ежегодно в мире выявляется около 1,4 млн. случаев рака молочной железы. Ежедневно в России у 157 женщин диагностируют данную патологию (1, 2). Рак молочной железы занимает первое место среди всех онкологических заболеваний. Прогноз лечения зависит от степени рака молочной железы □(2, 3)□.

Целью исследования явился анализ рака молочной железы в зависимости от возраста пациентов и степени рака молочной железы (G). Был проведен частотный анализ патологоанатомический заключений ОГУЗ «Областное патанатомическое бюро». Полученные данные были подвержены статистической обработке (Microsoft Excel 2010).

Проанализированы данные 1514 заключений, среди которых рак молочной железы был диагностирован у 776 женщин (51,3% случаев) и у 3 мужчин (0,2%). В дальнейшем проводился анализ рака молочной железы у женщин.

В зависимости от возраста наиболее часто данная патология встречалась в возрасте 60-69 лет – 299 человек (38,5%), затем одинаково часто в возрастной группе старше 70 лет и 50-59 лет (по 21,5%). Третье место – наличие патологии у больных в возрасте 40-49 лет – 99 случаев (12,7%), четвертое – 30-39 лет, 40 человек (5,2%), пятое – 20-29 лет, 4 случая (0,6%). У больных в возрасте до 20 лет рак молочной железы не обнаружен.

Был проведен анализ рака молочной железы в зависимости от степени отклонений в структуре клеток (G). Данный показатель характеризует степень инвазии опухоли и имеет прогностическое значение. У 402 больных (51,8%) была выявлена вторая степень патоморфоза, первая степень – 191 (24,6%), третья степень – 152 (19,6%), четвертая степень – 21 (2,7%). Степень не была представлена в 10 (1,3%) случаях. Степени G3 и G4 означают значительное преобладание атипичных клеток, такие опухоли быстро растут, скорость их распространения выше, чем опухолей с дифференцированием на уровне G1 и G2, течение более тяжёлое, а диагноз менее благоприятный.

Таким образом, рак молочной железы преимущественно диагностируется у женщин в возрасте 60-69 лет (38,5%). В большинстве случаев выявляются первая и вторая степени патоморфоза (вместе 76,4%), что благоприятно сказывается на лечении и исходе заболевания.

Список литературы

1. Семиглазов, В.Ф. Рекомендации St. Gallen – 2013 по лечению рака молочной железы – что дальше? // Материалы VIII Всероссийского съезда онкологов – т. I – СПб. –2017 – с.328.
2. Семиглазов, В.Ф. Общие стандарты лечения рака молочной железы, основанные на определении биологических подтипов / В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов, Г.А. Дашян // Медиа Медика – 2016 – С.7-8.
3. Кулигина, Е.Ш. Эпидемиологические и молекулярные аспекты рака молочной железы / Е.Ш. Кулигина // Практическая онкология. – 2016. – Т.11. – №4. – С.203-216.

ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВЕРТЫВАНИЯ ЭТАПА МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ В ЦЕНТРЕ Г. ВОЛГОГРАДА В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЕХНОГЕННОЙ КАТАСТРОФЫ, СВЯЗАННОЙ С УТЕЧКОЙ АОХВ

Афанасенко А.О.

Научный руководитель: Кнышова Л. П.

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность эвакуации населения из зоны чрезвычайной ситуации (ЧС), как одного из основных способов защиты населения, не только не снизилась, но и в значительной степени увеличивается на протяжении последних 10 лет. Несмотря на снижение угрозы военной опасности, согласно статистическим данным МЧС России, опасности, которым подвергается население в результате различных стихийных бедствий, аварий и катастроф на промышленном производстве и на транспорте, участвовавших террористических актов, угрозы взрывов, пожаров, требуют расширения мероприятий по организации, планированию и обеспечению проведения эвакуации населения в случае возникновения ЧС.

Город Волгоград является крупным промышленным центром и транспортным узлом Нижнего Поволжья. На территории города сосредоточено 65 потенциально опасных объектов экономики, из них 26 химически опасных объектов. Суммарное количество АОХВ на объектах экономики г. Волгограда – 3 538,39 тонн, в том числе: хлор - 3069,5 т., аммиак - 556,4 т., фосген - 41,99 т., фтористый водород - 306 т. Помимо этого, через территорию города постоянно осуществляется транспортировка значительного количества опасных грузов. Периодически происходит скопление значительного количества железнодорожных цистерн с различными АОХВ на сортировочных и узловых жд станциях им М.Горького, Сарепта, пропускная способность которых составляет 60 и

80 пар поездов в сутки [1]. Наличие таких объектов создает реальную угрозу возникновения ЧС техногенного характера, требующих своевременных мер направленных на сохранение жизни и здоровья населения.

Цель работы: оценка ландшафтных особенностей и инфраструктуры местности, изучение загруженности путей подъезда к предполагаемому месту развертывания этапа медицинской эвакуации.

Материалы и методы исследования. Обработка информации и анализ данных, предоставленных ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области»

Результаты и обсуждения. В самом центре г. Волгограда в районе улицы Бурейской близ ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1» есть, на первый взгляд, неприметное место – глубокий овраг за Второй продольной магистралью, образованный руслом реки Царица. В качестве объекта ландшафтного проектирования этапа медицинской эвакуации может быть использован именно этот овраг. Данная точка находится в овражистой местности, на минимальном расстоянии ~1 км от железной дороги, имеет пологие, но высокие склоны и автомобильный подъезд, который выходит на крупные автомагистрали города. Дно оврага также пологое, имеется растительность в виде кустарников и деревьев. Для питьевых нужд может быть использован источник, находящийся на дне оврага, вода в котором пригодна для питья по данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области». В свою очередь, вода реки Царица может быть использована для технических нужд [2].

В данной местности возможно развертывание полноценного этапа медицинской эвакуации, в состав которого входят: логистический отдел для координации действий личного состава (управление), приемно-сортировочные подразделения, подразделение специальной обработки, подразделения для оказания медицинской помощи, госпитальное отделение, эвакуационные подразделения, изоляторы для инфекционных больных и больных с психическими расстройствами, диагностические подразделения, помещение для медперсонала, вертолетная площадка, аптека, хозяйственные подразделения, полевая кухня, пост охраны общественного порядка. Данный пункт эвакуации может оказать всю необходимую помощь не менее чем 250 пострадавшим за сутки работы.

Закключение. Согласно расчетам на данной местности есть возможность развертывания полноценного этапа медицинской эвакуации в случае возникновения ЧС техногенного характера, связанного с выбросом АОВХ. Однако для возможности использования этой территории в качестве этапа эвакуации необходимо провести облагораживание мест спуска к месту предполагаемого развертывания пункта для более быстрой эвакуации пострадавших, способных перемещаться самостоятельно и граждан, транспортирующих пострадавших своим ходом. Необходим расчет маршрутов дальнейшей эвакуации в больницы города по назначению. Подготовка и организация пункта хранения оборудования необходимого для развертывания пункта медицинской эвакуации, проведение учений личного состава на местности.

Список литературы

1. Комитет МПР Волгоградской области официальный [Электронный источник]: <http://oblkompriroda.volganet.ru/>
2. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Волгоградской области» [Электронный источник]: <http://fguz-volgograd.ru/>

АНАЛИЗ АВАРИЙНОСТИ НА ДОРОГАХ РОССИИ И ВОЛГОГРАДА

Ахмедов М.М., Ахмедов Н.М.

Научный руководитель: Кнышова Л. П.

Волгоградский государственный медицинский университет

Генеральной Ассамблеей ООН период с 2011 по 2020 гг. был провозглашен Десятилетием действий по обеспечению безопасности дорожного движения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире в результате ДТП ежедневно погибают более 3 тыс. человек и около 100 тыс. получают различные травмы. Аварийность на дорогах России также имеет отрицательную динамику. Ежегодно на территории Российской Федерации погибает в результате аварий 18 тыс. человек. Причины тому различны. По данным ГИБДД к основным причинам дорожно-транспортных происшествий (ДТП) на дорогах относятся: не соблюдение правил дорожного движения (ПДД), ненадлежащее техническое состояние транспортных средств, плохое состояние дорожного покрытия, состояние опьянения – алкоголем или иными средствами. Особого внимания заслуживает тот факт, что количество пострадавших и гибнущих в результате аварий на дорогах России сравнимо с боевыми потерями в локальных войнах – около 20 тыс. человек ежегодно, число раненых и пострадавших – более четверти миллиона человек.

Цель: провести аналитическое исследование аварийности на дорогах России и в Волгограде в частности за период 2018-2019 гг.

Материалы и методы. Анализ статистических данных ГИБДД России, Госавтоинспекции по Волгоградской области, информационно-образовательного портала по современным формам, методам и приемам спасения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях и базы данных Научного центра безопасности дорожного движения (НЦ БДД) МВД России.

Результаты и обсуждения. Согласно данным государственного ведомства, с начала текущего года на территории России произошло 116 908 ДТП – в которых погибло 11 713 человек, а 151 042 получили травмы различной степени тяжести. В 2018 году было зафиксировано 168 099 ДТП – в которых число погибших было равно 18 214, а 214 853 получили ранения. Пока показатель смертности за первые девять месяцев 2019 г. на дорогах на 10% меньше, чем 2018 г.

На территории Волгограда и области в 2018 год зарегистрировано 2561 ДТП – в которых количество пострадавших составило 3398, погибших – 262. За период с января по сентябрь текущего года в Волгоградской области сотрудниками госавтоинспекции зафиксировано 1905 ДТП с числом пострадавших равном 2547 человек, погибших – 198 человек.

Основной причиной всех ДТП, по данным НЦ БДД МВД России, стало несоблюдение и нарушение правил дорожного движения. 105 тыс. аварий, из общего числа ДТП произошедших в этом году на территории РФ, произошли по этой причине.

Госавтоинспекция по Волгоградской области обращает внимание на увеличение количества ДТП, числа погибших и раненых из-за нарушения ПДД водителями, у которых стаж управления транспортным средством составляет менее 2-х лет. С января по декабрь 2018 года число ДТП по причине нарушения водителями ПДД, стаж которых был менее 2-х лет, составило 130. В них пострадало 187 человек. За 6 месяцев текущего 2019 года по этой причине было зарегистрировано 59 аварий на дорогах, с числом пострадавших 88, из которых 5 человек умерли.

Закключение. Не смотря на то, что на первый взгляд количества ДТП внушительные, в сравнении с тем же промежутком прошлого 2018 года, число их стало на 5% меньше, при этом количество пострадавших лиц осталось практически таким же. Таким образом, согласно статистике ДТП за последние годы в целом существенно не меняется и

свидетельствует о том, что в большинстве случаев аварии происходят по вине водителей. Следовательно, с целью предупреждения гибели и травматизма на дорогах необходимо ужесточить требования к сдаче экзаменов на вождение, обращая особое внимание экзаменуемых к безопасности вождения в жилых зонах, в зонах образовательных учреждений и аварийно-опасных участках.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САМОЛЕЧЕНИЯ

Баймашев А.Ш., Агишева Э.Р., Симонова А.Е.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им Н.П. Огарева

Самолечением является использование лекарственных средств без назначения врача. Это означает, что пациент берет ответственность за все возможные исходы на себя. Нет однозначного мнения насчет самолечения, так как с одной стороны это ускоряет процесс начала лечения различных заболеваний и экономит средства, направленные на здравоохранение. С другой стороны, самолечение не только вредно, но и опасно. Не существует абсолютно безвредных препаратов. У каждого имеется своя дозировка и побочные эффекты. Также при наличии у больного сопутствующей патологии, определенный препарат может осложнить течение данного заболевания и являться противопоказанным. Не стоит забывать и об усилении или ослаблении эффектов при использовании двух лекарственных средств.

Для того чтобы избежать всех неприятностей, связанных с бесконтрольным применением безрецептурных лекарственных средств, необходимо ввести в общественную практику такое понятие, как ответственное самолечение.

По определению ВОЗ ответственное самолечение - это «разумное применение самими пациентами лекарственных средств с высоким профилем безопасности, находящихся в свободной продаже, с целью профилактики или лечения легких недомоганий до оказания профессиональной врачебной помощи» [1; 2, С. 203; 3, С. 123].

Проведенные исследования говорят нам о том, что многие специалисты фармацевтического профиля не готовы ответственно подойти к отпуску безрецептурных лекарственных средств с тем, чтобы снизить все возможные риски до минимума. Они не всегда обладают тем объемом знаний, для оказания высококвалифицированной информационно-консультативной помощи [4, С.242; 5, С.476].

Материалы и методы. Для проведения исследования был использован социологический метод – анкетирование жителей города Саранск и Республики Мордовия (111 респондентов) с использованием анкеты (11 вопросов). Опрошеные – 63,1% – составили женщины и 36,9% – мужчины. Было опрошено население разных возрастных групп: до 25 лет – 55,9%, от 25 до 50 лет – 36%, от 51 года и старше – 8,1%. Прошло опрос приблизительно равное количество учащихся и работающих 46,8% и 44,1%, соответственно. На пенсии – 4,5%.

Результаты и обсуждение. Выяснилось, что самолечением занимается 79,1% населения. Из них мужчины – 68,3%, женщины – 86,7%

Любопытно, что люди, прошедшие опрос, оценивают свой уровень знаний о лекарственных препаратах на: высокий уровень – 16,2%, средний уровень – 50,5%, низкий уровень – 33,3%.

На вопрос: «Почему Вы прибегаете к самолечению?», респонденты ответили следующим образом: сложно попасть на прием к доктору – 38,2%, необходимость

денежных затрат – 19,9%, следуют примеру знакомых – 16,9%, недоверие доктору – 14,7%, считает, что лучше всех знают свой организм – 10,3%.

Также важно отметить, что большая часть людей при выборе препарата руководствуется рекомендациями врача (42,3%), затем собственным мнением (35,1%) и только потом советом провизора (30,6%). Также немалая часть населения, а именно 27,9% доверяет совету родственников.

Источниками информации о лекарственных средствах у людей, прибегающих к самолечению являются:

- Интернет – 31,5%
- Врачи – 24,2%
- Знакомые – 18,7%
- Провизоры – 13,2%
- Телевидение и радио – 6,8%
- Газеты и журналы – 5,5%

Среди опрошенных испытывают недоумение после использования ЛС приобретенных без совета специалиста: часто – 9,1%, редко – 31,8%. Может показаться, что данные результаты не особо велики, но в масштабах всей страны число таких людей просто огромно.

Также в ходе опроса было выявлено, что большинство респондентов (41,4%) на самолечение ежемесячно тратят от 100 до 500 рублей, 20,7% расходуют менее 100 рублей, у 19,8% опрошенных уходит от 500 до 1000 рублей и, наконец, 16,2% отдают фармкомпаниям более 1000 рублей в месяц.

Заключение. В настоящее время самолечение – это логический и прогрессирующий процесс. Запрет и отмена его невозможны, но постараться контролировать его, сделать «ответственным» просто необходимо. С помощью слаженной работы системы здравоохранения, СМИ, врачей и фармацевтов можно поднять уровень медицинской грамотности населения и привить рациональное отношение к собственному здоровью.

Список литературы

1. Самолечение должно быть ответственным [Электронный ресурс]. Свободный доступ – URL: <https://www.bayer.ru/media/news/20170411-selfcare.php> свободный (дата обращения 02.03.2019).
2. Рыжова, О.А. Изучение взаимодействия покупателей и фармацевтических специалистов в процессе отпуска лекарственных средств из аптек./О.А. Рыжова, Т.Л. Мороз // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - № 6. - С. 202-204
3. Рыжова, О.А. Проблемы обращения безрецептурных лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке России. /О.А. Рыжова, Т.Л. Мороз // Вестник РУДН. - 2013. - № 6. - С. 121-125
4. Семелева Е.В. Роль информационно-пропагандистской системы в формировании здорового образа жизни населения в преклонном возрасте // В сборнике: Инновационные технологии в образовании и здравоохранении: практическая реализация и социальный эффект. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В.Орловой. 2014. С. 242-243.
5. Семелева Е.В., Шилов А.А. Анализ потребности населения Республики Мордовия в услугах традиционной медицины / Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2014. Т.9. №2. С.476-477.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН, КОТОРЫЕ ОСЛОЖНИЛИ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА СРЕДИ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ В 2018 ГОДУ

Белоусова С.Е., Козявина К.Ю., Пивоварова Г.М.

Научный руководитель: Пивоварова Г. М.

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

Несмотря на развитие современных методов диагностики акушерских заболеваний, новых лекарственных средств, техники хирургического родоразрешения в Российской Федерации (РФ) всё ещё остаётся много причин, которые могли осложнить течение родов и послеродового периода у женщин. Особенно важной является информация о здоровье беременных и рожениц, а также о качестве оказываемой им медицинской помощи.

Поэтому целью нашего исследования является проведение сравнительного анализа статистических показателей, которые осложнили течение родов и послеродового периода у женщин (на 1000 родов) в 2018г. в РФ и Ставропольском крае.

Материалы и методы: Санитарно-статистические методы, отчетные документы Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, статистические сборники, подготовленные специалистами Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В 2018г. в структуре нарушений родовой деятельности у женщин в РФ наибольший удельный вес составила слабость родовой деятельности (60,1%), на втором месте - дискоординация родовой деятельности (16,8%), на третьем месте – стремительные роды (15,8%).

При анализе уровня причин, которые осложнили течение родов и послеродового периода (на 1000 родов) было выявлено, что в РФ наибольший уровень составили анемии (255,7 на 1000 родов), на втором месте - нарушение родовой деятельности (78,7 на 1000 родов), на третьем месте – затруднённые роды (61,2 на 1000 родов).

В 2018г. в структуре нарушений родовой деятельности у женщин в Ставропольском крае так же, как и в РФ, наибольший удельный вес составила слабость родовой деятельности (55,3%), на втором месте - дискоординация родовой деятельности (37,1%), на третьем месте – стремительные роды (37,1%).

При исследовании уровня причин, которые осложнили течение родов и послеродового периода (на 1000 родов) в Ставропольском крае было выявлено, что наибольший уровень составили анемии (267,8 на 1000 родов), на втором месте - болезни системы кровообращения (96,8 на 1000 родов), на третьем месте - затруднённые роды (87,1 на 1000 родов).

При оценке структуры причин, которые осложнили течение родов и послеродового периода, было выявлено, что в 2018г. заболеваемость беременных женщин преэклампсией средней степени тяжести в Ставропольском крае составила 28,5 на 1000 родов и превышает данный показатель по РФ (27,4 на 1000 родов) на 4%.

Отмечено, что преждевременная отслойка плаценты у женщин в Ставрополье составила 10,8 случаев на 1000 родов, что выше аналогичного показателя в РФ на 14,9% и составляет 9,4 на 1000 родов.

Особенно обращает на себя внимание, что показатель затруднённых родов у женщин в Ставропольском крае (87,1 на 1000 родов) превышал общероссийский уровень (61,2 на 1000 родов) на 42,3%.

При оценке венозных осложнений было выявлено, что в 2018г. у женщин в Ставрополье (45,6 на 1000 родов) данный показатель превышает таковой в РФ (22,6 на 1000 родов) в 2 раза.

Инфекционные заболевания мочеполовых путей у женщин, проживающих в Ставропольском крае, выявлены в 113,1 случаях на 1000 родов, что выше аналогичного показателя в РФ в 2,3 раза и составляет 49,3 на 1000 родов.

Анемия явилась осложнением течения родов и послеродового периода у женщин Ставрополья (267,8 на 1000 родов) на 4,7% чаще, чем у женщин по всей РФ (255,7 на 1000 родов).

Обращает на себя внимание, что показатель болезней системы кровообращения у женщин в Ставропольском крае (96,8 на 1000 родов) превысил общероссийский уровень (53,0 на 1000 родов) в 1,8 раз.

Выводы. Таким образом, в 2018г. в структуре нарушений родовой деятельности у женщин в Российской Федерации (РФ) и в Ставропольском крае наибольший удельный вес составила слабость родовой деятельности, на втором месте - дискоординация родовой деятельности, на третьем месте – стремительные роды.

При исследовании уровня причин, которые осложнили течение родов и послеродового периода женщин (на 1000 родов), было выявлено, что наибольший уровень в РФ и в Ставропольском крае составили анемии, на втором месте в РФ находится нарушение родовой деятельности, а в Ставропольском крае - болезни системы кровообращения, на третьем месте в РФ и в Ставропольском крае - затруднённые роды.

Также было выявлено, что в 2018г. в Ставропольском крае показатель заболеваемости беременных женщин преэклампсией средней степени тяжести превысил общероссийский уровень на 4 %.

Частота преждевременной отслойки плаценты у женщин в Ставропольском крае выше, чем в РФ на 14,9%.

Особенно обращает на себя внимание, что показатель затруднённых родов у женщин в Ставропольском крае превысил общероссийский уровень на 42,3%.

При оценке венозных осложнений течения родов и послеродового периода выявлено, что у женщин в Ставропольском крае данный показатель превысил таковой в РФ в 2 раза, а инфекция мочеполовых путей в течение родов и послеродового периода у женщин в Ставропольском крае возникла в 2,3 раза чаще, чем у женщин в РФ.

Анемия осложнила течение родов и послеродового периода у женщин Ставрополья на 4,7% чаще, чем у женщин по всей РФ.

Показатель болезней системы кровообращения, осложняющих течение родов и послеродового периода у женщин в Ставропольском крае превысил общероссийский уровень в 1,8 раз.

Таким образом, полученные данные могут быть использованы Правительством Ставропольского края при разработке эффективных программ по улучшению диагностики, лечения и профилактики заболеваний, осложняющих течение родов и послеродового периода у женщин.

Список литературы

1. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации - М.:ЦНИИОИЗ, 2019. – 173 с.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗОВ ПРЕДПЕНСИОННОГО И ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Беляева А.В.

Научный руководитель: Латышевская Н. И.

Волгоградский государственный медицинский университет

Увеличение трудоспособного возраста в РФ происходит на фоне роста показателей средней продолжительности жизни, старения трудоспособного населения, сокращения возрастных коэффициентов смертности пожилого населения обоих полов (но смертность мужчин по всем возрастным группам превышает аналогичный показатель у женщин). Что подчеркивает актуальность учета гендерных различий показателей здоровья и образа жизни, при разработке системы мер по активному трудовому долголетию и профилактике преждевременного старения [1].

Цель исследования: изучить особенности образа жизни преподавателей ВУЗов предпенсионного и пенсионного возраста для разработки мероприятий по сохранению работоспособности и профессиональной квалификации данного контингента работающих.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 62 женщины и 67 мужчин в возрасте 55-70 лет, работающих преподавателями в ВУЗах. Для изучения образа жизни составлена анкета, позволяющая оценить распорядок дня, режим и качественную полноценность питания, количество физических нагрузок, наличие вредных привычек. Произведены замеры массы тела, роста, окружности живота, рассчитан Индекс Кетле [2]. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждение. Нормальную массу тела имеют в 2,2 раза больше женщин ($p < 0,001$). Окружность живота, превышающая норму, установленную ВОЗ, обнаружена у 93,6-95,5%.

Результаты изучения основных элементов режима дня преподавателей показали, что только четверть мужчин и женщин имеют нормальную продолжительность ночного сна (8 ч и более).

Анализ режима питания показал, что каждый 4-ый мужчина имеет только 2 приема пищи ($p < 0,001$). Интервал между приемами пищи более 4-5 ч. имеют в 1,4 раза больше мужчин ($p < 0,01$). Оценка качественной полноценности питания показала, что мужчины в 1,9 раза реже включают в свой рацион молоко, при этом только 7,5% включают в рацион кисломолочные продукты (против 43,5%, $p < 0,001$). 13,5% мужчин никогда не едят сливочное масло, когда все женщины употребляют его минимум 2-3 раза в неделю ($p < 0,001$). Каждый день едят сыр 28,3-37,1% опрошенных, 2-3 раза в неделю – 46,8% женщин и 64,2% мужчин ($p < 0,05$). Рыбу 2-3 раза в неделю в свой рацион включают 30,6-35,8% женщин и мужчин. 9,7% женщин отметили, что никогда не едят рыбу. Яйца ежедневно едят в 2,5 раза больше женщин ($p < 0,05$). Кондитерские изделия большинство мужчин ест 2-3 раза в неделю, женщин – реже чем 2-3 раза в неделю ($p < 0,001$). Жареное и жирное едят ежедневно в 9,5 раза больше мужчин, никогда - в 4,8 раза больше женщин ($p < 0,05-0,001$). Ежедневно пьют кофе половина всех респондентов, 2-3 раза в неделю 4,5-6,4% опрошенных, иногда 28,3% мужчин и 12,9% женщин ($p < 0,05$). Никогда не употребляют кофе в 1,3 раза больше женщин. Ежедневно употребляют не менее 400 гр. свежих овощей/фруктов только 31,3% мужчин и 43,5% женщин, имеют привычку подсаливать пищу, не пробуя ее в 1,4 раза больше мужчин. Гуляют в будние дни до 30 минут 16,8% женщин и 19,4% мужчин, 1-2 ч. 56,4% женщин и 73,1% мужчин ($p < 0,05$). В выходные дни не гуляют 4,4% мужчин и 16,2% женщин ($p < 0,05$).

В будние дни за компьютером проводят 3 ч. и более 61,3% женщин и 80,6% мужчин ($p < 0,05$), в выходные – половина опрошенных не работает за компьютером, каждый 3-4 респондент проводит за ним не более 1-2 ч.

Каждое утро делают зарядку 19,3% женщин и 31,3% мужчин, занимаются фитнесом несколько раз в неделю 12,9% женщин ($p<0,01$), никогда не занимаются спортом 59,7% мужчин и 17,8% женщин ($p<0,001$).

При возникновении стресса достоверно больше женщин предпочитают «смотреть ТВ, есть вкусно» (66,1% против 35,8%, $p<0,001$), достоверно больше мужчин «употреблять алкоголь» (23,9% против 3,3%, $p<0,001$).

Курят 11,3% женщин и 64,2% мужчин ($p<0,001$). В день женщины выкуривают не более 5 сигарет, мужчины – 1-2 сигареты – 16,4%, 5 и более – 4,5%, больше половины пачки – 40,3%, пачку и более – 4,5%. На вопрос «Хотели бы Вы бросить курить?» 6,4-7,5% опрошенных ответили «Брошу, если захочу», 4,9% женщин и 35,8% мужчин ответили «Хочу, но не могу» ($p<0,001$), 16,4% мужчин ответили «Собираюсь бросить в ближайшее время» ($p<0,001$), не собираются бросить 4,5% мужчин.

Никогда не употребляют алкоголь 40,3% женщин и 4,5% мужчин ($p<0,001$), изредка – 43,6% женщин и 67,2% мужчин ($p<0,01$), несколько раз в неделю 6,4% женщин и 17,9% мужчин ($p<0,05$).

В будущем хотят вести здоровый образ жизни 3,3% женщин и 11,9% мужчин, 19,3% женщин и 40,3% мужчин хотят вести ЗОЖ, но не получается ($p<0,01$), 53,2% женщин и 35,8% мужчин хотели бы изменить что-то к лучшему ($p<0,05$), оставить все без изменений предпочли 24,2% женщин и 7,5% мужчин ($p<0,01$).

Заключение. Мужчины-преподаватели имеют достоверно больше факторов риска образа жизни, способствующих снижению работоспособности. В 2,2 раза больше мужчин имеют избыточную массу тела. Что усугубляется нарушением режима питания, низким разнообразием рациона. При этом они много времени проводят за работой на компьютере. Никогда не занимаются физкультурой и спортом в 3,3 раза больше мужчин, чем женщин. Респонденты мужского пола достоверно чаще курят, употребляют алкоголь (особенно при стрессе), при этом в их ближайшие планы не входит отказ от этих вредных привычек. Но, в тоже время, как среди женщин, так и мужчин более 90% респондентов имеют высокие показатели окружности живота, что говорит о развитии абдоминального ожирения. Полученные данные подтверждают необходимость разработки системы мер, направленных на формирование здоровых привычек у преподавателей ВУЗов предпенсионного и пенсионного возраста с учетом пола для сохранения здоровья и высокой работоспособности.

Список литературы

1. Долбик-Воробей, Т.А. Статистика населения и демография : текст : учебник / Т.А. Долбик, О.Д. Воробьева. – Москва : КНОРУС, 2018. – 314 с.
2. Тутельян, В.А. Использование метода комплексной антропометрии в спортивной и клинической практике : методические рекомендации / В.А. Тутельян, Д.Б. Никитюк, С.В. Ключкова, Н.Т. Алексеева. – М.: Спорт, 2018. – 64 с.

ОБРАЗ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ДГМУ

Биячуева Л.А., Гаджиев С.Р., Агаларова Л.С.

Научный руководитель: Агаларова Л.С.

Дагестанский государственный медицинский университет

Отношение к здоровью - одно из ключевых понятий института здоровья и одно из фундаментальных оснований системы ценностей личности, обеспечивающее индивиду развитие, полноценное формирование в структуре общества, социальную адаптацию,

физическое и психическое благополучие. Иначе говоря, отношение к здоровью у каждого человека – система знаний, позволяющих ему оценить свое состояние на основании опыта, осознать его значение и влияние на собственную целостность, а также сформировать понятия о возможностях предотвращения развития заболеваний и об оказании профилактических мероприятий.

Цель исследования - формирование понятий об образе жизни и здоровья студентов, обучающихся в медицинском университете, дальнейшей целью которых является улучшение структуры организации, направленной на оказание профилактической помощи.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились студенты-медики, разделенные по объективным критериям на три контрастные группы. Критериями разделения стали медико-демографические, социально-гигиенические показатели, а также элементы условий и образа жизни.

Исследование проводилось на базе Дагестанского государственного медицинского университета в 2018 году. В нашем исследовании обследованию было подвергнуто 418 студентов 4-5 курсов, в возрасте от 19 до 23 лет. В исследовании были использованы ряд методов: социологический; статистический; метод системного анализа. Для сбора информации были разработаны: анкета, специальные статистические карты согласно плану и программе исследования.

Для исследования условий жизни студентов рассматривались показатели: санитарно-гигиенические условия жизни, место постоянного жительства и место проживания, образ жизни. Кроме того, изучались субъективные мнения о собственном здоровье, а также медико-социальная активность.

Сбор и обработка соответствующих данных производились с использованием программ WINDOWS (EXCEL, WORD), а также STATISTICA. При проведении обработки данных информация в таблицах представлена в абсолютных, средних величинах и относительных показателях.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами было проведено исследование о состоянии здоровья студентов. В исследуемой группе большую часть составили девушки (240 человек), а юноши - 178 человек. Из данного контингента имеют семью 20,33% (85) студентов.

Согласно исследованию, примерно три четверти (74,6% - 312 человек) не предпринимают никаких мер и профилактических мероприятий, направленных на улучшение состояния собственного здоровья. Среди опрошенных респондентов 27,5% ссылаются на высокую занятость учебой и отсутствие временных ресурсов, 20,6% - возможности, 13,3% - на отсутствие желания. Студенты считают, что наиболее доступным из оздоровительных мер для молодежи являются пробежки или прогулки на свежем воздухе, их включают в свой режим 48,01% студентов, при этом не все регулярно это выполняют. Некоторые студенты (46,9%) отметили, что они 2-3 раза в неделю посещают спортзал, 21,2% - бассейн, 3,9% занимаются вольной борьбой и посещают специализированные спортивные секции (преимущественно студенты мужского пола).

Известно, что без правильного режима дня сформировать здоровый образ жизни студенту представляется достаточно сложным. Из-за специфики учебного режима в медицинском вузе у студентов имеются жалобы на расстройство сна, питания, двигательной активности. Исследование показало, что 61% студентов имеют проблемы со сном и частым недосыпом, 55,5% жалуются на плохое питание, 51,9% отмечают низкую двигательную активность и отмечают желание вернуть занятия по физической культуре для старших курсов университета.

Что касается вопроса питания, то многие студенты (47,3%) считают его нерегулярным. Достаточность питания отмечают 43,8% студентов, 3,5% – его

избыточность, разнообразие в питании отмечают 47,2% студентов, считают питание качественным – 51,3%.

В анкетирование нами был добавлен вопрос о частоте посещаемости поликлиник, в частности, студенческой поликлиники при ДГМУ. Лишь 5,9% отметили, что посещают студенческую поликлинику в случае возникновений проблем со здоровьем, 58,6% указали о том, что обращаются в поликлиники с жалобами на недуг, а оставшиеся 35,5% респондентов выбрали вариант о самостоятельном лечении.

Изучение состояния здоровья среди обучающихся показало присутствие значимых различий в отношении к собственному состоянию среди студентов. Полученные цифры колеблются в пределах от 95,4% до 98,6%. Наибольшее расхождение во мнении о здоровье с его реальными показателями оказались в группе студентов, ведущих в основном гиподинамический образ жизни, при утверждении 96% респондентов, указанной контрастной группы о своем практическом здоровье, оказалось, что у 40,5% из них имеются хронические заболевания. При этом у студентов, которые занимаются спортом или активно посещают физкультуру, количество хронических заболеваний меньше на 12,6%.

Исходя из вышесказанного, основываясь на результатах нашего исследования, состояние здоровья студентов напрямую зависит от их образа жизни. Разделение учащихся ВУЗа на контрастные группы по различным основаниям и дальнейшее изучение объективных и субъективных показателей их здоровья позволили сделать ряд выводов.

Выводы:

1. На здоровье студентов влияет совокупность факторов, входящих, как в условия, так и образ жизни;
2. Существует негативная тенденция ухудшения уровня здоровья и, как следствие, увеличения количества хронических заболеваний при переходе к старшему курсу.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ВРАЧЕБНЫХ УЧАСТКОВ В СПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ ГОРОДА, КАК СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ШАГОВОЙ ДОСТУПНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Борисова Е.А., Луцкан И.П.

Научный руководитель: Саввина Н.В.

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова

Актуальность. В последние годы требования к амбулаторно-поликлинической службе стали ориентированы на профилактические мероприятия, что выявило очевидные недостатки ее организации. Практическая реализация перехода к здоровому образу жизни невозможна без приближения профилактической медицины к человеку. В этой связи приоритетным является обеспечение населения медицинской помощью шаговой доступности.

Цель исследования - реализовать пилотный проект на основе приближения медицинской помощи непосредственно к жителям, организовав отдельный офис участкового врача-терапевта в жилом микрорайоне г. Якутска.

Результаты и обсуждение. Данный опыт имел место во многих регионах, но всегда был ориентирован на становление общеврачебной практики, к сожалению, при наличии более ста дипломированных врачей общей практики в г. Якутске по специальности работают только 18 специалистов, ведущая причина, это несовершенство нормативно-правовой базы. Наш опыт доказал, что при отсутствии кадров врача общей практики возможна трансформация офиса на организацию комплексного терапевтического с

возвращением на прежние усиленные позиции участкового терапевта. По мнению ведущих организаторов здравоохранения, в течение последних десятилетий, терапевт рассматривался только в качестве опытного и расторопного координатора (диспетчера) потока нуждающихся в медицинской помощи. Такой путь развития не способствовал повышению качества первичной медико-санитарной помощи, а привёл к увеличению числа врачей, изолированности и кастовой замкнутости различных специализированных служб. Участковый врач перестал отвечать за здоровье прикрепленного населения, а его работу и в целом работу поликлиники начали оценивать числом выполненных посещений. Наименее эффективным разделом деятельности участкового врача стала организация медицинской помощи на дому. Более 45% всех заболеваний начинается с вызова врача на дом, а в осенне-зимний период – 80-90%. Эта работа занимает более 40% рабочего времени участкового врача, проводится без использования переносного медицинского оборудования, экспресс методов лабораторного исследования и, как правило, сводится к компенсации своими посещениями социальной заброшенности пожилых людей. Таким образом, участковый врач при нынешней организации его труда не был в состоянии оказать адекватную первичную медико-санитарную помощь населению.

Данный офис был открыт на базе ГАУ РС (Я) «Медицинский центр города Якутска» в одном из спальных районов города. Помещение на безвозмездной основе было представлено муниципалитетом, так же как и проведение ремонтных и подготовительных работ, в рамках подписанного Соглашения о взаимодействии между Городским округом «г. Якутск» и Министерством здравоохранения РС (Я).

Открытие кабинета стало первым шагом в решении острой проблемы отсутствия доступной медицинской помощи растущему населению микрорайона Промышленного округа. Кабинет расположен в шаговой доступности, позволяет получить базовый набор медицинских услуг – от консультации врача до забора анализов – оперативно, в приятной обстановке, и, главное, совершенно бесплатно. К участковому врачу может обратиться любой житель микрорайона, имеющий полис обязательного медицинского страхования. Основные услуги кабинета: консультативный прием по поводу острого или хронического заболевания, профилактические осмотры и диагностика, забор анализов, оформление листков нетрудоспособности, рецептов на лекарственные препараты (в том числе, льготных), оформление санаторно-курортных карт и справок. Представлена возможность получить лечение в дневном стационаре, снять электрокардиограмму или пройти курс физиотерапии.

Одним из главных прогнозных рисков при организации кабинета было снижение объемов медицинской помощи, но всего за два месяца число посещений возросло на 13%, на 3% снизился уровень госпитализации, на 8% увеличилось количество посещений на дому и личный план диспансеризации населения врачом перевыполнен на 59%.

Для стимулирования расширения объёмов деятельности и оплаты труда предложено внедрение эффективного контракта работникам комплексного участка. В штате, которого трудится врач, две медицинские сестры, администратор, для каждого работника индивидуально разработаны функциональные обязанности с критериями оценки профессиональной деятельности. Главное содержание контракта – изложение ответственности персонала за здоровье прикрепленного населения. Например, изменена роль, и функции сестринского персонала по поддержанию здоровья населения определены приоритеты сестринской помощи. Считаем, что в настоящее время целесообразно интенсифицировать создание специализированных сестринских служб в первичном звене.

Есть основания считать, что дополнительные расходы на период формирования службы комплексного терапевтического участка в ближайшее время полностью оправдаются медицинскими, социальными и экономическими преимуществами его работы, получившими признание во всех пилотных регионах. Очень важно, что объёмы,

виды, профили и условия оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи населению в рамках ОМС при использовании этого подхода будут точно такие же, как при строительстве поликлиник. А вот затраты на строительство и содержание медицинских учреждений существенно сократятся.

Выводы: создание комплексных терапевтических участков позволяет существенно сэкономить ресурсы системы первичного здравоохранения, приближает шаговую доступностью амбулаторно-поликлинической помощи населению микрорайонов города и улучшает качество оказания медицинской помощи

МОНИТОРИНГ ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ОРЛОВСКОЙ И КУРСКОЙ ОБЛАСТЯМ ЗА ПЕРИОД 2009-2018 ГГ.

Булычев М.А., Лукьянченко А.Ю., Прокофьева А.А.

Курский государственный медицинский университет

В течение последних 5 лет болезни органов пищеварения занимают в структуре заболеваемости всего населения Российской Федерации 5 место. При этом большое значение среди заболеваний системы пищеварения имеет язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. [1,2]

На ее возникновение влияют многие факторы, в частности, основной причиной, как сегодня считается, является поражение слизистой оболочки бактерией *Helicobacter pylori*, также психоэмоциональный стресс, погрешности в питании, наличие вредных привычек, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, пагубно влияющих на слизистую оболочку желудка, снижение иммунитета и ряд других причин. В связи с увеличением влияния данных факторов на организм человека, отмечается тенденция к росту заболеваемости населения язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. [1,2]

Целью исследования является изучение и сравнение показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на территории Орловской и Курской областей.

Исследование проводилось по данным статистических материалов Министерства здравоохранения Российской Федерации, находящихся в открытом доступе.

Результаты исследования. В течение наблюдаемого периода отмечалось снижение как общей, так и первичной заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в Орловской и Курской областях. [2,3,4,5,6]

В Орловской области количество впервые выявленной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки составляет в 2018 году 80,8 случаев на 100 тыс. жителей, в 2009 – 96,4 случая на 100 тыс. В данный промежуток времени происходит снижение количества обнаружения язв, но в 2015 и 2017 годах было выявлено 99,2 и 99,1 случаев на 100 тыс. жителей. В Курской области происходит ежегодно снижение данного показателя. С 2009 по 2011 происходит плавное снижение – 95,6; 87,3; 73,1 случаев на 100 тыс. человек. Но в 2012 происходит резкий спад – от 73,1 в 2011 году до 52,8 случаев на 100 тыс. в 2012. Далее до 2014 года происходит плавный подъем до 60,9, а до 2018 года наблюдается спад первичной заболеваемости населения язвой желудка или двенадцатиперстной кишки до 58,9 случаев на 100 тыс. жителей. [2,3,4,5,6]

Заболеваемость всего населения Орловской и Курской областей по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки внушает оптимизм. Видна тенденция к снижению заболеваемости. Так, в Орловской области, если в 2009 году с данным диагнозом состояли на учете в организациях здравоохранения области 972,1 случаев на 100 тыс. человек, то в

2018 уже 713,4 на 100 тыс. Но если до 2015 года показатель находился примерно на одном уровне (от 972,1 в 2009 году, но затем наблюдалось сначала снижение заболеваемости до 931,1 в 2010 году, а далее рост до 2015 года до показателя 1004,4 на 100 тыс. жителей), то затем до 2018 года наблюдалось резкое его снижение до 713,4 случаев на 100 тыс. человек. В Курской области также отмечена тенденция к снижению, но она менее явная: в 2009 году 1266,0 на 100 тыс. человек, в 2018 – 1173,7 на 100 тыс. Однако снижение происходит постепенно – от 2009 до 2014 – от 1266,0 до 1114,5 на 100 тыс. соответственно. Затем в 2015 году число таких больных увеличилось до 1179,4 на 100 тыс. и далее снижалось и в 2017 году составило 1147,9 случаев на 100 тыс. жителей области. [2,3,4,5,6]

В результате, можно сделать вывод, что борьба с увеличением заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки остаётся актуальной для обеих областей. Положительная динамика может быть достигнута только благодаря комплексу мер, включающему внедрение инновационных технологий диагностики заболевания на раннем этапе, улучшению состояния экологии региона, ведению санитарно-просветительной работе. Следует вести работу по нормализации экологического состояния региона. Население должно понимать меры профилактики для предотвращения возникновения заболеваний пищеварительной системы и стараться ограничивать влияние вредных факторов среды.

Список литературы

1. Никифорова Н.А. Оценка заболеваемости язвенной болезнью населения Европейского севера России / Н.А. Никифорова, Т.А. Карапетян, Н.В. Доршакова // Экология человека. – 2015. - №12. – С. 53-58.
2. Статистический сборник 2010 год // Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnyematerialy/statisticheskiy-sbornik-2010-god (дата обращения 27.07.2019).
3. Статистический сборник 2012 год // Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnyematerialy/statisticheskiy-sbornik-2012-god (дата обращения 27.07.2019).
4. Статистический сборник 2014 год // Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnyematerialy/statisticheskiy-sbornik-2014-god (дата обращения 27.07.2019).
5. Статистический сборник 2016 год // Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnyematerialy/statisticheskiy-sbornik-2016-god (дата обращения 27.07.2019).
6. Статистический сборник 2018 год // Министерство здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnyematerialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god (дата обращения 27.07.2019).
7. Щербо, А.П. Заболеваемость взрослого населения Российской Федерации гастритами и язвенной болезнью: тенденции последних двадцати лет / А.П. Щербо, Н.В. Ширинская // Профилактическая и клиническая медицина. – 2016. - №2 (59). – С. 21-25

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА НА ПРИМЕРЕ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Васенина А.Ю., Трушкова И.Ю.

Научный руководитель: Бебякина Н.С.

Кировский государственный медицинский университет

Врожденная и наследственная патология вносит значительный вклад в структуру заболеваемости, смертности и ограничения социальной адаптации детей. Среди наследственных заболеваний большой удельный вес занимают наследственные болезни обмена веществ, которые отличаются высокой летальностью особенно в раннем возрасте и нередко лежат в основе внезапной детской смерти. В связи с этим массовое обследование детей в период новорожденности на наследственную патологию (неонатальный скрининг на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземию и муковисцидоз) имеет большое значение для снижения летальности от наследственных заболеваний. Для этих заболеваний разработаны простые и достоверные методы диагностики, что позволяет обеспечить раннее выявление, своевременное лечение, профилактику инвалидности и развития тяжелых клинических последствий.

Учитывая вышеизложенное, целью нашего исследования являлось проведение анализа распространенности заболеваний в рамках неонатального скрининга среди детского населения Приволжского Федерального округа (далее - ПФО) в возрасте от 0 до 14 лет за период 2013 – 2017 годы.

Материалы и методы. Общую заболеваемость детского населения (0-14 лет), проживающих на территории ПФО, исследовали на основании данных официальных статистических сборников – Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации за период с 2013 по 2017 гг. Статистическая обработка данных включала методы описательной и аналитической статистики. Показатели уровня общей заболеваемости детей в возрасте 0-14 лет представлены абсолютными величинами. Для анализа скорости и направления изменений показателей динамического ряда использовали расчетные данные абсолютного прироста и темпа прироста (далее – ТП)/убыли (далее - ТУ) (%). Обработка материалов осуществлялась с помощью программ Microsoft Office Excel и STATISTICA 10.

Результаты и обсуждение. В результате исследования представлены регионы ПФО с показателями ТП/ТУ за 5 лет следующих заболеваний:

Гипотиреоз

Республика Башкортостан: -75,36

Республика Мордовия: -65,80

Пермский край: -56,13

Кировская область: -72,79

Саратовская область: -72,18

Фенилкетонурия

Республика Башкортостан: -92,31

Республика Мордовия: -98,89

Пермский край: -91,67

Кировская область: -95,45

Саратовская область: -85,19

Адреногенитальный синдром

Республика Башкортостан: -90,70

Республика Мордовия: -96,30

Пермский край: -91,89

Кировская область: -92,00

Саратовская область: -77,78

Галактоземия

Республика Башкортостан: -80,77

Республика Мордовия: -87,50

Пермский край: -57,14

Кировская область: -83,33

Саратовская область: -70,00

Муковисцидоз

Республика Башкортостан: -93,48

Республика Мордовия: -80,00

Пермский край: -92,31

Кировская область: -91,30

Саратовская область: -77,78

Закключение. По данным анализа статистических отчетов уровень заболеваемости детского населения в возрасте от 0 – 14 лет в ПФО с врожденной патологией эндокринной системы и нарушениями обмена веществ, входящих в систему неонатального скрининга, имеет тенденцию к снижению в 2017 году по сравнению с 2013 годом. Однако при оценке ежегодного ТП получены данные о волнообразных изменениях уровня заболеваемости.

Так, в Кировской области наибольший показатель ТП наблюдался по гипотиреозу в 2017 году, и наименьший - в 2015 году по выявлению гипотиреоза и адреногенитального синдрома. Саратовская область отмечена наибольшим показателем ТП по адреногенитальному синдрому в 2014 году, по фенилкетонурии и муковисцидозу в 2016 году, и наименьшим ТП по муковисцидозу в 2017 году. В Пермском крае в 2014 году выявлен наибольший показатель ТП по галактоземии и наименьший показатель ТП по этому же заболеванию в 2015 году в Республике Башкортостан.

Таким образом, неонатальный скрининг новорожденных играет важную роль в раннем выявлении пяти тяжелых наследственных заболеваний, что в дальнейшем обеспечивает назначение немедленного лечения и позволяет либо предотвратить развитие заболевания, либо избежать многих серьёзных осложнений. Однако список заболеваний, диагностируемых в ходе неонатального скрининга, может и должен расширяться на основании современных методов исследований и возможностей для диагностики.

Список литературы

1. Дерябина, С.С. Неонатальный скрининг: этические вопросы расширения спектра скринируемых заболеваний/ Вопросы современной педиатрии.- 2015.- Том14.- №6.- С.714-723.
2. Новиков, П.В. Первые итоги расширенного неонатального скрининга на наследственные болезни обмена веществ в Российской Федерации/ Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. - №5. – С. 5-12.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и социального развития №185 от 22.03.2006 года «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания».

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волобуев Д.К., Востиков П.П., Анфилова М.Г.

Курский государственный медицинский университет

Многочисленные исторические документы и материалы медицинских исследований свидетельствуют о повсеместном распространении туберкулеза в далеком прошлом. Это подтверждают данные раскопок и древнейшие документы человеческой письменности. Так, среди 10 скелетов египетских мумий, отнесенных к XXVII в. до н.э., 4 несут следы туберкулезного поражения позвоночника. На протяжении обозримого исторического времени голод и экономические кризисы, как правило, сопровождались ростом смертности, обусловленной этим заболеванием. Особенно значительным было резкое увеличение распространенности туберкулеза во время многочисленных войн [5].

В России до 1917 г. государственная политика по отношению к туберкулезу практически отсутствовала и существовала лишь в благотворительной форме. После Октябрьской революции (1917) организация борьбы с туберкулезом была переведена с благотворительной на государственную основу. При Наркомздраве (Министерстве здравоохранения) РСФСР была утверждена секция по борьбе с туберкулезом. Постепенно получила развитие новая медицинская специальность «Фтизиатрия». В результате социальных преобразований и широкого проведения противотуберкулезных мероприятий к концу 30-х гг. прошлого века заболеваемость и смертность от туберкулеза в стране резко снизились. В годы Великой Отечественной войны (1941-1945) заболеваемость туберкулезом возросла. Принятые государством меры были направлены на борьбу с туберкулезом в связи с массовой эвакуацией населения с оккупированных территорий и мобилизацией в армию врачей-фтизиатров. В 1943 г. было принято постановление правительства «О мероприятиях по борьбе с туберкулезом», в котором предусматривалось развертывание новых туберкулезных больниц, ночных санаториев на предприятиях, детских санаторных садов, лесных школ. В послевоенные годы противотуберкулезная служба в стране продолжала совершенствоваться. Уже к началу 1948 г. число противотуберкулезных учреждений превысило довоенный уровень. Больные туберкулезом получали не только право на длительное бесплатное лечение, но также жилищные и другие льготы. Снижение частоты новых случаев заболевания туберкулезом и смертности, продолжавшееся до 90-х гг. прошлого века, свидетельствует о теоретической и практической обоснованности методов борьбы с туберкулезом в СССР [4].

Согласно оценке ВОЗ, в мире в 2015 г. туберкулезом заболело 10,4 млн человек (8,7-12,2 млн), что составляет 142 (119-166) на 100 тыс. населения. Среди лиц, заболевших туберкулезом, около 11% (9,1-14,0) являются больными ВИЧ-инфекцией (1,0-1,3 млн). Большинство заболевших туберкулезом проживает в странах Юго-Восточной Азии (45,6%) и Африканского региона (26,2%). Существенно меньше случаев заболевания возникло в странах Восточно-Средиземноморского (7,2%), Европейского (3,1%) и Американского (2,6%) регионов ВОЗ.

Российская Федерация входит в число стран с наибольшим бременем туберкулеза (СНБТ) по значению числа заболевших туберкулезом лиц в течение года. В то же время в 2015 г. число заболевших в РФ составляло лишь 1,3% от оценки ВОЗ общего числа новых случаев и рецидивов туберкулеза (т. н. «инцидентных» случаев [2]) в 30 странах СНБТ, или 1,1% от всех «инцидентных» случаев туберкулеза в мире (от 10,4 млн). В то же время, согласно оценке ВОЗ, число заболевших в России составляет 35,6% от всех заболевших в странах Европейского региона ВОЗ, где Российская Федерация входит в число 18 стран, в которых туберкулез является приоритетной задачей [1-3].

Цель исследования – изучить динамику и взаимосвязь показателей первичной заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации, Центральном федеральном округе и Курской области за 2006 – 2017 гг. В качестве источников первичных данных использованы ежегодные статистические материалы ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России. В сравнении относительных величин использован критерий Стьюдента.

Количество впервые выявленных больных с туберкулезом по России в целом с 2006 по 2017 г. уменьшилась на 58,5%. Первичная заболеваемость достоверно возростала с 82,6 на 100 000 населения в 2006 г. до 85,1 в 2008 г. ($p \leq 0,01$). Однако с 2009 г. она постепенно снижалась и достигла в 2017 г. 48,3 на 100 000 населения.

В 2016-2017 гг. достоверно ($p \leq 0,01$) чаще данная патология диагностировалась впервые в жизни у жителей Дальневосточного, Сибирского и Уральского федеральных округов. Достоверно ($p \leq 0,01$) низки показатели в Центральном, Северо-Западном и Северо-Кавказском федеральных округах.

Так, в Центральном федеральном округе (ЦФО) за 2016-2017 гг. выявляемость туберкулеза была достоверно ($p \leq 0,01$) ниже, чем по стране в целом, и составляла 53,3 на 100 000 населения в 2016 г. и 48,3 в 2017 г. В ЦФО наибольшая первичная заболеваемость туберкулезом наблюдалась в Смоленской области, которая составила 58,3 на 100 000 населения в 2016 г. и достоверно ($p \leq 0,01$) снизилась в 2017 г. до 48,4. Белгородская область – наиболее благополучная территория, где выявляемость значительно ниже, чем в округе и в среднем по стране (21,5 на 100 000 населения в 2016 г. и 19,5 в 2017г.).

Показатели Курской области за 2016-2017 гг. оставались достоверно ($p \leq 0,01$) ниже, чем в целом по стране, но выше, чем в ЦФО. В 2016 г. первичная заболеваемость по данному классу составила 40,3 на 100 000 населения и достоверно ($p \leq 0,01$) снизилась до 39,7 в 2017 г.

Список литературы

1. Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Глобальные отчеты ВОЗ по туберкулезу, формирование и интерпретация // Туб. и болезни легких. - 2017. - Т.95, №5. - С. 7-15.
2. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах воз, странах мира и в российской федерации часть 1. Заболеваемость и распространенность туберкулеза // Туберкулез и болезни легких. - 2017. - Т. 95 №6. - С. 9-21.
3. Кошечкин, В. А., Иванова З.А. Туберкулёз: учебное пособие . - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 304 с.
4. Кошечкин, В.А. Фтизиатрия : учебник . - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ С 2013 ПО 2018 ГОД

Гаджикулиева М. Н., Капитула Г. Р., Черных Е. В.

Научный руководитель: Петров С. Б.

Кировский государственный медицинский университет

Нейроинфекции — это группа инфекционных заболеваний, поражающих нервную систему. Все эти заболевания носят полиэтиологичный характер, сопровождаются общей интоксикацией организма и воспалительными изменениями в СМЖ, различаясь клиническими проявлениями в зависимости от вида возбудителя, локализации процесса и

масштаба поражения инфекцией. Как правило, нейроинфекции протекают тяжело, вызывают различные осложнения и представляют серьезную угрозу здоровью и жизни больного. В России ежегодно регистрируется от 30 до 50 млн. случаев инфекционных заболеваний, при этом экономический ущерб от них достигает 20 млрд. рублей. В структуре всей заболеваемости детей частота инфекционных болезней превышает 90%. Среди инфекционных заболеваний у детей до 3—5% приходится на инфекционные заболевания нервной системы (ИЗНС)

Цели: 1. Дать характеристику заболеваемости инфекционными болезнями нервной системы в Кировской области с 2013 по 2018 год

Задачи: 2. Дать статистическую оценку заболеваемости инфекционными болезнями нервной системы в Кировской области с 2013 по 2018 год

Материалы и методы: исследование выполнено на базе Кировского ГМУ. Статистические отчеты Министерства здравоохранения Кировской области за 2013 – 2018 года. Уровень заболеваемости населения КО представлен показателями на 100 тыс. человек. Статистическая обработка проводилась в Microsoft Office Excell 2013. Использованы следующие методы: аналитический, аналитико-статистический, синтез связей, обобщение данных, систематизация информации.

Результаты и обсуждение:

По полученным результатам, общая заболеваемость (ОЗ) болезнями нервной системы (НС) в Кировской области (КО) в 2013 г. - 2237; 2014 г. - 2320; 2015 г. - 2335,6; 2016 г. - 2384,3; 2017 г. - 2279,8; 2018 г. - 2271,3. Была проведена статистическая обработка показателей: вследствие того, что ОЗ болезнями НС в КО была максимальна в 2016 году, абсолютный прирост за 2016 г. составил 102,1% , показатель наглядности- 101,9, показатель роста (снижения) - 95,6%, темп роста (снижения) %- -4,4, значение 1% прироста -23,07. Но все показатели снизились к 2018 году: абсолютный прирост - -8,5, показатель наглядности- 101,5, показатель роста (снижения) - 99,6%, темп роста (снижения) %- -0,4, значение 1% прироста -21,03

Пик первичной заболеваемости (ПЗ) болезнями НС в КО наблюдался в 2013 году - 1100; после чего, начиная с 2014 по 2018 гг., снизилась до 500. Статистическая обработка ПЗ болезнями НС в КО: увеличение показателей наблюдается с 2013 по 2014 гг.: абсолютный прирост --452,8, показатель наглядности - 58,5%, показатель роста (снижения) - 58,5 %, темп роста (снижения) - -41,5%, значение 1% прироста - 10,9

ПЗ воспалительными заболеваниями НС была максимальна в 2013 году - 10 и минимальна в 2016 год у-1, но к концу 2018 года стала возрастать - 3. Статистическая обработка показала, что абсолютный прирост составил - 6,7, показатель наглядности- 30,2%, показатель роста (снижения) - 30,2%, темп роста (снижения) - -69,8, значение 1% прироста - 0,1; В 2015 году показатели изменились: абсолютный прирост - 0,2 , показатель наглядности - 32,3, показатель роста (снижения) - 106%, темп роста (снижения) - 6,9 , значение 1% прироста - 0. Начиная с 2016 по 2017 существенных изменений не наблюдается, но в 2018 году абсолютный прирост - 1,2, показатель наглядности - 31,3, показатель роста (снижения) - 166,7%, темп роста (снижения) % - 66,7, значение 1% прироста -0.

ОЗ бактериальными менингитами была относительно выше в 2015 г. (0,9), после снизилась до 0,3 (2017 г.) Произведена статистическая обработка, в ходе которого было выяснено, что абсолютный прирост в 2014 году составлял - 0,1; показатель наглядности - 88,9%; показатель роста - 88,9%, при этом темп роста - -11,1, а значение 1 % прироста равна нулю. Статистические показатели с 2015 по 2016 гг. отличаются незначительно. Но в 2017-2018 гг. резкое снижение абсолютного прироста (0,1), показателя наглядности (44,4) и увеличение, по сравнению с предыдущими годами, темпа роста (33,3).

ОЗ энцефалитом, миелитом, энцефаломиелитом до 2015 г. находилась на одном уровне (0,7), затем резко снизилась до 0,1, но к 2018 г. снова возросла до 1,5.

Статистический анализ за 2014 год показывает, что в 2014 г. абсолютный прирост - 0, при этом показатели наглядности и роста - 100%, но максимальны в 2017 году.

Заключение:

Таким образом, выявлено, что с каждым годом в Кировской области снижается общая и первичная заболеваемость инфекционными заболеваниями нервной системы, включая общую заболеваемость бактериальным менингитом, энцефалитом, миелитом, энцефаломиелитом, что, возможно, связано с деятельностью различных медицинских организаций, профилактикой, ранней диагностикой и своевременным лечением.

Список литературы

1. Балмасова И.П., Венгеров Ю.Я., Раздобарина С.Е., Нагибина М.В. Иммунопатогенетические особенности бактериальных гнойных менингитов // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. №5
2. Петрова И.С., Шишов А.С., Базарова М.В., Русанова С. А., Бургасова О.А., Бланк И.А., Лева В.Г., Шуренкова Е.Н., Москалева Е.И. Особенности течения энтеровирусных инфекций с менингитом у взрослых в эпидемическом сезоне 2013 года // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. №3
3. Скрипченко Н.В., Вильниц А.А., Скрипченко Е.Ю., Иванова М.В., Карев В.Е., Горелик Е.Ю., Бухалко М.А. Нейроинфекции у детей в современных условиях // ПМ. 2017. №10 (111).
4. Скрипченко Наталья Викторовна, Лобзин Ю.В., Иванова Г.П., Команцев В.Н., Алексеева Л.А., Иванова М.В., Вильниц А.А., Горелик Е.Ю., Skripchenko E. Yu. Нейроинфекции у детей // Детские инфекции. 2014. №1

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УМЕРШИХ ОТ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Герасимова М.А.

Научный руководитель: Санников А.Л.

Северный государственный медицинский университет

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) вносят высокий вклад в поддержание смертности от болезней системы кровообращения (БСК) [1,3], каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн. человек и уносящие 4,6 млн. жизней [2,4]. Стоит помнить, что кроме соматических причин большое влияние на выживаемость при инсульте оказывают и социально-бытовые факторы [5]. В научной среде представлено большое количество доказательств влияния различных социальных факторов на риск развития заболевания и наступления смерти от БСК, однако, при ОНМК количество таких работ ограничено [6,7]. Учитывая многофакторность данной патологии разработка организационных мероприятий не только со стороны медицинского, но и социального аспекта обуславливает актуальность данной темы. Цель. Провести анализ социально-гигиенических характеристик умерших от острых нарушений мозгового кровообращения и их последствий (I60-I64, I69) в Архангельской области (АО) в 2011-2017 гг. Материалы и методы. Выполнено сплошное документальное наблюдение 11028 Медицинских свидетельств о смерти (ф. 106/у-08) всех лиц, умерших от ОНМК и их последствий (I60-I64, I69) в 2011-2017 гг. в АО по данным ГБУЗ АО «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ). Из учетных форм 106/у-08 были выкопированы

следующие данные: пол, местность проживания, семейное положение, категория занятости, первоначальная причина смерти (Iв). Качественные признаки были представлены как относительные частоты с указанием % и 95% доверительного интервала (ДИ). Для анализа качественных признаков применялся тест χ^2 -Пирсона. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ IBM SPSS v.13.0. Результаты. В АО за изучаемый период времени с 2011 по 2017 годы было зафиксировано 11028 случаев смерти от инсультов и их последствий (I60-I64, I69; где I60 – субарахноидальное кровоизлияние (САК), I61 – внутримозговое кровоизлияние (ВМК), I62 – субдуральное нетравматическое кровоизлияние (СДК), I63 – инфаркт мозга (ИМ), I64 – инсульт неуточненный (ИН) и I69 – последствия инсульта (ПИ)). Показатели смертности от инсультов и их последствий в АО в зависимости от местности проживания составили: на селе – 1,72 случая (на 1000 населения), во много раз превышая таковые в городе – 1,27 случаев (на 1000 населения). При этом в динамике за период 2011-2017 годов смертность среди сельского населения закономерно снижалась в отличие от городского населения, что может быть связано с миграционными процессами ($\chi^2=184,7$; $p=0,000$). Распределение по брачному статусу было следующим: лиц, состоящих в официальном браке – 58,9% (95% ДИ: 57,9-59,8), не состоящих в браке – 34,5% (95% ДИ: 33,6-35,4), в 6,6% (95% ДИ: 6,2-7,1) случаев брачный статус был неизвестен. Удельный вес случаев смерти по классам инсультов и их последствий вне зависимости от брачного статуса во всех группах был выше среди лиц, состоящих в официальном браке ($\chi^2=120,7$; $p=0,000$). Распределение умерших от инсультов и их последствий в АО по категории образования было следующим: лица с начальным и средним профессиональным образованием – 46,5% (95%ДИ: 45,6-47,5), лица со средним уровнем образования – 31,8% (95%ДИ: 30,0-32,7), остальная часть приходилась на лиц с высшим образованием или без образования. Удельный вес случаев смерти по классам инсультов и их последствий в зависимости от уровня образования показал тенденцию к большей частоте наступления смерти от геморрагических форм инсульта при уровне образования выше среднего, в отличие от ишемической формы инсульта, когда преобладали случаи смерти среди лиц со средним уровнем образования и ниже ($\chi^2=283,1$; $p=0,000$). Распределение умерших от инсультов и их последствий в АО по уровням занятости было следующим: пенсионеры – 90,5% (95% ДИ: 89,9-91,0), безработные – 2,8% (95% ДИ: 2,5-3,1), рабочие – 2,6% (95% ДИ: 2,3-2,9), служащие – 1,7% (95% ДИ: 1,5-2,0), иные – 2,4% (95% ДИ: 2,2-2,8). Удельный вес умерших от инсультов и их последствий в АО среди мужчин и женщин по уровням занятости показал, что среди работающих граждан и безработных трудоспособного возраста преобладали лица мужского пола, женщины значимо чаще умирали в пенсионном возрасте – 58,2% (95%ДИ: 57,2-59,2) ($\chi^2=402,4$; $p=0,000$). Выводы. Учитывая многофакторность развития и риска наступления смерти от инсультов и их последствий, в том числе значительный вклад образа жизни и социальных факторов, снижение смертности от ОНМК во многом зависит не только от степени информированности населения о медицинских факторах риска заболевания и методах их профилактики, но и социального положения, и от уровня экономического благополучия населения конкретного региона в целом.

Список литературы

1. Агафонов К.И., Трясунова М.А., Маслова Н.Н. Анализ летальности больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Смоленской области за 2015-2016 гг. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2016; 15(4): 33-37;
2. Итоги 2017 года Министерства Здравоохранения Российской Федерации. Москва;2018:58;

3. Круглый стол. Мозговой инсульт. Здравоохранение; 2012; (3):75-80; 3. Суслина З.А., Варякин Ю.Я. Клинико-эпидемиологические исследования – перспективное направление изучения цереброваскулярной патологии. Клиническая неврология. 2009;3(3):4-10;
4. Хутиева Л.С., Ефремов В.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и факторы риска мозговых инсультов в республике Ингушетия. Новые технологии. 2012;234-239;
5. K.Honjo, H.Iso, M.L Inoue, S Tsugane. Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Stroke. 2008;39(10):2886-90;
6. M.Kivimaki, T.Theorell, H.Westerlund, J.Vahtera, L.Alfredson. Job strain and ischaemic disease: does the inclusion of older employees in the cohort dilute the association? The WOLF Stockholm Study. J Epidemiol Community Health. 2008;62(4):372-4;
7. C.Li, B.Hedblad, M.Rosvall, F.Buchwald, FA Khan, G.Engström. Stroke incidence, recurrence, and case-fatality in relation to socioeconomic position: a population-based study of middle-aged Swedish men and women. Stroke. 2008;39(8):2191-6.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ КАК ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Завалий Т.А.

Научный руководитель: Кнышова Л. П.

Волгоградский медицинский научный центр

Укрупнение и интеграция сельскохозяйственных и пищевых отраслей промышленности, увеличение объема торговли продовольственными товарами все больше меняют сложившиеся системы производства и распределения пищевых продуктов, что приводит к созданию условий для распространения как известные, так и возникновения новых болезней пищевого происхождения [2]. В последние десятилетия эпиднадзор усиленно занимается разработкой национальных стратегий по снижению рисков, связанных с пищевыми продуктами. Актуальность проблемы безопасности пищевых продуктов связана с наблюдающимся увеличением числа зарегистрированных вспышек болезней пищевого происхождения. Медико-санитарная и социальная значимость этих болезней для здоровья человека объясняется, в первую очередь, тем, что больше всего они затрагивают детский возраст, беременных женщин, пожилых людей и лиц, которые уже имеют в анамнезе какие-либо другие заболевания. Помимо диареи, одного из самых распространенных симптомов болезней пищевого происхождения, существуют другие достаточно серьезные последствия, в числе которых, нарушения функций почек, печени, головного мозга, нервной системы и, как следствие, смерть [1]. Серьезные осложнения, по факту перенесенного заболевания пищевого происхождения, включают реактивный артрит и полный паралич. Таким образом, болезни пищевого происхождения не только в значительной мере сказываются на здоровье и благополучии населения, но напрямую затрагивают систему здравоохранения.

Цель: провести анализ факторов риска и проблем, связанных с глобальной безопасностью пищевых продуктов.

Материалы и методы. В качестве материалов для проведения аналитического исследования использованы базы данных Роспотребнадзора Волгоградской области и резолюции WHA53.15 по безопасности пищевых продуктов 53-ей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Результаты и обсуждение. В течение последних нескольких десятилетий, особого внимания заслуживают микробиологические риски и болезни пищевого происхождения,

которые они вызывают. Отмечается существенное увеличение распространенности болезней, вызываемых микроорганизмами вида *Salmonella* и *Campylobacter*. Эмерджентные возбудители инфекций, возникших в конце XX века, передающиеся с пищевыми продуктами, делятся на 4 группы: бактериальные (ЕНЕС - *E. coli* O157:H7 и др. серотипы, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella enteritidis* & *typhimurium* DT, *Listeria monocytogenes*, *Yersinia enterocolitica*, *Cronobacter* (*Enterobacter*) *sakazakii*), вирусные (норовирусы, вирусы гриппа A/H5N1, A/H1N1, ротавирусы, вирус гепатита E), субвирусные (прионы) и паразитарные (*Cryptosporidium parvum*). К особо серьезным факторам относятся энтерогеоморрагическая *Escherichia coli*, бактерии рода *Proteus*, *Bacillus cereus* и сульфатредуцирующие клостридии [2, 3]. По прогнозам ВОЗ прирост инфекций, вызванных новыми патогенами, повсеместно будет обусловлен за счёт пищевого пути передачи. химические факторы риска.

Отдельного внимания заслуживает большое число различных химических компонентов, содержащихся в пищевых продуктах. К ним относятся как естественные токсины (микотоксины и морские токсины), так и вредные вещества, содержащиеся в окружающей среде (ртуть и свинец). Помимо этого, в процессе получения и производства используются пищевые добавки, микроэлементы и пестициды, которые, в последствии поступают в продукты питания. Таким образом, комбинированное воздействие нескольких химических веществ, содержащихся в малых количествах, оказывает вредное воздействие, как на эндокринную и нервную систему плода, так и на организм взрослого человека, страдающего иммунодефицитом.

Заключение. Последние тенденции в области производства, обработки, распределения и приготовления пищевых продуктов в мире ставят всё новые проблемы в плане безопасности пищевых продуктов. В последнее время регистрируется увеличение числа людей с недостаточным иммунитетом, что означает увеличение уязвимых групп населения, для которых небезопасные пищевые продукты зачастую являются даже более серьезной угрозой.

Список литературы

1. Безопасность продуктов питания // «Редакция журнала «Экономика сельского хозяйства России». – 2007. – С. 45.
2. Программа безопасности пищевых продуктов - 2002 год «Глобальная стратегия ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов»
3. Сайт Управления Роспотребнадзора по Волгоградской области [Электронный ресурс] <http://34.rospotrebnadzor.ru/>

СКРИНИНГ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА НАЛИЧИЕ ДЕПРЕССИЙ

Иванисов Д.В., Благова Н.В.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования состоит в том, что депрессия, как медико-социальная проблема, является не только самым распространенным психическим заболеванием среди пожилого населения, но и одним из самых трудно диагностируемых состояний, помимо этого количество лиц пожилого возраста в России неизменно растёт, так к 2055 году доля вместе со старческим возрастом составит 40,0% населения.[1] Основными причинами депрессии у пожилых являются: социальное одиночество, финансовые проблемы, состояние соматического здоровья и др.[3,5] Ещё одной, не менее значимой проблемой является недостаточность диагностики и лечения депрессивных состояний, т.к только у

одной десятой пациентов, обратившихся к терапевту, обнаруживаются психические отклонения и лишь не многие из них получают адекватную терапию.[2,4]

Целью данного исследования является оценка симптомов депрессии у лиц среднего и пожилого возраста.

Материалы и методы: в качестве материала исследования были использованы сведения из 30 анкет респондентов среднего и пожилого возраста, которые пребывали в ОКУСО «Областной медико-социальный реабилитационный центр имени преподобного Феодосия Печерского». Каждому пациенту было предложено пройти тесты, один из которых состоял из 21 вопроса, а другой из 12. Вопросы соответствовали специфическим проявлениям, либо симптомам депрессии. Полученные данные представлены в виде таблицы, где пациенты распределены по группам в зависимости от возраста и степени депрессии. Анкетирование проводилось при наличии информированного согласия каждого из респондентов.

Результаты и их обсуждение. Результаты оценки депрессии по шкале Бека представлены ниже:

Показатели степени депрессии лиц, входящих в исследуемую группу

0-9 баллов нормальное состояние - 8 среднего возраста и 8 пожилого возраста

10-18 баллов от легкой до умеренной депрессии - 2 среднего возраста и 6 пожилого возраста

19-29 баллов выраженная депрессия - 2 среднего возраста и 4 пожилого возраста

30-63 баллов тяжелая депрессия - 0 среднего возраста и 0 пожилого возраста

Проведенный анализ ответов респондентов позволил выявить, что по шкале самооценки депрессии Уэйкфилда четыре человека среднего и восемь человек пожилого возраста находятся в состоянии депрессии.

Выводы: таким образом, проведенное исследование выявило, что среди лиц среднего и пожилого возраста 33% и 13% соответственно, находятся в состоянии депрессии.

Список литературы

1. Семченко, Л.Н. Психоэмоциональный статус детей с задержкой психического развития и межличностный отношения в семье / Л.Н Семченко, О.Ю. Герасимова, М.А. Калонина и др. // Вести. ЧОКБ. 2013. – Вып. №3 (22).-с. 34-36.
2. Nancy T. et al. Identifying and treating depression in patients with heart failure // Journal of cardiovascular nursing. – 2004. – Vol. 19, №6S. – P.47-56.
3. Gorska-Ciebiada M. Mild cognitive impairment and depressive symptoms in elderly patients with diabetes: prevalence, risk factors, and comorbidity // Journal of diabetes research. – 2014. Article ID 179648.
4. Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорокина И.Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт. Журн. невропатол. и психиатр. 2001; 2: 35-39.
5. Vanlaere L., Bouckaert F., Gastmans C. Care for suicidal older people: current clinical-ethical considerations // Journal of Medical Ethics, 2007; v. 33: 376-381.

ВЗГЛЯД МУЖЧИН НА СОЗДАНИЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кешвединова А.А., Якименко В.В.

Научный руководитель: Сухарева И.А.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И.Вернадского"

Брачный союз является вершиной семейных отношений. Это исторически изменяющаяся общественная форма отношений между женщиной и мужчиной, посредством которой общество определяет их матримониальные и родственные обязанности и права. Вопрос укрепления брака и улучшения брачной структуры населения тесно взаимосвязан с решением проблемы рождаемости, что затруднено без усвоения механизмов внутрисемейных отношений[1,3].

Проблема целенаправленного изучения отношения современного мужчины к отцовству остается открытой в научном плане и на сегодня. Различные области науки открывают все новые грани в рассмотрении структуры и сущности отцовства, которое как направление социализации появилось гораздо позже направления материнства в социуме [2].

Цель нашего исследования: проанализировать установки молодых мужчин на создание семьи в современных социально-экономических условиях.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 100 мужчин возрастом от 18 до 29 лет. Средний возраст респондентов составил $22,4 \pm 5,5$ года. Специально разработанная анкета-опросник состояла из 45 вопросов. Полученные результаты были обработаны методами описательной статистики в программе Microsoft Office Excel 2007 для Microsoft Windows.

Результаты исследования. 5 % респондентов состоят в официально зарегистрированном браке, 55 % состоят в серьезных отношениях, 40 % на данный момент свободны. 58 % респондентов ответили, что их в отношениях объединяет любовь, 29 % - общие увлечения, 11 % - возможность чувствовать свободу, будучи вместе, 2% - обязательства, долг и время. 49 % мужчин считают, что супругам необходимо иметь похожее мировоззрение и убеждения, 23 % - глубинное понимание жизни, 13 % - единство мнений в воспитании детей, 9 % - похожий отдых и развлечения, 6 % - материальное благополучие. 73 % респондентов ценят в девушках ум и рассудительность, 23% - красоту и привлекательность, и только 4% - умение вести домашний быт. Построение серьезных отношений основывается, прежде всего, на доверии, взаимопонимании и любви у 69 % участников анкетирования; у 22 % - на уважении и заботе; 9 % на общении, сексуальных отношениях и деньгах.

Позиции, что главенство в отношениях принадлежит мужчине и что решения должны приниматься совместно, придерживается одинаковое количество участников анкетирования (по 39 %), 3 % респондентов ответили, что главенство должно быть за женщиной. Зарабатываемые в семье деньги должны составлять общий бюджет - 57 % ответов; 11 % - каждый должен иметь исключительно свои деньги; 32 % - не имеет значения, кто распоряжается финансами. Половина респондентов считают женщин вправе ставить главным в жизни карьеру, 35 % уважают такой выбор, а 15 % не согласны с данным решением. Такое лояльное отношение к желанию женщины добиться определенного статуса объясняется тем, что меньшинство участников анкетирования считают главной ролью женщины в браке рождение детей, ведение домашнего хозяйства (6% и 5 % соответственно); 89% считают, что ее главная роль - быть поддержкой мужу.

46 % респондентов ответили, что для мужчины целесообразнее создание семьи после 27 лет, 42 % - в период 24-26-ти лет, 11 % - в 21-23 года, и всего 1 % - в 17-20-тилетнем возрасте. Участники анкетирования полагают, что для девушек данный показатель несколько ниже: период 23-25 лет - 55 %, 21-23 лет – 25 %, 25-27 лет – 14 % и 17-20 лет – 6 % . 77 % респондентов предпочтут личностный рост и профессиональную

карьеру, а только 21% - личную жизнь. При этом ради семьи готовы отказаться от частого общения или встреч с друзьями 60% участников анкетирования, не смогут этого сделать 15 % и затрудняются в принятии данного решения 25%.

62 % респондентов считают, что после женитьбы лучше некоторое время пожить для себя; 12 % - сразу заводить детей; 26 % затрудняются ответить. В случае незапланированной беременности в браке или до свадьбы прерывание беременности сочтут допустимым 15 % опрошенных, затрудняются ответить 18 %, роды предпочтут 67 %. Двух и более детей хотят 71 % респондентов, одного ребенка или не хотят детей по 6 % респондентов, 17 % относятся к данному вопросу нейтрально.

63 % опрошенных ответили, что минимальный ежемесячный семейный бюджет для молодой семьи с одним ребенком должен быть выше 60 тысяч рублей; 37 % респондентов будет достаточно 45-55 тысяч в месяц. 75 % мужчин очень обеспокоены своим материальным положением и признают, что в данный момент не смогут позволить себе создание семьи и рождение детей. При этом 80% участников анкетирования считают необходимым заранее обеспечить финансовую составляющую получения ребенком образования, 20 % затрудняются ответить.

Выводы. Мужчины положительно относятся к заключению брака и отцовству и хотят иметь двоих и более детей. При этом значительную роль в построении надежных отношений играет единство мировоззрений и убеждений мужчины и женщины. В иерархии ценностных ориентаций мужчин преобладает желание саморазвития, а не личная жизнь. На данный момент большинство мужчин считают свое материальное положение нестабильным, а для создания семьи и рождения детей, по их мнению, необходимо достичь высокого финансового положения.

Список литературы

1. Медведева Е.И., Крошилин С.В. Специфика брачно-семейных отношений молодежи // Проблемы развития территории. - 2018. - №2(94). - С. 123-132.
2. Ростовская Т.К., Шимановская Я.В. Брачно-семейные отношения современной молодежи // Научные ведомости. Серия: Философия. Социология. Право. - 2017. - №3(252). - С. 41-46.
3. Сухарева И.А., Гизатуллина Г.Р. Современный взгляд мужчин на проблему отцовства // Таврический медико-биологический вестник. 2018.-№ 3(21).- С. 97-101.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Клименко А.И., Маликова М.И.

Научный руководитель: Хрипунова А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Среди хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), вносящих значительный вклад в показатели смертности населения в развитых странах мира, лидирующие позиции занимают болезни системы кровообращения (БСК) [1]. В России ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения, и более половины из них (около 57%) приходится на долю БСК [5]. При этом экономический ущерб от этих заболеваний огромен – прямые и косвенные затраты только на лечение БСК ежегодно составляют около 3% ВВП (более 1 трлн. рублей). В обширной нозологической группе БСК среди основных причин летальных исходов и инвалидизации взрослого населения основная доля

приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) [4]. Последние годы проблеме БСК уделяется большое внимание на государственном уровне. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. N 598 предусматривает разработку целого ряда мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи и призванных обеспечить снижение показателей смертности от сердечно-сосудистой патологии к 2020 г. до 551,4 на 100 тыс. населения [4], а 2015 год в России был объявлен «Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Целью нашего исследования стало изучение динамики показателей заболеваемости и смертности от ИБС населения Ставропольского края (СК) с учетом гендерной принадлежности и возраста.

Материал и методы. На основании данных медицинского информационно-аналитического центра и Управления федеральной службы государственной статистики по СК были рассчитаны и проанализированы интенсивные, стандартизованные и по возрасту показатели смертности от ИБС взрослого населения края за период с 2010 по 2016 г. Расчет стандартизованных показателей проводился прямым методом с использованием Европейского стандарта возрастного состава населения. В работе использовали методы описательной статистики: среднее арифметическое и ошибка среднего для непрерывных переменных и проценты для категоризованных переменных.

Сравнение групп по количественным признакам осуществляли непараметрическим методом с использованием U-критерия Манна-Уитни. Различия оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение. БСК занимают первое место в структуре заболеваемости взрослого населения Ставропольского края, их доля в 2016 году составила 19,3%. При этом общее число всех зарегистрированных заболеваний в крае увеличилось на 7,1% (с 1011,5 до 1083,2 на 1000 чел.), преимущественно за счет БСК (рост заболеваемости на 11,2%). В классе болезней системы кровообращения доля ИБС лишь немногим уступает артериальной гипертензии и составляет 22,0%. Смертность от БСК в Ставропольском крае в 2016 г. составляла 666,4 на 100 тыс. населения, что на 62,3% выше, чем в СКФО (410,5 на 100 тыс. населения) и на 8,5% выше, чем в среднем по России (614,1 на 100 тыс. населения). Особую тревогу вызывает тот факт, что по уровню смертности населения от данной патологии Ставропольский край занимает первое место среди регионов СКФО. Стандартизованный коэффициент смертности от БСК в крае уменьшился на 0,8% по сравнению с аналогичным показателем 2015 г. (671,6 на 100 тыс. населения), при этом за период 2011-2016 гг. уменьшение по данному показателю составляло 4,9%. Тенденция к снижению показателей смертности при БСК преимущественно стала проявляться с 2013 года. Однако, несмотря на позитивную в целом динамику, показатели смертности от ИБС имеют неуклонную тенденцию к росту. В 2016 г. этот показатель составил 324,7 на 100 тыс. населения, что на 3,2% выше аналогичных данных 2015 г. (314,6 на 100 тыс. населения) и на 16,4% выше, чем в 2011 г. (271,3 на 100 тыс. населения). В настоящее время ИБС остается среди основных причин смерти взрослого населения Ставропольского края (48,7%). Не может не вызывать беспокойства уровень смертности от БСК лиц трудоспособного возраста. С 2010 по 2013 гг. регистрировалась позитивная тенденция снижения смертности трудоспособного населения от БСК в целом, в том числе и от ИБС.

В Ставропольском крае в 2016 г. впервые были признаны инвалидами вследствие БСК 3,4 тыс. человек, половину из которых составили лица трудоспособного возраста (1,9 тыс.). При этом за период с 2010 по 2016 гг. уровень первичной инвалидности взрослого населения снизился более чем вдвое (с 31,5 до 15,4 на 10 тыс. населения; $p < 0,001$). Наблюдаемые позитивные тенденции в динамике первичной инвалидности вследствие БСК в Ставропольском крае за изучаемый период соответствовали таковым по СКФО и России в целом.

Отмеченное снижение уровня первичной инвалидности свидетельствует о своевременности проводимых профилактических мер, а также о повышении эффективности медицинской помощи. Вместе с тем наличие значительного количества лиц трудоспособного возраста, признанных инвалидами вследствие БСК, обуславливает необходимость дальнейшего совершенствования диспансерного наблюдения и раннего выявления факторов риска у данной категории населения.

Заключение. Таким образом, в Ставропольском крае в последние годы наблюдается негативная тенденция повышения уровня смертности от ИБС, несмотря на внедрение современных методов диагностики и лечения пациентов с заболеваниями органов кровообращения.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЗА 2015 – 2017 ГГ. ПО ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ И РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Коханова Д.А., Борзенкова Е.А., Мамина Ю.Р.

Научный руководитель: Сидорова И.Г.

Оренбургский государственный медицинский университет

Гонококковая инфекция – инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*). Гонококковая инфекция является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).

Ежегодно в мире регистрируется около 60 миллионов случаев этого заболевания.

В Российской Федерации, начиная с 2001 года и по настоящее время, отмечается снижение заболеваемости гонококковой инфекцией. В 2016 году ее уровень составил 14,4 случаев на 100 000 населения. В 2017 году – 11,1 случай на 100 000 населения.

Целью данной работы явился статистический анализ динамики основных показателей по гонорее в Оренбургской области в сравнении с данными по РФ за период с 2015 – 2017 гг.

Материалы и методы: Официальные статистические данные за период с 2015 – 2017 гг. кожно – венерологического диспансера г. Оренбург, данные Роспотребнадзора по РФ, статистический сборник Министерства здравоохранения РФ.

Результаты и обсуждение: По данным кожно – венерологического диспансера г.Оренбург в период с 2015 – 2017 гг. в Оренбургской области произошел спад заболеваемости гонококковой инфекцией среди всех групп населения. В 2015 году данный показатель достигал 30,5 на 100 тыс.населения, в 2016 году - 20,0, а в 2017 году – 25,3. Абсолютный прирост в 2016 году составил – 10,5, в 2017 году – 5,3 на 100 тыс.населения.

При более детальном изучении вопроса распространённости по Оренбургской области в период с 2015 – 2017 гг. был сделан следующий вывод о том, что наибольшее распространение среди данных районов Оренбургской области приходится на г. Орск в 2015, 2016 и 2017 г. : в 2015 г. - 30,8 на 100 тыс. населения, в 2016 г. - 25,5 на 100 тыс. населения, в 2017 г – 54,6 на 100 тыс. населения. Наименьшее распространение в Соль-Илецком районе и составило в 2017 году – 3,9 случаев на 100 тыс. населения.[1]

При более детальном изучении, мы использовали официальную статистику Оренбургской области, в частности данные о распространённости гонорее среди отдельных возрастных групп.

Всего зафиксировано случаев в 2017 году – 502. Таким образом абсолютный прирост составил 104 случая к показателю за 2016 год.

Из них (на 100 тыс. населения): в возрасте от 15-17 лет – 7 (абсолютный прирост -2), 18 – 29 лет – 224 (абсолютный прирост - 9), от 30 – 39 лет - 180 (абсолютный прирост 71), от 40 лет и старше – 91 (абсолютный прирост 44). [2]

По данным Роспотребнадзора, в 2015 году в сравнении с 2014 г. заболеваемость в РФ снизилась на 22,3%, в 2016 г. в сравнении с предыдущим годом – на 22,1%, в 2017 г. – на 22,9%. [3]

Снижение заболеваемости связано с профилактикой ИППП. Это осуществляется за счет укрепления и расширения материально – технических баз кожно – венерологических учреждений, раннее выявление, повышение санитарной культуры населения в вопросах профилактики ИППП.

Вывод

1. В связи с проведенным исследованием исходя из данных кожно – венерологической службы, Роспотребнадзора и статистической службы РФ была выявлена тенденция к росту заболеваемости гонореей по Оренбургской области в целом, с наибольшим преобладанием в г. Орске, несмотря на снижение таковых показателей по Российской Федерации.

2. Наибольший рост заболеваемости отмечается в возрастной категории 18 – 29 лет как среди женщин, так и среди мужчин.

Список литературы

1. Статистический ежегодник 2017 по Оренбургской области, раздел 8/центр статистических изданий и информационных услуг – Оренбург 2017 г. – с.232
2. Статистический ежегодник 2016 по Оренбургской области, раздел 8/центр статистических изданий и информационных услуг – Оренбург – 2016 г. – с.232
3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [Электронный ресурс] // Инфекционная заболеваемости в Российской Федерации – Москва, 2018г. – с.135

ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКАЯ И ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОГО ОСЕТИНСКОГО ГРАДОНАЧАЛЬНИКА - ГАППО БАЕВА

Коцоева Г.А.

Научный руководитель: Тедеева У.Ш.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Гаппо Баев – выдающийся представитель осетинской интеллигенции, правовед, государственный и общественный деятель Осетии, ученый публицист, просветитель, первый градоначальник города Владикавказ. Творческое наследие Гаппо Баева охватывает небывалой широты горизонты: его перу принадлежат различного характера публицистические литературные статьи, исторические и экономические очерки, наброски правовых документов, касающиеся различных сфер жизни осетинского общества. Помимо этого Гаппо Баев задавался проблемами национально-государственного устройства России, вопросами теории и истории государства и права.

Актуальность темы. Неизвестные страницы жизни родного края в любое историческое время представляются достаточно актуальными. Обозначенная выше тема является реализацией давнего желания исследовать малоизученные стороны истории города Владикавказ и сохранить в памяти потомков имена людей, чей вклад в процветание Отчизны неоценим.

Цель исследования. Вовлечение в научный оборот ранее неизученных архивных материалов и знакомство поколения молодых людей нашего столетия с деятельностью яркого представителя осетинской интеллигенции начала XX в.

Задача исследования. Анализ различного рода источников информации по теме исследования (в том числе архивных, ранее неиспользуемых) и определение вклада Гаппо Баева в дело процветания осетинского социально-культурного просвещения.

Материалом для исследования послужила информация из личного фонда Георгия Баева, архивные данные СОИГСИ, а также публицистические статьи из газеты «Северная-Осетия».

Результаты исследования. На основе проделанной работы проанализирована и дана оценка деятельности Гаппо Баева в сфере политического и культурного просвещения Северной Осетии конца XIX-начала XX в. Им был оформлен «Проект объединения Северной и Южной Осетии», который в силу обстоятельств не был воплощен в жизнь; В статье «Из жизни осетин. Калым» Гаппо Баев приветствует прогрессивные начала в жизни родного народа, возникшие в пореформенный период, отвергает старые идеалы, которые «уже клеймятся позором самим народом и отходят в область предания, как отголоски невозвратного прошлого». Георгий Васильевич собирал памятники осетинского народного творчества, а некоторые из них переводил и публиковал на русском языке. Благодаря его вкладу, было издано восемь брошюр на осетинском языке, но самое ценное в них произведения осетинского фольклора. Ему же принадлежит инициатива издания поэмы «Æфхæрдты Хæсанæ» и сборника «Ирон фаендыр» пера Коста Хетагурова. По территории всей республики повсеместно открывались школы, духовные семинарии. Гаппо Баевым были организованы курсы для обучения женщин-осетинок медицине, тем самым переопределив распространение высшего медицинского образования на территории Осетии. Им была распространена финансовая и банковская система, из-за чего он множество раз подвергался критике.

Выводы. Гаппо Баев один из немногих осетинских управленцев, внёсший вклад в становление осетинской республики во всех сферах жизни горцев. Он характеризовался прогрессивными взглядами, ясными социально-культурными воззрениями.

ДИНАМИКА УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Крайник И. О., Шикова И. В., Бугашев К.С.

Научный руководитель: Агарков В.И.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Учебная деятельность студентов в современных учебных заведениях сопряжена с высоким умственным и эмоциональным напряжением. Умственная работоспособность (УР) выступает как интегральный показатель, позволяющий своевременно диагностировать развитие утомления и ранние нарушения здоровья. Поэтому целью нашей работы является оценка динамики умственной работоспособности у студентов медиков в различные периоды обучения.

Материал и методы. Изучены и проанализированы литературные источники, интернет источники и материалы статистических сборников Республиканского Центра организации здравоохранения, медицинской статистики и информационных технологий МЗ ДНР. Для изучения умственной работоспособности применяли таблицы Анфимова по общепринятой методике. Статистическая обработка проводилась по методике вариационной статистики с использованием прикладных программ Statistica.

Результаты. Наблюдения проводились за 70 студентами, относящимися к I группе здоровья. Количество проб составило 972. Рассчитывались показатели скорости переработки информации и количества допущенных ошибок. Оценка происходила в различные периоды обучения: начало, середина и конец учебного года, так же по дням недели.

В начале учебного года динамика скорости переработки информации в рамках одной недели падает к концу учебных занятий во все дни недели: в понедельник – $528,6 \pm 14,4$ зн./мин; в пятницу – $450,0 \pm 12,5$ зн./мин. Самый значительный спад составил в конце учебного года: в понедельник – $454,1 \pm 14,0$; пятницу – $398,7 \pm 13,0$.

Характерной чертой годовой динамики умственной работоспособности является значительное ухудшение к концу учебного года по всем дням недели: в понедельник – с $528,6 \pm 14,4$ зн./мин. до $451,1 \pm 14,0$ зн./мин.; в пятницу – с $450,0 \pm 12,5$ зн./мин. до $398,7 \pm 13,0$ зн./мин.

На основе качественных показателей студенты распределяются по уровню работоспособности на 3 группы: высокой (61,8%), средней (34,7%), и низкой (3,5%) работоспособностью.

Выводы. Изменение динамики показателей умственной работоспособности студентов указывает на значительное утомление их в течение учебного года. Уровень показателей в первой половине учебного года значительно выше, ко второму семестру показатели снижаются: находятся на низком уровне в начале недели и резко падают к ее концу.

Недельная динамика умственной работоспособности указывает на то, что после отдыха не происходит полного восстановления исходных показателей функционального состояния организма студента, отмечается накопление утомления.

Результаты исследования указывают на неспособность организма студента полностью адаптироваться к данной учебной нагрузке, что отражается на успеваемости и на общем показателе здоровья данного контингента.

Список литературы

1. Агарков В.И., Швыдкий О.В. Закономерности умственной работоспособности студентов в процессе обучения в средних медицинских учебных заведениях. // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2001. - Т.5, №2. - С.212-215.
2. Геворкян Э.С., Даян Э.В., Адомян Ц.И. Изменения некоторых психофизиологических показателей студентов в период экзаменационной сессии. // Гигиена и санитария. – 2002. - №3. - С.41-44.
3. Корнильцева О.С. Результаты исследования психофизиологического статуса студентов 1-2 курсов Иркутского госуниверситета. // Мат. междун. н.-практ. конф. «Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья молодежи Сибирского региона». Иркутск, 2007. - С.95-97.
4. Митяев А.С. Общие закономерности изменения работоспособности студентов в учебном дне, году, семестре, типы умственной работоспособности. / <http://top.mail.ru> (2005).
5. Швыдкий О.В. Особенности образа жизни и его значение в формировании здоровья студентов. // Медико-социальные проблемы семьи. - 2002. - Том 7, №2. - С.41-45.

ПРОБЛЕМА ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Ледовская А.С.

Научный руководитель: Симонян Р.З.

Курский государственный медицинский университет

Целью данной работы является изучение проблемы оказания паллиативной помощи в России. Необходимо изучить правовые аспекты и общественное мнение относительно вопроса оказания паллиативной помощи. Для изучения этой проблемы использовался метод социологического опроса.

Материал и методы:

Использовался метод статистического анализа полученных данных.

Результаты и обсуждение:

17 марта 2019 года в силу вступил закон о паллиативной помощи. Этот закон внесет ряд изменений в действующий закон об охране здоровья[3]. Проблема данной сферы медицины в нашей стране стоит остро, так как ответственность за последние месяцы жизни тяжелобольных пациентов ложится на родственников; существует ряд трудностей, связанных с получением сильнодействующих обезболивающих препаратов. Эти факторы влияют на увеличение числа самоубийств среди онкобольных[2]. Паллиативная помощь направлена на адекватное обезболивание и купирование других тяжелых симптомов заболевания; психологическую поддержку больного и родственников, ухаживающих за ним; выработка отношения к смерти как к закономерному этапу жизненного пути человека; решение социально-юридических и этических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти человека[1]. Паллиативная медицина может помочь при: раке, ВИЧ-инфекции, тяжелой почечной, сердечной недостаточности, терминальной стадии легочных заболеваний, прогрессирующих неврологических и других смертельных заболеваниях[4]. Для оценки уровня осведомленности людей был проведен соцопрос, респондентами стали студенты КГМУ. Среди опрошенных: студенты лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического, фармацевтического, биотехнологического факультетов, факультетов экономики и менеджмента и клинической психологии. В опросе участие принял 231 человек, большинство респондентов – студенты лечебного факультета (52,4%). Наибольшее количество опрошенных – студенты 1 курса (48,9%). 64,9% респондентов ранее были осведомлены о том, что такое паллиативная помощь, что говорит о важности этой проблемы. Подавляющее большинство опрошенных (93,9%) уверены, что государство должно оказывать материальную и социально-психологическую помощь тяжело больным гражданам. Среди опрошенных 45,9% людей имеют примерное представление о том, на базе каких учреждений оказывается паллиативная помощь, 31,6% респондентов не осведомлены по этому вопросу. Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях[5]. 67,5% опрошенных считают, что закон «О внесении изменений в Федеральный закон ... по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» поможет изменить нынешнюю ситуацию, связанную с помощью тяжело больным людям. Большинство респондентов (91,8%) считают необходимым создание центров паллиативной помощи во всех субъектах РФ. Действительно, количество специализированных центров, оказывающих паллиативные услуги (больничные стационары, дома престарелых, службы медицинского патронажа), в десятки раз меньше, чем количество требующих помощи. В таких условиях ответственность возлагается на альтернативные организации (хосписы, патронажные бригады, общественные структуры и объединения волонтеров, религиозные объединения, дома милосердия при монастырях). Большинство опрошенных (49,4%) считают, что оказание паллиативной помощи возможно на дому пациента, и это, действительно, стало возможным после вступления в

силу закона «О внесении изменений в Федеральный закон ... по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи». Участие религиозных организаций в оказании паллиативной помощи, по мнению респондентов, возможно только в том случае, если это необходимо пациенту (74%); 71,9% опрошенных считают, что необходимо участие волонтеров; 80,1% считают, что необходимо оказание медработниками моральной помощи родственникам. Согласно Федеральному закону, медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками пациента, волонтерами, религиозными организациями и организациями социального обслуживания. По мнению 74,9% респондентов наиболее важно при уходе за неизлечимо больным пациентом - уменьшить боль и улучшить качество жизни; у 21,2% опрошенных (или их родственников) возникала необходимость использования паллиативной помощи; 47,2% считают, что упор на паллиативную помощь не помешает усилиям по продлению жизни пациента. Мнения касательно целесообразности траты столь большого количества денег (которые могли быть потрачены на поддержание качества жизни больного на приемлемом уровне) на безуспешные попытки продлить жизнь тяжелобольным пациентам разделились почти в равной степени: 31,2% считают, что траты слишком большие, 25,1% не поддерживают это мнение, 43,7% затруднились ответить. Действительно, оказание паллиативной помощи на дому стоит дешевле, чем содержание в стационаре.

Закключение: проблема паллиативной медицины до сих пор остается спорной, так как существует ряд мнений, считающих, что выбор в пользу ухода и поддержания жизни тяжелобольных пациентов на приемлемом уровне может помешать развитию медицины и совершенствованию лечения летальных заболеваний. Однако ясно - приоритетной задачей в вопросе ухода за смертельно больными людьми в первую очередь является облегчение страданий пациента. Вероятно, об успехах и трудностях в области паллиативной медицины в России можно будет судить только через несколько лет.

Список литературы

1. Пашина И.В., Симонян Р.З. Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. – 414. –
2. Прыкин А.В., Шаронов А.Н. Об оказании паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 4. – с. 9 - 12. –
3. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» от 06.03.2019г № 18-ФЗ

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ Г. ЯКУТСКА

Луцкан И.П., Борисова Н.В.

Научный руководитель: Саввина Н.В.

Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова

В тезисах рассмотрены вопросы, связанные с внедрением в деятельность государственных учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия) (далее РС(Я)) стандартов качества и оценка по результатам их внедрения в части информированности пациентов о получении услуги (доступность, открытость информации), комфортности условий предоставления услуг, времени ожидания предоставления услуги, отношения персонала к пациентам (вежливость, доброжелательность), компетентности персонала и

общего уровня удовлетворенности оказанной услугой. По результатам исследования сделаны выводы, которые позволяют организаторам здравоохранения провести соответствующую корректировку процессов управления организацией.

Повышение эффективности управления здравоохранением является важнейшим фактором улучшения качества, культуры и доступности медицинской помощи на основе рационального использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов. В системе здравоохранения процесс управления направлен на удовлетворенность населения предоставлением медицинских услуг. В Республике Саха (Якутия) в августе 2016 года подписан Указ Главы РС(Я) «О мерах по улучшению медицинского обслуживания и совершенствованию качества медицинской помощи в Республике Саха (Якутия)». Мы провели в 2018 году социологическое исследование среди медицинских организаций г.Якутска с целью исследования выявления уровня удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг детскому населению г.Якутска.

Объект исследования – медицинские услуги, полученные населением столицы республики в медицинских учреждениях в последние два календарных года (год, в котором проводится исследование, и предшествующий календарный год).

Предмет исследования – общественное мнение населения г.Якутска о качестве предоставления медицинских услуг детскому населению в медицинских учреждениях.

Всего в исследовании приняли участие 340 человек.

Метод сбора первичной социологической информации - опрос населения проводился методом личного формализованного интервью «face-to-face» по месту жительства респондентов. Метод анализа социологической информации: анализ линейных распределений, корреляционный анализ. Основные примененные методы сбора социологической информации: метод анкетного опроса. Метод анализа социологической информации: анализ линейных распределений, корреляционный анализ.

По результатам исследования было выявлено, что свыше 70% посетителей медицинских учреждений получали информацию в помещениях, где они расположены. Достаточно высок уровень удовлетворенности качеством информации среди тех, кто получил данные сведения – 65%. Только 15,8% получателей медицинских услуг воспользовались информацией размещенной на официальных порталах медицинских организаций г. Якутска. При этом удельный вес удовлетворенных и недовольных качеством предоставляемых сведений о работе и порядке предоставления медицинских услуг поликлиники примерно одинаков.

Свыше 60% опрошенных родителей отметили, что записывались на прием к специалистам в регистратурах медицинских учреждений. При этом три четверти участников опроса заявили, что знают об иных способах записаться дистанционно.

Свыше половины опрошенных получили медицинскую помощь детям в день записи на прием.

В среднем продолжительность ожидания приема к детскому врачу составляет 76 минут.

Таким образом, абсолютное большинство (80%) респондентов устраивает удобство расположения поликлиник, к которым они приписаны. Свое недовольство выражают немногим более 10% респондентов.

Свыше 70% участников опроса удовлетворены общим состоянием помещений своих лечебных учреждений. При этом большинство пациентов Поликлиники №1 считают, что учреждению необходимо новое здание.

Неоднозначны оценки комфортности ожидания приема - доли позитивных и отрицательных характеристик данного показателя практически равны.

Свыше 70% опрошенных родителей высоко оценили культуру обслуживания (вежливость, доброжелательность) и профессионализм своих участковых педиатров.

На фоне высокого удельного веса затруднившихся ответить, примерно половина опрошенных родителей положительно оценивает культуру обслуживания и компетентность узких специалистов.

Участники опроса выразившиеся недовольство профессионализмом и компетентностью как участковых педиатров, так и узких специалистов, чаще всего жалуются на отсутствие заключения по состоянию здоровья пациентов и рекомендаций по диагностике и лечению. Более 70% респондентов готовы рекомендовать свою поликлинику друзьям, знакомым и коллегам. Практически 80% участников опроса в целом довольны полученными медицинскими услугами в поликлиниках г. Якутска.

Также можно сделать вывод о высокой культуре обслуживания (вежливость, доброжелательность) и профессионализм своих участковых педиатров, такие оценки более 70% опрошенных, а также и узких специалистов на фоне высокого удельного веса затруднившихся ответить, примерно половина опрошенных родителей положительно оценивает культуру обслуживания и компетентность этих врачей. Организаторам здравоохранения следует провести работу с врачебным персоналом по даче заключения по состоянию здоровья пациентов и рекомендаций по диагностике и лечению, т.к. пациенты, выразившие свое недовольство профессионализмом и компетентностью, как участковых педиатров, так и узких специалистов, чаще всего жалуются именно на отсутствие таковых заключений.

По результатам нынешнего исследования можно говорить о том, что реализация Указа Главы РС(Я) дала положительный эффект и качество медицинских услуг детскому населению в поликлиниках г. Якутска оценивается заметно выше, чем среди ранее проведенных исследований.

**СОСТОЯНИЕ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО -
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ
СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ – АЛАНИЯ В 1990-2014 ГГ.**

Ляднов А.М., Агузарова М.Р.

Научный руководитель: Хутиев Ц.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Заболеваемость злокачественными новообразованиями повсеместно растет.

Цель исследования: Совершенствование онкологической помощи населению Республики.

Материалы и методы: Формы государственной статистической отчетности Республиканского онкологического диспансера (РОД): №7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями»; №35 «Сведения о больных с злокачественными новообразованиями», данные канцер- регистра 2004 - 2014 гг.; №5 (таблица С51) «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти»; Таблица 2РН «Численность населения по полу и возрасту» по ГОССТАТ Республики.

Обработка данных с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Проведен анализ основных показателей состояния онкологической помощи в РСО Алания в динамике.

Полученные результаты: За 25 лет в РОД под наблюдением находилось 45 498 больных раком всех локализации. Мужчины составили 20 720 (45,5%) и женщины 24 778 (54,5%). Средний возраст мужчин 63,1 г., женщин-63,4 г. и обоих полов-63,2 г. Детей до 14 лет мужского пола было 0,9 %, женского 0,6% и обоих полов 0,7%. В 15-49 лет мужчин-

12,6%, 50-69 лет-51,2%, 70 лет и старше -35,3%. В трудоспособном возрасте-20,9%, 15-29 лет -1,7 %, 30-59 лет-36,6%, в пожилом и старческом- 66, 8% больных. Женщины 15-49 лет составили-16,9%,50-59лет-44,8%, 70 и старше-37,7%. В трудоспособном возрасте-25,4 %, 15-29 лет- 1,8 %, 30-59 лет-33,8%, в пожилом и старческом возрасте 63,8%. Мужчины и женщины в 15-49 лет составили 14,9%, 50-69 лет-47,7 %, 70 лет и старше -36,7%. В трудоспособном возрасте было 23,4%, 15-29 лет-1,7%, 30-59лет-32,4%, в пожилом и старческом возрасте-65,2%. «Грубый» показатель заболеваемости за весь период наблюдения составил в среднем у мужчин 260,7, у женщин 269,2 и обоих полов 265,3 на 100 000 населения, а стандартизированный (мировой стандарт)-201,1, 160,7 и 165,9 соответственно. Усредненный пятилетний «грубый» показатель заболеваемости (2010-2014гг.) по сравнению с аналогичным показателем(1990-1994гг.) вырос у мужчин в 1,3 раза, у женщин 1,6 и обоих полов в 1,5 раза, и стандартизированный и у мужчин и у женщин в 1,5 раза. Из наблюдаемых за это время больных умерло 27403(60,7%), мужчин - 12376(45,1%) и женщин 15036 (54,9%). Детей до 14 лет мужского пола умерло 1,5 %, 15-49 лет -20,3 %,

50-69 лет -52,5%, 70 лет и старше-25,7%. В трудоспособном возрасте 15-59 лет-31,1% и пенсионном - 66,7%. 15-29 лет -2,8 %, 30-59 лет - 43,5% и пенсионном возрасте 52,1%. Детей женского пола до 14 лет умерло-1,0%, 15-49 лет-26,4 %, 50-69 лет - 48,6%,70 лет и старше -24,1%.В трудоспособном возрасте 15-54 лет - 37,8% и пенсионном -61,2%. Детей женского и мужского пола до 14 лет умерло 1,2% 15 - 49 лет -23,7% 50-69 лет -50, 3% 70 лет и старше 24,8%. В трудоспособном возрасте 15-59 лет -35,1% и пенсионном 63,7%. В 15-29 лет - 2,8%, 30-59 лет - 46,1% и пенсионном возрасте - 49,9%. « Грубый » показатель смертности за все время наблюдения составил в среднем у мужчин 156,3, женщин 163,9 и обоих полов 160,2 на 100000 населения, а стандартизированный-135,4, 121,6 и 124,4 соответственно. Усредненный «грубый» показатель 2010-2014 года по сравнению с показателем 1990-1994 гг. вырос незначительно: у мужчин в1,04 раза, женщин1,13 и обоих полов в 1,08 раз.

Стандартизированный показатель у мужчин снижен в 0,8 раз, у женщин вырос в 1,07 раз и обоих полов не изменился. Активная выявляемость больных раком составил в среднем 8,6% морфологическая верификация диагноза 83,7%.В I-II стадии заболевания выявлено в 51,1%, III-24,0% и IV стадию 23,8 %, у 1,1% стадия опухоли не установлена. Летальность на первом году после установления диагноза составляет 26,5% в среднем. Отношение показателя одногодичной летальности и запущенность (IVстадии) заболевание больше единицы(1,1).Это свидетельствует о частоте клинических ошибок в оценке распространенности опухолевого процесса. Выживаемость 5 лет и более составило по официальным данным 51,8%.Только хирургическое лечение получили-35,6%, лучевое-22,9%, комбинированное -34,3 %, химиолучевое 1,7% и только лекарственное-4,8%.

Вывод: Заболеваемость злокачественными новообразованиями среди населения Республики растет, смертность остается высокой и не снижается за изучаемый период времени, активная выявляемость больных и выявляемость заболевания в ранней стадии низкая, запущенность высокая. Необходим качественный скрининг населения группы риска на рак, активизировать первичную профилактику, противораковую пропаганду, пропаганду здорового образа жизни среди населения через средства массовой информации.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В СУБЪЕКТАХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2014 – 2018 гг.

Мальцева Е.С., Шишнев А.С.

Научный руководитель: Чагаева Н.В.

Кировский государственный медицинский университет

Туберкулёз – инфекционное заболевание, поражающее людей и животных, вызываемое микобактериями туберкулеза [3]. Туберкулёз представляет собой одну из наиболее актуальных проблем практического здравоохранения [4]. Являясь социально значимым заболеванием, он стал своего рода индикатором, как медико – социального, так и экономического благополучия любого государства [2]. Эпидемиологическая обстановка с туберкулёзом в Российской Федерации постепенно улучшается, но остаётся весьма напряжённой. В последние годы темпы снижения эпидемиологических показателей туберкулёза ускорились [5]. Российская Федерация является государством, где меры по борьбе с данной инфекцией носят государственный характер [1]. Для совершенствования государственной системы мониторинга эпидемиологических показателей по туберкулёзу разработана единая система учёта и контроля эффективности лечения больных [1].

Цель: Дать сравнительную оценку показателям заболеваемости туберкулёзом в субъектах Приволжского федерального округа (ПФО) за 2014 – 2018 гг.

Задачи: 1. Изучить данные статистической отчётности, связанные с туберкулёзом по ПФО в целом и по отдельным субъектам за 2014 – 2018 гг. 2. Рассчитать и дать оценку стандартизованному риску заболеваемости туберкулёзом для субъектов ПФО. 3. Проанализировать изменения уровня заболеваемости туберкулёзом в ПФО и Кировской области (КО) за последние 5 лет.

Материалы и методы: Для изучения показателей заболеваемости туберкулёзом использовались данные из сборников «Социально значимые заболевания населения России» Министерства Здравоохранения РФ за 2014 – 2018 годы. Уровень заболеваемости представлен количеством случаев туберкулёза на 100000 населения. Оценка динамики уровня заболеваемости туберкулёзом выполнена с использованием показателей временного ряда: абсолютный прирост и темп прироста (ТП). Сравнительная оценка уровня заболеваемости туберкулёзом выполнена с помощью стандартизованного относительного риска и его 95% доверительных интервалов. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Показатель относительного стандартизованного риска заболеваемости туберкулезом в Пермском крае в 2014 г. равнялся 1,32 (0,94–1,85), в 2015 г. – 1,51 (1,08–2,12), в 2016 г. – 1,47 (1,04–2,09), в 2017 г. – 1,56 (1,08–2,25), в 2018 г. – 1,6 (1,1–2,35). В Оренбургской области данный показатель составлял в 2014 г. 1,38 (0,99–1,93), в 2015 г. – 1,41 (1,0–1,99), в 2016 г. – 1,43 (1,0–2,03), в 2017 г. – 1,37 (0,94–1,99), в 2018 г. – 1,45 (0,98–2,14). В Самарской области показатель относительного стандартизованного риска заболеваемости туберкулезом в 2014 г. составил 1,49 (1,07–2,08), в 2015 г. – 1,38 (0,98–1,95), в 2016 г. – 1,47 (1,03–2,09), в 2017 г. – 1,39 (0,96–2,02), в 2018 г. – 1,27 (0,85–1,9). ТП заболеваемости туберкулезом за 2014 – 2018 гг. составил в ПФО (-26,4%), а в КО – (-37,0%).

Выводы. При расчёте стандартизованного относительного риска заболеваемости туберкулёзом на протяжении последних пяти лет определен статистически значимый уровень в Пермском крае, Оренбургской и Самарской областях. Как в ПФО, так и в КО с 2014 по 2018 годы выявлено стабильное снижение заболеваемости туберкулезом, что является результатом совместной планомерной работы органов здравоохранения и правительства, улучшением качества диагностики, проведением диспансеризации.

Список литературы

1. Вычугжанина Е.Ю. Эпидемиологические показатели по туберкулёзу в Кировской области / Е.Ю. Вычугжанина, В.Г. Новиков // Вятский медицинский вестник. – 2013. – №1. – С. 32 – 35.
2. Махкамова З.Р. Современные особенности эпидемиологии туберкулёза в Республике Крым / З.Р. Махкамова, Т.Н. Голубова, Г.Н. Сани-на, И.Ю. Ткаченко // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2017. – Вып.67. – С.37 – 42.
3. Мишин В.Ю. Фтизиатрия : учебник / В.Ю. Мишин, С.П. Завражнов, А.В. Митронин, Ю.Г. Григорьев — 2-е изд.- перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 520 с.
4. Нечаева О.Б. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей по туберкулёзу в Российской Федерации / О.Б. Нечаева // Туберкулёз и болезни лёгких. - 2012. - №8. - С. 16 – 22.
5. Шилова М. В. Взгляд на эпидемическую ситуацию с туберкулёзом в Российской Федерации (в современных социально - экономических условиях) /М.В. Шилова// Russian electronic journal of radiology. - 2014. - Том 4. - №1. - С. 34 – 41.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ КАТАРАКТЫ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Машковцева Т. И.

Научный руководитель: Мильчаков Д. Е.

Кировский государственный медицинский университет

В Российской Федерации среди больных катарактой лидирующее место (76-80%) занимают лица пенсионного возраста. При этом отмечается достаточно четкая тенденция к увеличению числа больных в группе трудоспособного возраста (до 55 лет), при котором значимость данного заболевания в структуре причин инвалидности по зрению составляет около 6%. Необходимо изучить частоту встречаемости катаракты у лиц старше 50 лет, среднюю стоимость эффективного лечения и сравнить ее со средней заработной платой населения.

Актуальность

В структуре слепоты и слабовидения возрастная катаракта занимает одно из ведущих мест в мире. По данным ВОЗ, катаракта является самым распространенным заболеванием глаза в мире, приводящим к слабовидению и слепоте. Количество больных по итогам 2012 года в 81 регионе РФ составила 959 345 человек. Данное заболевание возросло, по сравнению с 2011 годом, на 4 111 случаев.

Материалы и методы

Для изучения ситуации был использован статистико-аналитический метод с последующей обработкой и публикацией результатов.

Результаты исследования

Лечение катаракты можно разделить на хирургическое и консервативное. Показания к хирургическому лечению подразделяют на медицинские и профессионально-бытовые. К первой группе относят вывих и подвывих хрусталика, развитие вторичной глаукомы, а также перезрелую и набухающую катаракту. К группе профессионально-бытовых показаний главным образом относят остроту зрения, сохранность бинокулярного зрения, сохранность поля зрения.

Один из видов эффективных операций по удалению хрусталика – это экстракапсулярная экстракция катаракты. В ходе этой операции извлекается ядро хрусталика без удаления задней капсулы, что позволяет сохранить барьер между

полостью стекловидного тела и передним отрезком глаза. Средняя стоимость данной операции в Российских клиниках колеблется от 10 000 рублей до 50 0000 рублей, без включения стоимости имплантации интраокулярной линзы. Средняя стоимость операции с имплантацией интраокулярной линзы составила 108 000 рублей. Данные представлены без включения стоимости анализов.

Консервативное лечение катаракты проводится только на начальных стадиях. Оно основано на применении глазных капель (капли Смирнова, катахром, витаиодурол, витафакол, вицеин), заместительной терапии в виде витаминов (рибофлавин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота), цистеина. Главные недостатки консервативного лечения состоят в том, что использование лекарственных средств не ведет к рассасыванию уже образовавшихся помутнений, а только замедляет их прогрессирование; лечение длительное, продолжительностью 6 месяцев и более. Стоимость капель варьируется от 550 до 1400 рублей, заместительная терапия – 55-100 рублей.

Вывод

Таким образом, на данный момент для лечения катаракты применяют и консервативное, и хирургическое лечение. Проанализировав среднюю стоимость хирургического лечения (108 000 рублей) как наиболее эффективного и средний доход населения России за 2019 год, который составил 42 595 рублей, можно сделать вывод, что профилактика данного заболевания должна стоять на первом месте. Но имея полис ОМС, пациент может получить в поликлинике направление на бесплатную процедуру замены хрусталика и имплантации линзы. Но при данном виде операции осуществляется большой разрез на глазном яблоке и вместо хрусталика внедряется искусственная линза, функциональность которой снижена. После завершения процедуры накладывают швы, которые впоследствии могут препятствовать нормальному функционированию зрения.

Список литературы

1. Брачевский, С. Л. Распространенность нарушения зрения вследствие катаракты по данным исследования RAAB в Самаре / С. Л. Брачевский, Б. Э. Малюгин // Офтальмохирургия. – 2013. - № 3. – С.82-85.
2. Либман, Е. С. Инвалидность вследствие нарушения зрения в России. / Е. С. Либман, Д. П. Рязанов, Э. В. Калеева // Сб. науч. тр./РООФ – 2012. – Москва. 2012. – Т. 2. – С. 797-798.
3. Орлова О.М., Трубилин В.Н. Хирургия катаракты как медико-социальная проблема/ О. М. Орлова, В. Н. Трубилин // Социология медицины. – 2017. - № 16 (2). – С. 119 – 122.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ГЛАУКОМЫ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Машковцева Т. И.

Научный руководитель: Мильчаков Д. Е.

Кировский государственный медицинский университет

С возрастом организм человека претерпевает различные изменения особенно в 50 лет и старше. К 2025 году около 50 миллионов людей в возрасте 60 лет будут иметь различной степени интенсивности помутнения хрусталика. Такие данные нам приводит отдел народонаселения ООН. Необходимо изучить структуру заболеваемости

стекловидного тела у лиц старше 50 лет, среднюю стоимость эффективного лечения и сравнить ее со средней заработной платой населения.

Актуальность

Среди лиц трудоспособного возраста болезни глаз встречаются с частотой 6505:100000. Из них аномалия рефракция составляет 42%, воспалительные заболевания и наружного сегмента - 14,8%, катаракта - 8,4%, глаукома - 5,5%, дегенерация макулы - 1,5%.

Материалы и методы

Для изучения ситуации был использован статистико-аналитический метод с последующей обработкой и публикацией результатов.

В лечении глаукомы существует три метода: консервативный, лазерный и хирургический.

В настоящее время медикаментозное лечение глаукомы проводится по трем основным направлениям: терапия, направленная на снижение внутриглазного давления (офтальмогипотензивная терапия); терапия, способствующая улучшению кровоснабжения внутренних оболочек глаза и внутриглазной части зрительного нерва; терапия, направленная на нормализацию обменных процессов (метаболизма) в тканях глаза с целью воздействия на дистрофические процессы, характерные для глаукомы. Лекарственные средства, применяемые при лечении глаукомы, подразделяются на две большие группы: средства, улучшающие отток внутриглазной жидкости из глаза и препараты, угнетающие продукцию водянистой влаги. Стоимость глазных капель 50-200 рублей, но главный недостаток терапии заключается в том, что препараты оказывают парадоксальный эффект – после его введения давление не только не снижается, а может повышаться.

Лазерная хирургия глаукомы направлена на устранение внутриглазных блоков, возникающих на пути оттока внутриглазной жидкости в глазу. Лазерная иридэктомия (иридотомия) заключается в формировании небольшого отверстия в периферическом отделе радужки. Операция показана при первичной открытоугольной глаукоме, которая не поддается компенсации с помощью лекарственной терапии. Манипуляция выполняется под местной анестезией. На глаз устанавливается специальная гониолинза. Стоимость варьируется от 5 000 рублей до 22 000 рублей. Цены представлены на 1 глаз.

К хирургическому лечению относится трабекулэктомия, которая позволяет создать новые пути оттока внутриглазной жидкости из передней камеры глаза под конъюнктиву. Суть операции заключается в удалении части трабекулярной ткани и создании прямого сообщения между передней камерой и подконъюнктивальным пространством. Стоимость от 11 000 до 22 000 рублей, без стоимости дренажа. Цены представлены на 1 глаз.

Непроникающая глубокая склерэктомия. Эта операция показана при открытоугольной глаукоме и в настоящее время является одной из самых популярных антиглаукоматозных операций. Стоимость 38 000 – 45 000 рублей. Цены представлены на 1 глаз.

Вывод

Таким образом, на данный момент для лечения глаукомы применяют консервативный, лазерный и хирургический методы лечения. Глаукома при отсутствии своевременной диагностики и качественного лечения приводят к инвалидности. Проанализировав среднюю стоимость хирургического лечения как наиболее эффективного и средний доход населения России за 2019 год, который составил 42 595 рублей, можно сделать вывод, что профилактика данных заболеваний должна стоять на первом месте. Специфической первичной профилактики в настоящее время не разработано, так как в развитии данной патологии большую роль играют возрастные и генетические факторы

Список литературы

1. Авдеев Р. В. «Заболеваемость и лечение пациентов с глаукомой в Приволжском федеральном округе»/ Р. В. Авдеев// Вестник ОГУ. – 2014. - № 12 (173) - С. 6-10
2. Авдеев Р.В. «Заболеваемость глаукомой в Приволжском федеральном округе в сравнении с общероссийскими показателями»/ Р. В. Авдеев //Сб. науч. тр./ Точка зрения. Восток Запад. – Киров, 2014 год. – С. 10-13
3. Киселева О. А. «Распространенность первичной глаукомы у представителей разных рас и этнических групп в России и странах СНГ»/ А. О. Киселева, О. В. Робустова, А. М. Бессмертный, Е. К. Захарова, Р. В. Авдеев // Офтальмология. — 2013. —№ 4. — С. 11–15

АНАЛИЗ ПОЛОВОЙ СТРУКТУРЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Машошина Д.О., Чалых Ю.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Всего за 2018 году умерли 1 817 710 граждан России. На первом месте среди всех причин смерти находятся заболевания системы кровообращения: зарегистрировано 841 915 случаев смерти. Среди болезней данного класса на ишемическую болезнь сердца (ИБС) приходится около 50%. В связи с этим, ИБС представляет крупнейшую проблему здравоохранения и является одной из ведущих причин смертности в нашей стране. Начальным же проявлением ИБС примерно в половине случаев служит стабильная стенокардия.

Целью исследования явился анализ половой структуры в группе больных ИБС за 2018 год.

Работа проведена в дизайне ретроспективного исследования на базе кардиологического отделения НУЗ «ОБ на ст. Курск ОАО РЖД».

Анализировались истории болезней пациентов за 2018 год. Критериями оценки служили следующие учетные признаки: пол, возраст, формы ИБС по функциональным классам (ФК), факторы риска – гиперхолестеринемия.

Статистическая обработка материала включала расчет относительных величин, средней ошибки относительной величины, критерия достоверности ($\pm$). Статистически значимыми считались отличия при уровне $p < 0,05$.

Было установлено, что в 2018 году в кардиологическое отделение поступило 200 человек с диагнозом стенокардия. Мужчины составляли 55,5%, женщины 44,5%. Наиболее часто данная патология развивалась в возрастных группах 50-60, 60-70 и 70-80 лет (24,0%, 26,0%, 36,5% соответственно), наиболее редко в возрастной группе 40-50 лет (1,0%).

У пациентов с ИБС частота стабильной и нестабильной стенокардии III ФК составила $57,0 \pm 3,5$ и $82,0 \pm 2,7$ случая на 100 осмотренных соответственно ($p < 0,01$).

По данным биохимического исследования получено, что у пациентов уровень содержания общего холестерина в сыворотке крови составил 5,6 и более ммоль/л.

Таким образом, выполненное ретроспективное исследование позволяет констатировать, что у пациентов ИБС частота нестабильной стенокардии III ФК выше, чем стабильной. Наибольшее распространение ИБС имеет среди мужчин.

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПРИВОЛЖСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА
2013-2017 ГГ.**

Никитина Т.В., Пакеева Д.Ю.

Научный руководитель: Чагаева Н. В.

Кировский государственный медицинский университет

Сахарный диабет (СД)- это группа патологических состояний, характеризующихся повышением уровня глюкозы в крови, причинами которого являются либо недостаточное количество инсулина, либо нечувствительность клеток к инсулину [1]. Это серьезная медико -социальная проблема, которая набирает обороты[2]. По данным ВОЗ в РФ число людей с диабетом и преддиабетом стремительно возрастает. В связи с этим ежегодно 14 ноября проводится Всемирный день борьбы с диабетом с целью повышения информированности населения, включая детское [3].

Цель: Дать сравнительную оценку показателям заболеваемости сахарным диабетом (СД) детей (0-14 лет) в отдельных субъектах Приволжского федерального округа (ПФО) и Кировской области (КО) за 2013-2017 гг.

Задачи:

1.Изучить данные статистической отчетности, связанные с сахарным диабетом по ПФО в целом и по отдельным субъектам за 2013-2017 годы;

2.Рассчитать и дать оценку стандартизированному риску заболеваемости СД для субъектов ПФО;

3.Проанализировать изменения уровня заболеваемости СД в ПФО и КО за 5 лет;

Материалы и методы: Для изучения показателей заболеваемости СД использовались данные сборников «Российский ежегодный статистический сборник» Министерства Здравоохранения РФ за 2013-2017 годы. Уровень заболеваемости представлен количеством случаев СД у детей (0-14 лет) на 100000 населения соответствующего возраста. Оценка динамики уровня заболеваемости СД выполнена с использованием показателей временного ряда: абсолютный прирост и темп прироста (ТП). Сравнительная оценка уровня заболеваемости СД выполнена с помощью стандартизированного относительного риска и его 95 % доверительных интервалов. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного пакета Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение: В 2013 году в ПФО темп прироста заболеваемости СД у детей (0-14 лет) составил 6,11%, в 2014 году – 2,82%, в 2015 году –11,09%, в 2016 г. – 7,99%, а в 2017 г. – 2,37%. В КО в 2013 году темп прироста заболеваемости СД у детей (0–14 лет) составил 4,86%, в 2014 г. –2,14%, в 2015 г. – -1,9%, в 2016 г. – 13,7%, а в 2017 г. – 9,5%. Стандартизированный относительный риск развития СД в Нижегородской области в 2013 году составил 1,23 (0,93 – 1,62), в 2014 г. 1,07 (0,89 – 1,41) , в 2015 г. 1,08 (0,83 – 1,40), в 2016 г. 1,07 (0,83 – 1,38), в 2017 г. 1,02 (1,079 – 1,32). В саратовской области в 2013 году составил 1,24 (0,94 – 1,63), в 2014 г. 1,16 (0,88 – 1,53) , в 2015 г. 1,16 (0,90 – 1,51), в 2016 г. 1,11 (0,86 – 1,43), в 2017 г. 1,15 (0,90 – 1,48). В Самарской области в 2013 году составил 1,38 (1,06 – 1,81), в 2014 г. 1,36 (1,05 – 1,78) , в 2015 г. 1,32 (1,02 – 1,70), в 2016 г. 1,23 (0,96 – 1,58), в 2017 г. 1,23 (0,96 – 1,57).

Выводы. После изучения данных статистической отчетности заболеваемости СД за 2013 – 2017 гг. в ПФО и его субъектах определено повышение заболеваемости. С 2013 по 2017 годы наиболее высокий показатель относительного стандартизированного риска (RR) заболеваемости СД на протяжении всех пяти лет выявлен в Нижегородской области, Саратовской области, в Самарской области. С 2013 по 2017 год в ПФО ТП заболеваемости СД у детей (0-14 лет) составил 26,3%, в КО ТП заболеваемости СД у детей (0-14 лет) составил 24,5%. Таким образом, как в ПФО, так и в КО наблюдается увеличение

заболеваемости СД, что является результатом хорошей выявляемости медицинскими учреждениями и органами здравоохранения, улучшением качества диагностики.

Список литературы

1. Петеркова В. А. Нарушения углеводного обмена у детей: гипергликемии и сахарный диабет в практике педиатра [Текст] / В. А. Петеркова, Т. Е. Таранушенко, Н. Г. Киселева // Медицинский совет. — 2017. — № 1. — С. 220.
2. Александрова Г.Ю. Сахарный диабет: статистика распространенности в мире и эпидемиология / Александрова Г.Ю. // Информационный портал для больных сахарным диабетом и врачей-эндокринологов ABOUTDIABETES.RU. — №1. — с.1.
3. Емельянов А.О. Всемирный день диабета / Емельянов А.О. // Общие вопросы медицины и здравоохранения — 2010. — № 4. — С.124–125.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Патонич И.К., Ракашевич Д.Н.

Научный руководитель: Головкова Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – наиболее частый и наиболее тяжелый диагноз, частота которого из года в год только увеличивается: в мире в среднем около 3-4 человек из 100 получает ЧМТ ежегодно. В настоящее время очень высок уровень травматизма среди молодого трудоспособного населения. Предупреждение ЧМТ и коррекция последствий травм головного мозга – одна из наиболее трудных и нерешенных проблем современной медицины. Основная опасность в том, что ЧМТ имеет высокий процент летальности и инвалидизации среди пострадавших. В 21 веке, когда информационные технологии стремительно развиваются, нарушение когнитивных функций человека как осложнение ЧМТ является неоспоримым ущербом как для индивидуума, так и общества в целом. Кроме того, пациенты, перенесшие ЧМТ, входят в категорию лиц, которая находится на учете в психоневрологическом диспансере. Таким образом, проблема лечения тяжелой черепно-мозговой травмы является актуальной в современной медицине и играет важную социальную роль.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Больница скорой медицинской помощи» в отделениях нейрохирургии и реанимации. Были проанализированы 129 медицинских карт стационарного больного за 2018 год с диагнозом ЧМТ. Данные были обработаны с помощью программ Excel и Статистика 6.0.

Результаты и обсуждение. За 2018 год в нейрохирургическое и реанимационное отделения БСМП поступило 129 пациентов с диагнозом ЧМТ, среди них 73,6 % мужчины, а 26,4% женщины. Проанализировав возрастную структуру, были выделены следующие группы: подростки составляют 1,55 %, молодые люди – 31,8 %, люди среднего возраста - 27,1 %, пожилого возраста – 28,7%, 9,3 % - люди старческого возраста и 1,55% долгожители. Следует выделить, что люди молодого возраста (от 24 - 44 лет) более подвержены ЧМТ. Одним из предрасполагающих факторов получения ЧМТ является употребление спиртных напитков - 24 % пациентов находились в состоянии алкогольного в момент получения ЧМТ. Необходимо также выделить следующие причины травм: бытовая у 73,6% пациентов, исход ДТП - 6,2%, криминальная - 10,9%, в результате авиакатастрофы - 0,77%, не удалось выяснить причину получения ЧМТ у 10,9% пациентов в связи с их тяжелым состоянием на момент поступления. В среднем пациенты проводили в стационаре 13 дней. Пострадавшие поступали преимущественно в обеденное

время (14:10). По ряду субъективных причин пациенты обращались за медицинской помощью спустя различное время после получения травмы: более 24 часов прошло у 31,78 % пациентов, 6-24 часа - 26,4 %, до 6 часов - 31%, не удалось выяснить у 10,82 % в связи с тяжестью состояния при поступлении. Амбулаторное лечение продолжили 77,5 % пациентов, на медицинскую реабилитацию было направлено 5,43 %, переведены в другие профильные отделения 7,75% и у 9,32 % была констатирована смерть.

Выводы. Мужчины чаще сталкиваются с ЧМТ, чем женщины. Молодые люди (от 24 - 44 лет) – самая многочисленная группа пострадавших, а наименьшее количество людей, получивших травму, отмечается среди подростков. Бытовая травма является основной причиной ЧМТ. Большинство пострадавших обращаются за медицинской помощью своевременно, но в то же время высок процент людей, которые поступают в медицинские учреждения по прошествии 24 часов. После проведенного лечения большинство пациентов продолжает лечение амбулаторно, что свидетельствует о эффективности лечения при своевременном обращении в учреждения здравоохранения.

Список литературы

1. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия // учебник : - т. 1. - 2009. – 624 С. -С. 296-320.
2. Фраерман А.П., Кравец Л.Я., Шелудяков А.Ю., Трофимов А.О., Балябин А.В. Сдавление головного мозга при изолированной и сочетанной черепно-мозговой травме. Н. Новгород; 2008; 324 с.
3. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л.Б. Лихтерман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 488 с.
4. Шагинян Г.Г., Древаль О.Н., Зайцев О.С. Черепно-мозговая травма: руководство / под ред. О.Н. Древаля. – 2010. – 288 с.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПАТОЛОГИЙ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РАЙОНЕ ТЭЦ-4 Г. КИРОВА.

Попова Р.Н., Александрова М.А.

Кировский государственный медицинский университет

Теплоэнергетические комплексы – основной источник загрязнения атмосферного воздуха в XXI веке. Постоянные выбросы оксида азота, оксида углерода, диоксида серы отравляют организм человека. Повышенная концентрация взвешенных частиц ухудшают состояние сердечно-сосудистой системы и оказывает отрицательное влияние на системную гемодинамику. Длительное проживание в экологически неблагоприятном районе увеличивает смертность населения от болезней сердечно-сосудистой системы. Целью исследования являлась оценка уровня смертности населения, проживающего в районе размещения городской теплоэлектроцентрали (ТЭЦ) 4 г. Кирова. Для этого мы изучили санитарное состояние воздуха в выбранном и в контрольном районах на основании данных мониторинга концентрации загрязнителей атмосферы. Далее оценили процент смертности населения от инфарктов миокарда и ОНМК в области загрязнения по отношению к контрольному району. А также рассчитали показатели относительного и атрибутивного риска здоровью жителей района ТЭЦ-4.

Материалы и методы.

Исследование проходило в г. Кирове, который является региональным центром северо-востока европейской части России. Для работы был выбран район размещения

городской теплоэлектроцентрали №4. (ТЭЦ-4) Основные виды топлива: природный газ, уголь, торф и мазут. Основу выбросов составляют диоксид серы, оксид азота, оксид углерода, а также сажа и летучая зола. ТЭЦ-4 располагает санитарно-защитной зоной 500м от границ предприятия, имеет 3 трубы высотой 150 метров. Данные о приземных концентрациях веществ, входящих в состав выбросов ТЭЦ, получены в результате наблюдения на стационарных постах и маршрутных точках Росгидромета и территориального центра гигиены и эпидемиологии за последние 5 лет. Данные о заболеваемости и смертности населения в районе размещения ТЭЦ и в контрольном районе получены в результате анализа медико-статистической информации Минздрава Кировской области.

За основу исследования были взяты статистические данные по оценке газового состава воздуха за последние 5 лет в 4-х точках района ТЭЦ-4 и 3-х точках контрольного района, заболеваемости сердечно-сосудистой системы, а также смертность от её патологии [3].

Оценка неканцерогенного риска здоровью населения при воздействии компонентов выбросов ТЭЦ выполнялась расчетом коэффициентов опасности (HQ) и суммарного индекса опасности (ТН), согласно Р 2.1.10.1920-04 «Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. Оценка риска смертности и заболеваемости в сравнении с контрольным районом выполнена путём расчета показателей относительного риска (RR) и добавочного риска. [1], [2]

Результаты. Коэффициент опасности воздействия азота диоксида превышает норму во второй точке, суммарный индекс опасности выше нормы. Коэффициент опасности воздействия серы диоксида не превышает норму ни в одной точке, но суммарный индекс опасности выше нормы. Коэффициент опасности воздействия взвешенных частиц и суммарный индекс выше нормы. Коэффициент опасности воздействия углерода диоксида не превышает норму ни в одной точке, но суммарный индекс выше нормы. рМ 2,5 в районе ТЭЦ-4 на 26% больше, чем в контрольном районе. рМ 10 в районе ТЭЦ-4 на 4 % больше, чем в контрольном районе.

Смертность. В районе ТЭЦ-4 летальный исход от инфарктов миокарда в 1.59 раз выше, чем в контрольной точке. Смертность от нарушений мозгового кровообращения в данном районе выше в 1.03 раз, по сравнению с контрольным районом. Общая смертность в районе ТЭЦ-4 в 1.4 раза выше, чем в контрольной точке.

Выводы. По результатам исследования было установлено, что суммарный индекс и коэффициент опасности воздействия взвешенных частиц выше общепринятых норм в районе ТЭЦ-4. Таким образом, заболеваемость жителей кардиоваскулярными патологиями и смертность от них выше в загрязненном районе, нежели в контрольном. Это свидетельствует о повышенном риске для жизни и здоровья населения в теплоэлектроцентрали 4 в г. Киров.

Список литературы

1. Динамика показателей заболеваемости населения: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кировской области. [Электронный ресурс]: Управление Роспотребнадзора по Кировской области. URL: http://www.rpnkirov.ru/stat/morbid/report_2.php (дата обращения: 08.11.2018).
2. Халафян А. А. Современные статистические методы медицинских исследований. М.: Издательство ЛКИ; 2008. 320 с.
3. Lawson A.B., Browne W.J., Vidal Roderio C.L. Disease mapping with WinBugs and MLwiN // John Wiley and Sons. 2003. pp. 277

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ ПОДРОСТКОВ 15-17 ЛЕТ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Проскурина М.С., Волобуев Д.К.

Курский государственный медицинский университет

Изменения, произошедшие в обществе в последние годы, повлекли за собой распространение инфекций, передаваемых половым путём. К этим изменениям относятся: кризис семьи и брака, системы ценностей – стабильные отношения больше не воспринимаются как приоритетные среди молодежи, одобрение многими людьми беспорядочных половых связей. Также повышению частоты встречаемости инфекций, передаваемых половым путем способствовало раннее начало половой жизни, безответственность, внушаемость, употребление веществ, влияющих на психику, частая смена большого количества половых партнеров[5]. Выявляемость сифилиса оценивается как наиболее полная по сравнению с другими ИППП [1].

Внимание к эпидемиологическим показателям для возрастной группы 15-17 лет связано с тем, что именно на этот возраст приходится значительная часть случаев первого вступления в половую жизнь [2]. Если рассматривать повозрастные показатели заболеваемости сифилисом в виде динамического ряда, то именно на эту категорию приходится наибольший прирост заболеваемости, и данная тенденция остается актуальной более 30 лет. По данным Т. М. Шуваловой и др. (1998) за 10 лет (с 1987 по 1996 г.) в возрастной группе от 0 до 14 лет произошел рост заболеваемости в 146,2 раза; от 15 до 17 лет – в 217 раз [6]. По данным А. О. Олисова и др. (2005) рост приобретенного сифилиса у детей и подростков имеет тенденцию к «омоложению» этого заболевания и преобладанию полового пути передачи. Сифилисом, передаваемым половым путем, заболевают в основном социально дезадаптированные дети, т.е. беспризорные, правонарушители, употребляющие алкоголь и наркотики, занимающиеся проституцией [3].

Центральный Федеральный Округ России граничит с Белоруссией, в результате чего происходит контакт населения на сопредельных территориях, это является фактором формирования эпидемиологической обстановки по обе стороны границы. Поэтому крайне важно изучение этого показателя в регионах округа в плане развития трансграничного сотрудничества.

Цель исследования – изучить динамику показателей заболеваемости сифилисом подростков 15-17 лет в Российской Федерации за 2006-2017 гг. и территориальные различия эпидемиологических показателей.

Материалы и методы исследования. Выбор за начало отсчета 2006 г. связан с реализацией приоритетных национальных проектов и государственных программ развития здравоохранения именно с этого периода. В качестве источников первичных данных использованы ежегодные статистические материалы ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России и Росстата. Показатели заболеваемости представлены в виде интенсивных показателей, в сравнении относительных величин использован критерий Стьюдента [4].

Результаты и их обсуждение. Количество заболевших сифилисом подростков по России в целом с 2006 по 2017 г. уменьшилось в 8,6 раз, то есть на 88,3%. Наибольшие темпы убыли зарегистрированы в 2009 г. (-18,6%), 2010 г. (-27,7%) и 2015 г. (-35,7%). Первичная заболеваемость достоверно снизилась с 53,9 на 100 000 населения в 2006 г. до 6,3 в 2017 г. ($p \leq 0,01$)

В Центральном федеральном округе (ЦФО) за 2016-2017 гг. заболеваемость сифилисом подростков в возрасте 15-17 лет была достоверно ниже, чем по стране в целом, и составляла 4,0 на 100 000 населения в 2016 г. и 3,7 в 2017 г.

В 2017 г. наибольшие показатели заболеваемости из регионов ЦФО были отмечены в Воронежской (12,2 случая на 100 000 населения 15-17 лет) и Тульской (11,4 на 100 000)

областях ($p \leq 0,01$). Достоверно выше уровня округа заболеваемость также была в Белгородской (5,1 на 100000), Орловской (5,1 на 100000), Рязанской (7,4 на 100000) и Смоленской (4,5 на 100000) областях ($p \leq 0,05$). Показатели среднего уровня, не имеющие значительных различий с средним по округу, отмечены в Брянской (3,1 на 100000), Московской (3,9 на 100000), Тамбовской (3,7 на 100000) и Ярославской (3,3 на 100000) областях. Более низкая, чем в целом по округу, заболеваемость в г. Москве (2,7 на 100000) ($p \leq 0,05$). Во Владимирской, Калужской, Костромской, Курской, Липецкой и Тверской областях случаи сифилиса среди подростков зарегистрированы не были.

Выводы. В 2017 г. уровень первичной заболеваемости сифилисом подростков достоверно ($p \leq 0,05$) вырос в Воронежской и Тульской областях. После отсутствия случаев выявления сифилиса в возрасте 15-17 лет в 2016 г. в 2017 г. такие пациенты появились в Белгородской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской и Ярославской областях. Достоверное снижение заболеваемости произошло в г. Москве и Московской области. Имели место в 2016 г., но отсутствовали в 2017 г. случаи сифилиса у подростков Калужской, Костромской, Курской, Липецкой и Тверской областей.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ Г. КИРОВА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

Пудова Н. А., Гаджикулиева М. Н., Терентьева А. А.

Научный руководитель: Петров С. Б.

Кировский государственный медицинский университет

Проект «Бережливая поликлиника» реализован с 2016 г. Министерством здравоохранения РФ и госкорпорацией «Росатом», направленный на повышение эффективности ЛПУ и общей доступности медицинской помощи населению. Целью проекта является внедрение и развитие пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды, путем внедрения в повседневную практику медицинской организаций, оказывающих ПМСП, бережливого производства.

Актуальность данной работы заключается в том, что необходимо было повысить удовлетворенность населения качеством оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях путем создания новой модели медицинской организации на принципах бережливого производства.

Цель: Дать оценку удовлетворенности оказания первичной медико-санитарной помощи в лечебно-профилактических учреждениях в г. Киров после внедрения федерального проекта «Бережливая поликлиника»

Задачи:

1. Создать онлайн-анкету для выявления информированности населения г. Киров о проекте бережливая поликлиника.
2. Провести анализ результатов для определения удовлетворенности работы ЛПУ и общую доступность медицинской помощи.
3. Сформировать выводы о уровне и структуре удовлетворенности населения оказания ПМСП в поликлиниках г. Киров

Материалы и методы: Исследование было выполнено среди населения города Кирова. Для оценки информированности населения о бережливой поликлинике применялось анкетирование, с помощью разработанного нами опросника. Всего опрошено 100 человек.

Результаты: По результатам научного исследования, опрос прошли 84% женщин и 16% мужчин, из них 83% в возрасте 19-30 лет, 6% - до 18 лет и 31-45 лет, 5% - 46-65 лет. Изучена информированность о проекте «Бережливая поликлиника», по результатам которой 56% не знают, а 44% были знакомы до прохождения опроса. 46% участников посещают поликлинику 1 раз в год, другие 46% - 1-2 раза в год, а 8% посещают поликлинику более чем 2 раза в год, 7% которых – 1 раз в месяц и чаще, 1% - 2-4 раза в год. Более 40% людей тратили время в очереди на прием к врачам до внедрения проекта 31-60 мин, 33% - 16-30 мин, более 10% - больше часа, 8% - до 15 мин. Около 60% населения приходило на прием к терапевту, более 10% - к другим узкоспециализированным врачам, 8% - к педиатру, 5-7% - к отоларингологу и офтальмологу. 74% участников опроса используют электронную запись, 26% не предпочитают регистрацию на электронных ресурсах. С момента электронной регистрации у 39% прошедших время ожидания приема занимало от 1 до 2 недели, 34% - меньше недели, 14% - около 1 месяца, 13% - больше 1 месяца. После внедрения федерального проекта время ожидания сократилось: 44% - 6-15 мин, 28% - 16-30 мин, 17% - больше 30 мин, 11% - до 5 мин. Но 40% населения не удовлетворены временем, затраченным «перед кабинетом». Затем было оценена деятельность проекта «бережливая поликлиника» в лаборатории: 75% - в течение недели, 23% - до 14 дней, 1% - более 2-х недель; и работу диагностических кабинетов: 62% - в течение недели, 18% - до 14 дней, 5% - более 1 месяца, 4% - более 14 дней. На вопрос: «Довольны ли Вы результатами после внедрения проекта «Бережливая поликлиника»? 42% участников довольны, 21% - не довольны, остальные не знакомы. Нужный кабинет в поликлинике легко находят 88,8%, остальные – нет, так как со слов прошедших анкетированию не подписаны кабинеты. 75,5% пройденных ответили, что пребывание в поликлинике достаточно комфортное. И 57,3% населения были участниками конфликтных ситуаций.

Закключение: После внедрения федерального проекта «Бережливая поликлиника», время ожидания приема в поликлиниках сократилось значительно, большая часть населения довольна затраченным временем и считает, что пребывание в поликлинике достаточно комфортное.

Список литературы

1. Кондратьева Инна Юрьевна, Коптева Лариса Николаевна, Переслегина Ирина Александровна, Боровкова Татьяна Анатольевна Стратегия внедрения бережливого производства в детской поликлинике // Медицинский альманах. 2018. №3 (54). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-vnedreni..> (дата обращения: 01.10.2019).

ЭТИКА И ПРАВО ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Степанова А.В., Симонян Р.З.

Научный руководитель: Симонян Р.З.

Курский государственный медицинский университет

Взаимоотношения врача и пациента являлись одной из проблем социальной медицины. Этот вид взаимоотношений описан в многочисленных научных исследованиях в ракурсе этического и правового аспектов [1]. Но и в настоящее время эта тема остается актуальной в связи с ростом количества отдельных заболеваний, повышением эффективности диагностических медицинских мероприятий и т.д. [2].

Целью настоящего исследования является анализ правовых и этических аспектов взаимоотношений медицинских работников и пациентов.

Обратим внимание на правовые аспекты взаимоотношений врача и пациента. Определение понятий «медицинский работник» и «пациент» устанавливается Федеральным законом «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (далее - Закон об основах охраны здоровья).

Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское образование, работает в медицинской организации и в трудовые обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность [3].

Пациент - любое физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния [3].

Современное федеральное законодательство регламентирует права и обязанности обеих сторон. До принятия Закона об основах охраны здоровья обязанности пациента на уровне федерального закона не были закреплены, что порождало конфликтные ситуации. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья является обязанностью Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, которая осуществляет государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности [4].

Не менее важным во взаимоотношениях врача и пациента, на наш взгляд, является этический аспект, в основе которого находится слово. «Лечить надо словом, травами и ножом», - считали древние целители. Тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно ранить больного, вызвать ухудшение его здоровья. Врач должен уметь рассказать больному о болезни и ее лечении; использовать слово как важный фактор психотерапии; убедить пациента в необходимости лечения; не лишать больного надежды на выздоровление.

Законом об основах охраны здоровья предусмотрено утверждение кодекса профессиональной этики врача, провозглашающего идеалы гуманности, сохранность врачебной тайны, высочайшее уважение к человеческой жизни.

Этические основы взаимоотношений врача и пациента определяют основные качества медицинского работника.

Другим важным качеством для врача является наблюдательность. Врач обязан входить в контакт с больным, замечать такие изменения в его состоянии, которые недоступны методам объективного исследования.

Отличием современной медицинской этики является то, что все большее число больных хочет участвовать в принятии решений относительно выбора тактики лечения. Эта тенденция является следствием повышения уровня образованности населения.

Существует 5 моделей построения отношений врача и пациента.

Активно-пассивная. Больной не может участвовать в принятии решений.

Покровительственная. Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима.

Информативная. Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает.

Интерпретивная. Больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам.

Совещательная (договорная). Врач может влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение.

На наш взгляд, самая разумная модель - совещательная, которая предполагает одинаковую ответственность. Она основана на том, что взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту. В

условиях значительного повышения общего и санитарно-гигиенического уровня культуры населения современный пациент более критично оценивает мнения и советы врачей.

Все названное требует систематического повышения профессионального, общекультурного и нравственно-этического уровня врачей. Наряду с повышением культуры медицинских работников необходимо совершенствовать и нравственное воспитание населения. В этих условиях повышается роль врачей в мотивации здорового образа жизни. Соблюдение в труде и быту гигиенических норм, формирование разумных потребностей, создание благоприятного морально-психологического климата, развитие массового физкультурного движения - все это является неотъемлемым содержанием здорового образа жизни.

Современное мировое сообщество находится на сложной исторической стадии развития. Научно-технический прогресс постепенно вытесняет живое общение врача и пациента. По мере развития технического прогресса в медицине будут возникать новые этико-правовые проблемы, затрагивающие интересы больных и медицинских работников. Но каждый врач независимо от того, какими этическими установками владеет общество, должен руководствоваться принципом «не вреди».

Список литературы

1. Шурупова Р.В. Концепция формирования и реализации социальной роли врача-педагога в отечественной медицине: монография. Волгоград, 2011.
2. Симонян Р.З., Зеленова И.В. Базовые положения законодательства о должностях, квалификации и специальностях медицинских работников // Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов: сборник трудов Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ. Курск: ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2017. С. 536 – 540.
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ.
4. Ерохина Т.В. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья как предмет государственного контроля // Medical Law. 2015. № 3. С. 10-14.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ ЗА 2016-2018 ГГ. И АНАЛИЗ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ПУТЯХ И ФАКТОРАХ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Султыгова Х.Х., Хамхоева Т.Ю.

Ингушский государственный университет

Возникновение пандемии ВИЧ-инфекции является крупнейшим событием конца XX в., которое можно поставить в один ряд с двумя мировыми войнами как по числу жертв, так и по ущербу, который она наносит обществу. В отличие от военных действий ВИЧ-инфекция в большинстве стран распространялась незаметно, и мы видим уже последствия этого тайного распространения – болезнь и смерть миллионов людей.[1]

Из-за отсутствия вакцинопрофилактики и радикальных методов лечения наиболее эффективными методами и видами деятельности является профилактические мероприятия. Пока это единственный способ снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции.[2]

Целью настоящего исследования явилось определение эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Ингушетия (РИ) за период с 2016 по 2018 годы, а также оценка информированности населения РИ по вопросам ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы: 1) анализ данных, зарегистрированных в ГБУ «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями»; 2) проведение анонимного анкетирования среди населения РИ не имеющего медицинское образование.

Результаты исследования. На основании данных ГБУ «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями», в 2016 году на учете состоят 1178 ВИЧ-инфицированных. Зарегистрировано 58 новых случаев по сравнению с предыдущим годом. Из них мужчин – 35 (60,3%); женщин – 22 (38%); детей – 1 (1,7%).

За 2017 год зарегистрировано 71 новых случаев ВИЧ-инфицирования, что на 13 случаев больше чем в 2016 году. Из них: мужчин - 47(66,2%); женщин – 22 (31%); детей 2 (2,8%). Общее количество инфицированных состоящих на учете на 2017 год – 1249 человек.

За 2018 год зарегистрировано 50 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 21 меньше чем в 2017 году. Из них: мужчин – 35 (70%); женщин – 13 (26%); детей – 2 (4%).

На 16.12.2018 год, в ГБУ «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями» всего зарегистрировано 1299 ВИЧ-инфицированных. Из общего количества мужчин – 918 (70,7%); женщин – 354 (27,3%).

Чтобы оценить уровень информированности населения РИ о путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции, мы провели анкетирование среди населения, не имеющего медицинского образования. Анализ анкет выявил следующие результаты:

- Среди прошедших анкетирование женщин- 87,3 %, мужчин- 12,7%.
- Основной возраст 20-29 лет (60,6%).

• 93% опрошенных знают, что ВИЧ-инфекция – это вирусное заболевание, имеющее особенности течения и специфические способы передачи от человека к человеку, 7% затрудняются ее охарактеризовать.

• 46,5% людей считают, что проблема ВИЧ-инфекции не может коснуться их лично; 36,6% ответили - да, может; 16,6 % - затрудняются ответить.

- Какое влияние на организм человека оказывает ВИЧ-инфекция?

- Разрушает свертывающую систему крови – 8,5%
- Вызывает нарушения пищеварения – 0%
- Разрушает иммунную систему – 67,6%
- Вызывает разрушения костной ткани – 4,2%
- Не влияет на здоровье – 0%
- Затрудняюсь ответить – 19,7%

• Более половины опрошенных основными путями передачи ВИЧ-инфекции считают: использование для инъекций общих игл и шприцов; от матери к ребенку во время беременности и родов; незащищённые половые контакты с человеком ВИЧ-статус которого неизвестен; использование нестерильные оборудования для пирсинга и татуировок; использование общих бритв и маникюрных принадлежностей.

• На вопрос, - «Какие биологические среды являются наиболее опасными при передачи ВИЧ-инфекции?», 87,3% опрошенных считают - кровь; 77,5% - сперма; вагинальный секрет - 52,1%; слюна – 18,3%; пот, слезы и другие выделения – 1,4%; грудное молоко – 19,7%; 8,5% опрошенных затрудняются ответить.

• 67,7% респондентов считают, что есть скрытые периоды заболевания, когда внешних проявлений нет, а человек уже является вирусоносителем и может заражать других людей; 4,2% - считают, что такого периода нет; и 28,2% затрудняются ответить.

• Может ли ВИЧ-инфицированная женщина родить здорового ребенка? 54,9% считают, что да, если регулярно принимает лекарства по предписанию врача; 7% - нет, ни при каких условиях; 38% - затрудняются ответить.

• 22,5% опрошенных считают, что существуют лекарства способные излечить ВИЧ-инфицированного, а 71,8% считают что есть лекарства благодаря которым можно улучшить и продлить жизнь ВИЧ-инфицированному человеку.

• Большинство опрошенных (60,6%) не располагают достоверными сведениями об уровне распространения ВИЧ-инфекции на территории РИ;

• 56,3% участников анкетирования настроены толерантно по отношению к вирусоносителям, 16,9% - ответили - нет, а 26,8% - затрудняются ответить.

• Большинство опрошенных (80,3%) по вопросам о ВИЧ-инфекции склонны доверять информации полученной от медицинских работников и около 20% доверяют преподавателям, окружающим людям и СМИ.

Выводы.

1. За период с 2016 по 2018 год, в РИ отмечается рост количества ВИЧ-инфицированных.

2. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что население РИ в недостаточной мере информировано о путях и факторах передачи ВИЧ-инфекции.

3. Учитывая, что повышение уровня знаний в этой области является частью профилактики ВИЧ-инфекции, то считаем, что нужно более широко освещать эту проблему в СМИ (газеты, журналы, телевидение и т.д.).

4. В ходе опроса было выявлено, что большая часть населения доверяет информации полученной от медицинских работников. Исходя из этого, считаем, что необходимо проводить семинары и занятия по актуальным вопросам эпидемиологии, профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции в различных учреждениях (в школах, средних специальных и высших учебных заведениях, а также среди работников государственных и частных учреждений), с обязательным привлечением медицинских работников.

Список литературы

1. Лекции по ВИЧ-инфекции / под ред. В. В. Покровского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 848 с.
2. Мархоцкий Я. Л. Профилактика ВИЧ-инфекции / Я. Л. Мархоцкий. – Минск, 2004. – 111 с.

ПРЕСТУПНОСТЬ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ДЕТЕЙ

Тимошенко И.И., Курсов В.О.

Научный руководитель: Кнышова Л. П.

Волгоградский государственный медицинский университет

Ежегодно на территории Российской Федерации около 17 000 детей становятся жертвами насилия сексуального характера. За последние годы преступления стали носить особо жестокий характер: детей подвергают побоям, насилию и убийству. Защита прав, свобод и законных интересов несовершеннолетних, обеспечение их нравственного и психического развития, защита от преступлений насильственного характера, являются неизменными и важнейшими направлениями деятельности государства. Несмотря на то, что в настоящий момент любой случай бытового травматизма несовершеннолетнего попадает под контроль и проверку со стороны полиции, наблюдается рост числа преступлений против нравственности, совершённых в отношении детей.

Целью данной работы стал анализ динамики преступлений, предусмотренных ст. 134 УК РФ: «Половое сношение или иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста» за 2018 год.

В качестве материалов при проведении аналитического исследования были использованы базы данных МВД России и Следственного комитета России.

Результаты и обсуждения. По данным МВД России, за последние пять лет количество преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних возросло на 42%. В 2018 году было зарегистрировано более 14 000 преступлений сексуального характера против детской неприкосновенности, в которых пострадало около 11 000 детей.

Большая часть этой категории преступлений - 80 % совершены не родственниками и даже не знакомыми детей, а их собственными родителями. Преступления такого рода проходят по статье 156 УК РФ. Согласно официальной статистике по итогам 2018 года по этой статье было возбуждено более 55 500 дел [2]. Ответной реакцией со стороны правительства РФ стало принятие Государственной думой в июле 2018 года проекта закона, который устанавливает пожизненное наказание для педофилов.

В анализируемый период в ряде регионов России возросло число насильственных действий сексуального характера в отношении потерпевших, не достигших четырнадцатилетнего возраста (часть 4 статья 132 УК РФ). В их числе Пермский край, Архангельская область, Краснодарский край, Оренбургская и Кировская области. Статистика по жестокому обращению с детьми не коррелирует с данными по лишению родительских прав. Однако за 2018 год регионом лидером по количеству родителей, лишенных прав за жестокое обращение с детьми стал Крым [1].

Закключение. Рост числа сексуальных преступлений против детей и подростков требует привлечения внимания общества и государства к проблеме насилия над детьми. Наблюдающийся сегодня рост числа добровольно вступающих в сексуальные отношения несовершеннолетних, не достигших шестнадцатилетнего возраста, требует особого внимания и свидетельствует об искоренении института семьи, об отклонениях в поведении в сексуальной сфере и моральной деградации общества в целом. Что, в свою очередь, требует разработки и реализации мер, направленных на развитие духовно-нравственного воспитания детей и усиление контроля за детской преступностью.

Список литературы

1. Министерство Внутренних Дел Российской Федерации [Электронный источник]: <https://мвд.рф/reports>
2. Статистика ГИАЦ МВД России. Форма 455 раздел 3.

СПИД-ДИССИДЕНТСТВО В ИНТЕРНЕТЕ И ЗНАЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ В ЕГО ПРОФИЛАКТИКЕ

Тимошилов В.И., Устинова А.В., Арефина М.В.

Научный руководитель: Тимошилов В.И.

Курский государственный медицинский университет

По данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире на данный момент насчитывается около 35 миллионов человек, которые инфицированы ВИЧ. Значительный рост заболеваемости ВИЧ в Российской Федерации с 2005-2012 гг., а это в свою очередь отличается от общемировой тенденции: за последние 15-20 лет общее число инфицированных увеличилось с 89 903 человек до 907 699, то есть более чем в 10 раз, а это огромное количество больных. [2].

СПИД-Диссидентство, как актуальная для Российской Федерации проблема начала появляться с 2000-х гг. Представители этого движения – категория лиц, которые не

признают ВИЧ как проблему негативно относящихся к соответствующим диагностическим и лечебным мероприятиям. Они распространяют неправильную информацию в массы, а это в свою очередь пагубно влияет на информативности по поводу ВИЧ. По результатам ряда научных наблюдений и анализа публицистических материалов, ВИЧ-диссидентов предлагается делить на 2 категории:

- отрицающие сам факт существования ВИЧ и СПИДа, нам необходимо оценить масштабы данной проблемы;
- признающие проблему ВИЧ, но недооценивающие опасность, связанную с инфицированием [1].

В соответствии с полученными данными, особое значение приобретают две задачи, положенные в основу проведенного исследования, поэтому на них мы обратили особое внимание:

- изучение и анализ информации, размещенной на Интернет-ресурсах открытого доступа по проблеме ВИЧ-инфекции и ВИЧ-диссидентства, сколько представлено ресурсов с правильной информацией, сколько сложной, что преобладает в данных ресурсах.
- оценка количества врачей различными видами обучения по вопросам профилактики социально значимых инфекций и степени их заинтересованности в дополнительном изучении отдельных аспектов профилактики ВИЧ-инфекции. [3]

Материалы и методы исследования: в рамках анализа Интернет-ресурсов было рассмотрено содержание первых 100 страниц, найденных поисковой системой «Яндекс» по запросу «ВИЧ-инфекция» и 100 страниц заведомо диссидентского содержания. Чтобы не было повторов в результатах, искали информацию в разные дни, с разных электронных носителей (компьютеров, ноутбуков, телефонов, а так же планшета)

Среди врачей был проведен опрос репрезентативной выборки из 212 специалистов первичного звена, организаторов здравоохранения, врачей центров и кабинетов медицинской профилактики, а также медицинских психологов. Мнение данных специалистов для нашего исследования играет огромную роль, кто как ни они должны стоять на страже ложной информации по поводу различных заболеваний, а особенно ВИЧ. Респондентами оценивались степень востребованности конкретных видов информации по 10-балльной шкале. В качестве оснований для ранжирования использованы средневзвешенные показатели и мода, полученные двумя способами ряды имеют высокую степень связи между собой, что позволяет делать обобщающие выводы. Для сравнения распределения оценок в группах применялся критерий χ^2 .

Результаты и их обсуждение: из числа Интернет-ресурсов, найденных по запросу «ВИЧ-инфекция» оказались весьма неожиданными и интересными, наибольшее число страниц содержало информацию о самом вирусе (84%), но не все что было представлено имело доказательную базу и актуальности полового пути его передачи (83%). Также очень распространена информация о лечении ВИЧ-инфицированных, включая сведения о проводимых поисках новых препаратов (ее содержат 80% ресурсов). Вопросы диагностики ВИЧ, включая организацию обследований, представлены на 61% сайтов, 59% ресурсов содержат информацию о профилактике инфицирования, 55% акцентируют внимание на наркомании как факторе риска ВИЧ.

В качестве ключевого элемента системы противодействия ВИЧ-диссидентству нами рассматривается тематическая подготовка специалистов, которые в будущем могут выступать организаторами объективной разъяснительной работы и экспертами по выявлению и пресечению диссидентской деятельности, включая компетентную оценку Интернет-ресурсов в случае принятия правовых норм для их регулирования.

Заинтересованность в курсах повышения квалификации по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции высказывают 94,8%, причем среди врачей, ранее уже участвовавших в

образовательных мероприятиях, доля заинтересованных в дополнительном обучении достоверно выше: 97,3% против 92% у не обучавшихся ($p \leq 0,05$).

Выводы:

-имеется значительное число Интернет-ресурсов, которые призывают к государственной политике по предупреждению распространения ВИЧ- инфекции;

-отсутствие выраженного количественного перевеса ресурсов с объективным освещением проблем ВИЧ-инфицированных над диссидентскими сайтами, но всё же значительное число сайтов располагало важной информацией для людей.

Доктора понимающе относятся к образовавшимся проблемам ВИЧ-диссидентства и согласны с тем, что необходимо противодействовать данному явлению с помощью средств массовой информации. Они заинтересованы в развитии у себя важных соответствующих компетенций, которые необходимы просвещения населения и противодействия ВИЧ-диссидентству.

Список литературы

1. Бурина Е.А., Бурина Д.А. Феномен СПИД-диссидентства. // Новое слово в науке: перспективы развития. – 2016. № 3 (9). – С. 63-66.
2. ВИЧ-инфекция: эпидемиология и экспертная оценка качества профилактики в Российской Федерации. / Тимошилов В.И., Уварова Л.Ф., Даутаева М.Я., Воликова Т.А., Григорян Ж.А., Могилевцева Е.С., Грудина А.В. // Молодежь в современном мире: материалы международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Курск: 2015. – С. 133-139.
3. О проблеме стигматизации больных ВИЧ-инфекцией со стороны медицинских работников. / Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., Кольцова О.В., Селютин Е.В., Погодина С.А., Рида О. А-Х. // Психиатрия. – 2016, №4. – С. 49 – 54.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРИВИТОСТИ ПРОТИВ КОРИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Фомина Н.Н., Бондаренко А.Е.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Вопрос сохранения и укрепления здоровья россиян является основным направлением государственной социальной политики. Воронежская область, как субъект Российской Федерации, играет важную роль в этом направлении [1, 5].

Корь - высококонтагиозное тяжёлое заболевание вирусной этиологии. В 1980 году, еще до широкого применения вакцины, отмечено 2,7 млн. случаев смерти детей по причине заболевания корью. Актуальность данной темы заключается в том, что корь остаётся одной из лидирующих причин смертности детей раннего дошкольного возраста во всём мире, невзирая на наличие надёжной и результативной вакцины. По данным Всемирной организации Здравоохранения (ВОЗ) 110 тыс. детей в возрасте до 5 лет умерли в 2017 году, по причине заболевания корью [6].

В работе проанализированы статистические данные, опубликованные Управлением Роспотребнадзора по Воронежской области «О состоянии санитарно – эпидемиологического благополучия населения в Воронежской области за 2018 год»

В Воронежской области в 2018 г. отмечено 5 случаев кори, из которых 4 из них в самом Воронеже, и все завозные. Заболевания связаны в одном случае с завозом из Украины и в остальных случаях с сопредельных территорий: Ростовской области/Краснодарского края, г. Тамбова, г. Липецка, г. Москва. В динамике за последние

пять лет среднеобластной показатель заболеваемости снизился с 1,54 на 100 тыс. населения в 2014 г. до 0,21 в 2018 г. Случаев внутрибольничного инфицирования корью с вовлечением в эпидпроцесс медицинского персонала, а также непривитых детей, находящихся на лечении, не зафиксировано.

Для обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора за реализацией Программы ликвидации кори в Российской Федерации, объективной оценки уровня заболеваемости корью на территории области и в соответствии с приказом Роспотребнадзора от 05.02.2010 №33 «Об обследовании больных с экзантемой и лихорадкой в рамках реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации» организована доставка в лабораторию регионального центра эпидемиологического надзора за корью и краснухой сывороток крови от больных с пятнисто-папулезной сыпью и лихорадкой 37,5*С на наличие коревых антител класса Ig M (независимо от первичного диагноза). В порядке активного эпиднадзора за корью обследовано 48 больных с экзантемными заболеваниями (из 46 по плану), активно выявлен 1 случай кори. В 2018 году против кори вакцинировано 28864 человека, в т.ч. 22020 детей, ревакцинацию получили 32389 человек, в т.ч. 23336 детей в возрасте 6 лет.

Анализ состояния привитости против кори показывает следующее: на территории региона поддерживается стабильно высокий уровень привитости детей. Уровень вакцинацией детского населения составил 99,5% (2014 г. – 99%, 2015 г. – 99,2%, 2016 г. – 99,5%, 2017 г. – 99,5%), в том числе своевременно (в 24 месяца) – 98,2% (2014 г. – 98,6%, 2015 г. – 98,6%, 2016 г. – 98,3%, 2017 г. – 98,4%). Продолжилась иммунизация от кори взрослого населения: вакцинировано 6844 человека, ревакцинировано – 9053.

По мнению многих врачей, участвовавшие вспышки кори происходят чаще всего вследствие массового отказа от рекомендованных Минздравом РФ прививок. Кроме того, корь привозят в Россию граждане соседних стран. Департамент здравоохранения Воронежской области напоминает, что две прививки от кори должны иметь взрослые граждане до 35 лет. А отдельные категории населения — до 55 лет [2]. Единственным действенным способом защитить себя от кори, как и от многих других инфекционных заболеваний, является вакцинация. Ведущую роль в семье играют родители [3], которые зачастую сомневаются, стоит ли делать своим детям прививки. В соответствии с национальным календарем прививок вакцинации против кори подлежат как взрослые, так и дети. Детей прививают в 12 месяцев (вакцинация) и в 6 лет (ревакцинация). По данным за 2017 год в Воронежской области не были привиты против кори более 7 тысяч взрослых [4]. Следует заметить, что взрослым людям проводится двукратная иммунизация с интервалом не менее 3 месяцев.

Прививки проводятся бесплатно. Для этого нужно обратиться в поликлинику по месту жительства. После прививки формируется иммунитет, достаточный для надежной защиты на всю жизнь.

Список литературы

1. Бондаренко, А.Е., Фомина, Н.Н. Медико-демографические показатели здоровья населения в Воронежской области с 2007 по 2017 годы. А.Е. Бондаренко, Н.Н. Фомина // Молодежный инновационный вестник. - 2019. - Т. 8. № 2.- С. 455-456.
2. В Воронежской области число заболевших корью увеличилось до 16. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://moe-online.ru/news/society/1044203>
3. Воробьева В.А., Фомина Н.Н. Роль доходов семьи в развитии личности ребенка. В.А. Воробьева, Н.Н. Фомина // Молодежный инновационный вестник. -2018.- Т. 7. № 2.- С. 26-27.
4. За семь месяцев в Воронежской области заболели корью 6 человек [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://zdrav36.ru/novosti/2018-07-24-za-sem-mesyatsev-v-voronezhskoy-oblasti-zaboleli-koryu-6-chelovek>

5. Иваненко, В.А., Фомина, Н.Н. Исполнение государственной программы «Развитие здравоохранения»: региональный аспект. В.А. Иваненко, Н.Н. Фомина. / Молодежный инновационный вестник. 2019. Т. 8. № S1. С. 62-63.
6. Корь [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/measles>

**ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ
ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ОРБИТЫ (ОСНОВАНО НА АНАЛИЗЕ ИСТОРИЙ
БОЛЕЗНИ ЗА 2017-2018гг. ОТДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ
ФГБУ «РНИОИ» МИНЗДРАВА РОССИИ)**

Харченко Н.И., Нагорняк А.С.

Научный руководитель: Енгибарян М.А.

Ростовский государственный медицинский университет

Данное исследование является актуальным, т.к. в России в настоящее время очень мало материалов по статистике опухолей орбиты отдельно от опухолей головы и шеи. Создание соответствующего раздела в онкологическом регистре позволит отделить пациентов с вторичными опухолями орбиты с целью повышения качества оказываемой им специализированной медицинской помощи.

Материалы и методы.

Основными материалами проведения данного исследования являются истории болезни пациентов, находившихся на лечении в отделении опухолей головы и шеи «РНИОИ» за 2017-2018гг., и операционный журнал. Был проведен анализ данных каждого пациента по таким параметрам, как диагноз основного заболевания, виды хирургического вмешательства, результаты описания макропрепаратов и их гистологическое исследование.

Исследование проводилось с октября 2018г. по январь 2019г.

Статистическая обработка проводилась с помощью «STATISTICA 10.0».

Результаты и обсуждение.

Количество пациентов с опухолями орбиты составило 98 человек (40,82% мужчин и 59,18% женщин).

Рецидивы составили 35,7% всех случаев.

По локализации процесса было выделено несколько групп: кожа век – 53,1%, придаточные пазухи – 27,52%, первично-множественный рак – 7,14%, множественная локализация – 4,08%, опухоли орбиты – 5,1%, слезный мешок – 2,04%, новообразования хориоидеи – 1,02%.

Самые распространенные группы – с поражением кожи век и придаточных пазух.

При локализации опухоли на коже век: средний возраст у мужчин составил 63 года, у женщин – 68 лет; частота встречаемости данной патологии у мужчин – 42,3%, у женщин – 57,7%; исход лечения с экзентерацией орбиты у мужчин составил 18%, у женщин – 10%, общий исход лечения с экзентерацией орбиты – 13%. По отношению к общему числу пациентов с патологиями орбиты: встречаемость у мужчин – 55%, у женщин – 51%, общая встречаемость – 53,1%.

При локализации в области придаточных пазух: средний возраст у мужчин составил 52 года, у женщин – 56 лет; частота встречаемости данной патологии у мужчин – 44%, у женщин – 56%; исход лечения с экзентерацией орбиты у мужчин составил 41,6%, у женщин – 20%, общий исход лечения с экзентерацией орбиты – 29,6%. По отношению к

общему числу пациентов с патологиями орбиты: встречаемость у мужчин – 30%, у женщин – 25,8%, общая встречаемость – 27,52%.

Заключение.

Мы изучили клинико-эпидемиологические особенности вторичных опухолей орбиты и возможность органосохраняющего лечения.

Проведенное статистическое исследование показало, что ранняя диагностика опухолевого процесса повышает шанс пациента на органосохраняющую операцию.

Список литературы

1. Вельшер Л.З. Клиническая онкология [Текст]: избранные лекции учеб. пособие / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Давыдов М.И. Онкология [Текст]: учебник / М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
3. Егоров Е.А. Глазные болезни [Текст]: учебник / Е.А. Егоров, Л.М. Епифанова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

УГРОЗА РАЗВИТИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Хызырова К.А.

Научный руководитель: Кнышова Л.П.

Волгоградский государственный медицинский университет

Демографическая безопасность является важнейшая составной частью национальной безопасности Российской Федерации. Численность населения не может быть чем-то статичным. Современный тип воспроизводства населения направлен на использование иных демографических механизмов [1]. Успехи медицины и здравоохранения, общее повышение уровня жизни привели в начале XXI века к заметному снижению показателей смертности и увеличению средней продолжительности жизни, что повлекло за собой значительное увеличение естественного прироста. После чего последовал обратный процесс – спад рождаемости и увеличение показателя смертности населения страны [4]. По данным Института социально-политических исследований РАН, численность населения страны при сохранении сложившихся уровней рождаемости и смертности может к 2025 году сократиться до 122 млн. человек, а при условии дальнейшего роста смертности и падения рождаемости – до 113,9 млн. человек. Глобальные проблемы человечества играют решающую роль в развитии демографической ситуации как в масштабах целой страны, так и в конкретном регионе, Волгоградская область не является исключением.

Целью работы было поставлено изучение демографической ситуации на территории г. Волгограда и Волгоградской области в период 2015 – 2018 гг.

В качестве материала для анализа демографических показателей была использована база данных Волгоградстата и информационные данные управления Роспотребнадзора по Волгоградской области.

Результаты и обсуждения. На начало 2019 года численность населения г. Волгограда составила 1013468, г. Волжского – 323604 человек. Общая численность населения Волгоградской области составила 2507509 человек.

В 2018 году в г. Волгограде согласно критериям оценки показателей естественного движения населения, рождаемость составила 9,6 на 1000 человек. В 2015 году этот показатель составил 11,60, в 2016 году – 11,50, в 2017 году рождаемость составила 10,10, в 2018 она равнялась 9,6. Проанализировав показатели за последние 10 лет, можно сказать, что рождаемость снизилась на 9,4% (с 10,6 в 2009 году до 9,6 в 2018). Показатель

естественного прироста (убыли) населения за последние три года увеличился и составил - 2,8 на 1000 населения [2].

По оценке демографической ситуации в г.Волгограде следует отметить, что численность населения города ежегодно сокращается, показатели рождаемости, также, стабильно низкие – -2,8 (ниже среднеобластных значений (-3,9)) [3].

Заключение. Наблюдающийся демографический кризис на территории Волгограда и области осложняется тем, что низкий уровень рождаемости сопровождается ростом заболеваемости детского населения сахарным диабетом, бронхиальной астмой, анемией, болезнями почек, врожденными аномалиями. В связи с этим г. Волгограду необходимо срочно решать проблемы не только оздоровления демографической ситуации в городе и области, но и направить силы на разработку стратегической политики, направленной на увеличение не только численности населения города, но и повышения его качественных характеристик, которые влияют на процессы сохранения и умножения экономического потенциала города героя Волгограда.

Список литературы

1. Кнышова, Л.П. Влияние курения кальяна на репродуктивное здоровье женщин / Л.П. Кнышова // В сборнике: EUROPEAN RESEARCH сборник статей победителей Международной научно-практической конференции. - 2016. - С. 115-118.
2. Сайт Управления Роспотребнадзора по Волгоградской области [Электронный ресурс] <http://34.rospotrebnadzor.ru/>
3. Сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области [Электронный ресурс] <http://volgastat.old.gks.ru/>
4. Соболева С.В., Чудаева О.В. Демографическая безопасность России и её регионов: факторы, проблемы, индикаторы // Регион: экономика и социология. – 2008. – No 3. – С. 147–167.

Раздел 7. Патологическая анатомия и судебная медицина

КЛИНИКО-ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСТРОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Вареникова Ю.В., Бугримов Д.Ю., Филин А.А.

Научный руководитель: Даниленко В.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Системная красная волчанка (СКВ) - системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, которое характеризуется гиперпродукцией органоспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов. Отмечается резкое возрастание заболеваемости при носительстве HLA-DR2 или HLA-DR3 в 2–3 раза, а наличие гаплотипов A1, B8, DR3 определяет 10-кратное повышение риска у представителей европеоидной расы. Для верификации системной красной волчанки помимо лабораторно-инструментальных исследований проводят гистологическое исследование. Патоморфологи изучают биопсийный и операционный материал, окрашенный гематоксилином и эозином. При этом выделяют основные признаки патологии клеточных ядер: базофилия фибриноида; волчаночные, так называемые LE-клетки, гематоксилиновые тельца, которые представляют собой набухшие ядра погибших клеток с лизированным хроматином. Также используют иммунофлюоресцентную микроскопию (при данном исследовании обнаруживается свечение иммуноглобулинов, комплемента, фибрина). Наиболее опасной считается острая форма системной красной волчанки, при отсутствии лечения которой наступает летальный исход. Поэтому главной задачей для клиницистов является своевременная диагностика и правильно подобранное лечение больным с данным заболеванием, избежание прогрессирования заболевания и перехода его в острую форму.

Пациентка Н., 36 лет, поступила в терапевтическое отделение районной больницы с жалобами на повышение температуры до 37,2 градусов в течение недели, слабость, одышку, отёки, редкий сухой кашель, головокружение и выпадение волос. Анамнез заболевания: считала себя больной в течение 5-ти месяцев, когда впервые стала отмечать слабость и резкое выпадение волос. В сентябре 2018 находилась на стационарном лечении по поводу хронического панкреатита. В декабре 2018 года заметила ухудшение самочувствия, когда появились жалобы, после чего была госпитализирована в терапевтическое отделение районной больницы. Было проведено обследование:

КТ-картина полисегментарной двухсторонней пневмонии, лимфаденопатия большинства групп лимфоузлов. Двусторонний осумкованный плеврит. Гидроперикард.

ЭКГ: Ритм синусовый. ЭОС не отклонена. Наджелудочковая экстрасистолия.

МРТ брюшной полости: Асцит. Умеренная подвздошная лимфаденопатия.

Анализ крови: гемоглобин 66г/л, эритроциты $2,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты $31,3 \cdot 10^9/л$, гематокрит 20%.

Биохимическое исследование крови: глюкоза 5,3ммоль/л, амилаза 54ед/л, мочевины 5,2ммоль/л, креатинин 64ммоль/л, СРБ 88,5мг/л. РФ 42,7ед./мл.

Состояние тяжелое, сознание ясное. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Иммунологическое исследование на антинуклеарные антитела - результат положительный.

Был поставлен диагноз: системное заболевание соединительной ткани (СКВ?), течение острое по дебюту, активность 3, с поражением кожи (выраженная алопеция), почек (нефропатия), серозных оболочек (плеврит, асцит, перикардит). Анемия тяжёлой степени тяжести. Двухсторонняя полисегментарная пневмония. Двусторонний экссудативный плеврит. 30.12.2018 пациентка самостоятельно покинула терапевтическое отделение районной больницы на сутки. Лечение основного заболевания было прервано. Поэтому на следующее утро больная вернулась в отделение в крайне тяжелом состоянии. Не смотря на проводимое лечение и реанимационные мероприятия 31.12.2018 прогрессировала полиорганная недостаточность и наступила смерть.

В ходе проведения аутопсии: труп женщины правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы холодные на ощупь, вне трупных пятен бледные. Волосы на голове русые, редкие, при поглаживании частью остаются на руках (легко выпадают). Макроскопически выраженные признаки полиорганной недостаточности (в полости сердечной сорочки содержалось 350мл мутноватой желтоватой жидкости с примесью рыхлых пленок и нитей серо-желтоватого и розового цвета, левой плевральной полости - 800мл, в правой плевральной полости - 600мл, в брюшной полости - 1100мл светло-желтой прозрачной жидкости.). При микроскопическом исследовании в легких и печени среди участков некрозов, а в почках - в клубочках, были обнаружены клетки красной волчанки – нейтрофильные лейкоциты, содержащие круглую бесструктурную дымчатую базофильную массу, а также крупные гематоксилиновые тельца в виде крупных красных гомогенных телец, и базофильно окрашенный аморфный ядерный детрит, окруженный нейтрофилами и макрофагами. При гистологическом исследовании кожи, мышц грудной клетки и языка аналогичных изменений выявлено не было. Для бактериологического исследования: взяты посевы из полости перикарда, правого и левого легких, селезенки, сердца (кровь).

Исходя из вышепредставленных исследований, был поставлен заключительный патологоанатомический диагноз: Системная красная волчанка, острое течение, леченная глюкокортикостероидами. Волчаночный мезангиокапиллярный гломерулонефрит.

Осложнения основного заболевания: Уремия: фибринозный перикардит – 350мл, мелкоочаговые стеариновые некрозы поджелудочной железы, анасарка, асцит – 1100мл, двусторонний гидроторакс (800мл, 600мл). Операция: пункция и дренирование правой и левой плевральных полостей. Двухсторонняя полисегментарная фибринозно-гнойно-геморрагическая бронхопневмония (бактериологическое исследование из правого и левого легких - *Enterococcus faecalis*). Анемия смешанного генеза (в общем анализе крови гемоглобин 66г/л, эритроциты 2,74млн. Кахексия. Дистрофические изменения паренхиматозных элементов внутренних органов, центрлобулярные некрозы и стеатоз печени. Отек легких, отек головного мозга.

Особенностью описанного наблюдения является крайне быстрое прогрессирование заболевания (от момента постановки диагноза до наступления смерти прошло 10 дней), которое без должного лечения привело к летальному исходу. Морфологической особенностью в данном наблюдении является гистологическая картина поражения почек, печени и легких при отсутствии вовлечения в процесс кожных покровов и мягких тканей.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Зубалова В.В., Меркулова А.С.

Научный руководитель: Чуков С.З.

Ставропольский государственный медицинский университет

Рак молочной железы (РМЖ) – это злокачественная опухоль эпителия долек и протоков молочных желез. Наиболее частое злокачественное заболевание у женщин.

Актуальность: в России и на территории Ставропольского края рак молочной железы продолжает занимать ведущее место по показателям заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований у женщин.

Цель: рассмотреть различные морфологические параметры, характеризующие опухоль, фоновые диспластические процессы при РМЖ и оценить их взаимосвязь с особенностями клинического течения и прогноза заболевания. Ознакомить с мерами профилактики данного заболевания для предотвращения его развития.

Основная часть: по данным медицинской статистики, в России ежегодно около 46 тыс. женщин заболевает раком молочной железы. В структуре онкологических заболеваний женщин рак молочной железы занимает первое место - 19,3%. РМЖ в России в период с 2012-2014г. занимал 1 место среди онкологических заболеваний. Приходится 411.1 тыс. заболевших на 500тыс. населения. РМЖ в России в период с 2016-2017г. занимает 2 место среди онкологических заболеваний. Активное выявление РМЖ за 2017г. составляет 70,6%. По статистике в настоящее время на территории Ставропольского края заболеваемость раком молочной железы ниже, чем в целом по России.

Разновидности рака молочной железы:

1. Неинвазивная Карцинома in situ (на месте):

- Протоковая;
- Дольковая.

2. Инвазивная карцинома:

- Протоковая и Дольковая
- Тубулярная/криброзная
- Муцинозная
- Медуллярная
- Папиллярная
- Метастатическая

3. Атипичная форма (б-нь Педжета)

Неинфильтрирующий дольковый рак (дольковый «рак на месте») возникает мультицентрично, имеет солидный и железистый варианты. Развивается в неизменной дольке или на фоне дисгормональной доброкачественной дисплазии.

Неинфильтрирующий внутрипротоковый РМЖ (протоковый «рак на месте»). Сосочковый рак растет, заполняя просвет расширенных протоков, и не выходит за их пределы.

Угревидный рак возникает мультицентрично, но обычно ограничивается одним сегментом железы.

Внутрипротоковый рак переходит в инвазивную форму.

Криброзный рак гистологически имеет вид решетки из-за образования просветов на месте погибших клеток.

Выделяют различные методы исследования молочной железы, но наиболее точным методом исследования является Тонкоигольная аспирационная пункция (биопсия) узловых образований под контролем ультразвукового исследования (УЗИ): Пункционная биопсия дает возможность понять строение новообразований, доброкачественность или злокачественность процесса, принять решение о хирургическом вмешательстве.

Биопсия кисты молочной железы под контролем УЗИ. Определить, злокачественность или доброкачественность кисты, может только биопсия. Биопсия заключается в удалении определенного кусочка измененной ткани молочной железы, либо всего опухолевого образования и последующем его гистологическом изучении под микроскопом. Пункция молочной железы применяется при кистах размером от 10 мм в особенности при неравномерности толщины капсулы образования. Диагностическая ценность этого метода составляет 95%. При фиброденомах диагностическая ценность метода составляет 65%. Диагностическая ценность для обнаружения раковых клеток в пунктате – 93%. Общая диагностическая ценность этого метода 85%.

В целях заинтересованности данной темой мы провели небольшое анкетирование, в ходе которого было опрошено 30 человек. В результате опроса было выявлено, что большинство женщин считают, что РМЖ встречается в возрасте 40-49 лет, что в принципе оправдано фактами, также большинство не знают что такое самообследование молочных желез. Большой процент считает, что причиной развития РМЖ является генетическая расположенность, что действительно так и есть, помимо этого оказывают воздействие и другие факторы, маммографию желательно проходить после 40 лет. Анализируя проведенный опрос удалось установить, что наибольший процент женского населения, даже не задумывались о симптомах такого заболевания, как рак молочной железы и методах его профилактики. Отчего процент заболеваемости РМЖ снижается лишь незначительно.

Рак молочной железы является ведущей патологией в структуре онкологических заболеваний среди женского населения, поэтому во избежание его возникновения следует вовремя осуществлять профилактическую диагностику: делать маммографию 1 раз в год и УЗИ, особенно после 40 лет. Это позволит выявить рак на ранней стадии и вовремя начать лечение, что действительно важно! Так как «пойманный» рак на начальной стадии излечим примерно на 70%.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЛАНОМ ГОЛОВЫ И ШЕИ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ В ПОПУЛЯЦИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Зубцов М.С., Бычкова И.В., Наумченко С.Ю.

Научные руководитель: Силина Л.В., Хвостовой В.В

Курский государственный медицинский университет

Диагностика и лечение меланомы кожи являются одной из актуальных проблем в современной онкологии. Среднегодовой темп прироста заболеваемости этой опухолью в мире составляет около 5%. В России ежегодно регистрируется более 5700 случаев этой патологии и более 2200 человек умирают от нее. В 2017г. стандартизованный показатель заболеваемости меланомой кожи в России у мужчин равнялся 4,4 и у женщин – 6,3 на 100 тыс. Прирост же абсолютного числа заболевших меланомой среди мужчин и женщин в 2017 г. составил, соответственно, 16,4 и 17,4%. В целом по России с 2012 по 2017 г. заболеваемость меланомой кожи увеличились на 16,7%. [1].

Цель исследования – анализ клинико-морфологических особенностей меланомы головы и шеи в сравнении с другими локализациями.

Материалом исследования послужили клинико-морфологические данные о 761 больном верифицированной гистологически меланомой кожи различных локализаций, находившихся на лечении в различных клиниках г. Курска с 2008 по 2017 год. В исследование не вошли больные с внекожной локализацией опухоли. У 142 пациентов

меланомы располагалась на коже головы и шеи. Оставшиеся 619 больных с локализацией первичной опухоли на коже конечностей и туловища послужили контрольной группой.

В результате работы выяснено, что гендерных различий в локализации меланомы в области головы и шеи по сравнению с туловищем и конечностями нет ($p < 0,05$). Однако, при оценке сублокализации опухолей на голове и шее мужчины достоверно чаще страдают меланомой волосистой части головы (в 1,2 раза чаще; $p < 0,05$), а женщины чаще страдают меланомами лица (в 6,5 раз чаще мужчин; $p < 0,05$).

При оценке возрастного состава больных меланомой было выявлено, что средний возраст больных меланомой головы и шеи на 5,3 года больше, чем у больных меланомой других локализаций. Кроме того, мужчины, страдающие МГШ, на 2,2 года старше мужчин, страдающих меланомами других локализаций, а женщины соответственно старше на 6,6 лет. Также при оценке возрастного состава сублокализации МГШ было выяснено, что самый большой возраст – у больных меланомой лица (74 года; мужчины – 73,6 года; женщины – 74,1 года), самый маленький возраст у больных меланомой шеи (53,9 лет; мужчины – 54,5 лет; женщины – 53,3 лет). Данный факт необходимо учитывать при проведении хирургического лечения данных форм меланомы.

При оценке формы роста чаще всего наблюдалась нодулярная форма роста во всех локализациях. Статистически значимых отличий в распределении форм роста МГШ и меланом других локализаций не выявлено. Помимо этого не выделено статистически значимых различий форм роста при оценке сублокализации МГШ. С прогностической точки зрения это неблагоприятная форма меланомы, при которой отсутствует фаза радиального роста [2].

При оценке клеточного типа опухоли было статистически достоверно выяснено, что при МГШ чаще других встречается веретенноклеточная форма, в то время при других локализациях чаще встречается эпителиоидноклеточная форма.

При оценке уровня инвазии по Кларку статистически значимых различий между МГШ и меланомами других локализаций не выявлено, различий при оценке сублокализаций МГШ также не выявлено.

При оценке толщины опухоли по Бреслоу было выявлено, что МГШ толще на 3 мм, чем меланомы других локализаций. Статистически значимых различий в толщине опухоли при оценке сублокализации МГШ не выявлено. . В настоящее время TNM классификация меланом кожи осуществляется на основании толщины опухоли, которая для меланом всех локализаций является универсальным и наиболее мощным прогностическим фактором [3].

При анализе изъязвлений опухоли было выяснено, что она наблюдалось примерно у 40% больных в обеих группах, однако статистически значимых различий выявлено не было. При анализе МГШ статистически значимых различий в частоте изъязвления опухолей различных сублокализаций также выявлено не было.

При анализе пигментаций опухоли было выяснено, что пигментация в опухолях головы и шеи встречалась достоверно чаще, чем в опухолях головы и туловища. При изучении пигментации МГШ в зависимости от сублокализации статистически значимых различий выявлено не было. Усиление пигментации в области головы и шеи по данным литературы является хорошим прогностическим признаком.

При анализе лимфоидной стромы опухоли статистически достоверно установлено, что умеренная и слабая инфильтрация в опухолях туловища и конечностей встречается в 1,8 раза чаще, чем в МГШ. При анализе с учётом сублокализации среди МГШ значимых различий выявлено не было.

При оценке частоты метастазирования опухоли было достоверно установлено, что при поступлении в стационар метастазы в лимфатические узлы отмечались у 12,05% больных МГШ и у 5,85% с локализацией опухоли на туловище и конечностях (в 2,06 раза

чаще). В группе МГШ не выявлено различий в частоте лимфогенных метастазов в зависимости от сублокализации.

Выводы.

1. Гендерных различий между МГШ и меланомами других сублокализаций не выявлено. Однако, при оценке сублокализаций МГШ выявлено, что мужчины в 1,5 раза чаще страдают меланомами волосистой части головы, а женщины в 6,75 раза чаще страдают меланомами лица.

2. МГШ клинико-морфологически характеризуются большей частотой веретенноклеточных форм опухоли; большей опухоли толщиной по Бреслоу (на 3 мм больше меланом других локализаций); более сильной пигментацией опухоли; слабой лимфоидной инфильтрацией; более частым метастазированием опухоли.

Список литературы

1. Вагнер, Р.И. Показания к профилактической регионарной лимфаденэктомии при первичных меланоммах кожи головы и шеи / Р.И. Вагнер, В.В. Анисимов// Вестник хирургии. – 1998. – № 10. – С. 8-128
2. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению в России в 2017 году/ А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – 236 с.
3. Gussack, G.S. Cutaneous melanoma of the head and neck. A review of 399 cases/ G.S. Gussack, D. Reintgen, E. Cox [et al.]// Ann. Surg. Oncol.–2013.–10.–P. 21-26

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Ибрагимова Х. У., Алиева М. М., Атабаева Х. М.

Чеченский государственный университет

Болезнь Альцгеймера — это неизлечимое дегенеративное заболевание головного мозга, характеризующееся постепенной потерей когнитивных способностей, риск развития которого повышается после 65 лет. Впервые данную патологию описал Алоис Альцгеймер, в 1907 году.

На сегодняшний день причины развития заболевания не изучены до конца. Популярной является амилоидная теория, которая подразумевает тесную связь болезни Альцгеймера с развитием церебрального амилоидоза, который обнаруживается у 100% больных данным недугом. Неизвестно, как именно скопление бета-амилоидных пептидов вызывает патологические отклонения при болезни Альцгеймера. Амилоидная гипотеза указывает на скопление бета-амилоида как на основной фактор, запускающий процесс дегенерации нервной системы. Считается, что отложения нарушают равновесие ионов кальция в клетке и провоцируют ее самоуничтожение. Известно, что местом скопления Аβ в нейронах пациентов являются митохондрии, также этот пептид ингибирует работу некоторых ферментов и влияет на использование углеводов.

Воспалительные процессы и цитокины могут играть вторичную роль в развитии болезни Альцгеймера.

Известно, так же, что белок мозгового амилоида представлен белком 4КД-а. Ген данного амилоида локализуется в 21-й хромосоме, он является структурной основой старческой бляшки. Вместе с синтезом внеклеточно расположенных фибрилл амилоида, при болезни Альцгеймера выражена так же и патология и внутриклеточных фибриллярных структур - белков цитоскелета. Данная патология представлена

группировкой в цитоплазме нейронов попарно скрученных филаментов и прямых трубочек, которые способны занимать все тело клетки, формируя при этом нейрофибриллярные сплетения. Изменения цитоскелета при болезни Альцгеймера могут наблюдаться и в проксимальных дендритах, в которых накапливаются тельца Хирано. Доказано, что амилоид в пораженных отделах мозга обнаруживается раньше, чем нейрофибриллярные изменения.

Актуальность исследования: важность изучения данной болезни связана с тем, что она приводит к высокой процентности инвалидизации, на сегодняшний день до конца не изучены этиология и патогенез развития данной патологии, однако количество людей, страдающих болезнью Альцгеймера неустанно растет.

Материалы и методы: в ходе данного исследования был изучен 9 микропрепаратов приготовленных из срезов различных структур головного мозга пациентов с болезнью Альцгеймера. 4 пациентов были женского пола, 5 пациентов – мужского. Использованная окраска – гематоксилин и эозин.

Результаты и обсуждения: при микроскопическом исследовании в коре атрофичных долей мозга, гиппокампе и миндалях обнаружены отложения амилоида, повреждения нейронов, тельца Хирано. Во всех отделах коры головного мозга выявляются сенильные бляшки и нейрофибриллярные сплетения. Старческие бляшки окружены филаментами, которые попарно скручены. По периферии амилоидных отложений обнаружены клетки микроглии, в 5 случаях астроциты. Нейроны в гиппокампе и коре головного мозга были уменьшены в размерах, цитоплазма их вакуолизирована, содержит аргирофильные гранулы. Тельца Хирано обнаружены в виде эозинофильных включений и представлены скоплением ориентированных актиновых филаментов. При сравнении микропрепаратов мозга женщин и мужчин не было обнаружено принципиальных различий.

Выводы: 1. Болезнь Альцгеймера на сегодняшний день не является до конца изученной, ученые придерживаются различных теорий, однако точная причина развития данной патологии до сих пор не известна;

2. Симптоматика болезни Альцгеймера тесно связана с церебральным амилоидозом, который обнаруживается во всех случаях при микроскопическом исследовании;

3. Болезнь Альцгеймера протекает стадийно, клинические проявления постепенно нарастают, со временем состояние таких пациентов ухудшается;

4. При микроскопическом исследовании срезов головного мозга, фиксированных в 10% растворе нейтрального формалина, были обнаружены старческие бляшки и повреждения нейронов, а так же тельца Хирано.

Список литературы

1. Автандилов, Г.Г. Основы количественной патологической анатомии / Г.Г. Автандилов.– М.: Медицина, 2002.– 240 с.
2. Козырев, К.М. Структурно-функциональная характеристика некоторых областей головного мозга при шизофрении, болезни Альцгеймера и дементных состояний сосудистого генеза / К.М. Козырев, Т.Т. Березов, Т.В. Закс // Владикавказский медико-биологический вестник.– 2009-2010.– Т.IX.– С.92–97.
3. Патологическая анатомия : учебник / А. И. Струков, В. В. Серов. - 5-е изд., стер. - М.: Литтерра, 2010. - 880 с. : ил. стр-545-547
4. Успенская, О. Патогенетические и нейрохимические основы развития болезни Альцгеймера / О. Успенская, В. Захаров // Врач.– 2010.– № 4.– С.72–74.

**Т-КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА С РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
МАСКОЙ ПОЛИАРТРИТА: ДЕМОНСТРАЦИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ**

Колупаева Е.И., Бугримов Д.Ю., Филлин А.А.

Научный руководитель: Даниленко В.И.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Лимфопролиферативные заболевания представляют собой группу чрезвычайно гетерогенных по своим молекулярно-биологическим, морфологическим и клиническим характеристикам заболеваний. Манифестация лимфом зачастую представляет собой совокупность неспецифических симптомов и может протекать с различными клиническими масками. Представляем практический случай патолого-анатомического вскрытия пациента с Т-клеточной лимфомой, напоминающей в дебюте ревматическое заболевание.

Мужчина 39 лет поступил в ревматологическое отделение с жалобами на общую слабость, боли в плечевых, лучезапястных, локтевых, коленных, голеностопных, тазобедренных суставах, проекции крестцово-подвздошных суставов, суставов кистей, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, умеренную скованность в суставах, сохраняющуюся в течение дня, повышение температуры тела до 38-39 градусов Цельсия. Считает себя больным в течении последних 2-3 недель, когда после перенесенной ОРВИ стал отмечать выше перечисленные жалобы.

Данные физикального исследования: состояние больного относительно удовлетворительное, выраженное шелушение кожи на кистях. В остальном без особенностей. По данным лабораторных исследований особенностей не выявлено.

При поступлении установлен предварительный диагноз: Полиартрит не уточненной этиологии, активность 2-3, острое течение.

На 10-ый день госпитализации к имеющимся жалобам добавились боль и першение в горле, увеличение и болезненность лимфоузлов шеи. По данным осмотра ЛОР-врачом выявлены гиперемия, отек небных дужек и задней стенки глотки, небные миндалины покрыты белым налетом, распространяющимся на мягкое небо, увеличенные и болезненные задние и передние поверхностные шейные лимфоузлы. На 16-ый день пребывания в больнице пациент скончался.

При патолого-анатомическом вскрытии были обнаружены патологически измененные, увеличенные шейные, висцеральные абдоминальные и внутригрудные лимфатические узлы, обширные гнойные некрозы в подкожной жировой клетчатке, поверхностных и глубоких мышцах передней и боковых областей шеи, клетчатке средостения, патологически измененные дряблые, бугристые, увеличенные миндалины, с наложением на поверхности рыхлых серо-желтоватых масс, были выявлены явления фибринозно-гнойного фарингита с ретрофарингеальным абсцессом, полисегментарная пневмония с экссудативным плевритом и гепатоспленомегалия. Посмертный бактериологический анализ подтвердил наличие в гнойных очагах смешанной бактериальной флоры *Enterobacter* sp. и *Staphylococcus aureus*.

По результатам гистологического исследования сделано заключение о наличии лимфопролиферативного заболевания. Иммуногистохимическим методом была верифицирована периферическая Т-клеточная лимфома, неспецифицированная, с поражением миндалин, шейных, медиастинальных, абдоминальных лимфатических узлов, печени, селезенки, которая в данном случае явилась основным заболеванием, осложненным развитием множественных гнойно-септических очагов, приведших к инфекционно-токсическому шоку, явившемся непосредственной причиной смерти.

Таким образом в данном случае заболевание начиналось постепенно с симптомов, укладывающихся в клинику ревматического заболевания, и только в терминальном

состоянии у больного появилась лимфаденопатия, позволяющая заподозрить лимфопролиферативное заболевание. При наличии системных неспецифических симптомов, лимфаденопатии, при длительном их течении или безуспешном активном диагностическом поиске следует быть настороженным в отношении онкологической патологии, в частности лимфопролиферативных заболеваний.

Список литературы

1. WHO classification of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues 3-rd edition.
2. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. – 4-е изд., доп. и перераб. / Под ред. С.В. Петрова, Н.Т. Райхлина. – Казань, 2013. – 624 с., ил.
3. Патологическая анатомия: национальное руководство / Под ред. М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца. 2014. – 1264 с.
4. Патологическая анатомия. Атлас: учебное пособие. Зайратьянц О.В., Бойкова С.П., Дорофеев Д.А. и др. / Под ред. О.В. Заратьянца. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010. – 472 с.: ил.
5. Атлас по классификации стадий злокачественных опухолей (TNM): перевод с англ. под ред. А. Д. Каприна, А. Х. Трахтенберга.- М.: Практическая медицина, 2014.- 649 с.
6. Патолого-анатомическое вскрытие: Нормативные документы / Под редакцией Г.А. Франка и П.Г. Малькова / Составители: Г.А. Франк, П.Г. Мальков, Е.В. Каракулина, А.А. Гурова, Г.А. Александрова, А.Г. Талалаев / Минздрав России — М.: Медиа Сфера, 2014. 80 с.
7. Повзун С.А. Важнейшие синдромы: патогенез и патологическая анатомия. – СПб: ООО «ИПК «КОСТА», 2009. – 480 с.

ПРАКТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ЛЕЙОМИОМЫ ЛЕГКОГО

Кузнецов Д.В., Филин А.А., Бугримов Д.Ю.

Научный руководитель: Даниленко В.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Лейомиома – доброкачественная опухоль гладкомышечного генеза. Первичная лейомиома локализуется в мягких тканях и во многих внутренних органах. В современной классификации опухолей ВОЗ описана метастатическая лейомиома матки, которая относится к опухолям с неопределенным потенциалом злокачественности.

Женщина 44 года с клиническим диагнозом “образование обоих легких”, проведена биопсия образования. При проведении рутинного патогистологического исследования обнаружена опухоль из разнонаправленных пучков вытянутых клеток с эозинофильной цитоплазмой, округло-овальными и вытянутыми темными ядрами, большим числом преимущественно мелких сосудов. Фигуры митоза не определялись. Данная морфологическая картина соответствует мезенхимальной опухоли, напоминающей лейомиому. По данным иммуногистохимического исследования клетки опухоли диффузно экспрессировали ASMA, desmin, calponin. В ядрах большинства клеток опухоли слабая экспрессия рецепторов эстрогена. Количество Ki67+ клеток в очагах пролиферации опухоли около 2%. Реакция с остальными маркерами отрицательная. Данный морфоиммунофенотип соответствует гладкомышечной опухоли, наиболее характерен для лейоомы, однако в классификации не описаны первичные лейомиомы легкого. Убедительных признаков злокачественности таких как: некрозов, фигур митоза, заметной атипии, высокой пролиферативной активности по Ki67 в исследованных объектах не было обнаружено. Были даны рекомендации клинически исключить наличие гладкомышечной опухоли женских половых органов, в том числе STUMP, высокодифференцированной

лейомиосаркомы, метастазирующей лейомиомы. Впоследствии из анамнеза стало известно наличие лейомиомы матки, которая показала полное иммунофенотипическое сходство с вышеописанной опухолью и низкий пролиферативный индекс по Ki67.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует важность анамнеза для морфолога и взаимодействия морфолога и лечащего врача для постановки окончательного клинического диагноза.

Список литературы

1. WHO classification of Female Reproductive Organs, 2014.
2. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. – 4-е изд., доп. и перераб. / Под ред. С.В. Петрова, Н.Т. Райхлина. – Казань, 2013. – 624 с., ил. Патологическая анатомия: национальное руководство / Под ред. М.А. Пальцева, Л.В. Кактурского, О.В. Зайратьянца. 2014. – 1264 с.
3. Патологическая анатомия. Атлас: учебное пособие. Зайратьянц О.В., Бойкова С.П., Дорофеев Д.А. и др. / Под ред. О.В. Зайратьянца. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010. - 472 с.: ил.
4. Опухоли тела и шейки матки. Морфологическая диагностика и генетика: Руководство для врачей / Н.В. Данилова, под. Ред. Ю.Ю. Андреевой, Г.А. Франка.- М.: Практическая медицина, 2015. - 304 с.
5. Патология органов дыхания /Коган Е.А. и др., под. ред. Акад. РАЕН, проф. В.С. Паукова .- М.: Литтера, 2013.
6. Черняев А.Л., Самсонова М.В. Патологическая анатомия легких: Атлас. 2-е изд., испр. и доп. (Серия монографий Российского респираторного общества; Гл. ред. серии Чучалин А.Г.). — М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2011. — 112 с, ил.
7. Пальцев М.А. Руководство по биопсийно-секционному курсу. - М.: Медицина, 2004. - 256с.

ЭКСГУМАЦИЯ ТРУПА В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кульнева Ю.Ю.

Научные руководители: Копылов А.В., Берлай М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Эксгумация трупа – это специальное процессуальное действие, регулируемое 178 статьей Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации, назначением и содержанием которого является извлечение трупа из места захоронения, производимое в целях его последующего осмотра, предъявления для опознания либо назначения и производства судебной экспертизы. Без проведения эксгумации трупа в ряде случаев невозможно достижение истины по уголовному делу. В связи с этим проведение ретроспективного анализа судебно-медицинских исследований эксгумированных трупов может помочь в изучении особенностей этого вида экспертиз [1 - 4].

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ и статистическая обработка 10 судебно-медицинских экспертиз эксгумированных трупов, выполненных в танатологическом отделе ГБУЗ Ставропольского края «Краевое Бюро судебно-медицинской экспертизы» за период 2013-2019 годы.

Результаты и обсуждение. Основанием эксгумации трупа в 9 случаях явилось постановление следователей следственного отдела Следственного Комитета Российской Федерации и в одном наблюдении - определение суда. Поводами эксгумации трупа послужило несогласие родственников с выводами проведенной первичной судебно-медицинской экспертизы (8 наблюдений) или результатами патологоанатомических

вскрытий (2 эпизода). Во всех анализируемых случаях о проведении эксгумации трупа родственники покойного были заранее уведомлены. При извлечении трупа из могилы всегда участвовали следователь, судебно-медицинский эксперт, представитель администрации места захоронения, понятые, эксперт-криминалист, проводящий фотосъемку. Участниками эксгумации трупа в 7-ти наблюдениях были и другие специалисты, такие как эксперты негосударственных экспертных организаций, врачи различных специальностей. В ряде случаев осуществлялась единоличная повторная

судебно-медицинская экспертиза эксгумированного трупа, в 4-х наблюдениях - комиссионная судебно-медицинская экспертиза.

Анализ 10 судебно-медицинских экспертиз эксгумированных трупов показал, что средний возраст умерших составил $56 \pm 0,5$ лет. Во всех экспертизах проводилось описание и фотографирование эксгумированных останков. Учитывались состояние, порядок расположения и отсутствие повреждений на погребальной одежде и ритуальных предметах, поза трупа. Особое внимание уделялось описанию поздних трупных явлений, состояния естественных отверстий, признаков ранее проведенного вскрытия черепа, грудной и брюшной полости, эвисцерации органов.

Во всех случаях выполнялось медико-криминалистическое исследование, поскольку полное разложение мягких тканей не препятствует полному исследованию костей скелета.

Судебно-гистологическое исследование проводилось лишь в 6-х случаях (60 % наблюдений), в связи с уменьшением информативности гистологических препаратов при выраженных гнилостных изменениях тканей. Однако, использование специальной окраски гистологических срезов на соединительную ткань пикрофуксином по Ван Гизону позволило определить степень выраженности атеросклероза сосудов, обнаружить участки кардиосклероза и фиброза стромы органов у лиц пожилого возраста.

В трех наблюдениях осуществлялась судебно-химическое исследование волос для определения тяжелых металлов с отрицательным результатом. В одном из анализируемых случаев было выполнено судебно-альгологическое исследование минерализата костного мозга бедренной кости с целью определения планктона при утоплении.

При проведении судебно-медицинских экспертиз эксгумированных трупов в 8 случаях (80%) первичные выводы о причине смерти после судебно-медицинского или патологоанатомического вскрытия были полностью подтверждены. При анализе данных о давности захоронения, мы отметили, что в 7 случаях (70%) она составила от 1 до 6 месяцев, в двух случаях - от 6 месяцев до 1 года и в одном наблюдении давность захоронения была определена более 5 лет. После исследования эксгумированного трупа в экспертном заключении с учетом результатов дополнительных исследований формулировался уточненный судебно-медицинский диагноз. Его оформление начиналось с описания состояния гнилостных изменений, далее отмечали наличие или отсутствие первоначальных исследований трупа, потом указывались повреждения, которые удалось обнаружить.

Заключение. Эксгумация трупа регулируется 178 статьей Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации и проводится на основании постановления следователя или решения суда. Судебно-медицинский эксперт привлекается к производству эксгумации трупа во всех случаях. При изучении эксгумированных трупов проводится комплекс дополнительных исследований, основным из которых является медико-криминалистическое. Среди эксгумированных лиц преобладают мужчины в возрасте 50-59 лет с давностью захоронения до 6 месяцев. Наличие значительной степени разложения трупа не является поводом для отказа от проведения судебно-медицинского исследования.

Список литературы

1. Бедрин, Л. М. Судебно-медицинские возможности исследования эксгумированного трупа / Л. М. Бедрин, А. П. Загрядская. - Горький, 1978. - 156 с.

2. Солохин, А. А. Руководство по судебно-медицинской экспертизе трупа / А. А. Солохин, Ю. А. Солохин. - Москва, 1997. - 252 с.
3. Судебная медицина. Руководство для врачей. Под ред. А.А. Матышева. - СПб: Издательство «Гиппократ», 1998. – С. 356-357.
4. Mobus, U. The body buried twice / U. Mobus, G. Demmler, J. Dressler. – Am. J. Forensic Med. Pathol. – 2002. -Vol.23; N.1. – P. 52-53.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Лаврентьев Я.В., Зыбинский И.А.

Научные руководители: Копылов А.В., Берлай М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Субдуральные гематомы являются распространенным видом патологии, а их медико-экспертная оценка – один из сложных разделов работы судебно-медицинских экспертов.

В клинической практике выделяют острую субдуральную гематому (до двух суток), подострую (в течение двух недель) и хроническую (более трех недель и позже). Настоящая классификация основана на темпе манифестации клинических проявлений сдавления ствольных структур мозга и длительностью «светлого промежутка». Этиология хронических субдуральных гематом бывает достаточно вариабельной, но наиболее частыми причинами являются черепно-мозговые травмы и нетравматические повреждения. Также могут встречаться гематомы, причиной которых являются инфекционные заболевания, геморрагические диатезы, атеросклероз и пороки сердца. Встречаются хронические субдуральные гематомы, причиной которых стала люмбальная пункция или шунтирующая операция, проводимая при гидроцефалии [1-3].

Поскольку субдуральные гематомы чаще всего обнаруживаются при отсутствии сведений об обстоятельствах наступления смерти, каждый такой летальный случай влечет за собой серьезные юридические последствия и определяет необходимость установления механизма и давности образования указанных кровоизлияний. В этом заключается актуальность существующей проблемы с теоретической и практической точки зрения.

Материалы и методы исследования: работа выполнена на практическом материале танатологического и судебно-гистологического отделов ГБУЗ Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». При выполнении данной работы использованы современные методов исследования - морфологический, гистологический, аналитический, статистический. Во всех случаях для определения давности хронических субдуральных гематом применялся гистологический метод с окраской препаратов гематоксилин-эозином, по Ван Гизону для селективного выявления соединительной ткани, по Перлсу для определения железосодержащего пигмента гемосидерина. Объем исследований составил 32 судебно-медицинских экспертизы трупов при хронических субдуральных гематомах.

Результаты и обсуждение. Анализ обстоятельств смерти, записей в медицинской документации и результатов судебно-медицинских вскрытий показал, что клинические и эпидемиологические особенности хронических субдуральных гематом отличались в зависимости от травматического и нетравматического происхождения. Характерным клиническим проявлением травматических субдуральных гематом в 26 исследуемых случаях (81,3 %) явилось наличие «светлого» промежутка - времени после травмы, когда клинические проявления субдуральной гематомы не проявлялись. Обстоятельства

получения черепно-мозговой травмы были различными: дорожно-транспортные происшествия (11 случаев – 42,3 %), падение (8 наблюдения – 30,8 %), бытовая травма (7 эпизодов – 26,9 %). Средний возраст умерших лиц составил $44 \pm 0,5$ года.

В 6 случаях (18,7 %) нетравматических хронических субдуральных гематом обнаружение их явилось посмертной находкой на вскрытии, при этом имелись морфологические признаки атеросклероза мозговых артерий, артериальной гипертензии и хронического алкоголизма. Средний возраст умерших лиц составил $67 \pm 0,25$ года.

На этапе исследования полости черепа во всех анализируемых 32 наблюдениях хроническая субдуральная гематома представляла собой объёмное образование под твёрдой мозговой оболочкой, диаметром от 8 до 11 см, со сформированной капсулой. Твёрдая мозговая оболочка над гематомами обычно имела синеватую окраску и была напряжена. В 28 случаях (87,5 %) гематомы имели однокамерное строение и 4 исследованиях (12,5 %) – многокамерное. Содержимое хронических субдуральных гематом в большинстве случаев – 30 наблюдений (93,8%) была представлена свертками крови.

При микроскопическом исследовании особое внимание нами было уделено строению капсулы. В ее строении отмечались разрастания грануляционной ткани, явления ангиогенеза, лимфоплазматичная инфильтрация с присоединением эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов, пролиферация фибробластов. Структура коллагеновых волокон хорошо прослеживалась при окраске срезов пикрофуксином по Ван Гизону. В капсуле хронических субдуральных гематом в 25 наблюдениях (78,1 %) гистохимическое окрашивание срезов по Перлсу показало положительную реакцию на внутри- и внеклеточный железосодержащий пигмент гемосидерина.

Заключение. Результаты проведенного исследования значимы для судебно-медицинской практики, так как определение давности и механизма образования гематомы может помочь следствию в установлении истины по уголовным делам и проверочным материалам. Результаты морфологических исследований хронических субдуральных гематом могут быть использованы в нейрохирургической, неврологической и травматологической практике, что позволит улучшить диагностику и конечный результат лечения.

Список литературы

1. Пиголкин, Ю. И. Судебно-медицинская диагностика хронических субдуральных гематом / Ю. И. Пиголкин, С. Ю. Касумова, В. П. Туманов, В. П. Ольховик, М. Я. Барановой, Д. В. Богомолов, А. М. Аманмурадов // Методические рекомендации. - М.: Минздрав РФ, 1998. - 9 с.
2. Недугов, Г. В. Субдуральные гематомы: монография / Г. В. Недугов. - Самара: Офорт, 2011. – 343с.
3. Фролова, И. А. Судебно-медицинская оценка патоморфологии и этиологии субдуральных гематом // И. А. Фролова, В. В. Фролов // Судебная медицина. – 2015. – Том 1, № 2 – С. 51.

ГИПОТЕЗА ПРОИСХОЖДЕНИЯ МИКСОМЫ СЕРДЦА

Насытко А.Д.

Научный руководитель: Тодоров С.С.

Ростовский государственный медицинский университет

Миксома сердца является редкой доброкачественной опухолью сердца мезенхимального происхождения, которая встречается у 0,5-1 на 1 млн. у взрослого населения. Большой интерес в изучении данных новообразований обусловлен их уникальной локализацией (левая часть межпредсердной перегородки рядом с fossa ovalis), различными клиническими проявлениями и неустановленным гистогенезом [4,6,7].

Клинические проявления миксом сердца разнообразны и могут быть обусловлены размерами самой опухоли с нарушением ритма сердца, присоединением и прогрессированием тромбоза, тромбоэмболическими осложнениями в бассейне артерий большого круга кровообращения. Данные опухоли не всегда поддаются полноценной и адекватной прижизненной визуализации (ультразвуковое исследование, компьютерная томография), что в ряде случаев связано с различной плотностью структуры миксомы, наличием вторичного тромбоза в полости предсердий сердца [8].

Макроскопическая оценка миксомы сердца порой бывает затруднительной из-за схожести ее с пристеночным тромбозом, так как может иметь вид плоского или полиповидного образования [4].

В последние годы в литературе активно обсуждаются вопросы гистогенеза, биологических свойств, клеточной активности миксом сердца. Различные морфо-иммуногистохимические исследования, посвященные оценке белков CD31, CD34, CD44 в структуре опухоли указывают лишь на наличие сосудистого компонента, другие же, наоборот, акцентируют свое внимание на клеточном составе опухоли без оценки ее гистогенеза [3,5,7].

Все указанное подчеркивает актуальность сравнительного морфологического, гистохимического, иммуногистохимического исследований для понимания гистогенеза миксомы сердца, что позволит скорректировать тактику хирургического и терапевтического лечения такой категории больных.

Цель. Выдвинуть гипотезу гистогенеза миксомы сердца, определяющую тактику терапии с использованием таргетных антиангиогенных препаратов.

Материалы и методы. Приводим собственное секционное наблюдение больной 71 года, поступившей по скорой помощи в тяжелом состоянии, обусловленном развитием инсульта. СКТ выявила ишемические изменения в бассейне левой и правой средней мозговой артерии. У больной наступила смерть спустя 8 суток от начала заболевания.

На вскрытии: в полости ушка левого предсердия имелось образование, плотно прикрепленного к пристеночному эндокарду, серовато-розового цвета, дряблой консистенции. Гистологическое исследование образования: клеточный компонент опухоли был представлен вытянутыми, паукообразными, звездчатыми, светлыми элементами; экстрацеллюлярный компонент - отечной эозинофильной стромой с признаками гиалиноза, содержащей тонкостенные кровеносные сосуды капиллярного типа, окруженные глыбками гемосидерина.

Для уточнения гистогенеза была проведена комплексная гистохимическая и иммуногистохимическая окраски (реакция по Массону, иммуногистохимическая реакция с альфа-актином).

Результаты. Клеточные элементы звездчатой формы давали положительную реакцию в окраске по Массону, на альфа-актин, что указывало на то, что они являются трансформированными гладкими миоцитами, а окружающее их межклеточное вещество с обилием гликопротеинов может быть результатом их секреторной активности. Данные морфологические, гистохимические признаки указывали на наличие доброкачественной

опухоли сердца сложного строения – миксомы, а содержащиеся в ней новообразованные тонкостенные сосуды, признаки гемосидероза указывали на наличие рецидивирующих кровоизлияний в опухоли.

Заключение. Таким образом, миксома сердца представляет собой редкую доброкачественную мезенхимальную опухоль, основным клеточным компонентом которой, по-видимому, являются гладкие миоциты, которые совместно с гликопротеинами межклеточного вещества опухоли могут являться ангиогенными факторами, могут принимать участие в развитии и прогрессировании тромбоза опухоли. Данные факты следует принимать во внимание при разработке тактики ведения таких больных с использованием таргетных антиангиогенных препаратов.

Список литературы

1. Тодоров, С.С. Гладкие миоциты в патологии сердечно-сосудистой системы / С.С. Тодоров//Российский кардиологический журнал.- 2009. - №5. - С.91-94.
2. Тодоров, С.С. Патоморфологические изменения аорты при врожденных заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей первого полугодия жизни / С.С. Тодоров. - Новосибирск, 2011. – С. 237.
3. Donato, G., Conforti, F., Zuccala, V. Expression of tenascin-c and CD44 receptors in cardiac myxomas / G. Donato, F. Conforti, V. Zuccala //Cardiovasc. Pathol. - 2009. - №18. – P.173-7.
4. Hernandez-Bringas, O., Ortiz-Hidalgo, C. Histopathologic and immunohistochemical features of cardiac myxomas / O. Hernandez-Bringas, C. Ortiz-Hidalgo//Arch.Cardiol.Mex. - 2013. - №83. – С. 199-208.
5. Kusumi, T., Minakawa, M., Fukui, K. Cardiac tumor comprising two components including typical myxoma and atypical hypercellularity suggesting a malignant change / T. Kusumi, M. Minakawa, K. Fukui//Cardiovasc.Pathol. - 2009. - №18. - P.369-74.
6. Lewitowicz, P., Bernaczyk, P., Horecka- Lewitowicz, A. Ancient cardiac myxomas – another point of view in the light of tetraspanins / P. Lewitowicz, P. Bernaczyk, A. Horecka- Lewitowicz//Pol. J.Pathol. - 2016. - №67. - P.69-77.
7. Orlandi, A., Ciucci, A., Ferlosio, A. Cardiac myxoma cells exhibit embryonic endocardial stem cell features / A. Orlandi, A. Ciucci, A. Ferlosio//J.Pathol. - 2006. - №209. - P.231-239.
8. Wang, H.Y., Zhang, X.B., Zheng, J.J. Clinicopathologic features of cardiac myxoma – a report of 47 cases / H.Y. Wang, X.B. Zhang, J.J. Zheng//Ai Zheng. - 2006. - №25. - P.892-5.

РЕАКТИВНОЕ МИКРООКРУЖЕНИЕ ЛИФМОМЫ ХОДЖКИНА

Сергеева А.А., Эргашева Д.В., Кудрявцева Е.С.

Научный руководитель: Тихонов Я.Н.

Тихоокеанский государственный медицинский университет

На современном этапе огромное внимание уделяется иммуногистохимическому методу как основополагающему в дифференциальной диагностике лимфом Ходжкина с другими лимфомами. К сожалению, обращая внимание на диагностические клетки и основные маркёры, не все отводят должное значение реактивному микроокружению. Актуальность данной проблемы велика, ведь реактивное микроокружение в наше время изучено мало, но именно оно может оказывать поддерживающее или угнетающее влияние на опухолевые клетки, а значит, воздействуя на него соответствующим протоколом терапии, можно более благоприятно повлиять на исход заболевания.

Материалы и методы. Материалом являлись биоптаты лимфатических узлов, взятые у людей с различными вариантами лимфомы Ходжкина, с целью выявления иммуногистохимических маркёров реактивного микроокружения. (Для исследования были использованы архивные материалы Приморского краевого патологоанатомического бюро.) Исследование проводилось на микроскопе Olympus BX 41. Статистический анализ проводился с помощью непараметрических методов.

Результаты и обсуждение. Изучив реактивное микроокружение лимфомы Ходжкина, мы выявили следующие количественные соотношения: в варианте - нодулярный склероз CD4 занимает 60-70% всего реактивного микроокружения, CD8 - 40-55%, CD3 - 80-90%, CD57 - 3-5%. В смешанно-клеточном варианте: CD4 - 70- 85%, CD8 - 30-40%, CD3 - 80-90%, CD57 - негативный. В варианте лимфоидного преобладания: CD4 - 70-75%, CD8 - 40-50% , CD3 - 90-100%, CD57 - 5-10%. Таким образом, процентное соотношение маркеров Т-клеточного микроокружения (реактивного) в различных вариантах лимфомы Ходжкина колеблется с незначительной разницей. Из чего следует, что реактивный фон не зависит от варианта и является общепатологической реакцией для всех вариантов лимфомы Ходжкина.

Выводы. Основываясь на результатах исследования, можно утверждать, что реактивное микроокружение играет важную роль в патологии лимфом Ходжкина, которое необходимо оценивать при морфологической диагностике. Ведь именно реактивное микроокружение оказывает влияние на клетки Рид-Березовского-Штернберга и клетки Ходжкина, а следовательно, при подборе лечения необходимо учитывать реактивный Т-клеточный фон. Воздействуя на него соответствующим протоколом терапии можно добиться большей эффективности лечения.

Список литературы

1. Ковригина А. М. Лимфома Ходжкина и крупноклеточные лимфомы. М. : Мед. информ. агентство, 2007. 216 с.
2. Santosha V. The immune microenvironment in Hodgkin lymphoma: T cells, B cells, and immune checkpoints // Haematologica. 2016. No 7. С. 794–802.
3. Aldinucci D. The classical Hodgkin's lymphoma microenvironment and its role in promoting tumour growth and immune escape // The journal of pathology. 2010. No 3. С.248–263.
4. Ramni K. Treatments targeting Hodgkin's lymphoma microenvironment – a review of immune checkpoint inhibitors // Translational cancer research. 2017. No 1. С.104–108.

ПОСТМОРТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ЧЕРЕЗ ПОВЕШЕНИЕ

Суйналиева Т.Р.

Научные руководители: Копылов А.В., Берлай М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Самоубийство является важной медико-социальной проблемой. Обращаясь к статистике Российской Федерации за последние годы, можно отметить, что количество самоубийств снижается. Если в 2007 году зафиксировано 41329 случая суицида, то в 2016 году их насчитывалось порядка 22800 [2].

Ведущее место в реализации суицида занимает повешение (65-85%). Частота повешения и преобладание его над другими способами самоубийства объясняются тем, что оно не требует особых приспособлений и затрат, легко выполнимо, быстро и наверняка приводит к смерти, считается безболезненным [1, 3].

Многие факторы самоубийств остаются еще недостаточно изученными, что препятствует организации их эффективной профилактики. Исходя из этого, существует потребность в эффективных методах предупреждения и снижения частоты суицидов, что требует проведения разнообразных, в том числе судебно-медицинских исследований, учитывающих различные факторы этого сложного явления.

Материалы и методы: работа выполнена на практическом судебно-медицинском материале ГБУЗ Ставропольского края «Краевое бюро судебно-медицинской экспертизы». При выполнении данной работы использован комплекс современных методов исследования: статистического, морфологического, судебно-химического, судебно-гистологического, экспертно-аналитического. Во всех случаях для подтверждения и установления основного судебно-медицинского диагноза и сопутствующих соматических заболеваний применялся судебно-гистологический метод с окраской препаратов гематоксилин-эозином и пикрофуксином.

Объем исследований составил 14 судебно-медицинских экспертиз трупов при повешении (11 суицидентов – лица мужского пола, 3 – лица женского пола). Суициды произошли на территории Ставропольского края и г. Ставрополя за период август-сентябрь 2019 года. Факт самоубийства устанавливался лицом, назначившим судебно-медицинскую экспертизу.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе обстоятельств смерти установлено, что по гендерным соотношениям среди лиц, покончивших жизнь путем повешения, преобладали мужчины над женщинами, как 78,5%:21,4%. Суициденты являлись лицами трудоспособного возраста - от 18 до 60 лет. Повешение чаще всего производили в положении сидя и полусидя – 35,7 %, полное повешение – 28,6 %, стоя – 14,3 %. В трех случаях (21,4 % наблюдений) положение тела при повешении установить не представилось возможным, в виду снятия суицидента родственниками или знакомыми с петли до приезда сотрудников полиции и врачей скорой медицинской помощи. В качестве материала петли чаще всего использовались полужесткие (в 64,3 % повешений) и жесткие материалы (35,7 %).

При наружном осмотре трупов во всех наблюдениях (100%) странгуляционная борозда располагалась в верхней трети шеи, имела косовосходящее направление и неравномерную выраженность. При внутреннем исследовании отмечались признаки быстро наступившей смерти: жидкое состояние крови, венозное полнокровие внутренних органов, петехиальные кровоизлияния в слизистые и серозный оболочки, острая эмфизема и отек легких, отек и полнокровие вещества мозга и мягкой мозговой оболочки.

Особое внимание нами уделено микроскопическому исследованию странгуляционных борозд, где во всех случаях (100%) обнаружены признаки «плотных» странгуляционных борозд и явления прижизненности процесса. Уплотнение и гомогенизация эпидермиса наблюдались в 71,4% случаев; вытягивание, гиперхроматоз, ориентация параллельно поверхности кожи ядер клеток эпидермиса – в 85,7%; сглаженность сосочков дермы, уплотнение и гомогенизация соединительнотканых волокон в поверхностных слоях дермы - в 100%; наличие многочисленных «гребешковых» выступов эпидермиса – 42,8%; сдавливание сосудов, волосяных луковиц и выводных протоков желёз с гиперхромией и вытягиванием ядер клеток - в 92,8%; полнокровие сосудов с периваскулярными и мелкоочаговыми кровоизлияниями - в 57,2%.

Особое внимание нами было уделено патогистологическим изменениям в головном мозге: в 9 случаях (64,2 %) у суицидентов прослеживались микроскопические признаки хронической гипоксии мозга, проявившейся в виде утолщения и фиброза стенок артерий, очаговым гиалинозом стенок артериол, расположением сосудов группами - в виде «конвалютов», пролиферацией клеток глии и отложением глыбок бурого цвета вокруг сосудов. Вероятно, цереброваскулярная патология при хронических интоксикациях,

гипертонической болезни и сахарном диабете в ряде случаев может являться органической основой суицидального поведения.

Большинство суицидентов (71,4 %) на момент смерти находились в состоянии алкогольного опьянения, 42,6 % страдали алкоголизмом. В ряде случаев (28,6%) суицидентами явились наблюдавшиеся амбулаторно онкобольные. Наличие злокачественного новообразования у лиц, покончивших жизнь через повешение, достоверно подтверждено гистологически.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ показал, что основными факторами риска самоубийств через повешение являются: мужской пол, трудоспособный возраст 18-60 лет, алкоголемия, наличие хронического алкоголизма, соматических и онкологических заболеваний.

Тема самоубийств является многообразной и требует дальнейшего изучения этого вида девиантного поведения. Актуальность изучения самоубийств обусловлена социальной значимостью проблемы как с медицинских и судебно-медицинских позиций, так и со стороны социальных и статистических показателей.

Список литературы

1. Мальцев, А. Е. Соматические заболевания как значимый фактор риска самоубийств / А. Е. Мальцев, В. В. Зыков, И. В. Шешунов // Судебная медицина. - 2016. – Т.2, №2. – С.70.
2. Шалыга, Е. В. Статистика доведения до самоубийства в Российской Федерации / Е. В. Шалыга // Студенческий форум: электрон. научн. журн. - 2018. – Т.35, № 14. URL: <https://nauchforum.ru/journal/stud/35/39487> (дата обращения: 28.10.2019).
3. Pollak, St. Rechtmedizinische Aspekte des Suizids / St. Pollak // Rechtsmedizin. – 2005. – Bd. 15. – Heft 4. – S. 235–247.

Раздел 8. Педиатрия и детские инфекционные заболевания

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF COMBINED INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN

Akramova I.A., Khasanova G.A., Agzamova T.A., Ibragimova X.N.

Scientific supervisor: Tadjiev B.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Objective: to study the clinical features of combined intestinal infections in young children.

Material and research methods. The study included 30 children with verified intestinal infections of a combined etiology who were being treated in the children's intestinal department of the Tashkent city Children's Infectious Clinical Hospital No. 4 in 2017. The etiology of intestinal infection was clarified using bacteriological studies and fecal PCR for viral agents (determination of RNA virus viruses).

The results of the study. Combined bacterial intestinal infections were detected in 14 children (48.1%), viral infections in 5 children (17.3%) and the association of bacteria and viruses in 10 children (34.6%). The average age of patients was 8-19 months. The stay of children in the hospital is from 4 to 11 days, the average bed – day was 3–9 days: For bacterial 3–6 days, for viral 3–10 days, and for bacterial – viral 5–10 days. The severity of the condition of children was assessed by the severity of intoxication syndrome and the degree of dehydration. The overwhelming majority of patients have a moderate severity: in case of mixed bacterial infections, in 26 (86%) children, in case of combined bacterial-viral infections in 26 (85%), and in viral cases, in 25 (83%) patients (the differences are not significant $p > 0.05$).

In all hospitalized patients, degree 1-2 dehydration was detected: with a mixed bacterial OCI, 1 degree of dehydration was determined in 12.5% of children, 2 degree in 87.5% of patients; in viral diarrhea, exicosis of degree 2 was dominated by 91% of the patient, with acute intestinal infections caused by associations of viruses and bacteria, degree 1 dehydration was observed in 13% of children, degree 2 in 87% of patients (no significant differences were found).

Conclusion Thus, in acute intestinal infections in children caused by combinations of viruses and bacteria, associations of bacteria and bacteria with viruses are more often detected; no significant differences were found in the severity of the course of the disease and the severity of exicosis.

CLINIC SALMONELLES IN CHILDREN

Khasanova G. A., Ibragimova X. N., Khasanov S.M.

Scientific supervisor: Tadjiev B.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

City Infectious Clinical Hospital № 4

Acute intestinal infection in children in terms of incidence and prevalence occupy second place after acute respiratory viral infections. A modern feature of acute infectious diarrhea is the reduction of the role of bacterial pathogens, including Salmonella, Shigella, diarrhegenic Escherichia.

Objective: To describe the features of the clinical symptoms of modern salmonellosis in children.

Material and methods: A one-time cross-sectional study of the clinical and epidemiological peculiarities of acute intestinal infections in children hospitalized in a specialized department was conducted on the basis of the Children's Infectious Diseases Hospital № 4 in Tashkent from January to December 2018. The etiology of the disease was determined using bacteriological examination of feces for pathogenic microflora, rotavirus antigens in feces were detected by the immunochromatographic method. All patients underwent paraclinical research methods, according to indications prescribed a biochemical study, determined the acid-base status, the level of electrolytes in the blood. A total of 205 patients with the clinic of acute infectious diarrhea were examined. Salmonellosis was diagnosed in 7.12% of children. Of these, monoinfection was recorded in 75.2% of patients. Mixed infection was most often a combination of salmonellosis with rotavirus infection (22.9%), rarely with campylobacteriosis (1.3%). A simultaneous course of all three infections was detected in one patient (0.6%). In 29.7% of cases, *Salmonella* was isolated from the intestines of children of the first year of life. In children from one year to three years, this figure was the same - 29.7%.

Results and discussion: Among all cases of salmonellosis, occurring as monoinfection, children older than three years were registered in 40.6% of cases. Most often, children were hospitalized on the 3-4th day of illness. The seasonality characteristic of salmonellosis remained: during the winter months, 15.3% of patients were identified, in the spring - 18.6%, in the summer months - 31.4%, in the autumn - 34.7%. That is, the main rise in the incidence occurred in the summer-autumn period. In 6 patients, salmonellosis was severe; in one child, it was generalized (with enteritis, mesadenitis, pyelonephritis). 94% of hospitalized suffered this infection in moderate form. Mild forms of the disease were not registered, because these patients receive outpatient treatment. Gastric gastrointestinal lesion was detected in one patient 0.8%, gastroenteric - in 18.6%. The defeat of the gastrointestinal tract throughout its length was diagnosed in 19.5% of patients. Enteritis clinic was registered in 5.9% of children, enterocolitis - in 12.7%. Hemocolitis was observed most often in 41.5%. It was detected in all cases in combination with lesions of the small intestine (enterohemocolitis), or of the small intestine and stomach (gastroenterohemocolitis). The disease always began acutely - with a rise in temperature to febrile numbers (38.7°C). Stool frequency during the period of pronounced clinical manifestations of salmonellosis was on average (9.2 ± 5.4) times per day, the duration of diarrhea syndrome - (7.98 ± 4) days. Vomiting was recorded in 70 children with salmonellosis (59.3%), its frequency averaged (3.97 ± 3.2) episodes per day, duration - (2.1 ± 1.9) days. 71 (60.2%) children complained of flatulence, flatulence symptoms, 60 (50.8%) patients worried about abdominal pain. 54.2% of those hospitalized needed prescription of infusion therapy.

IMMUNOLOGICAL FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS C AT PUBERTY AGE

Nabieva U.P., Tadjiev B.M., Agzamova T.A., Xasanova G.A.

Scientific supervisor: Tadjiev B.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

City Infectious Clinical Hospital № 5

Introduction: Homeostasis of the body, which cannot be saved by one or even several systems, but is provided by antagonistic or synergistic relationships between the functional state of many systems. This is especially important for the state of the disease, when most of the correlation relationships between these systems are lost, and various variants of protective-

compensatory reactions develop that level and prevent the development of immune deficiency, and which determine the form of the course of the disease. Patients with chronic viral hepatitis C were divided into groups depending on age. In the study of immunological parameters, we identified some differences between the compared groups. It should be noted that immunodeficiency was observed in both compared groups. However, in the group of patients of puberty age, these disorders were deeper and more pronounced. The incidence of viral hepatitis C is increasing from year to year throughout the world. Compared with other pathogens of viral hepatitis, HCV has the highest chroniogenic potential: it is HCV infection that is one of the main reasons for the formation of the entire group of chronic liver diseases - chronic hepatitis, cirrhosis, hepatocarcinoma [1,4]. In most people who have had acute hepatitis C, the immune system is unable to eliminate the virus, which allows viruses to replicate for a long time in hepatocytes and in a number of other cells. At the same time, a pronounced humoral and cellular immune response is observed in both structural and non-structural proteins of the virus [2,4]. The persistence of the hepatitis virus often leads to impaired functioning of the immune system as a whole. Currently, thanks to the rapid development of molecular research methods, extrahepatic replication of hepatitis C virus has been proven: in mononuclear cells, in B-lymphocytes, in bone marrow cells, etc. According to a number of authors, multiple organ infection of the body with hepatitis C virus has been shown.

In connection with the above, the aim of this work was to study immunological disorders in patients with chronic viral hepatitis C, depending on age.

Materials and research methods.

To identify age-related differences in immunological parameters in patients with chronic viral hepatitis C, we took two groups of patients to study, group 1 - patients with chronic viral hepatitis C aged 20 to 45 years, and group 2 - patients with chronic viral hepatitis C puberty (10 - 19 years). The diagnosis was confirmed by clinical and laboratory research methods. All examined patients contained antibodies to HCV in the blood. The control group consisted of 15 healthy adolescents of a similar age, negative for anti-HCV and HBsAg. The viral hepatitis C marker was identified by enzyme immunoassay and confirmed by polymerase chain reaction (PCR).

Results and discussion.

In the study of immunological parameters, we identified some differences between the compared groups. It should be noted that immunodeficiency was observed in both compared groups. However, in the 2nd group of patients, these conditions were deeper and more pronounced. Assessment of the immune status in this group of patients revealed certain changes in immunological parameters. A tendency towards a decrease in the relative and absolute number of peripheral blood lymphocytes ($P < 0.05$) was revealed in the 2nd group of patients. It has been shown that in the early stages of the disease, the effectiveness of antiviral immunity in viral hepatitis C is determined primarily by the activity of the cellular immunity unit. In the groups of patients studied by us, there is a deficiency of the cellular immunity link, moreover, in the 2nd group of patients, i.e. in puberty, this immunodeficiency is more pronounced compared with the group of adult patients.

In addition to the indicators of the cell link, we have also studied the indicators of the humoral immunity link, in particular, the content of IgG, IgA, IgM in the blood serum. It is known that immunoglobulins play an important function of mediators in the cascade development of the immune response and can partially determine the effectiveness of the final, effector responses of cellular immunity in the inactivation and elimination of viral antigens. In the studied indicators, no significant changes in the parameters of this link were found to be significant in comparison with each other.

Thus, in the study of the main parameters of the immunity of patients with chronic hepatitis C at puberty, changes were detected both in the cellular component of immunity, which manifested itself by a suppression of the expression of marker receptors CD3 +, CD4 +, an

immunoregulatory index, an increase in CD8 +, CD16 +, and in the humoral unit - an increase in the concentration of IgG and IgA in serum.

List of literature

1. Бугаев 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.

АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОГО И ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ МБОУ «КАДЕТСКАЯ ШКОЛА ИМЕНИ ГЕНЕРАЛА ЕРМОЛОВА А.П.» Г.СТАВРОПОЛЯ»

Азнаварян К.А., Маскина А. Ю., Яхутлева Ф.Э.

Научный руководитель: Рубачёва О.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Приоритетной задачей общества и государства является сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения. К сожалению, качество здоровья детей и молодых людей в нашей стране в последние годы непрерывно ухудшается [2, 5]. Общеизвестно, что уровень здоровья является своеобразным биологическим индикатором влияния образовательных технологий на рост и развитие учащихся. Условия учебного процесса оказывают негативное влияние на соматическое и психическое здоровье учащейся молодежи.

Изучение особенностей роста и развития детей в меняющихся социально-экономических условиях относится к числу ключевых проблем гигиены детей и подростков на современном этапе. Традиционно считается, что основная задача образовательного учреждения – дать необходимые знания, но может ли система образования, каждый учитель бесстрастно относиться к ухудшающемуся здоровью воспитанников. Поэтому одним из условий сохранения здоровья школьников в образовательном учреждении, по нашему мнению, будет являться комплексный подход к организации здоровьесберегающей среды, которая будет способствовать укреплению и сохранению здоровья, улучшению физического развития и повышению индексов здоровья школьников [1,3].

Цель исследования. Провести анализ физического и полового развития детей и подростков, обучающихся в муниципальном бюджетном общеобразовательном учреждении «Кадетская школа имени генерала Ермолова А.П.» города Ставрополя.

Материалы и методы. Объектом исследования стали учащиеся Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Кадетская школа имени генерала Ермолова А.П.» г.Ставрополя. Всего было осмотрено 896 детей и подростков. Физическое развитие (ФР) оценивалось по данным антропометрических измерений (показатели массы, длины тела и окружности грудной клетки) с использованием стандартного инструментария при последующем анализе по методике комплексной оценки физического развития.

Показатели ФР оценивали по центильным таблицам, где идеальной нормой служит диапазон признака, свойственный 50% здоровых детей определенной возрастной группы и пола, а нормальные показатели лежат в диапазоне 25-75 центилей. Для оценки использованы местные возрастные нормативы. Весоростовой индекс Кетле II (индекс массы тела (ИМТ)) рассчитывался по общепризнанной формуле $ИМТ = m/k^2$, где m – вес ребенка в килограммах, k – длина ребенка в метрах. Для его оценки использовались стандарты разработанный всемирной организацией здравоохранения для детей.

При оценке полового развития нами были выбрана возрастная группа в диапазоне от 10 до 16 лет, степень полового созревания определяли общепринятым методом: составляется половая формула для оценки полового созревания и вычисляется суммарный «балл полового развития». Оценка полученных баллов проводилась по градациям, обозначенным Э. Таннером, Я. Бутурлиным, Л. Г. Тумилович.

Результаты исследований обрабатывались методами статистического анализа с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel: Statgraphics 5.1, Statistica v.6.0. Проводимая работа не ущемляет прав и не подвергает опасности благополучие субъектов исследования и соответствует требованиям биомедицинской этики.

Результаты обсуждения. На момент исследования (2018-2019 учебный год) в МБОУ «Кадетская школа имени генерала Ермолова А.П.» города Ставрополя обучалось 1133 детей. Из них 828 мальчиков (73,1%) и 305 девочек (26,9%). Учащиеся младших классов составили 443 детей (39,1%), средних классов – 425 детей (37,5%), старшеклассники – 265 (23,4%).

Как известно, процессы роста и развития являются наиболее информативными критериями здоровья детского населения и требуют систематического наблюдения. По динамике роста и развития детей можно судить об их здоровье, физическом и психическом благополучии. В настоящее время наиболее оптимальным способом оценки физического развития считается сопоставление фактических данных со значениями центильных таблиц, предложенных профессором И.М. Воронцовым.

По результатам нашего исследования показатели длины тела близки к эталонному почти у половины обследованных детей (44,4%) и лежит в диапазоне 4-5 центильных группы. При этом у мальчиков имеет место как лево- так и правостороннее смещение показателей роста. Так в 2,4 раз чаще зарегистрирован низкий (2 коридор) уровень физического развития по сравнению со сверстниками (2,9% против 1,2%) и в 1,5 раза чаще – высокий (7 коридор) (12,2% против 8,1% соответственно). Однако очень высокий уровень ФР чаще отмечался у девочек (18,2% против 17,6%).

Проводя оценку гармоничности развития почти у половины школьников зарегистрировано гармоничное развитие (47,1%), более трети детей (37,2%) имели дисгармоничное ФР, и лишь 15,7% учащихся – резко дисгармоничное развитие. Значительных гендерных различий выявлено не было, однако тенденция к дисгармоничному развитию определялась у девочек. Оценка гармоничности учащихся различных этапов школьного онтогенеза показала, что 42,4% (177) младших школьников развиты гармонично, 1/3 (32,9% (137) имеют дисгармоничное ФР и четверть – развиты резко дисгармонично. Приблизительно такая же тенденция отмечается у мальчиков и девочек.

Среди учащихся основной школы, захватывающей препубертатный и пубертатный периоды, увеличивается количество гармонично развитых детей (53,4% (227)) за счет значительного снижения резко дисгармонично развитых школьников (8,9% (38)). При этом девочек с гармоничным развитием встречается в 1,6 раза реже (37,1% против 58,8%), а с дисгармоничным и резко дисгармоничным ФР – в 1,5 раза чаще (62,9% против 41,3%), чем их одноклассников мужского пола.

Резко дисгармоничного развития не выявлено ни у одного учащегося девятых классов, однако отмечается четкая тенденция к увеличению дисгармоничного развития почти в 2 раза как среди мальчиков, так и среди девочек.

В обобщенной выборке ИМТ соответствует норме в 61,1% случаев, избыток массы тела по сравнению с дефицитом встречается в 1,8 раз чаще (18,4% и 10,1% соответственно), причем у 9,5% (85) детей уже в период обучения в школе выявлено ожирение различной степени тяжести.

Процессы физического и полового развития взаимосвязаны между собой, так как контролируются нейрогормональной системой и существенно зависят от условий жизни. Нами было выявлено, что существенной разницы в половом развитии подростков нет, однако у девочки чаще отстают в половом развитии (15,5% против 9,2%).

Заключение. При анализе соматометрических показателей у детей и подростков Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Кадетская школа имени генерала Ермолова А.П.» города Ставрополя установлено, что около половины исследованных имеют среднее физическое развитие (44,4%), во всех возрастных группах преобладает гармоничное физическое развитие (47,1%) и индекс массы тела (ИМТ) соответствует нормальным значениям.

В зависимости от половой принадлежности оценка соматометрических данных показала, что у мальчиков в 2,4 раза чаще чем у сверстниц встречается низкий уровень физического развития (2,9% против 1,2%) и в 1,5 раза чаще – высокий (12,2% против 8,1%). Однако очень высокий уровень ФР чаще встречался у девочек (18,2% против 17,6%). В младших классах у мальчиков чаще наблюдается избыточная масса тела и ожирение (33,3% против 23,3%), в отличие от девочек, существенно не набирающих в весе (17,5% против 9,3%). При оценке ИМТ у девочек средних и старших классов преобладает как предожирение по сравнению с одноклассниками (48,1% против 46,2%) так и ДМТ (26,8% против 13%). Дисгармоничное и резко дисгармоничное развитие среди девочек средних классов встречается чаще, в отличие от сверстников, что, вероятно, связано с первым ростовым скачком в препубертатном периоде. Оценка степени выраженности вторичных половых признаков демонстрирует, что у большинства детей половое развитие соответствует возрастной норме (75,6%). Однако при гендерном сравнении было выявлено, что у девочек в 1,7 раз чаще наблюдается отставание в половом развитии, чем у мальчиков (15,5% против 9,2%).

Список литературы

1. Абрамович, М. А. Морфофункциональные показатели городских школьников / М. А. Абрамович, В. Н. Жданович, Д. Ю. Андрейчиков // Пробл. здоровья и экологии. – 2015. – No1 (43). – С. 96-100.
2. Баранова, А.А., Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации. Сборник материалов / Баранова А.А., Кучмы В.Р. под ред. Вып. VI. М.: ПедиатрЪ, 2013. – 192 с.
3. Изотова Л. Д. Современные взгляды на проблему оценки физического развития детей и подростков / Л. Д. Изотова // Казан.мед. журн. – 2015. –Т. 96, No 6. – С. 1015-1020.
4. Кузьмичев Ю.Г. Информативность региональных и международных стандартов оценки длины и массы тела детей и подростков / Ю.Г. Кузьмичев, Е.С. Богомоллова, Е.А. Калужный [и др.] // Мед.альм. – 2015. - No 2 (37). – С. 83–86.
5. Мануйленко Ю. И. Стандарты физического развития школьников как основные критерии оценки их здоровья / Ю. И. Мануйленко, Ю. А. Грехова // Вестн. КРСУ. – 2015. – Т. 15, No 4. – С. 76-79.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ИХТИОЗА ТИПА КОЛЛОИДНОГО РЕБЁНКА

Алавердян Л. С., Железнякова Т. В., Петросян М. А.

Научный руководитель: Алавердян Л. С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Наследственные заболевания кожи занимают особое место в педиатрической практике в связи с разнообразием их клинических форм, диссеминированным характером поражений, недостаточной изученностью этиопатогенеза и отсутствием специфической терапии заболеваний. Наиболее частым генодерматозом этой группы является ихтиоз – термин, объединяющий несколько сходных заболеваний, проявляющихся диффузным генерализованным поражением кожи по типу гиперкератоза. Частота встречаемости этой патологии крайне невысока и составляет 1:300 000 – 1:500 000 новорождённых.

Основное звено в развитии ихтиоза – это патология терминальной клеточной дифференцировки и ороговения эпидермиса. Причиной могут служить мутации или нарушение экспрессии генов, кодирующих различные маркеры дифференцировки (кератин, лорикрин, инволюкрин, профиллагрин, транслугтаминаза)

Существуют четыре основные формы врождённого ихтиоза: врождённый фетальный ихтиоз типа плода Арлекина, врождённый ихтиоз типа коллоидного ребёнка, врождённая небуллёзная ихтиозиформная эритродермия Брока, врождённая буллёзная ихтиозиформная эритродермия.

Цель. Изучить клинико-анамнестические особенности течения, возможности пренатальной диагностики и катамнестическое наблюдение врождённого ихтиоза у новорождённого ребёнка.

Материалы и методы. Медицинская документация: история болезни и генетическая карта ребёнка, родившегося с врождённым ихтиозом.

Результаты. В отделение реанимации новорождённых поступил доношенный мальчик с клиническими проявлениями врождённого ихтиоза. Ребёнок от 19-ти летней матери с отягощенным соматическим анамнезом. В третьем триместре настоящей беременности, по данным ультразвуковой диагностики, отмечались маловодие, преждевременное созревание плаценты. При рождении оценка по шкале Апгар 7-8 баллов, масса 3150 г.

Состояние с момента рождения было оценено как тяжёлое, обусловленное врождённым ихтиозом, дыхательной недостаточностью 2 степени. При осмотре ребёнка обращали на себя внимание сухая, пергаментная кожа с утолщённым роговым слоем, покрытая плотной пленкой сероватого цвета, в складках множественные линейные трещины без отделяемого. Лицо маскообразно, блефароспазм, эктропион, деформация ушных раковин, рта («рыбий рот»), гиперлинеарный рисунок ладоней. При оценке неврологического статуса отмечалось диффузное снижение мышечного тонуса и рефлексов.

Ребенок был обследован, консультирован узкими специалистами. В общем анализе крови отмечалась гуморальная активность, в биохимическом анализе крови признаки текущего инфекционного процесса. На рентгенограмме органов грудной полости снижение пневматизации, усиление легочного рисунка. На эхокардиографии открытое овальное окно 2,6 мм. На ЭКГ снижение вольтажа QRS в стандартных и усиленных отведениях от конечностей. На эхографии головного мозга очаговые отеки в затылочных отделах и по ходу силвиевых борозд. На УЗИ органов брюшной полости гепатомегалия, желчный пузырь сокращен, поджелудочная железа с диффузными изменениями. На УЗИ органов мочевыделительной системы без патологии. Консультация окулиста: подозрение на частичную атрофию зрительного нерва обоих глаз.

Консультация генетика: симптомокомплекс врождённого ихтиоза. Проведено кариотипирование, установлен нормальный мужской кариотип 46ХУ.

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных был поставлен диагноз:

основной: врождённый ихтиоз типа коллоидного ребёнка.

конкурирующий: транзиторное тахипноэ, ДН 2 степени; внутриутробная инфекция неуточненной этиологии.

сопутствующий: открытое овальное окно 2,6 мм. СН 0.

В условиях реанимации, отделения патологии новорожденных и недоношенных детей проведена дезинтоксикационная, антибактериальная, иммуномодулирующая, глюкокортикостероидная терапия, наружная терапия кожных покровов вазелином и витамином Е, обработка естественных кожных складок и трещин мазью адвантан.

На фоне проводимой терапии отмечалось улучшение. Ребёнок был выписан домой на 4-ой неделе жизни в удовлетворительном состоянии. При катамнестическом наблюдении в возрасте 4-х месяцев мальчик в физическом и нервно-психическом развитии не отстает, кожные покровы бледно-розовые, сухие, с незначительным шелушением, требующие постоянного увлажнения.

Выводы: Клинические проявления заболевания достаточно типичны и характеризуются, в основном, тремя основными компонентами: шелушением, фолликулярным гиперкератозом, гиперлинеарным рисунком ладоней. Пренатальный диагноз врожденного ихтиоза при помощи двухмерной эхографии достаточно сложен и возможен лишь в случае знания о наличии риска этого заболевания в семье. Объемная эхография значительно облегчает анализ ультразвуковых данных морфологии лица и аномалий конечностей плода и вносит значительный вклад в пренатальный диагноз. Ранняя диагностика и своевременно начатая терапия способствуют благоприятному течению заболевания.

Список литературы

1. Александрова, А.К. Вульгарный ихтиоз: современный взгляд на проблему / А. К. Александрова, В. А. Смольяников, Г. И. Суколин // Вестник дерматологии и венерологии. - 2012. - №2. - С. 13-17.
2. Володин, Н.Н. Национальное руководство по неонатологии / Под ред. Н.Н. Володина. – Москва, 2019. – 115 с.
3. Гараева, З.Ш. Основные концепции патогенеза и современного течения ихтиозов / З. Ш. Гараева // Практическая медицина. - 2013. - №1-4. - С. 17-19
4. Мордовцев, В.Н. Наследственные болезни и пороки развития кожи / В.Н. Мордовцев, В.В. Мордовцева. – Москва, 2014. – 100 с.
5. Akiyama, M. The clinical spectrum of nonbullous congenital ichthyosiform erythroderma and lamellar ichthyosis / D. Sawamura, H. Shimizu // Clin. Exp. Dermatol. – 2013. – № 3. – P. 235–240.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Аушева Р.Б., Мейриева П.М-Б.

Ингушский государственный университет

В последние годы благодаря успехам нейроиммунологии выявлена группа новых неврологических заболеваний, представляющих собой аутоиммунные энцефалиты (АЭ),

вызываемые аутоантителами, выступающими в качестве антигенов, к внутри и/или внеклеточным структурам нервной системы[2].

Национальным институтом здоровья США данное заболевание отнесено к разряду редких. А по статистическим показателям частота встречаемости составляет 2,1/100 000 населения.

Постановка диагноза АЭ является сложной задачей, что связано с разнообразной клинической картиной данного заболевания, сходной с поражениями нервной системы другого генеза. Нередко подобные случаи интерпретируются практикующими врачами как необычная форма проявления психической патологии, инфекционных заболеваний, рассеянного склероза.

Цель исследования: Проанализировать клинический случай АЭ, выявить основные диагностические критерии данного заболевания.

Материал и методы исследования: Анализ истории болезни больной с АЭ. Проведен сбор анамнеза пациентки, детальный анализ клинической картины.

Результаты и обсуждение: Пациентка А., 6 лет, 26 апреля поступила в инфекционное отделение ИРКБ с жалобами на рвоту, слабость, затруднение глотания, поперхивание пищей, гнусавость голоса, затруднение речи.

Анамнез заболевания: в течение месяца до проявления заболевания наблюдался непродолжительный кашель без лихорадки. В день возникновения развернутой клинической картины, 18 апреля, после приема пищи появилась однократная рвота, к которой присоединился тремор языка. На следующий день наблюдались неадекватные высказывания, ухудшение речи, появилась рвота после каждого приема пищи. После обращения к педиатру, было проведено обследование, начата инфузионная терапия. Состояние улучшилось. 23 апреля появились навязчивые расчесывания, вялость, нарушение способности самостоятельно передвигаться. Появились галлюцинации, бессонница, наблюдалось двоение в глазах, опущение век, тризм, асимметрия левого угла рта, гиперсаливация. Обратились на консультацию к неврологу. По результатам проведенного обследования был выставлен диагноз: Ботулизм. Пациентка была направлена в инфекционное отделение ИРКБ.

Из анамнеза жизни ребенок от 7 беременности 4 родов, протекавших физиологически. Ходить начала в 11 месяцев. Речь сформировалась к 2 годам. Вакцинации проводились по национальному календарю без реакций и осложнений. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Наследственный анамнез не отягощен, в том числе по неврологическим и психическим заболеваниям.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Реакция на осмотр негативная. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижена. Подкожно-жировой слой умеренно развит. Дыхание аускультативно проводится по всем полям, жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика не нарушена. Стул регулярный; мочеиспускание свободное. Неврологический статус. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Со стороны черепных нервов: острота зрения ориентировочно не снижена, цветоощущение сохранено. Глазные щели D=S, парез взора вправо и вверх. Нистагм при взгляде влево. Зрачки пульсирующие. Фотореакции – живые. Парез 7 пары слева по периферическому типу. Слух не нарушен. Тризм, голос гнусавый, подвижность мягкого неба снижена. Положение языка по средней линии, атрофии мышц нет. Дизартрия, гнусавый оттенок голоса. Рефлексы орального автоматизма – нет. Двигательно-рефлекторная сфера – объем движений в суставах полный. Мышечная сила в руках сохранена. Мышечный тонус – диффузная гипотония. Сухожильные рефлексы с верхних конечностей оживлены. В ногах высокий тонус, повышены сухожильные рефлексы с расширением рефлексогенных зон. Симптом Бабинского спонтанный с двух сторон,

клонусы стоп. Брюшные рефлексы высокие. КПП выполняет с атаксией с двух сторон. Тромора конечностей нет.

По результатам дополнительных лабораторно-инструментальных исследований отмечено: ОАК-(Нг – 129 г/л, лейкоциты–8,91 x 10⁹/л, лимфоциты–30,8%, моноциты–6,2% эозинофилы–2%, нейтрофилы–59,7%); отсутствие активного воспалительного процесса (СОЭ–5мм/ч, СРБ–0,47 мг/л); БАК-нормальные показатели функции печени (АСТ–28,1 Ед/л, АЛТ–9,6 Ед/л); ОАМ-цвет – желт., прозр. - полная, уд. вес–1005, рН–6,5, белок–0,03, эритроциты 1-2 в п/з, лейкоциты 1-2 в п/з.

Анализ спинномозговой жидкости - цитоз – 10,0 x 10⁶/л, эритроциты – 1365,3 x 10¹²/л, белок – 0,18 г/л, глюкоза – 2,39 ммоль/л

Иммунологическое исследование крови и ликвора: мембранный антиген - CD3-71%(Т-лимфоциты), CD4+CD3+-15%(Т-хелперы), CD8+CD3+-51%(Т-цитотоксические), CD4/CD8-0,3%, CD3+(16+56)+ - 0,7%(Т-НЛ), CD19-12%(В-лимфоциты), CD(16+56)+CD3-15%(НК-клетки).

МРТ–Данных за очаговые изменения паренхимы мозга нет.

На основании характерных клинико-anamnestических данных, диагноз «Ботулизм» снят, выставлен клинический диагноз: Аутоиммунный стволочной энцефалит. Пациентка переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, в связи с неблагоприятным прогнозом заболевания. Назначено лечение. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика.

Заключение: Приведенный в работе анализ клинического случая аутоиммунного энцефалита свидетельствует о необходимости ранней диагностики заболевания и назначения своевременного лечения. Следует помнить, что по тяжести течения заболевания больные нередко оказываются в критическом состоянии, однако при своевременной постановке диагноза и назначения адекватной терапии даже в таких случаях возможно полное выздоровление.

Список литературы

1. Давыдовская М.В., Бойко А.Т., Беляева И.А., Мартынов М.Ю., Гусев Е.И. Аутоиммунные энцефалиты/Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2015;115(4): 95-101
2. Graus F, Keime-Guibert F, Rene R, Benyahia B, Ribalta T, Ascaso C, Escaramis G, Delattre JY. Anti-Hu-associated paraneoplastic encephalomyelitis: analysis of 200 patients. Brain. 2001;124:1138-1148.

ИЗУЧЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕФРОПАТИЕЙ ОБМЕННОГО ГЕНЕЗА ПРИ ПНЕВМОНИИ

Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Заболевания почек у детей являются распространенной патологией от 16.6 до 54:1000 детской популяции и в силу частоты латентного течения, склонности к хронизации представляет собой актуальную проблему современной педиатрии. Так, по данным эпидемиологических исследований преобладающими в структуре нефропатии (34-40%) [2,4] являются нефропатии обменного генеза в т.ч. 10-19% оксалатные, 14-29% уратные нефропатии. Более того, после ликвидации основного заболевания от 24,2 до 31,5 % детей выписываются с остаточным мочевым синдромом [3,5].

Материалы и методы: Функции клубочкового аппарата оценивались по клиренсу эндогенного на Van Slayke. О состоянии канальцевых функций почек судили по осмолярности мочи криоскопическим методом на аппарате ОМК Щ-01, титруемых кислот по И. Тодорову (1963). Содержание мочевой кислоты в суточной моче определяли по методу Мюллера-Зейферта, основанному на колориметрическом определении мочевой кислоты с фосфорновольфрамовым реактивом Фолина. Количественное определение оксалатов в моче проводилось по Н.В. Дмитриевой (1966), а суточное выделение уратов с мочой применяли метод Гопкинса в описании О.В. Травиной (1955).

Результаты и обсуждения: Нами изучены парциальные функции почек у 121 больного с пневмонией, имеющих дизметаболические нефропатии (ДЗМН) и 20 больных пневмонией без дизметаболических нефропатий (ДЗМН). У всех больных с пневмонией отмечалась тенденция к снижению суточного диуреза, а у больных пневмонией с ДЗМН нарушения достоверно снижались до $0,37 \pm 0,013$ по сравнению со здоровыми детьми $0,450 \pm 0,038$ ($p < 0,001$) и у больных пневмонией без ДЗМН $0,430 \pm 0,021$ ($p < 0,05$). Снижение клубочковой фильтрации обнаружено у больных пневмонией с ДЗМН до $0,97 \pm 0,17$ мл/сек ($p < 0,05$), что, по-видимому, связано с гемодинамическими нарушениями на фоне инфекционно-токсического поражения легких, гипертермии, микроциркуляторных расстройств.

Выявлено значительное снижение экскреции аммиака у больных пневмонией с ДЗМН до $9,0 \pm 1,18$ ммоль/с по сравнению со здоровыми детьми ($p < 0,001$) и у детей с пневмонией без ДЗМН $42,0 \pm 1,2$ ($p < 0,05$).

Уменьшение экскреции титруемых кислот до $23,37 \pm 4,25$ ммоль/с по сравнению показателями у здоровых детей $51,0 \pm 2,8$ ммоль/с ($p < 0,001$) и у детей с пневмонией без ДЗМН $48,8 \pm 2,2$. ($p < 0,05$). Значительное увеличение экскреции оксалатов с мочой выявлено у детей пневмонией с ДЗМН до $244,0 \pm 1,8$ мкмоль/с по сравнению со здоровыми детьми $110,0 \pm 10,5$ ($p < 0,001$), и с группой детей пневмонией без ДЗМН $130,0 \pm 11,5$ ($p < 0,05$), что, возможно, носит характер вторичной оксалурии, являющейся результатом нестабильности цитомембран почечного эпителия на фоне интоксикации организма, гипоксии, электролитных нарушений, сопровождающих развитие воспалительного процесса в легких.

У больных пневмонией с ДЗМН отмечалось почти двухкратное возрастание экскреции уратов и мочевой кислоты, соответственно $6,9 \pm 0,22$ ммоль/с и $6,64 \pm 0,36$ ммоль/с по сравнению с показателями у здоровых детей ($p < 0,001$) и детей с пневмонией без ДЗМН $3,18 \pm 0,20$ ($p < 0,05$) и $5,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Таким образом, функциональные нарушения почек свойственны пневмонии у больных пневмонией без ДЗМН концентрация нефротоксических метаболитов (уратов, оксалатов, МК) не достигает величин, оказывающих нефротоксическое действие и по мере проведения направленной терапии пневмонии, диеты и водного режима снижалась концентрация уратов, оксалатов, мочевой кислоты.

Суточная экскреция аммиака значительно снижалась при дизметаболическом ИН $23,6 \pm 3,9$ ммоль/с ($p < 0,05$) и МКБ $29,6 \pm 3,2$ ммоль/с ($p < 0,05$) и при ПН $33,8 \pm 2,6$ ($p < 0,05$), по сравнению со здоровыми детьми. Наиболее выраженное снижение экскреции титруемых кислот отмечалось при ИН $19,2 \pm 7,9$ ммоль/с $1,73$ м, ($p < 0,05$) и при ПН и МКБ составило соответственно $24,7 \pm 3,85$ ммоль/с и $26,2 \pm 4,7$ ммоль/с ($p < 0,01$). Наиболее высоким показателем осмолярности мочи отмечалось у больных с МКБ $976 \pm 62,6$ ммоль/с ($p < П; П5$), ИН $898 \pm 62,5$ ммоль/с ($p < 0,05$) и ПН $886 \pm 58,74$ ммоль/с ($p < 0,05$) по сравнению со здоровыми детьми $627 \pm 61,7$ ммоль/с.

Таким образом, снижение функции ацидоаммиогенеза выявлено в группе больных с ИН, по сравнению с больными с ПН и МКБ, что характеризует напряженность компенсаторно-адаптационных возможностей почек по поддержанию кислотно-основного

состояния (КОС) организма в условиях тканевой гипоксии, дыхательного и метаболического ацидоза при пневмонии.

Увеличение экскреции нефротоксических метаболитов (оксалатов отмечена при ПН $226,0 \pm 23,0$ ммоль/с ($p < 0,05$), МКБ $262,7 \pm 49,8$ ммоль/с ($p < 0,01$), и ИН $243,2 \pm 28,4$ ммоль/с ($p < 0,05$), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция уратов при ПН составило $6,22 \pm 0,52$ ммоль/с, МКБ $8,3 \pm 1,32$ ммоль/с ($p < 0,001$), ИН $6,36 \pm 0,26$ ммоль/с ($p < 0,001$), по сравнению со здоровыми детьми. Экскреция мочевой кислоты наиболее высок у больных при пиелонефрите $7,1 \pm 0,3$ ммоль/с ($p < 0,01$), при МКБ $6,26 \pm 0,53$ ммоль/с ($p < 0,05$) и ИН $6,55 \pm 0,37$ ммоль/с ($p < 0,05$), по сравнению со здоровыми детьми $4,13 \pm 0,21$ ммоль/с.

Выводы: Таким образом, выраженные изменения канальцевых функций почек у детей раннего возраста, больных дизметаболическими нефропатиями, способствуют хронизации патологического процесса в почках и увеличивают риск развития у них интерстициального нефрита, микрокристолитизации, камнеобразования.

Список литературы

1. Антонов А.Г., Байбарина Е.Н., Антонова Л.К. Функциональное состояние почек у недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями (Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1997, - №3, - с.29)
2. Ишкабулов Д.И., Абдурахманова С.К. Уратные нефропатии у детей. – (В кн. Диаметаболические нефропатии у детей. – Ташкент – 1997, с.79-83)
3. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. СПб, 2008, 600
4. Coe FL, Evan AP, Worcester EM. Three Pathways for human kidney stone formation. Urol Res 2010; 38: 147-160
5. Christopher S. Wilcox C, Craig Tisher. Hand book of Nephrology and hypertension Fifths Edition. 2005; 1-29.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ

Базарбаев Д.К., Агишев Р.Д., Нуришов Н.К.

Научный руководитель: Зыкова Л.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Вакцинопрофилактика - одно из самых значимых достижений человечества. В наше время сложно представить жизнь без возможности быть защищенным от широкого спектра серьезных инфекционных заболеваний, но так было не всегда. Иммунопрофилактика поспособствовала тому, что за жизнь одного поколения были элиминированы такие заболевания как оспа, малярия в странах Европы и краснуха в России.[1] Ежегодно вакцинация спасает жизни 2-3 миллионов детей, уменьшает процент инвалидизации и опосредованно влияет на снижение антибиотикорезистентности. [2] В условиях относительного снижения заболеваемости управляемыми инфекциями, люди стали забывать о том, сколько жизней унесли эпидемии инфекционных заболеваний. В последнее время наблюдается тенденция увеличения отказа от вакцинации. Это может привести к тому, что все усилия, достигнутые многолетней работой национальных программ иммунизации, пойдут на спад.

Цель исследования: Выяснить отношение родителей к вакцинопрофилактике детей, выявить основные мотивы отказа от вакцинаций и источники информации, используемые родителями для формирования мнения о профилактических прививках.

Материалы и методы: Исследование проведено методом анонимного онлайн-анкетирования. Опрошено 100 родителей-респондентов. Анкета содержала вопросы открытого, полужакрытого и закрытого типа, в том числе с множественным выбором вариантов ответа. Вопросы позволяли узнать отношение родителей к профилактическим прививкам, источники информации, влияющие на мнение об иммунопрофилактике, выявить основополагающие причины отказа от вакцинации детей. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «MS Excel»

Результаты и обсуждение: В ходе исследования выявлено, что среди респондентов преобладали родители в возрасте от 30-40 лет - 51 (51%). В условиях городской среды проживали 80 человек (80%), остальные 20 (20%) анкетированных - в сельской местности.

Из числа опрошенных 74 (74%) имели высшее образование. Примерно одинаковое число родителей имели одного или двух детей в семье - 42 и 48% соответственно, каждая десятая семья являлась многодетной.

По полученным данным 76 человек (76%) имели высокий уровень доверия к вакцинопрофилактике, склонны выражать сомнение - 16 человек (16%), отказались от прививок - 8(8%) граждан.

Половина опрошенных предпочитали прививать своих детей вакцинами отечественных производителей, прививки импортного производства делали своим детям 40(40%) родителей.

Медицинские работники являются наиболее авторитетным источником информации о профилактических прививках для 56 родителей (56%). На втором месте по популярности оказались социальные сети и интернет -40 (40%) ответа. Мнение близкого круга общения являлось важным для 4 (4%) родителей. Последнюю роль в формировании мнений играют СМИ.

Осведомлены о национальном календаре профилактических прививок 72 (72%) участников, в 60% случаях - благодаря медицинским работникам, остальные 55 (40%) респондентов имели представление о календаре прививок от знакомых или изучали его сами. Не знакомы с данным документом 28 (28%).

При проведении вакцинации наиболее стрессовым моментом для родителей являлось опасение побочных реакций вакцинации - 49 ответов (49%). Отказ от прививок по причине недостаточной информации о вакцинации выявлялся в 20 (20%) случаев. Считают, что в составе вакцин имеются токсические вещества 5 (5%) участника. Отягощенный преморбидный фон ребёнка в качестве причины выбрало 4 человека (20%). Предполагают, что вакцинация принесет больше вреда, чем инфекция, от которой прививают ребенка, - 4человека (4%) Мнению о том, что организм ребенка способен сам побороть инфекцию, придерживаются 3 (3%) человека. Не вакцинируют детей из-за недостаточной мотивации врачом-педиатром - 2 (2%) человека. Воздержались от ответа 2 человека (2%).

Информированность родителей о возможных побочных реакциях на вакцинацию была достаточно низкой. Самый распространенный вариант ответа - повышение температуры, аллергия. В качестве «побочной реакции» после прививки отметили возможность «летального исхода и инвалидизацию ребенка» 39(39%) опрошенных. Не обладали информацией о понятии «побочной реакции» - 9 человек (9%).

Стоит обратить отдельное внимание на родителей, высказывающихся против вакцинации. Практически все респонденты из этой группы проживают в городе, имеют высшее образование. Половина из них получили знания о вакцинопрофилактике от медицинских работников.

Заключение и выводы: Большая часть родителей положительно настроены на вакцинопрофилактику, ориентируются на информацию, полученную от медицинских работников, а так же на интернет и социальные сети. Родители, имеющие низкий уровень доверия к вакцинации, являются целевой аудиторией для проведения санитарно-

просветительной работы. Необходимо повышать уровень их информированности, находить доступные пути разъяснения базовых принципов вакцинации для увеличения иммунной прослойки населения и воспитания здорового поколения России.

Список литературы

1. Иммунопрофилактика-2018: справочник, 13-е издание, расширенное / В.К. Таточенко, Н.А.Озерецковский. Москва: Боргес, 2018. С. 1-173.
2. Вакцинопрофилактика детских инфекционных болезней: сборник методических указаний для обучающихся к практическим занятиям по специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения) / сост. Я.А. Богвилене, И.А. Кутищева, И.А. Соловьева. - Красноярск: тип. КрасГМУ, 2017. С. 1-208

СИНДРОМ ГРИСЦЕЛЛИ 2 ТИПА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Барычева Л.Ю., Михайлова П.В.

Научный руководитель: Барычева Л.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Синдром Грисцелли типа 2 представляет собой редкий аутосомно-рецессивный синдром, приводящий к нарушению адаптивной функции иммунитета, развитию гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза и нарушению пигментного обмена [1]. Причиной развития синдрома Грисцелли является мутация гена RAB27A в длинном плече 15 хромосомы. [3].

Целью работы является привлечение внимания педиатров к синдрому Грисцелли 2 типа. Несмотря на то, что данный синдром встречается достаточно редко (1:1000000 случаев), ранее выявление таких пациентов и оперативное направление их на ТГСК значительно увеличивает продолжительность жизни. В случае, если ТГСК не была произведена прогноз не благоприятный.

Материал и методы:

Для изучения деталей особенностей синдрома Грисцелли 2 типа была произведена работа с отечественной и зарубежной литературой. Отбирались источники с высоким индексом цитирования, в особенности делался упор на статьи последних 5-7 лет. Производилась тщательная работа с историей болезни пациента.

Приводим клинический случай мальчика с синдромом Грисцелли 2 типа. Больной Х. 2017 года рождения, мужского пола, родился естественным путем, от 4 срочных родов, от кровно-родственного брака (родители – двоюродные брат и сестра). На момент рождения вес ребенка составлял 3050 граммов, длина тела – 51 см. Один из старших братьев погиб в возрасте 1 год 6 месяцев – клиника заболевания была схожа.

При рождении отмечалось наличие светлых волос на голове, ресницах и бровях, гепатоспленомегалия (печень: +4+4+4 см., селезенка: +5+6 см.), стридорозное дыхание.

В возрасте 6-7 месяцев наблюдалась анемия (до 80 г/л).

В 1 год 2 месяца пациент госпитализирован со стойкой фебрильной лихорадкой (до 42,0), однократными судорогами на высоте лихорадки, генерализованной лимфопролиферацией, повышением: АЛТ, АСТ (2 нормы), СРБ (10 норм), ферритин (4 нормы). По данным инструментальных методов исследования выявлены очаги фиброза дорсальных отделов лёгких, синдром ВЧГ в стадии субкомпенсации, гепатоспленомегалия, двусторонняя пиелозктазия, гидроперикард.

С 1 года 4 месяцев наблюдается постоянный субфебрилитет, с периодической фебрильной лихорадкой, частые рецидивирующие респираторные инфекции. В анализах крови, выраженные анемия, тромбоцитопения (до 80 тыс/мкл), лейкопения ($2 \times 10^9/\text{л}$). В

ФНКЦ ДГОИ им. Д.Рогачева было произведено исследование биоптата лимфатического узла: смешанная фолликулярная, с признаками реактивной, паракортикальная гиперплазия лимфоидной ткани.

В декабре 2018 года пациент был госпитализирован в отделение иммунологии ФНКЦ имени Рогачёва, где находился с 12.12.18 – 18.01.19 года с диагнозом: DS основной: Первичный иммунодефицит комбинированный, ассоциированный с нарушением пигментного обмена (синдром Грисцелли 2 тип). Осложнения: Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз, медикаментозная ремиссия. Гепатосплеомегалия.

Объективно его состояние оценивалось как тяжелое. Температура 36,8 градусов, периодическая фебрильная лихорадка. Кожные покровы смуглые, отмечается наличие невуса на животе, участки депигментации на конечностях и спине, пигментация по типу «монголоидных пятен» на спине и ягодицах. Волосы имеют различную окраску, с участками светлых волос с металлическим оттенком на голове, бровях и ресницах. Отмечается увеличение тонзиллярных ЛУ (до 1.5 см). Дыхание жесткое, сатурация в пределах нормальных значений (SO₂ 98-99%), признаки гнойного ринита. Живот мягкий, безболезненный. Печень +5 см, селезенка +7,5 см. В ОАМ выраженная лейкоцитурия (25 в п.з.).

Проводилась иммуномодулирующая терапия, антибиотикотерапия, тоцилизумаб 8мг/кг 1 раз/2 недели, стимуляция гемопоэза ГКСФ.

На фоне проводимого лечения состояние пациента стабилизировалось. С дальнейшими рекомендациями пациент был выписан в январе 2019 года.

В июле 2019 года, когда пациенту было 2 года и 3 месяца, была успешно проведена ТГСК с гипопункцией по лейкоцитарному ростку. Донором явился отец больного. Спустя 3,5 месяца после ТГСК пациент был выписан в стабильном состоянии с рекомендациями.

Стоит отметить, что синдром Грисцелли нередко наблюдается у нескольких детей в семье. В данной ситуации в семейном анамнезе есть указание на смерть старшего брата пациента в возрасте 1 года и 6 месяцев. Клинически его состояние похоже на состояние пациента Х. Посмертно был выставлен диагноз: Хронический неспецифический лимфаденит. Описание патоморфологической картины подходит под проявление гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза. Таким образом можно полагать, что в данной семье имелись два случая развития синдрома Грисцелли.

Особенностью данного клинического наблюдения, кроме чрезвычайной редкости заболевания, является относительная эффективность паллиативной терапии, что может быть связано с вариантом генетического дефекта.

Список литературы

1. James, William; Berger, Timothy; Elston, Dirk (2005). Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology. (10th ed.). Saunders. ISBN 0-7216-2921-0.
2. Dr Harriet Cheng, Dermatology Registrar, Green Lane Hospital, Auckland. Chief Editor: Dr Amanda Oakley, Dermatologist, Hamilton, New Zealand, Griscelli syndrome, January 2015.
3. Bahadoran P, Busca R, Chiaverini C, Westbroek W, Lambert J, Bille K, Valony G, Fukuda M, Naeyaert JM, Ortonne JP, Ballotti R. Characterization of the molecular defects in Rab27a, caused by RAB27A missense mutations found in patients with Griscelli syndrome. J Biol Chem. 2003 Mar 28;278(13):11386-92. Epub 2003 Jan 16.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ИНГУШЕТИЯ

Бацаева Х.А.

Научный руководитель: Гагиева Д.А.
Ингушский государственный университет

В последние годы проблема йододефицитных заболеваний признана актуальной в медицинском и социальном аспектах в 118 странах мира. Йододефицитные заболевания – разнообразные патологические состояния, возникающие в популяции вследствие йодного дефицита, которые могут быть предотвращены при нормализации потребления йода (эксперты ВОЗ). Практически на всей территории центральной части России потребление йода с пищей и водой снижено. Йододефицитные заболевания возникают там, где в окружающей среде содержится мало йода и, где население получает недостаточное его количество с продуктами питания и напитками. Республика Ингушетия (РИ) является традиционно йододефицитным регионом, в связи с чем, население республики подвержено риску развития йододефицитных заболеваний.

Наиболее очевидное проявление дефицита йода - эндемический зоб. Эндемический зоб является предрасполагающим фактором для развития многих заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), в том числе узловых новообразований и рака.[1] Недостаточное потребление йода в местностях с его дефицитом приводит не только к развитию зоба у детей и взрослых, но и к снижению интеллекта, а также увеличивает вероятность рождения детей с эндемическим кретинизмом — тяжелой умственной отсталостью, связанной с выраженным дефицитом йода во время внутриутробного развития плода.

К последствиям йодной недостаточности также относятся женское бесплодие и нарушение репродуктивной функции.[2]

В организме человека содержится 20-30 мг йода. По данным ВОЗ, суточная потребность в йоде для детей составляет 90 — 150 мкг. По данным эпидемиологических исследований, реальное потребление йода составляет всего 40 - 80 мкг в день, то есть в 2-3 раза ниже рекомендованного уровня.[2]

Материал и методы: ретроспективный анализ распространенности болезней ЩЖ, связанных с йодной недостаточностью среди детей в возрасте от 0 до 17 лет за 2016-2018 годы по материалам статистических сборников Министерства здравоохранения РИ.

Цель и задачи исследования

1. Определить динамику распространенности эндокринной патологии и, в частности, эндемического зоба в исследуемой группе за период 2016 – 2018 годы.
2. Оценить процентное соотношение больных в возрасте от 0 до 17 лет с патологией эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ к общему количеству госпитализированных в ГБУЗ «ДРКБ» за 2018 год.
3. Оценить процентное соотношение больных с эндемическим зобом к общему количеству больных с эндокринной патологией, расстройствами питания и обмена веществ в исследуемой группе за 2018 год.

Результаты исследования и их обсуждение. Число госпитализированных больных с эндокринной патологией, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ в возрасте от 0 до 17 лет в 2016 году составило 62 чел, в 2017 г. – 309, в 2018 г. – 276. Из них с эндемическим зобом поступило в 2016 году – 4 (6,45 %) ребенка, в 2017 г. – 53 (17,2 %), в 2018 г. – 37 (13,4 %).

В динамике периода 2016-2018 гг. сохраняется высокая распространенность эндокринной патологии, в том числе, эндемического зоба среди детского населения РИ.

К примеру, в 2018 году в ГБУЗ «ДРКБ» всего поступило 6951 детей. Из них с болезнями крови и кроветворных органов – 164 (2,36 %) ребенка, с болезнями

эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ – 276 (4,0 %); с болезнями нервной системы – 914 (13,1 %); болезнями органов пищеварения – 471 (6,8 %); болезнями системы кровообращения – 245 (3,5 %); болезнями органов дыхания – 2590 (37,3 %); болезнями уха и сосцевидного отростка – 357 (5,1 %); болезнями кожи и подкожной клетчатки – 193 (2,8 %); болезнями костно-мышечной системы – 185 (2,7 %); болезнями мочеполовой системы – 750 (10,8 %); с травмами, отравлениями – 806 (11,6 %). В структуре заболеваемости среди детского населения РИ болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ занимают седьмое место.

В детское эндокринологическое отделение ГБУЗ «ДРКБ» в 2018 году поступило 276 детей в возрасте от 0 до 17 лет. Из них поступило с эндемическим зобом 37 (13,4 %), с тиреоидитом – 12 (4,35%), с сахарным диабетом – 143 (51,8 %), с гипопитуитаризмом – 22 (7,9 %), с аденогенитальными расстройствами – 9 (3,3 %), с ожирением – 27 (9,8 %) и мукополисахаридами – 26 (9,4 %). В структуре заболеваемости болезнями эндокринной системы на первом месте находится – сахарный диабет, на втором – эндемический зоб, на третьем – ожирение, на четвертом – мукополисахаридозы, на пятом – гипопитуитаризм, на шестом – тиреоидит и на седьмом – аденогенитальные расстройства.

Учитывая тот факт, что все статистические данные базируются на показателях, полученных по обращаемости пациентов в лечебные учреждения, они, по-видимому, не соответствуют истинной распространенности заболеваний, и процент заболеваемости естественно будет выше.

Выводы:

1. Высокую распространенность эндокринной патологии, расстройств питания и нарушения обмена веществ, в том числе, эндемического зоба среди детского населения РИ.
2. Эндемический зоб занимает 2 место по частоте встречаемости среди всех эндокринных заболеваний детского населения РИ от 0 до 17 лет.

Список литературы

1. Джумабаев А. Рак щитовидной железы и эндемический узловой зоб / А. Джумабаев, Ч. Рыспекова, Н. Самиева//Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2009. - №5. – С. 7-9.
2. Кочергина, И. И. Эндемический зоб и другие йододефицитные заболевания / И. И. Кочергина//Медицинский совет. – 2008. - №3. – С. 13-17.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Боташева Б.М.

Научный руководитель: Барычева Л. Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Церебральная ишемия – самая частая форма патологии мозга у детей, перенесших перинатальное поражение ЦНС [1].

Около 40% детей погибают в раннем неонатальном периоде, у 30% формируются отсроченные неврологические осложнения (ДЦП, церебральная эпилепсия и когнитивные нарушения) [2].

Около 20% детей страдают нервно-психическими расстройствами, причинами которых в 65–80% случаев служат перинатальные поражения головного мозга гипоксического генеза [4].

Активация врожденной иммунной системы является важной частью воспалительного ответа и ключевым событием в неблагоприятном исходе ишемии головного мозга [5].

Установлена нейродеструктивная роль ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-17 [3].

Цель исследования

Определить патогенетическую роль провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-17) у детей с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе ДККБ и ФКУЗ «Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора».

В исследование были включены 26 новорожденных: 16 доношенных с ЦИ II степени и 10 с ЦИ III степени. Всем определяли уровень ИЛ-6, ИЛ-8 и ИЛ-17 в сыворотке крови, всего проведено 153 исследования. Проводился сбор данных клинического обследования, УЗИ и КТ головного мозга.

Данные были статистически обработаны с использованием t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни, критерия χ^2 Пирсона.

Результаты и обсуждение

Беременность у матерей исследуемой группы наступила впервые 34,6%, повторно у 65,4%. В контрольной группе первородящими были 40,0%, повторнородящими – 60,0%.

Среди детей с ЦИ II степени мальчиков 34,6%, девочек – 23,1%. С ЦИ III степени – 23,1% и 15,4% соответственно.

Минимальный возраст матерей составил 17 лет, максимальный – 43 года, средний – $28 \pm 1,74$.

У 65,4% матерей исследуемой группы выявлены соматические заболевания: ВСД, артериальная гипертензия, СД, миопия, анемия, ожирение, астигматизм. У 30,8% выявлена гинекологическая патология: хронический цервицит, кандидозный кольпит, уреоплазменная инфекция.

Беременность протекала физиологически у 12% матерей. В остальных случаях отмечалось от 3-х отягощающих факторов: анемия (38,5%), гестоз (19,2%), угроза прерывания (15,4%), ранний токсикоз (15,4%), преждевременное излитие околоплодных вод (15,4%), плацентарная недостаточность (11,5%), гестационный СД (7,7%), СД (3,9%).

Матери детей с ЦИ II-III степени в чаще (23,1% и 19,2% соответственно) родоразрешались путем экстренной ОКС.

Доношенные дети с ЦИ II и III степени рождались достоверно ($p < 0,05$) чаще с массой 3001-4000 г и 2000-2500 г по сравнению с массой 1500-1999 г.

У детей с ЦИ II степени при оценке по Апгар при рождении состояние чаще удовлетворительное (более 7 баллов).

При оценке по шкале Апгар на 1-ой минуте 4 детей с ЦИ III степени рождены в состоянии тяжелой гипоксии, 1 ребенок – в состоянии гипоксии средней тяжести, 5 детей – в гипоксии легкой степени. На 5-ой минуте в состоянии тяжелой гипоксии остался 1 ребенок, в гипоксии средней степени тяжести – 2 детей, в легкую степень гипоксии переведено 7 детей.

Сопутствующей патологией в большем проценте явилась ЗВУР (34,6%). А также пиелозктазия (30,8%), диабетическая фетопатия (19,29%), ВПС (7,7%) и ГБН (3,9%).

На НСГ у 100,0% новорожденных с ЦИ II-III степени выявлены очаговые отеки, у 15,4% новорожденных – дилатация желудочков. Псевдокисты были выявлены у 34,6% новорожденных. У 27,0% новорожденных наблюдались КТ-признаки последствий гипоксически-ишемического поражения мозга в стадии порэнфалической дегенерации.

По результатам исследования уровень ИЛ-6 исследуемой группы был достоверно ($p < 0,05$) выше значений ИЛ-6 у здоровых детей и составил $65,1 \pm 1,96$ пг/мл против $3,7 \pm 0,60$ пг/мл.

Показатели ИЛ-8 у детей с церебральной ишемией также оказались достоверно ($p < 0,05$) выше ($35,6 \pm 1,62$ пг/мл) показателей уровня ИЛ-8 в контрольной группе ($8,3 \pm 0,57$ пг/мл).

При исследовании уровня ИЛ-17 отмечалось статистически значимое превышение нормальных показателей в исследуемой группе ($8,99 \pm 0,72$ пг/мл). В контрольной группе данный показатель составил $1,6 \pm 0,15$ пг/мл.

Выводы

Течение беременности у матерей протекало на фоне анемии, гестоза, угрозы прерывания, раннего токсикоза и гестационного СД.

Более чем у половины матерей исследуемой группы были выявлены соматические заболевания, у 1/3 матерей – гинекологические.

Дети с ЦИ III степени чаще рождались в состоянии тяжелой гипоксии. У 34,6% сопутствующей патологией явилась ЗВУР.

На НСГ у новорожденных с ЦИ II-III степени выявлены очаговые отеки, дилатация желудочков, псевдокисты. На КТ у 27,0% новорожденных определялась порэнфалическая дегенерация.

У большинства детей отмечалось достоверное повышение уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-17.

Полученные данные свидетельствуют об участии цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-17) в гипоксически-ишемическом поражении ЦНС, патологическими звеньями которого являются воспаление и нейродегенерация.

Список литературы

1. Блинов Д.В. Современный взгляд на объективную диагностику нарушения резистентности ГЭБ в реабилитации детей с перинатальными гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС / Д. В. Блинов // Детская и подростковая реабилитация – 2016. – № 2 (27) – 32-39 с.
2. Калиева М.А. Факторы риска и возможные отдаленные последствия перинатальной энцефалопатии в детском возрасте / М. А. Калиева, М. А. Пальчиков // Молодежный инновационный вестник – 2019. – Т. 8 – № 2 – 238-240 с.
3. Моргун А.В. Перинатальное поражение центральной нервной системы: повреждение и возможности восстановления гематоэнцефалического барьера / А. В. Моргун, Н. В. Кувачева, Е. Д. Хилажева, Я. В. Горина, Т. Е. Таранушенко, Е. А. Пожиленкова, А. Б. Салмина // Вопросы практической педиатрии – 2015. – Т. 10 – № 4 – 29-37 с.
4. Douglas-Escobar M. Hypoxic-ischemic encephalopathy: a review for the clinician. / M. Douglas-Escobar, M. D. Weiss // JAMA Pediatr. – 2015. – Vol. 169 – № 4 – 397-403 p.
5. Laptook A.R. Birth Asphyxia and Hypoxic-Ischemic Brain Injury in the Preterm Infant. / A. R. Laptook // Clin. Perinatol. – 2016. – Vol. 43 – № 3 – 529-545 p.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ

Васюков Н.В., Базарбаев Д.К., Агишев Р.Д.

Научный руководитель: Зыкова Л.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. Физическое развитие (ФР) – совокупность морфофункциональных признаков роста и биологического созревания ребенка, позволяющих определить запас физических сил, выносливости и работоспособности его организма [3]. Старший

школьный возраст считается критическим периодом развития ребенка, так как совпадает с ростовым скачком (второй период вытяжения). В подростковом возрасте увеличивается риск нарушений здоровья, развития и хронизации заболеваний, что связано с процессом адаптации детей к половой дифференцировке. Гиподинамия и плохая переносимость физических нагрузок значительно снижают качество жизни у подростков. Дефицит двигательной активности является важным фактором уменьшения функциональных резервов физиологических систем организма. В исследовании Кузиной Е.Н. показано возрастное снижение двигательной активности с 75,9% у дошкольников до 30,7% у подростков [1]. Оценка ФР должна дополняться данными биологического и психологического уровня развития ребенка. В старшем школьном возрасте происходит активная подготовка детей к сдаче ЕГЭ, требующая определенной морфофункциональной и психологической готовности к предстоящим испытаниям. Тревожность индивида не является негативной чертой. Определенный уровень тревожности - физиологическая особенность активной личности[3]. Высокая личностная тревожность коррелирует с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями [3], снижает качество жизни детей, успешность социализации через снижение успеваемости. Систематическое наблюдение и изучение ФР, физической подготовленности и психо-эмоционального состояния подростков педиатром, требует при необходимости своевременное их направление на консультацию к психологу.

Цель исследования. Оценить физическое развитие и психоэмоциональное состояние подростков.

Материалы и методы: С февраля по май 2019 года обследованы подростки 13-17 лет (n=34), обучающиеся в школе №12 и медицинском колледже г. Бузулука. Оценка ФР проводилась путем соматометрии, соматоскопии и расчета индекса массы тела (ИМТ). При оценке психо-эмоционального состояния использована шкала Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина для уточнения качества интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки реактивной или постоянной, то есть личностной [4,5]. Подростки получали опросник – бланк шкалы для самостоятельного заполнения. Разъяснялись цели исследования, гарантировалась анонимность и добровольность участия. Для обеспечения спонтанности ответа установлено время заполнения шкалы (не более 15-20 минут). При обработке данных подсчитывалась сумма по каждой из шкал, общий итоговый показатель которых соответствует диапазону 20-80 баллов и определяет уровень реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) [4,5]. Оценка РТ и ЛТ: соответствуют низкому уровню – до 30 баллов, умеренному уровню – 31-44 балла и высокому уровню – более 45 баллов. Данные обрабатывались с помощью пакета программы «Statistica 10,0». Достоверность различий признаков определяли по критерию Манна-Уитни и критерию χ^2 с коррекцией Йейтса. Принятие или отвержение статистических гипотез осуществлялось при уровне $P \leq 0,05$, принятом в биомедицинских исследованиях.

Результаты. Мальчики составили 53,0% (n=18), девочки 47,0% (n=16). Средний возраст мальчиков - $15,38 \pm 1,03$ лет, девочек – $14,93 \pm 1,23$ лет. У большинства детей (73,5%) установлено нормальное физическое развитие с показателем SDS ИМТ ± 1 от медианы. У 9 подростков (26,5%) выявили дисгармоничное ФР, при этом у 6 человек (66,7%) за счет дефицита массы тела, с показателем SDS ИМТ < -1 от медианы, у 3 человек (33,3%) - за счет ожирения, с показателем SDS ИМТ $> +2$ от медианы. Т.о., в нашем наблюдении преобладали подростки с белково-энергетической недостаточностью по сравнению с группой подростков с избытком массы тела.

При оценке тревожности выявлены следующие результаты. Высокая личностная тревожность отмечалась чаще среди девочек-подростков (n=5) в сравнении мальчиками (n=1), однако различия не были достоверными ($\chi^2=2,2836$; $p=0,1311$). Высокая ситуативная тревожность встречалась с равной частотой среди подростков обоего пола

($n=3$), ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$). Низкая личностная тревожность отмечалась по 1 человеку среди подростков обоего пола ($\chi^2=0,0005$; $p=1,0005$). Низкая реактивная тревожность отмечалась у 2 мальчиков и 3 девочек. Среднегрупповой показатель ситуативной тревожности мальчиков составил $37,89 \pm 6,19$ баллов, а личностной тревожности – $38,00 \pm 5,20$ баллов. У девочек данные показатели составили $38,93 \pm 6,767$ и $41,18 \pm 6,24$ баллов, соответственно. Согласно критерию Манна-Уитни половые различия показателей ситуативной и личностной тревожности не достоверны.

Заключение. У большинства детей отмечалось нормальное ФР. У четверти из подростков ФР дисгармоничное, преимущественно за счет белково-энергетической недостаточности. Выявлена высокая тревожность в $\frac{1}{3}$ наблюдений. Эти подростки нуждаются в консультации психолога для коррекции психо-эмоционального состояния.

Список литературы

1. Кузина Е.Н. и соавт. Физическая активность у детей с атопической бронхиальной астмой
2. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практик. рук-во по психологической диагностике. СПб.: Речь, 2005. С.208.
3. Черная Н.Л. Врач детского ДОО.–Ростов–на–Дону, 2007.
4. Полшкова Т.А. Проблема ситуативной тревожности в психолого-педагогических исследованиях // Акт. вопросы современной психологии: материалы II Междун. науч. конф. Челябинск: Два комсомольца, 2013. С. 107-110.
5. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Самара: «Бахрах-М», 2011. 664 с.

УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Верисокина Н.Е.

Научный руководитель: Климов Л.Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Несмотря на постоянные усовершенствования системы антенатального наблюдения и родовспоможения, число беременных с ожирением постоянно увеличивается, в связи с чем актуальность этого вопроса приобретает особую значимость [1].

Обобщение научных данных о роли витамина D в организме человека открывает возможности профилактики и лечения целого ряда заболеваний, начиная с периода внутриутробного развития [2]. Уровень 25(OH)D пуповинной крови тесно коррелирует с концентрацией его в крови матери. В децидуальной оболочке плаценты и трофобласте посредством фермента CYP27B1 генерируется большое количество активного метаболита холекальциферола – кальцитриола (1,25(OH)₂D) [3]. Плацента содержит рецепторы к витамину D (VDR), поэтому, в первую очередь, является таргетным органом для синтезированного в ней же 1,25(OH)₂D [4].

Создание депо витамина D в антенатальном периоде является базисом для постнатальной обеспеченности и формирования костно-мышечной системы, развития иммунитета и целого ряда других метаболических процессов в детском организме [5].

Цель работы – анализ уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и ИЛ-6) и уровня витамина D, в сыворотке крови новорождённых, рождённых от матерей с различной степенью ожирения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено лабораторное обследование 90 новорождённых детей, рождённых в период с января 2017 г. по июль 2019 г. в ГБУЗ СК «СККПЦ» г. Ставрополя.

Среди обследованных детей, 33 (36,7%) от матерей с ожирением I степени, 14 (15,6%)

от матерей с ожирением II степени, 7 (7,7%) появились на свет от женщин с ожирением III степени.

Ожирение диагностировали до наступления беременности по критерию превышения индекса массы тела (ИМТ) выше 30 кг/м².

Контрольную группу составили 36 (40,0%) новорождённых, рождённых от женщин, не имевших ожирения.

Забор крови у всех новорождённых осуществлялся из центральной вены на третьи сутки жизни.

Определение содержания провоспалительных цитокинов и витамина D в сыворотке крови у новорождённых проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест» (Россия) и DIALsource (Бельгия) соответственно.

Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводились с использованием пакета программ AtteStat. По каждому признаку в сравниваемых группах определяли медиану (Me), а также 25-й и 75-й квартили (25Q–75Q).

Для оценки межгрупповых различий использовали U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. ИМТ до беременности у женщин с ожирением I степени составил 31,1 [28,9–32,6] кг/м², достоверно превышая показатель у матерей группы сравнения – 22,7 [20,6–23,7] кг/м² ($p < 0,001$), у женщин с ожирением II степени – 37,4 [36,5–38,2] кг/м² ($p < 0,001$), III степени – 42,8 [41,2–42,8] кг/м² ($p < 0,001$), в сравнении с группой контроля.

В группе детей, рождённых от матерей с ожирением I степени – 25 (75,8%) появились на свет доношенными, 8 (24,2%) – недоношенными; от матерей с ожирением II степени, все дети родились доношенными; крупными оказались 3 (21%) ребёнка; от матерей с ожирением III степени, 6 (85,7%) новорождённых доношенные, 1 (14,3%) – недоношенный.

У детей от матерей с ожирением I степени уровень ИЛ-1 β составил 20,6 [11,2–32,0] пг/мл, что достоверно больше чем в контрольной группе – 5,4 [1,8–27,7] пг/мл ($p < 0,001$), ИЛ-6 – 76,9 [40,5–86,9] пг/мл, против 18,2 [5,1–54,3] пг/мл ($p < 0,01$), кальцидиола – 5,0 [4,0–9,4] нг/мл и 14,0 [8,2–22,1] нг/мл соответственно ($p < 0,05$).

При сравнении лабораторных данных новорождённых, рождённых от матерей с ожирением II степени и детей из контрольной группы выявлено, что уровень ИЛ-1 β в 4,9 раза больше – 26,8 [8,8–82,1] пг/мл ($p < 0,01$). Показатель ИЛ-6 достоверно выше в 7,3 раза – 133,0 [81,6–354,2] пг/мл ($p < 0,001$). Уровень 25(OH)D – 9,2 [6,3–14,6] нг/мл, что ниже, чем в группе сравнения ($p > 0,05$).

В группе детей, рождённых от матерей с ожирением III степени, показатель ИЛ-1 β составил 25,6 [15,6–25,6] пг/мл, что больше в 4,7 раза ($p < 0,05$). Уровень ИЛ-6 выше в 3,7 раза – 67,6 [11,1–67,6] пг/мл ($p < 0,001$). Показатель кальцидиола – 9,0 [5,9–9,0] нг/мл, достоверных отличий получено не было ($p > 0,05$).

Показательно, что 44 (81,5%) ребёнка, появившихся на свет от матерей с ожирением, имели дефицит витамина D (менее 20 нг/мл), у 4 (7,4%) младенцев была выявлена недостаточность (20–30 нг/мл) и только у 6 (11,1%) – выявлен достаточный уровень 25(OH)D (более 30 нг/мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новорождённые, появившиеся на свет от матерей с ожирением, имели достоверно более высокий уровень провоспалительных цитокинов.

Большое значение имеет изучение биологической роли витамина D в течение беременности и формировании здоровья будущего ребёнка. Дети, рождённые от матерей с эндокринной патологией, имели более низкий уровень витамина D и нуждаются в постнатальной профилактике гиповитаминоза D.

С целью профилактики осложнений беременности, послеродового периода и состояния плода, необходимо увеличить ежедневное применение 25 (ОН) D во время беременности.

Список литературы

1. Роль эндокринной патологии матери в патогенезе нарушений внутриутробного и постнатального развития детей: современный взгляд в рамках концепции пищевого программирования (обзор литературы) / Л.Я. Климов [и др.] // Медицинский совет. -2018. -№17. –С.38–46.
2. Витамин D и его биологическая роль в организме. Сообщение 1. Метаболизм и кальциемические эффекты витамина D / С.В. Долбня [и др.] // Вестник молодого учёного. -2015. -№3. –С.13–21.
3. Early pregnancy vitamin D status and risk of preeclampsia / Н. Mirzakhani [et al] // J. Clin. Invest. -2016. –Т. 126. -№12. –Р. 4702–4715.
4. Reduced primary care respiratory infection visit following pregnancy and infancy vitamin D supplementation: a randomized controlled trial / С.С. Grant [et al] // Acta Paediatr. -2014. – Т.104. -№4. –Р. 396–404.
5. Роль витамина D в системе мать-плацента-плод / С.В. Мальцев [и др.] // Практическая медицина. -2016. – Т. 93. - №1. – С. 26–31.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭМБРИОНАЛЬНОЙ РАБДОМИОСАРКОМЫ

Витрук Г.С., Стременкова И.А., Быкова Г.В.

Научный руководитель: Стременкова И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Саркомы являются злокачественными опухолями, развивающимися из соединительных тканей организма и составляют 8% всех злокачественных солидных опухолей у детей, из них наиболее распространенным видом является рабдомиосаркома (РМС). Последняя чаще встречается у детей до 5 лет и в период их полового созревания, на ее долю приходится около 4% от всех злокачественных новообразований у детей в возрасте 0–14 лет и 50% от всех сарком мягких тканей [3-4].

Гистологически различают следующие варианты рабдомиосаркомы:

- эмбриональная (70-75%) выявляется наиболее часто и располагается обычно в области головы и шеи, мочевом пузыре, влагалище, предстательной железе и яичках; этот тип рабдомиосаркомы, как правило, диагностируется у младенцев и маленьких детей;
- альвеолярная (20-25%) локализуется в области крупных мышц туловища и конечностей и обычно поражает детей более старшего возраста и подростков;
- плеоморфная (1%) возникает преимущественно у взрослых и крайне редко у детей [1-2,4].

Клиническая картина РМС обусловлена как локализацией первичной опухоли, ее размерами и воздействием на окружающие органы и ткани, так и наличием отдаленных метастазов [3,5].

Для лечения РМС у детей используются все существующие современные методы терапии злокачественных опухолей: хирургический, лучевой и лекарственный. Лечение

больных определяется группами риска в зависимости от размеров и распространения первичной опухоли, радикальности выполненного оперативного вмешательства, оценкой морфологическим исследованием удаленных во время операции тканей, наличием инициальных метастазов [1].

Цель: ретроспективное исследование клинического случая рабдомиосаркомы из практики отделения гематологии и детской онкологии ГБУЗ КДКБ (собственное наблюдение).

Материалы и методы: Данные клинического наблюдения ребенка, находящегося на лечении в отделении гематологии и детской онкологии ГБУЗ КДКБ с февраля 2019г. по настоящее время.

Результаты: Пациент Л., 5 лет. Поступил с жалобами на асимметрию лица и шеи, наличие дополнительного образования на шее справа, наличие сукровичного отделяемого из правого уха, бледность кожных покровов и видимых слизистых, вялость.

Из анамнеза известно, что дебют заболевания с декабря 2018г. когда появилось кровянистое отделяемое из правого слухового прохода, в связи с чем с 19.12.2018г. по 25.12.2018г. находился на стационарном лечении по месту жительства. Выполнено гистологическое исследование отделяемого, заключение: высокодифференцированный базальноклеточный рак кожи.

18.01.19г. консультирован онкологом. На момент осмотра сохранялось сукровичное отделяемое из правого уха, с гнилостным запахом, без симптомов интоксикации и асимметрии лица. По рекомендации детского онколога с 18.01.19г. по 24.01.19г. лечение в ЛОР-отделении ГБУЗ КДКБ. По результатам гистологического исследования: формирующиеся фиброзные полипы слухового прохода; элементов злокачественного роста в доставленном материале не обнаружено.

В динамике появилось объемное плотное образование справа на шее, симптомы интоксикации. В экстренном порядке 21.02.19г. госпитализирован в отделение гематологии и детской онкологии ГБУЗ КДКБ. Клинически регистрировалась асимметрия лица и шеи, в правом слуховом проходе визуализировалась плотная опухоль, безболезненная, малоподвижная, выходящая за пределы наружного слухового прохода. Регистрировалось увеличение регионарных лимфоузлов (заушной, подчелюстной) размерами до 4 см в диаметре. Левосторонний птоз.

Проведено комплексное клиничко-лабораторное исследование, включающее, в том числе биопсию подчелюстного лимфоузла. Диагностировано: Эмбриональная рабдомиосаркома мягких тканей правого слухового прохода с метастазированием в лимфоузлы козелка правого уха и правой подчелюстной области, высокая группа риска, стадия T3N1M0.

На сегодняшний день проведено 7 курсов полихимиотерапии, лечение по протоколу CWS-2002P.

На фоне лечения отмечается четкая положительная динамика по данным клинического и инструментального обследования.

ВЫВОДЫ: Сложность диагностики, особенность клинических проявлений, связанных с локализацией поражения, разногласия гистологического заключения способствовали более поздней диагностике заболевания.

Список литературы

1. Алиев, В.Г. Детская онкология. Национальное руководство / Под ред. М. Д. Алиева, В. Г. Полякова, Г. Л. Менткевича, С. А. Маяковой. – Москва, 2012. – 684с.
2. Адамян, Л.В. Эмбриональная рабдомиосаркома / Л.В.Адамян., Е.В.Сибирская, С.М.Шарков, С.А.Короткова, Н.О.Тарбая // Детская хирургия. – 2017. - № 21(2). – С.102-104.

3. Малевич, О.Б. Случай эмбриональной рабдомиосаркомы параменингеальной локализации, имитирующей синдром Мийяра–Гублера / О.Б.Малевич, Д.Ю.Качанов, С.П.Хомякова, Т.В.Шаманская, А.Ю.Усычкина, А.В.Нечеснюк, Н.С.Грачев, Г.В.Терещенко, Г.А.Новичкова, С.Р.Варфоломеева // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2014. - т.13, №3. - С. 61–66
4. Поляков, В. Г. Непосредственные и отдаленные результаты лечения рабдомиосаркомы параменингеальной локализации у детей / В.Г.Поляков, Т.Л.Ушакова, А.М.Мудунов, М.А.Осипова, И.В.Глеков // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2010. - т. 21, №4. – С.39-41.
5. Crozier, E. Embryonal rhabdomyosarcoma of the auricle in a child / J. Rihani, K. Koral, S.Cope-Yokoyama, D. Rakheja, SO.Ulualp // Pediatrics International. – 2012. – 54(6).

ПРИБРЕТЕННАЯ АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Витрук Г.С., Стременкова И.А., Самкина О.Н., Быкова Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Приобретенная апластическая анемия (ПАА) - заболевание, характеризующееся различной тяжести панцитопенией (редко - бицитопенией), не имеющей тенденции к спонтанному восстановлению, при сниженной клеточности костного мозга и отсутствии цитологических, цитогенетических и молекулярно-генетических признаков острого лейкоза, миелодиспластического синдрома или миелофиброза, а также гепатоспленомегалии и массивной лимфаденопатии [3].

ПАА – редкое заболевание, в настоящее время количество случаев составляет 2–6 на 1 млн. детского населения в год [2].

По этиологическому принципу ПАА подразделяют на три основные группы:

- идиопатические (до 80%);
- гепатит-ассоциированные (до 20%);
- лекарственные (1–2%).

По степени тяжести ПАА подразделяют на три группы в соответствии с критериями, предложенными В. Samitta и соавторами в 1997 году:

Сверхтяжелая: клеточность костного мозга по данным трепанобиопсии <25% и 2 или более из следующих показателей: нейтрофилы <0,2х10⁹/л, тромбоциты <20х10⁹/л, корригированный ретикулоцитоз < 1% ;

Тяжелая: клеточность костного мозга по данным трепанобиопсии <25% и 2 или более из следующих показателей: нейтрофилы >0,2х10⁹/л, но <0,5х10⁹/л, тромбоциты <20х10⁹/л/мкл, корригированные ретикулоцитоз <1% ;

Нетяжелая: все остальные случаи, не соответствующие критериям тяжелой и сверхтяжелой. [1,3-4].

Все симптомы апластической анемии объединены в три основных синдрома:

- анемический;
- геморрагический;
- синдром инфекционных осложнений.

Для успешного лечения ПАА важны ранняя диагностика заболевания с установлением степени тяжести и выбор метода лечения. Стандартными способами лечения являются проведение аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток от сиблинга или комбинированная иммуносупрессивная терапия при отсутствии родственного донора [1].

Цель: Исследование клинического случая приобретенной апластической анемии из практики отделения гематологии и детской онкологии.

Материалы и методы: Данные клинического наблюдения ребенка, находящегося на лечении в отделении гематологии и детской онкологии ГБУЗ КДКБ в июне 2019г.

Результаты: Пациент У., 12 лет. Поступил с жалобами на высыпания геморрагического характера на ногах, бледность и желтушность кожных покровов, пастозность стоп, носовые кровотечения. Из анамнеза известно, что вышеперечисленные жалобы появились около месяца назад. В течении последней недели участились носовые кровотечения, появились обильные экхимозы на ногах, в области живота, в связи с чем обратились к врачу по месту жительства. Ребенок направлен на консультацию гематолога, в ходе которой выявлена тромбоцитопения (PLT 5x10⁹/л). Больной экстренно госпитализирован в отделение гематологии и детской онкологии ГБУЗ КДКБ.

Клинически регистрировались множественные петехии по всему телу, экхимозы различных размеров (на голених и в области коленных суставов размерами до 6 см). На видимых слизистых отмечается энантема. Кровоточивости на момент осмотра нет. Периферический узлы всех групп не более 0,5см. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

По результатам проведенного обследования выявлено: тромбоцитопения, нормохромная нормоцитарная анемия 1 степени, гепатит (данных за вирусный гепатит не выявлено), гипербилирубинемия за счет непрямой фракции, повышение уровня АСЛО (717 е/мл), показатели обмена железа в норме. По результатам миелограммы аплазия костного мозга исключена(отмечается расширение белого ростка). По данным УЗИ мягких тканей - межмышечная гематома правой голени.

Выставлен диагноз: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, период клинко-гематолгический проявлений, тяжелое течение. Проведено лечение: первая линия базисной терапии ИТП, гемостатическая и заместительная гемокомпонентная терапия.

В ходе лечения стабильной положительной динамики не наблюдалось, уровень тромбоцитов без проведения заместительной гемокомпонентной терапии снижался, нарастала лейкопения. Присоединился интоксикационный синдром, отмечались эпизоды носового кровотечения, регистрировалось увеличение лимфоузла слева до 2 см в диаметре. Повторно проведена костномозговая пункция: пунктат беден клеточными элементами; гранулоцитарный и эритроидный ростки резко сужены. МКЦ не обнаружены, тромбоциты единичные в препарате. Выставлен диагноз: Острая приобретенная идиопатическая трехростковая апластическая анемия, сверхтяжелая форма и принято решение о необходимости обследования больного на базе НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д.Рогачева.

При проведении HLA-типирования семьи был найден HLA-идентичный родственник донор – брат. Пациент направлен в НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д.Рогачева для дообследования и проведение аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток от сиблинга.

ВЫВОДЫ: Несмотря на трудности с дифференциальной диагностикой, ребенку с помощью современных методов исследования был выставлен верный диагноз и своевременно подобран наиболее оптимальный способ лечения данного заболевания - трансплантации гемопоэтических стволовых клеток от сиблинга.

Список литературы

1. Исайкина, Я.И. Колониеобразующая способность клеток-предшественников гемопоэза при иммуносупрессивной терапии у детей с приобретенной апластической анемией /Я.И. Исайкина, М.А. Новикова, Е.Г. Лях, И.В.Емельянова, Т.Б.Кугейко // Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. – 2017. – Т.3, № 3.

2. Кугейко, Т.Б. Приобретенная апластическая анемия у детей в Республике Беларусь эпидемиология и этиология / Т.Б. Кугейко, О.И. Быданов // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2018. – Т.17, № 1. – С.29-36.
3. Румянцев, А.Г. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению приобретенной апластической анемии / А.Г. Румянцев, А.А. Масчан – 2014. – 24 с.
4. Dezer, A.E. Clinical management of aplastic anemia / A.E. Dezer, R.A. Brodsky // Expert Rev Hematol. – 2011. – Vol4, №2.

ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Горлова М.И.

Научные руководители: Минаева О.А., Колесникова Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Различные патологические процессы, воздействующие во внутриутробном периоде, начиная с 7 недели гестации, могут привести к нарушениям формирования кортикального слоя головного мозга, что в последующем будет причиной манифестации эпилепсии у 3 из 4 пациентов. Эпилепсия – это эпизодическое полиэтиологическое неврологическое расстройство или состояние головного мозга, имеющее хроническое течение и характеризующееся рецидивирующими эпилептическими припадками. Несмотря на наличие успешных современных методов лечения в эпилептологии, фармакорезистентные эпилепсии, ассоциированные с кортикальной патологией, продолжают составлять 25-40% всех форм данного заболевания. [2, 4] Поскольку медикаментозное лечение является неэффективным, разумным решением проблемы являются хирургические способы коррекции. [3]

Цель обсуждения: рассмотрение связи порока развития коры головного мозга (ПРКГМ) с фармакорезистентной эпилепсией на примере клинического случая, обсуждение методики лечения.

Материалы и методы: представлен клинический случай симптоматической эпилепсии с абсолютной резистентностью к терапии, связанной с аномалией развития паренхимы головного мозга; проведены исследования: магнито-резонансная томография (МРТ) головного мозга, электроэнцефалография (ЭЭГ), видео ЭЭГ-мониторирование.

Результаты и обоснование.

Ребенок 8 месяцев.

Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гематогенной тромбофилии. На 31 неделе на УЗИ: ВПР головного мозга плода (нарушение формирования борозд и извилин слева, дилатация переднего рога бокового желудочка, дилатация 3 желудочка). В 32-33 недели МРТ плода: ВПР ЦНС плода: полимикрогирия слева. Дилатация переднего рога левого бокового желудочка и 3 желудочка.

Роды преждевременные в 33 недели, ОША 1-3-5 баллов, масса при рождении 2590г. Общее состояние ребенка тяжелое по характеру поражения ЦНС.

В ходе осмотра: Голова конфигурирована, с выраженным затылочным бугром, окружность головы 44,5 см, большой родничок закрыт, швы сомкнуты. Мышечный тонус дистоничный, с преобладанием гипотонуса в верхнем плечевом поясе, проксимальной группе мышц ног, в стопах повышен. Непостоянный симптом Бабинского с 2-х сторон. НПР с выраженной задержкой.

МРТ головного мозга: ВПР ЦНС аномалия развития паренхимы головного мозга левой лобной доли с признаками пахирии и гетеротопии левой лобной доли. МР-

признаки ликворной кисты в левой лобной доле, связанной с передним рогом левого бокового желудочка.

Видео ЭЭГ-мониторирование: Корковая ритмика дизорганизована. При проведении пробы с ритмической фотостимуляцией патологических изменений корковой ритмики не отмечалось. В течение всей записи регистрируется региональное замедление основного ритма в левых лобно-теменных отведениях в виде деформированного и высокоамплитудного тета-ритма с распространением на правые лобные отведения и затылочные отведения. В структуре продолженных замедлений отмечается эпилептиформная активность в виде комплексов острая волна, острая-медленная волна в левых лобно-височных отведениях. В течение записи зарегистрировано несколько приступов с тоническим напряжением в правой руке, поворотом головы вправо, частым морганием. На ЭЭГ в этот момент регистрируется продолженное ритмичное региональное замедление в левых лобно-теменных отведениях с диффузным распространением. Длительность приступа 40 секунд. Эпилептиформная активность занимает 95% ЭЭГ мониторирования. Судорожная готовность головного мозга.

Диагноз: Врожденный порок развития головного мозга: аномалия развития паренхимы головного мозга левой лобной доли с признаками пахигиирии и гетеротопии левой лобной доли. Признаки ликворной кисты в левой лобной доле, связанной с передним рогом левого бокового желудочка. Симптоматическая мультифокальная эпилепсия. Частые приступы. Абсолютная резистентность к терапии, связанная с аномалией развития головного мозга. ДЦП, атонически-астатическая форма. Начальная резидуальная стадия. GMFCS 5 уровень. Группа риска по развитию синдрома внезапной смерти.

Ребенок получает противосудорожную терапию (депакин, кеппра, топирамат, окскарбазепин), на фоне которой сохраняются судорожные приступы до 40 раз в сутки (от 40 секунд до 2 минут). Приступы генерализованные тонико-клонические, сопровождаются поворотом головы вправо, частым морганием, кратковременным апноэ. Межприступный период 15-25 минут.

ПРКГМ можно связать с заболеванием матери, осложняющее протекание беременности и процесс формирования плода. Абсолютная резистентность к терапии требует хирургического лечения. В то же время часто при фокальных корковых дисплазиях наблюдаются наиболее нестабильные исходы по шкале Engel, так как визуализирующаяся часть аномальной коры является небольшим участком обширной мальформации. Тем не менее, хирургическое вмешательство зарекомендовало себя высокоэффективным способом лечения фармакорезистентной эпилепсии. Резекционные операции применяются чаще всего. [1, 3]

Закключение: Таким образом, возникающие вторичные эпилепсии при ПРКГМ часто характеризуются фармакорезистентностью, поэтому оптимальным способом лечения является резекционные методы хирургической коррекции.

Список литературы

1. Айвазян С. О., Лукьянова Е. Г., Ширяев Ю. С. Современные возможности лечения фармакорезистентной эпилепсии у детей // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2014. – №1. – С. 34-43.
2. Калинин В. А., Громаковская М. А. Мальформации коры головного мозга. Вторичные парциальные эпилепсии // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2014. – №6.
3. Маматханов М.Р., Касумов В.Р., Куралбаев А.К., Гохман Е.А., Кравцова С.В. Хирургическое лечение эпилепсии и его результаты // ВНМТ. – 2017. – Т.24, №2. – С. 44-53.
4. Richard J. Leventer, Renzo Guerrini, William B. Dobyns Malformations of cortical development and epilepsy // Dialogues in clinical neuroscience. – 2008. – №10 (1). – С. 47-62.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Григорьянц И. С.

Научные руководители: Водовозова Э. В., Леденева Л. Н.

Бронхообструктивный синдром (БОС) является одной из наиболее частых форм нарушения бронхиальной проводимости. Наиболее часто БОС сопровождается атипичной пневмонией (АП), обструктивный бронхит (ОБ) с рецидивирующим течением и муковисцидоз (МВ) [1]. Термин «атипичная пневмония» (АП) используется при интерстициальных или сегментарных поражениях легких, при этом «атипичными» возбудителями являются вирусы, риккетсии, микоплазмы, легионеллы, хламидии [2]. ОБ с рецидивирующим течением считается ОБ, повторяющийся 3-4 раза в год [2]. МВ наиболее распространенное тяжелое моногенное заболевание человека, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора белка МВ, характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем, имеющее тяжелое течение и прогноз [3]. Клинические проявления данных заболеваний практически не отличаются, что затрудняет дифференциальную диагностику между ними и диктует необходимость дальнейшего углубленного обследования [4].

Цель. Установить наиболее часто встречающийся микробиологический спектр возбудителей при рецидивирующем бронхообструктивном синдроме у детей Ставропольского края.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя и в консультативной поликлинике ГБУЗ СК «КДКБ» в период с 2013 по 2017 годы.

Комплексное обследование проводилось 218 детям с заболеваниями, протекающими с БОС в возрасте от 1 месяца до 18 лет: с МВ – 96 пациентов, с АП – 54, и ОБ с рецидивирующим течением – 68.

Бактериологические исследования проводились в лаборатории ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии» г. Ставрополя. Материалом для бактериологического исследования являлись мокрота, глубокие мазки с задней стенки глотки, бронхиальный секрет при проведении бронхоскопии. В обработку данных включались результаты посевов с диагностически значимым титром (более 10^6 колоний образующих единиц). Бактериальная чувствительность и резистентность определялись диско-диффузным методом, согласно рекомендациям института клинических и лабораторных стандартов.

Полученные результаты внесены в единый реестр (база данных), обработаны с помощью статистического пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc; США) и пакета программных приложений Microsoft Excel (Microsoft Corp; США). Данные являются репрезентативными и достоверными с позиций доказательной медицины.

Результаты. Основными возбудителями АП являлись *Mycoplasma pneumoniae* 13 детей (24,4%), *Chlamidia trachomatis* – 13 (24,4%) первых 6 месяцев жизни, и *Chlamidophila pneumoniae* – 26 (47,1%), пневмонии другой этиологии диагностированы у 2 (4,1%) больных.

Основными возбудителями ОБ у данного контингента являлись *Mycoplasma pneumoniae* – 52 ребенка (76,6%) и *Chlamidophila pneumoniae* – 9 (12,5%), ОБ другой этиологии диагностированы у 7 (10,9%) больных. Лабораторным подтверждением диагнозов служило выявление Ig M в сыворотке крови больных методом иммуноферментного анализа (ИФА) к хламидиям и микоплазмам, а также посев мокроты и фарингиального содержимого из носоглотки.

Наиболее часто встречающимися возбудителями обострения МВ были стафилококк 48 (50,0%), смешанная кокковая флора 24 (25,0%), стрептококк -12 (12,5%), синегнойная палочка -10 (10,4%) и *Burkholderia cepacia* -2 (2,1%). Хроническое носительство стафилококка было выявлено у 40 (41,7%) пациентов, синегнойной палочки – у 7 (7,3%).

Ухудшение состояния больного, неблагоприятное течение болезни наблюдалось у пациентов с выделением синегнойной инфекции и *Burkholderia cepacia*. В СК численность детей данной группы значительно ниже, чем по РФ (7,3% и 2,1% против 40,1% и 3,2%, соответственно).

Выводы.

1. Возбудителями АП у детей СК были у пациентов первых 6-ти месяцев жизни *Chlamidia trachomatis* и *Chlamidophila pneumonia*, у более старших детей – *Mycoplasma pneumonia*, АП другой этиологии диагностированы у 4,1 % больных.

2. При ОБ с рецидивирующим течением у 76,6% высевалась *Mycoplasma pneumonia* и 12,5% *Chlamidophila pneumonia*, в 9,9% - диагностирован ОБ другой этиологии.

3. Микробный спектр обострения бронхолегочного процесса при МВ у детей СК представлен стафилококком, стрептококком, смешанной кокковой флорой, синегнойной палочкой и *Burkholderia cepacia*. Хроническое носительство стафилококка у детей СК, страдающих МВ, было выявлено в 41,7%, синегнойной палочки – 7,3%.

Список литературы

1. Башкина О.А. Сравнительная характеристика триггерных механизмов формирования бронхообструктивного синдрома у детей с бронхиальной астмой и рецидивирующим обструктивным бронхитом / О.А. Башкина З. М. Гапархоева, Е. Н. Селиверстова//Казанский медицинский журнал. – Казань, 2016. - С. 66-70.
2. Василькова Д.С. Клинико-лабораторные особенности группы часто болеющих детей. Анализ диспансерного наблюдения в условиях поликлиники. Проблемы медицины в современных условиях / Д.С. Василькова, Я.И. Жаков, Е.Е. Минина, Л.В. Медведева//Сборник научных трудов по итогам международной научнопрактической конференции. – Казань, 2014. – С.130-132.
3. Волков И. К. Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей / И.К. Волков//МНС, 2013. – С. 125—128.
4. Лобзин Ю.В. Хламидийные инфекции. Диагностика, клиника, лечение, реабилитация / Ю.В. Лобзин, А.Л. Поздняк, С.Н. Сидорчук// Руководство для врачей. - Санкт-Петербург, 2015. – С. 488.

ИСТИННЫЕ И ЛОЖНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ

Довгая А.А.

Научный руководитель: Барычева Л. Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Вакцинопрофилактика – наиболее доступное и экономически эффективное средство контроля за инфекционными заболеваниями. Главной задачей иммунопрофилактики является поддержание и сохранение достигнутого эпидемического благополучия [2]. Для этого необходимо продолжение массовой вакцинации с охватом не менее 95% детей первых лет жизни, а также установление партнерских отношений с родителями и средствами массовой информации [4]. По мнению ВОЗ в настоящее время иммунизация позволяет предотвращать предположительно от 2 до 3 миллионов случаев смерти в год. Однако, 21,8 миллиона детей грудного возраста в мире все еще не получают основных

вакцин. В наше время увеличилась прослойка не привитых детей, причинами отказов чаще являются ложные противопоказания. Родители получают недостоверную информацию о роли вакцинации, обороты набирает антипрививочное движение. Необходимо освещать родителей о преимуществе вакцинации, в противном случае это может привести к эпидемии [3]. Согласно данным в 2018 в РФ году был зафиксирован рост заболеваемости управляемыми инфекциями в частности по кори и коклюшу [1].

Цель исследования: Оценить долю истинных, временных и ложных медицинских отводов, и изучение структуры причин отказов от вакцинации.

Задачи исследования:

1. Оценить динамику заболеваемости управляемыми инфекциями у детей в Ставропольском крае за 2017 – 2018 гг.

2. Провести анализ структуры медицинских отводов от вакцинации.

Оценить долю истинных, временных и ложных медицинских отводов.

3. Оценить долю истинных, временных и ложных медицинских отводов.

4. Выявить отношение к вакцинации и определить структуру отказов от вакцинации по данным анкетирования.

5. Определить наиболее популярные способы получения информации о вакцинопрофилактике.

Материал и методы исследования:

На I этапе проводились исследования структуры «причин непривитости» против управляемых инфекций в 2018 году с целью установления ведущих причин непривитости детей (анализ амбулаторных карт).

На II этапе было проведено анкетирование родителей. Анкета включала вопросы, касающиеся причин отказов от проведения профилактических мероприятий и установление источников информации о необходимости проведения вакцинации.

На III этапе проводилось изучение динамики заболеваемости управляемыми инфекциями у детей в Ставропольском крае за 2017 – 2018 гг.

Проанализировали структуру заболеваемости управляемыми инфекциями у детей в Ставропольском крае в 2017 – 2018 гг.

Результаты исследования:

Среди причин нарушения национального календаря по данным 2017-2018 г. преобладают медицинские отводы (40%), «отказы» родителей встречаются реже (16%). Согласно данным за 2018-2019 г. ситуация изменилась, первое место заняли «отказы» родителей (15%), медицинские отводы (1%) встречаются реже.

Анализ структуры медицинских отводов установил, что лидируют временные противопоказания (61%), «ложные» противопоказания составляют (27%), абсолютные – (12%). Было выявлено, что их значения достоверны, $p < 0,05$.

В структуре абсолютных противопоказаний лидирует сильная реакция на предыдущую прививку (88%) (достоверность, $p < 0,05$).

В структуре временных противопоказаний лидируют острые лихорадочные заболевания (75%). Их значения достоверны, $p < 0,05$.

Среди ложных противопоказаний к вакцинации наиболее частыми являются перинатальная энцефалопатия (20%), аллергические заболевания (15%), гипербилирубинемия (20%), физиологическая гипертрансфераземия (26%).

В структуре временных противопоказаний сравнивали число привитых детей отдельными вакцинами. Статистически значимые различия были выявлены между АКДС, полиомиелитом и вирусными вакцинами. Их значения достоверны, $p < 0,05$.

В структуре ложных противопоказаний сравнивали число привитых детей отдельными вакцинами. Статически значимых различий не выявлено.

В структуре абсолютных противопоказаний сравнивали число привитых детей отдельными вакцинами. Статически значимых различий не выявлено.

Сравнивали отношение к вакцинации между медицинскими работниками и родителями. Выявлены статистически значимые различия, их значения достоверны, $p < 0,05$.

Основная причина отказов родителей - боязнь поствакцинальных эффектов и осложнений (45%). Их значения достоверны, $p < 0,05$.

Наиболее частыми способами получения информации о вакцинопрофилактике среди родителей являются лекции, беседы специалистов, просветительная работа педиатров (32%).

Выводы:

1. Среди причин нарушения национального календаря прививок преобладают «отказы» родителей (15%), медицинские отводы встречаются реже (1%).

2. В структуре медицинских отводов лидируют временные противопоказания (61%), «ложные» противопоказания составляют (27%), абсолютные – (12%).

3. Среди ложных противопоказаний к вакцинации наиболее частыми являются перинатальная энцефалопатия (20%), аллергические заболевания (15%), гипербилирубинемия (20%), физиологическая гипертрансфераземия (26%).

4. Основная причина отказов родителей - боязнь поствакцинальных эффектов и осложнений, что связано с недостаточными знаниями о прививках. Это свидетельствует о необходимости более тщательного подхода к разъяснению родителям сути и необходимости вакцинации.

5. Учитывая динамику эпидемического процесса, следует ожидать стабильный уровень заболеваемости с регистрацией спорадических случаев по отдельным нозологиям.

Список литературы

1. Лобзин Ю. В. Взгляд инфекциониста на проблему поражения респираторного тракта у детей и взрослых/ Ю. В. Лобзин – ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России. 2018г – 42 С.
2. Материалы к государственному докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Ставропольскому краю в 2018 году» - Ставрополь - 2018г. 98-105 С.
3. Онищенко Г.Г. Актуальные вопросы организации вакцинопрофилактики в Российской Федерации / Г.Г. Онищенко Е.Б. Ежлова, А.А. Мелникова // Журн. Микробиологии и эпидемиологии и иммунологии 2014- № 1- С 9-19.
4. Таточенко В.К. Озерский Н.А. Иммунопрофилактика 2018/ В.К. Таточенко, Н.А. Озерский - М.; Изд-во Серебряные нити, 20018 – 192 С.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СКОЛИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РИ

Дорсигова П.М., Гетогозова А.А., Гадаборщева Р.Х

Ингушский государственный университет

Целью настоящего исследования явилось:

1. Общее ознакомление с заболеванием
2. Проведение ретроспективного анализа особенностей заболевания сколиоза у детей и подростков по РИ за период с 2016 по 2018гг
3. Показать, что в Р.И остро стоит проблема сколиоза среди детей и подростков в связи с поздней диагностикой.

На сегодняшний день каждый второй слышал о такой болезни как сколиоз, но не каждый знает про последствия его осложнений. Эта болезнь встречается гораздо чаще, чем об этом думают

Для начала вспомним что такое сколиоз и ознакомимся с причинами его развития.

Сколиоз (греч. scoliosis – искривление) – это заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующееся искривлением позвоночника во фронтальной (боковой) плоскости с разворотом позвонков вокруг своей оси и ведущее к нарушению функции грудной клетки.

В соответствии с этиологией и патогенезом различают:

1– миопатические сколиозы. В основе этих искривлений позвоночника лежит недостаточность развития мышечной ткани и связочного аппарата;

2 группа – сколиозы неврогенного происхождения: на почве полиомиелита, неврофиброматоза, синингомиелии, спастического паралича;

3 группа – сколиозы на почве аномалии развития позвонков и ребер. К этой группе относят все врожденные сколиозы, возникновение которых связано с костными диспластическими изменениями;

4 группа – сколиозы, обусловленные заболеваниями грудной клетки (рубцовые на почве эмпиемы, ожогов, пластических операций на грудной клетке);

5 группа – идиопатические сколиозы, происхождение которых не выявлено (это самая обширная группа).[1]

Сколиоз может быть простым, или частичным, с одной боковой дугой искривления, и сложным - при наличии нескольких дуг искривления в разные стороны и, наконец, тотальным, если искривление захватывает весь позвоночник.

Как показывает практика, данному заболеванию чаще подвержены дети и подростки, и они являются основной группой риска. Чаще у подростков возникают сколиозы, возникшие, на почве привычной плохой осанки, их также называют “школьными”, так как в этом возрасте они получают наибольшее выражение. Непосредственной причиной их могут быть неправильно устроенные парты, рассаживание школьников без учета их роста и номеров парт, ношение портфелей с первых классов.

А также не стоит забывать что, большая часть детей, на сегодняшний день, проводит почти все свое свободное время за гаджетами и компьютером, не следя за положением своей осанки, и как следствие возникает искривление позвоночника, которое может привести к неблагоприятным изменениям в еще не до конца сформировавшемся организме.

Материал и методы исследования: были изучены истории болезни детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в отделении травматологии и детской хирургии ингушской республиканской клинической больницы г. Назрань (ИРКБ), а также изучены амбулаторно-поликлинические карты и проведен ретроспективный анализ заболеваемости сколиоза среди детей и подростков за период с 2016 по 2018гг

Результаты исследования и их обсуждения: в ходе анализа данных, полученных при изучении историй болезней, среди поступивших детей в отделение травматологии и ортопедии ИРКБ и в отделение детской хирургии ДРКБ и амбулаторно-поликлинических карт за период с 2016 по 2018гг. показали, что количество пациентов с диагнозом сколиоз, среди детей от 6 до 17 лет увеличилось на 6,2%. Так этот показатель в 2016г составлял 29,3 %, а в 2018г. 35,5%.

Также было выяснено что, на долю девочек приходится 39,9 %, а на долю мальчиков 61,9%. При оценке частоты заболеваемости среди детей школьного возраста было выяснено, что среди учащихся 5-9 классов с признаками развивающегося сколиоза на 6,8% больше, чем среди учащихся в 1-4 классах (14,2%) и составляет 21%. Но по сравнению с 9-11 классами, где этот показатель равняется 25,2%, их меньше.

Данное заболевание является опасным из-за своих тяжелых осложнений, которые возникают из-за поздней диагностики.

Среди возможных осложнений ведущее место занимает болевой синдром, на его долю приходится 39,9%; далее следует деформация грудной клетки и смещение

внутренних органов 27%; такие осложнения как нарушение функций органов дыхания и нарушение со стороны органов пищеварения составляют 11% и 17% соответственно и 6% другие осложнения.

Не следует легкомысленно относиться к заболеванию сколиоз. Если его запустить и довести до последней стадии, единственным выходом станет хирургическое лечение. Вы все прекрасно понимаете что это значит - хирургом делается разрез по всей длине позвоночника, что естественно оставляет шрам на всю жизнь, к тому же операция требует не малых материальных затрат, да и для удержания результата потребуются затратить большое количество сил и времени. Так что не следует тянуть до критического момента, да и вообще лучше предотвратить это заболевание. Это не так сложно.

ВЫВОДЫ:

1. В республике Ингушетия в среднем отмечается рост заболеваемости сколиозом среди детей и подростков.
2. Вследствие ограничения двигательной активности наблюдается слабость мышечного аппарата, которая также может привести к другим осложнениям.
3. Осложнения сколиоза, чаще всего развиваются из-за несвоевременной диагностики на ранних стадиях развития сколиоза.
4. Считаю необходимым проведение лекций и семинаров, среди детей дошкольного и школьного возраста, для ознакомления с причинами развития сколиоза.
5. Диагностика на ранних стадиях заболевания и проведения своевременно лечения предотвратит тяжелые осложнения.

Список литературы

1. Т.И. Величко, В.А. Лоскутов, И.В. Лоскутова. ЛФК и Лечебное плавание в ортопедии. 2014 глава 2.2

ВЛИЯНИЕ ГИДРОЦЕФАЛИИ НА ОРГАН ЗРЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Душина О.С.

Научный руководитель: Чередниченко Н.Л.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ретинопатия недоношенных (далее РН) занимает одно из ведущих мест по причине слепоты в детском возрасте. В последние десятилетия отмечено увеличение числа детей с РН, это связано с новыми техниками и методиками выхаживания детей недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Это мультифакториальное заболевание, почти не встречающееся как моно-заболевание, имеющее всегда сопутствующую патологию.

Для наблюдения за влиянием на течение ретинопатии недоношенных гидроцефалии, были взяты дети, рожденные от 1 беременности, двойня дихориальная, диамниотическая, рожденные на 28 неделе гестации.

С. Артем, первый из двойни, имел массу при рождении 1120 г. ОША 1-2-36

Рост 35 см, окружность головы 22 см.

С. Александр, второй из двойни, имел массу при рождении 1180 г. ОША 1-2-36

Рост 35 см, окружность головы 22 см

В раннем адаптационном периоде состояние детей тяжелое обусловленное ДН 2ст, ИВЛ СРАР, гемотрансфузия, О₂ зависимость, угнетение ЦНС.

Выхаживался на втором этапе в ОПННД СККПЦ №1. На 54 сутки переведены в КДКБ с массой 2262 и 2430 соответственно. Состояние детей средней степени тяжести.

При неврологическом осмотре определяется снижение двигательной активности, при этом у Артема состояние швов черепа и БР без особенностей, а у Александра кости черепа открыты по швам до 2см, БР 4х4 см, напряжен, голова гидроцефальной формы, расширенная венозная сеть на голове.

При осмотрах офтальмолога у обоих детей ОУ – спокойные, среды прозрачные. Глазное дно – ДЗН серые, монотонный, границы четкие, сосуды извиты по периферии. макулярный рефлекс сглажен, на периферии аваскулярная зона в сегменте II. DS. Ретинопатия недоношенных I степени активная определяются в сроки 36 недель, 38 недель, без динамики.

В срок 39 недель у Артема ОУ- спокойные, среды прозрачные. Глазное дно – ДЗН бледно-серое, границы четкие, сосуды соразмерно сужены, извиты по периферии зона II. На периферии сетчатки аваскулярные зоны на крайней периферии.

DS. Ретинопатия недоношенных 1 ст, активная 2 зона ОУ.

40 недель, 41 неделя – без динамики

На осмотре у офтальмолога по месту жительства в возрасте 4 месяца – произошел регресс ретинопатии и диагноз был снят

ОУ- спокойные, среды прозрачные. Глазное дно – ДЗН бледно-розовые, границы четкие, сосуды соразмерны, ход обычный. Сетчатка без очаговых изменений.

Скиаскопия – гиперметропия 1,5 ОУ. ПЗО: OD 17,1 OS 17,15

DS: Без очаговой патологии. Гиперметропия слабой степени ОУ

В 6 месяцев ОУ спокойные, ДЗН бледно -розовые, границы четкие, сосуды соразмерны, ход обычный. Макула без особенностей.

Скиаскопия – гиперметропия 1,0.

ПЗО: OD 18,15 OS 18.17

У Александра в 41 неделю ОУ – спокойные, среды прозрачные. Глазное дно – ДЗН бледно-серые, границы четкие, сосуды соразмерно сужены, извиты по периферии. Вал не определяется. DS. Ретинопатия недоношенных 1 ст, активная 2 зона

При дальнейших осмотрах 42 недели и 43 недели – без динамики.

Консультация офтальмолога в 6 месяцев ОУ – спокойные, среды прозрачные, ДЗН сероватые, границы четкие, сосуды соразмерны, ход обычный. Макула без особенностей. Скиаскопия – гиперметропия средней степени ОУ.

DS: Подозрение на частичную атрофию зрительного нерва. Гиперметропия средней степени ОУ

При инструментальных исследованиях у Александра на эхографии головного мозга (25.09.19), МРТ (27.09.18) , Нейросонографии (08.10.18) – признаки гидроцефалии.

УЗИ головного мозга(12.11.18) - Состояние после ВПШ, шунт в просвете правого желудочка. Признаки вентрикулита. Неравномерное расширение субарахноидального пространства. Очаговые отеки с затылочной области по ходу сильвиевых борозд.

13.11.18 – произведено ВПШ справа, установка наружного дренажа.

При дальнейших исследованиях УЗИ головно мозга, проведенных (13.11.18) (21.11.18) (13.12.18) – с положительной динамикой.

Эхография головного мозга (21.02.19) – Состояние после ВПШ, шунт в просвете правого бокового желудочка. Ассиметричная выраженная внутренняя окклюзионная гидроцефалия, со значительным преобладанием правого бокового желудочка, с резким истончением паренхимы правого полушария в динамике с нарушением гемодинамики. Множественные спайки на уровне передних отделов желудочков.

Неравномерное расширение субарахноидального пространства слева, с неоднородным содержимым. Смещение средних структур головного мозга влево.

При отсутствии гидроцефалии, регресс РН наступил раньше, чем при ее наличии. Так, у С. Артема регресс произошел в 4 месяца, а у С. Александра в 6 месяцев.

Гидроцефалия, оказывая компрессионное действие на структуры головного мозга, стала одной из ведущих причин частичной атрофии диска зрительного нерва, данное состояние так же может быть последствием течения РН как осложнение данного заболевания, но в силу наличия гидроцефалии манифестация атрофии произошла в раннем возрасте.

Так же за счет повышенного ВЧД, вследствие гидроцефалии, произошло изменение длины (ПЗО) глазного яблока, что привело к развитию гиперметропии у С. Александра. У С. Артема, не имеющего гидроцефалию, такого воздействия на рост глазного яблока не было, у него отмечается тенденция к развитию миопии.

Таким образом, развитие гидроцефалии приводит к более ранней реализации возможных поздних осложнений.

Гидроцефалия влияет на состояние органа зрения у недоношенных детей, что приводит к изменению их рефракции.

Также, гидроцефалия влияет на нервно-психическое развитие детей, является угрозой развития ДЦП. Следовательно, недоношенные дети должны находиться на лечении офтальмолога и невролога.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА И УРОВНЯ РАВВ- А БЕЛКА НА МАССУ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО

Дьяченко А.М., Нечаев А.В.

Научный руководитель: Кочегурова Е.М.

Тверской государственный медицинский университет

Масса тела при рождении – чрезвычайно важный показатель, оказывающий влияние на дальнейшее развитие ребенка.

Нередко, низкая масса тела при рождении является следствием задержки внутриутробного развития, к факторам риска которой относятся очень низкая масса тела матери, короткий срок между беременностями, курение, внутриутробное инфицирование плода и другие. [2] Потеря массы тела у недоношенных новорожденных детей в среднем составляет 8-12% по отношению к массе при рождении. Прослеживается четкая зависимость ее от массы тела при рождении. У детей с большей массой тела потеря веса ближе к цифрам, характерным для доношенных детей. Низкая масса при рождении — ребенок любого срока гестации, имеющий при рождении массу тела менее 2500 г. Очень низкая масса при рождении — ребенок любого срока гестации, имеющий массу тела при рождении менее 1500 г. [1] По данным литературы, для среднего, доношенного ребенка масса тела составляет в среднем 3350 г для девочек и 3500 г для мальчиков. [2] Экстремально низкая масса при рождении — ребенок любого срока гестации, имеющий массу тела при рождении менее 1000 г. Нашей целью было выявить зависимость массы тела новорожденного от медико-биологических факторов и уровня РАВВ-А белка, используя метод анкетирования с последующей статистической обработкой полученных данных.

Материалы и методы: произведена обработка данных медицинской документации (выписки из роддома) 34 новорожденных, среди которых 15 девочек (44,1%) и 19 мальчиков (55,9%), находящихся лечения в отделении патологии новорожденных ГБУЗ ДГКБ №1 и анкетирование 33 матерей (средний возраст 31,1±3,52 год). Средняя масса новорожденных составила 3045,8±204,43 г. В анкету были включены следующие данные:

возраст, образование матери, семейный статус, вес матери при рождении и до беременности, ИМТ, вредные привычки, профессиональные вредности, порядковый номер беременности и родов, количество плодов, родовспоможение, наличие хронической соматической патологии и воспалительных заболеваний во время беременности, особенности течения беременности, аллергологический анамнез, угроза прерывания, ФПН, оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни, антропометрические данные новорожденного. Уровень РАВВ-А белка оценивался на основании данных раннего пренатального скрининга, который проводился на сроке беременности 11-13 недель.

Результаты и обсуждения: В ходе исследования новорожденные были разделены на 2 группы: основная – 11 детей (37,9%), имеющих малую массу при рождении (1-3 коридор центильных таблиц) (масса ниже среднего – 3 ребенка, низкая масса – 6 человек и очень низкая масса тела – 2 человека); вторую группу составили новорожденные с средней массой тела и выше – 18 человек (62,1%) (4 коридор и выше) (из них 11 детей со средней массой тела, 5 человек – выше среднего, высокой массой – 1 ребенок и очень высокой массой тела 1 новорожденный). В первой группе средний уровень РАВВ-А белка составил $0,78 \pm 0,2$, что достоверно ниже, чем во второй группе, где этот показатель равен $1,11 \pm 0,3$ ($\varphi = 2,31$, $p < 0,01$). У матерей новорожденных с малой массой тела достоверно чаще чем у женщин, родивших детей с нормальной массой, во время беременности отмечались угроза прерывания (81,8%), ФПН (63,6%), производилось экстренное кесарево сечение (по показаниям со стороны плода) (54,5%). Уровень РАВВ-А белка меньше 0,5 МоМ был выявлен у 3 женщин (4,5%) (среднее значение $0,398 \pm 0,058$ МоМ). Уровень РАВВ-А белка больше 0,5 МоМ – у 19-ти женщин (95,5 %) (среднее значение $0,958 \pm 0,102$ МоМ). Все новорожденные с низким уровнем белка у матери родились раньше срока – средний срок гестации составил $35 \pm 3,9$ недель, тогда как новорожденные, матери которых имели нормальный уровень РАВВ-А, в большинстве случаев родились доношенными (средний срок гестации $38,7 \pm 1,2$ недель).

Заключение: Таким образом, к значимым факторам, влияющим на рождение детей с низкой массой тела относится, в первую очередь, уровень РАВВ-А белка у матери в первом триместре беременности, а так же осложненное течение беременности (угроза прерывания и ФПН). В ходе работы выявлена прямая зависимость между низкой массой тела при рождении и уровнем РАВВ-А белка. Таким образом, низкий уровень РАВВ-А белка можно считать неблагоприятным прогностическим признаком, повышающим риск преждевременных родов и вероятность рождения детей с низкой массой тела, что, безусловно, необходимо иметь в виду на этапе ведения беременности.

Список литературы

1. Шабалов, Н.П. Педиатрия: учебник для мед. вузов / под ред. Н. П. Шабалова. — 6-е изд., испр. и доп. — Санкт Петербург: СпецЛит, 2015.— 959 с.
2. Шабалов, Н.П. Неонатология : Учебн. пособие : В 2 т. / Н.П. Шабалов. — Т. I. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : МЕДпресс-информ, 2004. — 608 с.

**ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С
ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В
СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ**

Дятлова А.А.

Научный руководитель: Долбня С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — артрит неустановленной причины, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов. ЮРА — одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей. Заболеваемость ЮРА составляет от 2 до 16 на 100 тыс. детского населения в возрасте до 16 лет [1].

Цель исследования – оценить уровень витамина D и его сезонные колебания у детей с ювенильным ревматоидным артритом, проживающих в Ставропольском крае.

Материалы и методы. В исследование были включены дети с ЮРА в возрасте от 0 до 18 лет (n=37), проживающие в Ставропольском крае. Среди обследованных пациентов (n=37, из них 16 мальчиков и 21 девочки), средний возраст составил $8,97 \pm 3,9$ лет, медиана возраста – 8,9 лет ($Q_1 = 5,5$ и $Q_3 = 11,0$).

Контрольная группа представлена детьми, не имеющими хронических заболеваний, в возрасте от 0 до 18 лет (n=49, из них 22 мальчиков и 27 девочек). Средний возраст среди обследуемых составил $7,96 \pm 0,4$ лет, медиана возраста – 8,02 лет ($Q_1 = 6,54$ и $Q_3 = 9,12$).

Исследование проводилось в течение 2018-2019 г., забор крови производился ежеквартально: зимой, весной, летом и осенью. Интерпретация результатов осуществлялась в соответствии с рекомендациями Европейского консенсуса [2]: тяжёлый дефицит – уровень 25(OH)D менее 10 нг/мл; дефицит – от 10 до 20 нг/мл; недостаточность – 21–29 нг/мл; нормальное содержание – 30–100 нг/мл, уровень более 100 нг/мл расценивали как избыточный, требующий коррекции дозы витамина D [3].

Оценка уровня витамина D проводилась по содержанию в плазме крови его промежуточного метаболита – кальцидиола 25(OH)D.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ AtteStat, STATISTICA v.10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты. В результате анализа полученных данных выявлено, что уровень кальцидиола у больных ЮРА детей достигал нормы только в летнее время, тогда как в популяции здоровых детей медиана витамина D имела значение выше 30 нг/мл в течение всего года, в то же время медиана уровня 25(OH)D в любое время года была достоверно выше у детей из контрольной группы, $p < 0,05$.

Установлено, что уровень 25(OH)D в сыворотке крови у пациентов с ЮРА составил $23,2 (13,4-30,9)$ нг/мл, а у детей из контрольной группы – $31,6 (23,4-41,8)$ нг/мл, $p < 0,00001$. Сезонные колебания медианы 25(OH)D у детей с ЮРА составили: $13,4 (7,2-18,9)$ нг/мл зимой, $23,8 (19,0-27,8)$ нг/мл весной, $34,2 (23,0-42,6)$ нг/мл летом и $19,04 (11,3-25,3)$ нг/мл осенью. В контрольной группе уровень кальцидиола сохранялся в течение всего года в относительно постоянных пределах: $33,2 (23,3-36,0)$ нг/мл зимой, $32,0 (20,1-39,2)$ нг/мл весной, $31,1 (24,6-44,6)$ нг/мл летом и $31,6 (24,1-40,2)$ нг/мл осенью.

Показательно, что медиана 25(OH)D снижается с возрастом как у больных, так и у здоровых детей, что отражает общую для российских детей закономерность снижения обеспеченности витамином D, неоднократно продемонстрированную в других исследованиях [4, 5]. Эти возрастные закономерности объясняются тем, что профилактический приём препаратов холекальциферола на первом году жизни позволяет достичь относительно высоких цифр кальцидиола, однако в дальнейшем происходит его прогрессирующее снижение, сопровождающееся развитием недостаточности, и дефицита витамина D к школьному возрасту. В то же время, пациенты с ЮРА имеют гораздо

большие шансы на формирование гиповитаминоза D и характеризуются более низкими уровнями 25(ОН)D на протяжении всех периодов детского возраста. Так, у пациентов с ЮРА разного возраста уровень кальцидиола составил 23,3 (15,1-33,7) нг/мл в группе от 0 до 3 лет, 22,8 (15,1-35,3) нг/мл в группе от 4 до 10 лет и 22,1 (13,6-30,6) нг/мл в группе от 11 до 18 лет. У здоровых детей, принадлежащих разным возрастным группам, уровень 25(ОН)D составил 35,9 (26,3-49,4) нг/мл у детей в возрасте от 0 до 3 лет, 29,2 (21,7-36,0) нг/мл – от 4 до 10 лет и 24,6 (18,1-30,5) нг/мл – от 11 до 18 лет, причем во всех возрастных группах уровень кальцидиола был достоверно ниже у детей с ЮРА, $p < 0,01$.

Нами также была проанализирована зависимость между полом исследуемых и обеспеченностью витамином D. Анализ продемонстрировал отсутствие достоверных различий уровня 25(ОН)D у мальчиков и девочек с ЮРА, $p > 0,05$. Так, у пациентов мужского пола уровень кальцидиола составил 14,3 (10,2-18,9) нг/мл зимой, 15,6 (9,7-22,3) нг/мл весной, 30,0 (20,2-36,4) нг/мл летом и 21,4 (11,7-24,4) нг/мл осенью. Сезонные колебания уровня 25(ОН)D у девочек с ЮРА составили 11,7 (7,5-18,4) нг/мл зимой, 17,3 (13,1-24,8) нг/мл весной, 33,9 (22,9-42,6) нг/мл летом и 21,3 (14,4-26,9) нг/мл осенью.

Выводы. У детей с ЮРА отмечается недостаточная обеспеченность витамином D на протяжении большей части года, что обуславливает необходимость обязательного определения концентрации этого витамина и проведения медикаментозной коррекции у таких пациентов.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с ювенильным артритом. Союз педиатров России, 2013 г.
2. Guillemant J, Taupin P. Vitamin D status during puberty in French healthy male adolescents. *Osteoporosis International*. 1999;10(3):222–225. DOI 10.1007/s001980050219
3. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике). Союз педиатров России М.: ПедиатрЪ; 2018.152 с.
4. Захарова И.Н., Климов Л.Я., Мальцев С.В., Малявская С.И., Курьянинова В.А., Долбня С.В. и др. Обеспеченность витамином D и коррекция его недостаточности у детей раннего возраста в Российской Федерации (фрагмент Национальной программы). *Практическая медицина*. 2017; 5(106): 22–28.
5. Захарова И.Н., Творогова Т.М., Соловьева Е.А., Сугян Н.Г., Антоненко Н.Э., Балашова Н.Д. и др. Недостаточность витамина D у детей города Москвы в зависимости от сезона года. *Практическая медицина*. 2017;5(106):28–31.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЮГЕ РОССИИ

Дятлова А.А.

Научный руководитель: Долбня С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Муковисцидоз (МВ) или кистозный фиброз – наиболее часто встречающееся среди европеоидов моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена CFTR (трансмембранного регулятора проводимости МВ), резко сокращающее продолжительность и качество жизни без адекватного лечения. Распространённость

патологии в России составляет, по данным неонатального скрининга, в среднем, 1 случай на 10 тыс. новорождённых [1, 2].

Цель исследования: изучить уровень витамина D и его сезонные колебания у больных МВ детей и подростков Ставропольского края для оценки обеспеченности их витамином D и проанализировать эффективность получаемых профилактических и лечебных дозировок холекальциферола.

Материалы и методы. В исследование были включены дети с МВ в возрасте от 0 до 18 лет ($n=30$), проживающие в Ставропольском крае и Карачаево-Черкесской Республике. Среди обследованных пациентов ($n=30$, из них 15 мальчиков и 15 девочки), средний возраст составил $8,31 \pm 5,07$ лет, медиана возраста – 6,63 лет ($Q1 = 3,83$ и $Q3 = 12,90$).

Контрольная группа представлена детьми, не имеющими хронических заболеваний, в возрасте от 0 до 18 лет ($n=30$, из них 13 мальчиков и 17 девочек). Средний возраст среди обследуемых составил $7,06 \pm 5,32$ лет, медиана возраста – 6,91 лет ($Q1 = 1,69$ и $Q3 = 11,84$).

Исследование проводилось в течение 2018 г., забор крови производился ежеквартально: зимой, весной, летом и осенью. Интерпретация результатов осуществлялась в соответствии с рекомендациями Европейского консенсуса [3]: тяжёлый дефицит – уровень 25(OH)D менее 10 нг/мл; дефицит – от 10 до 20 нг/мл; недостаточность – 21–29 нг/мл; нормальное содержание – 30–100 нг/мл [4]. Оценка уровня витамина D проводилась по содержанию в плазме крови его промежуточного метаболита – кальцидиола 25(OH)D.

Оценка физического развития у детей до 5 лет проводилась с использованием программы WHO Anthro (версия 3) и WHO AnthroPlus – у детей старше 5 лет. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ AtteStat, STATISTICA v.10.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты. В результате анализа полученных данных выявлено, что уровень кальцидиола у больных МВ детей достигал нормы только в летнее время, тогда как в популяции здоровых детей медиана витамина D имела значение выше 30 нг/мл в течение всего года, в то же время медиана уровня 25(OH)D в любое время года, кроме лета, была достоверно выше у детей из контрольной группы. Минимальный уровень кальцидиола у исследуемых детей ожидаемо наблюдался в зимнее время – 12,2 (7,6–20,2) нг/мл, когда его значение было в 2,5 раза ниже, чем в контрольной группе – 34,8 (24,8–53,1) нг/мл. У пациентов с муковисцидозом сезонные колебания уровня кальцидиола были более выраженными в течение года – от 12,2 (7,6–20,2) нг/мл в зимнее время, 29,8 (21,3–37,9) нг/мл в весеннее время, 22,6 (11,4–30,5) нг/мл в осеннее время до 33,2 (26,5–39,1) летом, вместе с этим у здоровых детей уровень 25(OH)D в течение 2018 года находился в пределах 30,4 (23,3–35,3) – 41,9 (32,1–55,2) нг/мл.

Важнейшей частью анализа явилось сравнение уровней кальцидиола у здоровых и больных МВ в зависимости от факта приёма и суточной дозы холекальциферола. Имеется четкая зависимость между принимаемой дозой холекальциферола и уровнем 25(OH)D. Так, у пациентов с МВ, при приёме холекальциферола в профилактической дозе 500 МЕ/сут, содержание 25(OH)D составило $12,9 \pm 1,01$ нг/мл в зимнее время, когда уровень инсоляции в СК минимален и не достаточен для эндогенного синтеза витамина D, дозировка 501–1499 МЕ/сут в это же время года позволяла достичь порогового уровня нормальной обеспеченности в 30 нг/мл – $31,3 \pm 5,54$ нг/мл, в то же время у здоровых детей, на этой же дозе, уровень кальцидиола достигал оптимального значения – $50,8 \pm 5,89$ нг/мл ($p < 0,0005$). Прием дозы холекальциферола пациентами с МВ в размере 1500 и более МЕ/сут позволял достичь уровня 25(OH)D в сыворотке крови в диапазоне 30,6 – 42,1 нг/мл. В то время, как у здоровых детей, при приеме этой же самой дозы, уровень кальцидиола достигал 34,8 – 47,5 нг/мл в зависимости от сезона. Отметим, что даже в летнее время пациенты с МВ не достигают уровня кальцидиола 30 нг/мл без дополнительной дотации препаратами витамина D – $26,3 \pm 2,61$. Выявлена

корреляционная связь средней силы между дозировкой холекальциферола и уровнем витамина D у пациентов с МВ $r = 0,37$; $p < 0,0001$ и у детей из контрольной группы $r = 0,41$; $p < 0,0001$.

Выводы. Таким образом, пациенты с МВ нуждаются в постоянном профилактическом приеме препаратов витамина D, причем доза холекальциферола должна быть выше, чем у здоровых детей. Необходимы дальнейшие исследования для определения оптимальных профилактических и лечебных доз витамина D для детей, больных МВ.

Список литературы

1. Капранов Н.И., Каширская Н.Ю. Муковисцидоз. М.: Медпрактика-М; 2014, 672 с.
2. Байдакова Г.В., Захарова Е.Ю., Канивец И.В., Коновалов Ф.А., Стрельников В.В., Куцев С.И. Диагностика врожденных и наследственных болезней у детей: достижения и перспективы развития. Вестник Росздравнадзора. 2016; 3:27–33.
3. Guillemant J, Taupin P. Vitamin D status during puberty in French healthy male adolescents. Osteoporosis International. 1999;10(3):222–225. DOI 10.1007/s001980050219
4. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике). Союз педиатров России М.: ПедиатрЪ; 2018.152 с.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОЧЕТАННОЙ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ

Жуманиёзов Н.Б., Расулова З.Д.

Научный руководитель: Даминова М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В глобальном масштабе туберкулёз - одна из главных причин смертности у ВИЧ-инфицированных лиц [1].

Цель исследования изучить особенности клинического течения ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач нами проводилось клиническое обследование 57 детей для изучения особенностей ВИЧ - инфицированных детей сочетанной с туберкулёзом, в возрасте от 4 лет до 15 лет, которые находились на лечении в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Мальчиков отмечалось 25(43,86%) и девочек 32(56,14%). Первичная диагностика ВИЧ: а) Серологические исследования – определение антител к вирусу иммунодефицита человека проводилось в лаборатории РЦ СПИД МЗ РУз. Верификация диагноза ВИЧ - инфекции осуществлялась в соответствии с Национальным протоколом РУз, №117 от 17 марта 2005 года.

В основе метода ИФА лежит определение в сыворотке крови суммарных антител к ВИЧ. Методом иммуноферментного анализа (ИФА) определены CD 4 + клеток в РЦ СПИД МЗ РУз.). Определение специфических противотуберкулезных антител (ПТАТ) к антигенам МБТ в сыворотке крови больных проводилось стандартным методом ИФА в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы STATISTIKAV.5.5A с использованием t - критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. По возрасту дети распределились следующим образом: от 4 лет до 6 лет – 34(59,65%) детей, от 6 лет до 10 лет – 13(22,81%) и от 10 до 15 лет – 10(17,55%) детей. Группу сравнения составили 23 детей ВИЧ - инфицированных детей без

туберкулёза, того же возраста. Среди клинических форм туберкулеза у детей в возрасте до 12 лет во всех исследуемых группах преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ). В возрасте 12-14 лет в 3 группе больных диагностировали вторичные формы туберкулеза (очаговый и инфильтративный). Установлено, что у детей с ВИЧ-инфекцией (57 пациентов) туберкулез протекает более тяжело, чем у детей ВИЧ - инфицированных детей без туберкулёза (23 пациентов).

Начало заболевания у больных ВИЧ-инфекции сочетанной с туберкулёзом чаще было острым и подострым 36(63,6%), у детей ВИЧ -инфицированных детей без туберкулёза 8(34,78%);($p<0,001$). В клинической картине достоверно чаще отмечали выраженный интоксикационный синдром 15(26,32%) против и 2(8,69%) ($p<0,001$) и бронхолегочно-плевральный синдром 9(15,79%), и 2(8,69%), соответственно; $p<0,001$). Различия при туберкулезе у детей с ВИЧ-инфекцией наблюдались и в гемограмме: выраженный лейкоцитоз выявляли в 22(38,6%) против 6(26,09%)($p<0,01$), значительное ускорение СОЭ - в 23(40,35%) против 7(30,43%) случаев ($p < 0,001$), анемию - в 14(24,57%), против 3(13,04%) случаев в 1 и 2 группах. У четверти больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, диагностировали лейкопению и тромбоцитопению, не наблюдавшиеся у больных без ВИЧ-инфекции. Течение туберкулезного процесса у детей с ВИЧ-инфекцией отличалось склонностью к прогрессированию, развитию осложнений [2,3]. Специфический процесс чаще был распространенным - в 70,3% случаев против 51,2%. У каждого пятого больного локализация процесса была двусторонней 11(19,30%, и 1(4,35%); ($p<0,001$). Чаще туберкулезный процесс принимал хроническое течение (хронически текущий первичный туберкулез) – 43,86% и 21,74% случаев, соответственно, ($p< 0,001$). У каждого второго ребенка с сочетанной патологией (в 50%) возникали осложнения туберкулезного процесса 17(29,83%). Отличительной особенностью у детей с ВИЧ-инфекцией являлось поражение серозных оболочек (плеврит, перикардит, асцит) - в 8,78% случаев, чего не наблюдали у ВИЧ -инфицированных детей без туберкулёза.

Генерализация туберкулезного процесса зависела от стадии ВИЧ-инфекции и от степени снижения CD4+-лимфоцитов в периферической крови, поскольку стадия вторичных заболеваний связана с истощением популяции CD4+-лимфоцитов [4,5]. По нашим данным, более, чем в половине случаев (59,65%) туберкулез выявляли на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4Б, 4В). Стадии ВИЧ-инфекции были связаны с возрастом больных (длительность течения ВИЧ-инфекции). На поздних стадиях ВИЧ-инфекции туберкулезный процесс чаще, чем на ранних стадиях, выявляли в фазе прогрессирования: в фазе распада в 8,78% против 4,35% случаев ($p < 0,001$), в фазе обсеменения (без диссеминированных процессов) - в 22,81% против 4,35% случаев ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, клинико-рентгенологические особенности проявлений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных детей в большей степени присущи больным с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция на ранних стадиях практически не влияла на течение туберкулезного процесса

Список литературы

1. Васильева Е.Б. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у детей / Е.Б. Васильева, Н.Д. Шибакова // Педиатр. - 2010. - Т. I, № 1. - С. 3-5.
2. Даминова М.Н. Распространение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией./ Даминова М.Н., Жуманиязов Н.Б.// Сб.науч.тр./ XLI Международная научно-практическая конференция «International scientific research»-г.Москва.-23 ноября.-2018г.-С.271-272;
3. Нанн, П. Глобальный подход к борьбе с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом / П. Нанн // Пробл. туберкулеза и болезней легких. - 2005. - № 10. -С. 13-16.
4. Duration of efficacy of treatment of latent tuberculosis infection in HIV-infected adults / J.L. Johnson [et al.] // AIDS. - 2008. - Vol. 15. - P. 2137-2147.

5. Lichterfeld, A. Tuberculosis und HIV-Infection / A. Lichterfeld, R. Ferlinz // Pneumologie. - 2009. - Vol. 45, № 1. - P. 1-8.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Зорина В.А.

Научный руководитель: Долбня С. В.

Ставропольский государственный медицинский университет

За последние десятилетия знания о роли витамина D в организме человека претерпели существенные изменения, при этом в научном сообществе достигнут консенсус в отношении того, что витамин D не является витамином в классическом понимании этого термина, а представляет собой стероидный прегормон, который в организме в процессе двухступенчатой ферментативной трансформации превращается в биологически активные метаболиты, влияющие на различные органы и ткани посредством геномных и негеномных эффектов.

Витамин D помимо влияния на кальций-фосфорный гомеостаз и ремоделирование костной ткани, оказывает плеiotропное действие на другие физиологические процессы в организме посредством регуляции экспрессии около 500 из 20 488 генов в геноме человека. В связи с этим дефицит витамина D относится к факторам, ассоциированным с риском развития аутоиммунных заболеваний, иммунодефицитных состояний, кардиоваскулярной патологии, онкологических заболеваний, метаболического синдрома и сахарного диабета 1 типа, психических расстройств, вторичной инфекции, включая туберкулез и др.

Открытие новых внекостных эффектов витамина D стало возможным благодаря обнаружению рецепторов к витамину D (VDR) более чем в 40 тканях-мишенях. Установлено, что VDR находятся в первичных лимфоидных органах (тимус, костный мозг), моноцитах, дендритных клетках, В-лимфоцитах, CD4⁺ Т-клетках и др. Следовательно, активация VDR в этих клетках инициирует каскад иммунорегуляторных процессов. Так, витамин D ослабляет презентацию антигена дендритным клеткам, тормозит Th1-клеточную дифференцировку и производство Th1-цитокинов, регулирует баланс Th1-/Th2-клеточного ответа в сторону Th2-ответа, оказывает ингибирующее влияние на клетки Th17, способствует развитию Treg-клеток, подавляет высвобождение провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-10). Для понимания иммуномодулирующего эффекта витамина D3 важно и наличие во многих иммунокомпетентных клетках витамин-D3-гидроксилазной активности, что подтверждает возможность синтеза этими клетками его гормонально-активной формы.

Согласно современным представлениям ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — хроническое аутоиммунное заболевание, характеризуется деструктивно-воспалительным поражением суставов, развивается у детей в возрасте младше 16 лет. Из группы ревматических болезней ЮРА по распространенности занимает первое место в детской популяции. Доказано, что в основе развития ЮРА основную роль играет дисбаланс между активностью различных субпопуляций CD4⁺-лимфоцитов и избыточным синтезом провоспалительных цитокинов: IL-2, IL-17, IFN- γ , TNF- α , IL-1, IL-6, IL8. Гиперпродукция провоспалительных цитокинов в дальнейшем лежит в основе неоангиогенеза, повреждения синовиальной оболочки сустава, хряща (а впоследствии и кости), также в основе развития системных проявлений болезни и трансформации острого иммунного воспаления (свойственного ранней стадии ювенильного артрита) в хроническое с развитием паннуса и необратимым разрушением суставных структур.

Таким образом, достаточное содержание витамина D крайне необходимо для предотвращения аутоиммунных заболеваний, и в частности, ювенильного ревматоидного артрита. Детский возраст пациентов, связь витамина D с ростом и развитием ребенка, становлением иммунной системы, а также известная роль его в патогенезе целого ряда воспалительных заболеваний послужили поводом к проведению данного исследования.

Цель исследования: Оценить обеспеченность витамином D детей с ювенильным ревматоидным артритом в летний период года

Пациенты и методы: Исследована обеспеченность витамином D детей с ЮРА, находившихся на лечении в кардиоревматологическом отделении ГБУЗ КДКБ г. Ставрополя за период 2018 г. Обеспеченность витамином D оценивалась по суммарному уровню кальцидиола сыворотки: уровень от 30 до 100 нг/мл – удовлетворительная обеспеченность

от 21 до 29 нг/мл – недостаточность

менее 20 нг/мл – дефицит витамина D

более 100 нг/мл – гипервитаминоз D

Статистическая обработка выполнена с использованием пакета компьютерных программ Microsoft Excel и ATTESTAT

Достоверность различий показателей оценивалась по t-критерию Стьюдента и Пирсона (X²)

Выводы: В Ставропольском крае в летний период года неудовлетворительная обеспеченность витамином D выявлена у 40% детей с ювенильным ревматоидным артритом (10% - дефицит, 30% - недостаточность).

Прием поливитаминных комплексов, содержащих холекальциферол улучшает обеспеченность витамином D, однако доза 400 МЕ является недостаточной для поддержания оптимального статуса витамина D в организме

СИНДРОМ ФРИМЕНА-ШЕЛДОНА

Иванникова А.С., Леднева В.С., Ульянова Л.В.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Синдром Фримена-Шелдона – крайне редкая врожденная патология, характеризующаяся краниокарпотарзальной дисплазией, и включающая триаду симптомов: маскообразное лицо, деформации кистей и стоп, наследуемая по аутосомно-доминантному типу [1].

Приводим описание клинического случая девочки 3 месяцев с данным синдромом, находящейся на плановой госпитализации в неврологическом отделении. Ребёнок от 3-й беременности (1-я беременность — медицинский аборт, 2-я беременность – роды, ребёнок здоров), протекавшей на фоне угрозы прерывания на всем протяжении, гестоза I и II половины, анемии, хронической внутриутробной гипоксии плода, 2-х срочных родов путем кесарева сечения. Вес при рождении – 2870 г. Рост – 50 см. Выписан на 7 сутки. Вскармливание грудное до 1 месяца, далее искусственное. Наследственность отягощена по заболеваниям опорно-двигательного аппарата (у отца сколиоз, плоскостопие; у матери – сколиоз; у брата – плоскостопие). С рождения наблюдается неврологом по поводу перинатального поражения головного мозга. В периоде новорожденности был заподозрен дистальный артрогрипоз, краниокарпотарзальная дисплазия (синдром Фримена-Шелдона). Конско-варусная стопа слева, «вертикальный таран» справа. Получает неврологическое лечение курсами. Улыбается с 1 месяца, гулит с 1 месяца, голову не удерживает. При осмотре обращает на себя внимание наличие стигм дизэмбриогенеза

(гипертелоризм, анизофтальмия, длинный фильтр, микрогнатия, низкий рост волос, деформации ушных раковин, «готическое» нёбо, диастаз прямых мышц живота), в следствие которых лицо напоминает «лицо свистуна». Большой родничок размером 2,5/2,5 см. не выбухает, не напряжен. Физическое развитие ниже среднего, гармоничное. Кожные покровы бледно-розовые, отмечается при плаче цианоз носогубного треугольника. Конфигурация головы правильная. Отмечается конско-варусная конфигурация стопы слева, «вертикальный таран» справа. Отсутствует противопоставление большого пальца обеих рук остальным, кисти рук ротированы вовнутрь, отмечаются контрактуры проксимальных фаланг пальцев обеих рук. Грудная клетка правильной формы. По внутренним органам отклонений не выявлено. Мышечный тонус снижен. Патологические рефлексy отсутствуют. Сухожильные рефлексy симметричные, живые. Наблюдается «комплекс оживания», при осмотре ребенок улыбается, гулит, голову не удерживает. В ходе пребывания в стационаре ребёнок был проконсультирован генетиком, проведено медико-генетическое исследование и методом прямого секвенирования выявлена мутация R672C в гене MYH3, что подтвердило наличие у девочки синдрома Фримена-Шелдона. Учитывая аутосомно-доминантный характер заболевания и отсутствие в наследственном анамнезе указаний отягощенности по данному синдрому, можно предположить наличие спонтанной мутации у девочки.

Список литературы

1. Poling M.I. Revisiting the many names of Freeman-Sheldon syndrome / M.I. Poling, C.R. Dufresne // Journal of craniofacial surgery. – 2018. – Vol. 29, №8. – P. 2176 – 2178.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ МУКОВИСЦИДОЗА НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Иванникова А.С., Ульянова Л.В., Бурдина Н.С.

Научный руководитель: Леднева В. С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Муковисцидоз (МВ) – самое распространенное тяжелое, генетически детерминированное заболевание с аутосомно–рецессивным типом наследования, патофизиологически характеризующееся нарушением ионного транспорта в эпителии экзокринных желез жизненно важных органов и систем, имеющее обычно тяжелое течение и прогноз [1, 2, 3]. Несмотря на проведение адекватной противомикробной терапии, тяжесть и частота рецидивов заболевания контролируются с большим трудом. Необходим поиск дополнительных лечебных процедур, способствующих потенцированию антибактериального эффекта, уменьшению частоты обострений и снижающих лекарственную нагрузку на больного [5, 6, 7]. В этом плане перспективным представляется использование низкоинтенсивного лазерного излучения в лечении больных муковисцидозом.

Лазерное излучение малой мощности оказывает анальгезирующее и десенсибилизирующее действие, стабилизирует гемодинамику, обладает выраженным противовоспалительным, бактерицидным и бактериостатическим действием, что активно используется в детской пульмонологии [4].

Цель исследования - оценить эффективность применения низкочастотного лазерного излучения в комплексном лечении детей, больных муковисцидозом, в периоде обострения.

Материал и методы: проведен анализ 45 историй болезни детей, страдающих смешанной формой муковисцидоза, в периоде обострения. Из них 20 мальчиков (44%) и 25 девочек (56%), в возрасте от 6 до 11 лет. Исследование рандомизированное, проспективное. Все дети были распределены на 2 группы в зависимости от проводимого лечения. В комплексном лечении МВ дети 1 группы получали курс низкочастотной лазеротерапии (ЛТ), включающий 10 процедур на рефлексогенные зоны грудной клетки. Наряду с базисной терапией при каждом обострении заболевания (4-5 раз в год) проводилась лазеротерапия с помощью четырехканального аппарата АЛТ «Мустанг-2000» с инфракрасными излучателями ЛО-1 (длина волны 0,89мкм). Лазеротерапия проводилась контактно, с излучающей головкой мощностью 2 Вт и частотой импульса 80 Гц. Пациентам группы сравнения, больным муковисцидозом (n=20) назначалась стандартная схема лечения периода обострения без включения сеансов. Дети наблюдались в катамнезе в течение года.

Результаты проведения низкочастотной ЛТ в комплексном лечении МВ оценивали в ходе мониторинга основных клинических параметров с учетом сравнения количества обострений до и после лечения в течение 1 года у пациентов двух групп наблюдения.

Математическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета прикладных статистических программ. Достоверность результатов оценивали с использованием критерия Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

После 3-4 процедур ЛТ на фоне базовой терапии больные основной группы отмечали уменьшение субъективных жалоб, а после 5-7 процедур – значительное их уменьшение. У больных основной группы после завершения курса ЛТ значительное улучшение отмечалось в 75% случаев, в 25% случаев – улучшение состояния. У больных контрольной группы значительное улучшение наступало в 30% случаев и улучшение в 65%. В 5% случаев лечение было слабо эффективным. В основной группе положительная динамика показателей ФВД, гематологических и биохимических параметров воспалительного процесса была более выраженной и носила статистически достоверный характер в течение 6 мес. после курса ЛТ.

Динамика клинических показателей у больных к завершению курса ЛТ (к 10 дню) характеризовалась достоверно ($p < 0,05$) более быстрым улучшением общего состояния, изменением характера кашля (влажный, более продуктивный), облегчением отхождения мокроты, положительной динамикой физикальных данных. Аналогичные результаты получены и у больных с тяжелым течением заболевания.

В результате комплексной терапии с применением низкочастотной ЛТ удалось сократить время пребывания в стационаре в среднем на 3 – 7 дней (при традиционной терапии длительность госпитализации составляла 22 ± 2 дня, на фоне комплексной терапии ЛТ – 14 ± 3 дня) ($p < 0,05$). Достоверно доказана ($p < 0,05$) большая продолжительность ремиссии у среднетяжелых и тяжелых больных МВ на фоне 4 курсов ЛТ в течение года по сравнению с больными, получавшими традиционное лечение. Длительность ремиссии при среднетяжелом течении МВ удлинилась в 1, 7 раза, при тяжелом течении – в 1,5 раза ($p < 0,05$).

В результате проведенной работы мы пришли к следующим выводам: использование в комплексном лечении муковисцидоза низкочастотного лазерного излучения способствует достижению более длительной ремиссии, снижение частоты и длительности обострений заболевания. Таким образом, в базисное лечение детей, страдающих МВ, показано включение курса лазеротерапии.

Список литературы

1. Буйлин В.А. Лазерная рефлексотерапия / В.А. Буйлин. – Москва, 2002. – 34 с.

2. Курочкин А.А. Низкоинтенсивное лазерное излучение в комплексном лечении детей и подростков (кардиология, дерматология, ЛОР-болезни, часто болеющие дети) / А.А. Курочкин, С.В. Москвин, В.В. Аникин. – Москва, 2000. – 112 с.
3. Леднева В.С. Прогнозирование динамики клинического течения муковисцидоза в различных возрастных группах / В.С. Леднева [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16, № 3. – С. 678 – 685.
4. Москвин С.В. Лазерная терапия в педиатрии / С.В. Москвин [и др.]. – Москва–Тверь, 2009. – 480 с.
5. Ульянова Л.В. Информационная система оценки нутритивного статуса и диетотерапии больных с наследственной бронхолегочной патологией / Л.В. Ульянова [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2016. – Т. 15, № 4. – С. 674 – 677.
6. P005 comparative analysis of F508DEL/F508DEL, F508DEL/CFTRDELE2,3 and CFTRDELE2,3/CFTRDELE2,3 genotypes on national GF registry data (2017) / S. Krasovskiy [et al.] // Journal of Cystic Fibrosis. – 2019. – Т. 18, № S1. – P. S58.
7. Cystic Fibrosis Foundation, Patient Registry 2011 Annual Report / Cystic Fibrosis Foundation, Bethesda, Md. – USA, 2012. www.cff.org.

ЩАДЯЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Ирбутаева Л.Т., Расулова Н.А.

Научный руководитель: Ирбутаева Л.Т.

Самаркандский государственный медицинский институт

Перинатальные повреждения головного мозга в течение многих лет находятся в центре внимания научных исследователей и практических врачей. Этот неослабевающий интерес можно объяснить частотой патологии, высокой смертностью в периоде новорожденности, а также последующей инвалидностью с детства. Возросла частота регистрируемых случаев неврологических изменений у детей первых лет жизни. Перечень психоневрологических расстройств, связанных с гипоксическими повреждениями головного мозга чрезвычайно широк: от задержки психомоторного развития до тяжелых форм детского церебрального паралича, сопровождающегося умственной недостаточностью, двигательными расстройствами, судорогами.

По данным Комитета экспертов ВОЗ, у 10% детей можно диагностировать нервно-психические заболевания, 80% которых, по мнению детских невропатологов, связаны с перинатальными поражениями мозга [1,3]. Согласно современным представлениям причинами возникновения энцефалопатии, являются следующие факторы: гипоксия (кислородное голодание во время беременности или в процессе родов), травматические (воздействия повреждающих факторов во время родового акта), токсические: алкоголь, наркотические вещества и прочие отравляющие агенты и, наконец, большая группа инфекционных заболеваний, влекущих за собой осложнения со стороны нервной системы плода и новорожденного. Причины нарушения развития нервной системы корнями уходят в перинатальный период жизни ребенка. Перинатальные гипоксия и асфиксия сопровождаются изменением церебральной гемодинамики, которая в настоящее время является доминирующей гипотезой патогенеза последствий перинатального поражения нервной системы (ПППНС) у новорожденных. Из вышеизложенного вытекает необходимость проведения в раннем постгипоксическом периоде терапии, направленной на нормализацию общего и мозгового кровообращения, а также нейротрофической – стимулирующей репаративные процессы в мозге [2,5]. А это, в свою очередь, приводит к

длительному назначению некоторых препаратов и лекарственных веществ, которые вводятся в организм парентерально. Известно, что каждая инъекция наносит ребенку физическую и психологическую травму, особенно, если эти инъекции болезненные. Витамин В-6 и магния сульфат как раз относятся к вышеуказанным препаратам, причем эти препараты дети вынуждены получать параллельно и длительно. Отсюда возникает необходимость выбора наиболее доступных и безболезненных медикаментов. В этой связи Магне В-6 является наиболее оптимальным, так как в нем сочетаются «два препарата в одном» [4].

В женском молоке содержится в среднем 30 мг/л магния, а в коровьем – 120мг/л, однако при вскармливании ребенка коровьим молоком и молочными смесями на его основе всасывание магния из кишечника ограничено. Об этом свидетельствует тот факт, что при грудном вскармливании уровень магния в сыворотке крови достоверно выше, чем при искусственном вскармливании.

Общими проявлениями дефицита магния в организме служат снижение физической активности ребенка, утомляемость или депрессия, нарушение сна, судорожные состояния (у новорожденных), мышечные спазмы, сердечные аритмии. Дефицит магния повышает болевую чувствительность, усиливает процессы перекисного окисления липидов.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 93 ребенка первого года жизни, у которых на фоне основного заболевания имелись проявления перинатальной энцефалопатии. В результате физикального обследования больных детей отмечалось раскрытие сагитального шва, малый родничок у всех детей был открыт, размеры большого родничка оказывались свыше 3х3 см, выявлялся непостоянный горизонтальный нистагм, синдром «заходящего солнца».

Нами назначался Магне В-6 внутрь один раз в сутки в дозе 6- 8 мг/кг массы тела. Курс лечения составил 15-20 дней. Назначение пероральной формы препаратов магния и витамина В-6 было выбрано, как было указано выше, с этической точки зрения. На фоне проводимого лечения состояние детей значительно улучшилось, отмечена положительная динамика уже на 5-7 день пребывания в стационаре.

Полученные результаты и их обсуждение. Критерием эффективности явилось клиническое улучшение состояния больных, снижение внутричерепной гипертензии, улучшение сна, ускорение темпов психомоторного развития. Результаты контрольных исследований – нейросонография, состояние перекисного окисления липидов показали, что назначение оральных форм препаратов магния и витамина В-6 оказались ничуть не хуже, а даже эффективнее, чем их парентеральные формы.

Магне-В6 относится к новому, второму поколению препаратов магния в составе биоорганических солей. В сочетании с витамином В-6 магний лучше усваивается в кишечном тракте, проникает и удерживается внутри клетки. Преимуществом этого препарата является хорошая переносимость, выраженный клинический эффект и, самое главное, не травмирует психику ребенка.

Выводы: Все выше сказанное дает возможность в реабилитации детей с ПППНС уже на раннем этапе использовать щадящие методы лечения, а именно, магне- В 6. Магний совместно с витамином В-6 улучшают мозговое кровообращение, оказывают нейрометаболическое действие. Наиболее важно участие ионов магния в биоэнергетических процессах, он влияет на возбудимость и проводимость нервной ткани.

Список литературы

1. Акарачкова Е.С. Применение Магне В6 в широкой терапевтической практике// Трудный пациент. 2007. №5. С.48-54
2. Вейн А.М., Сольвьева А.Д., Акарачкова Е.С. Магне –В6 в лечении синдрома вегетативной дистонии // Лечение нервных болезней. 2003.Т.4. №2 (10). С.30-32

3. Городецкий В.В., Талибов О.Б. Препараты магния в медицинской практике. М. 2003г. 44 стр.
4. Громова О.А. Магний и пиридоксин: основы знаний. М., 2006 г. 223 стр.
5. Громова О.А., Никонов А.А. Роль и значение магния в патогенезе заболеваний нервной системы. 2002г. 45-49 стр.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СМЕШАННЫХ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ

Исмаилова А.К.

Научные руководители: Даминова М.Н., Умаров Т.У.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Среди различных заразных болезней, свойственных человеку, самыми распространенными являются паразитозы.

Целью нашей работы было изучение особенностей клинического течения смешанных кишечных паразитозов у детей.

Материалы и методы. Обследовано 64 больных детей с кишечными паразитозами, госпитализированных в клинику НИИЭМИЗ МЗ РУз. В работе использованы общеклинические, биохимические и статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки.

Результаты и обсуждение. Обследовано 64 детей в возрасте от 4-х лет до 14 лет. Было обследовано 37 (57,8%) детей с гименолепидозом, 27 (42,2%) – гименолепидоз в сочетании с лямблиозом. В качестве контроля обследовано 20 практически здоровых детей аналогичного возраста. Среди общего количества больных мальчики составляли 30 (46,9%), девочки – 34 (53,1%). Во всех случаях диагноз подтвержден паразитологически.

Анализ результатов эпидемиологического анамнеза у больных детей со смешанными паразитозами и моноинвазиями показал, что основным путем распространения паразитозов является контактно-бытовой. В отдельных случаях можно заподозрить реализацию водного 27 (42,2%) и пищевого 15 (23,4%) факторов. В анамнезе у 2 (3,1%) гименолепидоз в сочетании с лямблиозом перенесенный несколько лет назад ВГА, 31 (48,4%) - ветряная оспа и 28 (43,8%) - корь, все больные отмечали ранее перенесенные ОРЗ. Клинически выраженное течение болезни регистрировалась у 51 (79,7%) больных. У остальных 13 (20,3%) детей первоначально диагностировали бессимптомное течение. У этих пациентов паразитозы были выявлены копроскопически при профилактическом осмотре, однако при детальном обследовании у них выявлялась слабо выраженная симптоматика, характерная для паразитозов. Клиническая картина паразитозов у детей младшего школьного возраста проявлялась болевым, диспепсическим и астеновегетативным синдромами, а также аллергическими проявлениями. Чаще всего встречался астеновегетативный синдром в сочетании с диспепсическим – у 23 (35,9 %) больных, астеновегетативный в сочетании с болевым синдромом – у 7 (10,9%), болевой в сочетании с диспепсическим – у 14 (21,9%), астеновегетативный с диспепсическим и болевым синдромом – у 10 (15,6%), изолированный астеновегетативный - у 3 (4,7%), диспепсический – у 2 (3,1%) и болевой синдром – у 3 (4,7%). Аллергодерматозы наблюдали у 9 (14,1%) больных.

Установлено, что наиболее характерным клиническим проявлением у детей младшего школьного возраста являются боли вокруг пупка постоянного или периодического характера, на что жаловались 55 (85,9%) пациентов.

Диспепсический синдром характеризовался понижением аппетита у 48 (75,0%) больных, тошнотой – у 19 (29,7%), рвотой – у 7 (10,9%) больных.

Астенический синдром проявлялся в виде общей слабости у 59 (92,2%) детей, головных болей и головокружения – у 31 (48,4%), повышенной раздражительности и капризности – у 35 (54,7%). Аллергодерматический синдром проявлялся в виде крапивницы – у 1 (1,6%), атопического дерматита – у 6 (9,4%). Выпадение волос и появление участков депигментации было выявлено у 5 (7,8%) и 42 (65,6%) детей, соответственно.

Кроме того, у пациентов наблюдались также и другие симптомы: слюнотечение – у 24 (37,5%), скрежет зубами по ночам – у 24 (37,5%), зуд в области ануса – у 22 (34,4%).

Исследования показывают, что у больных гименолепидоз в сочетании с лямблиозом отмечается повышение частоты таких симптомов, как отставание в физическом росте, слабость, раздражительность, тошнота, рвота, боли вокруг пупка, в правом подреберье. Так, отставание в физическом росте выявлялось у больных гименолепидоз в сочетании с лямблиозом в 14(51,9%), а у больных с моноинвазиями (гименолепидоз) в 9(24,3%). Общая утомляемость, слабость – у 100%, 94,6%. Раздражительность отмечалась у больных гименолепидоз в сочетании с лямблиозом у 19(70,4%), и гименолепидозом в 17(45,9%) случаев. У больных со смешанной инвазией, гименолепидоз в сочетании с лямблиозом в 13(48,1%) случаев отмечалась тошнота, у больных гименолепидозом этот симптом выявлялся в 7(18,9%) случаев, рвота – 5(18,5%) и 4(10,8%), соответственно. При сочетанном течении гименолепидоз в сочетании с лямблиозом болевой синдром был выражен сильнее, носил приступообразный характер, а боли вокруг пупка и в правом подреберье отмечались чаще 24(88,9 %) и 7(18,9%). Существенно не изменяется частота таких симптомов, как головная боль, гиперсаливация, гиперпигментация, выпадение волос, диарея, чередование диареи и запора, увеличение печени.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что клиническая картина кишечных паразитозов у детей, со смешанными паразитомами, особенно младшего школьного возраста, полиморфна и в основном носит неспецифический характер.

Список литературы

1. Ахмедова М. Д., Бабаходжаев С. Н., Захидова Н. А. Особенности клинического течения смешанных кишечных паразитозов // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2009. - №3. – С. 130-132.
2. Латыпов Р.Р. Распространённость паразитарных заболеваний в населенных пунктах Ферганской долины // Инфекция, иммунология и фармакология.- Ташкент, 2012.- № 1. - С. 99-102.
3. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека.//СПб., 2013. С.234,245,247,254-271,377-380,439.
4. Таджиев Б.М., Даминова М.Н., Исмаилова А.К. Гименолепидоз у детей.- Международная научно-практическая конференция “Современные технологии диагностики, лечения, профилактики инфекционных и паразитарных болезней”.-8-9.04.2019г.- г.Бухара.-С.238-9.
5. Pampiglione S., Rivasi F. Human dirofilariasis due to *Dirofilaria (Nochtiella) repens*: an update of world literature from 1995 to 200//Parasitologia/2011; 42:231-54.

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОЙ С ДИАГНОЗОМ: АТИПИЧНЫЙ
ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ТЕРАПИЮ
ПРЕПАРАТОМ ЭКУЛИЗУМАБ (СОЛИРИС)**

Канлубаева Д.К., Шнюкова Н.П., Миронова Э.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время гемолитико-уремический синдром (ГУС) является основной причиной острой почечной недостаточности (ОПН) у детей в возрасте младше 5 лет. Несмотря на то, что с момента описания ГУС Гассером прошло более 50 лет, вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения ГУС остаются до настоящего времени недостаточно изученными и практически важными для клинической педиатрии. Лечение атипичного ГУС остается малоэффективным. Прогноз, по-прежнему, неблагоприятен.

Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) является генетическим прогрессирующим заболеванием с крайне высоким риском внезапной смерти и необратимых инвалидизирующих повреждений жизненно важных органов, включая почки, печень, сердце и мозг. В основе аГУС лежит тромботическая микроангиопатия (ТМА), связанная с неконтролируемой активацией системы комплемента. Основным органом-мишенью микроангиопатического тромбообразования служат почки, однако в ряде случаев возможна генерализация ТМА, приводящая к развитию полиорганной ишемии с картиной полиорганной недостаточности.

С 2009г. новым подходом к лечению аГУС в международной практике стало использование препарата экулизумаб (солирис) – это гуманизированные клональные антитела моноклональные антитела, направленные против C5 комплемента комплемента.

Цель исследования: провести клиническое наблюдение больной с диагнозом: аГУС, получающей терапию препаратом экулизумаб (солирис).

Материалы и методы исследования: проведен анализ истории болезни больной с диагнозом: аГУС, получающей терапию препаратом экулизумаб (солирис).

Результаты: девочка Ж., 15лет, заболела в возрасте 14 лет, когда появились жалобы на боли в животе постоянного характера, головную боль, сухость во рту, тенезмы, рвоту, понос. Перед этим была на море с сотрудниками детского дома и воспитанниками. Далее появились жалобы на повышение температуры тела до 38,0 С, присоединился жидкий стул, рвота. Самостоятельно принимала активированный уголь, лоперамид 1 таблетку без положительного эффекта. 15 августа 2018г. вызвали БСМП, ребенок госпитализирован в ЦРБ, где произошло усиление болей в животе. Консультирована хирургами, далее лапароскопия (реактивный лимфаденит, эвакуировано около 1 литра экссудата). На следующий день анурия. Отмечен рост креатинина от 66,0 до 145,0 мкмоль/л, Нв- 84 г/л, тромбоциты- 124,0 тыс. С подозрением на гемолитико- уремический синдром, ОПН переведена в реанимацию ГБУЗ СК «КДКБ», получена моча через катетер разово 30 мл. По хирургической патологии (асциту)- без ухудшений и рецидива, швы сняты. Находится на ежедневном диализе и переливаниях СЗП. При КТ мозга- признаки отёка мозга. Сознание полное, речь правильная, несколько замедлена.

18 августа 2018г. при улучшении анализов крови (гемоглобин, тромбоциты, ЛДГ, креатинин) резкое ухудшение состояния- 2 дня t- 37,1- 38,5С, затем снижение гемоглобина с 85 до 67 г/л, ЛДГ стабильна 250 ед. Появляется одышка, покашливание, дыхательная недостаточность. При УЗИ и КТ лёгких выпот. При плевральной пункции 300 мл жидкости. В анализе- белковый детрит, единичные лейкоциты. В день без диализа диурез 400- 600мл. Месячных нет с августа 2018г. Гинекологом осмотрена в начале заболевания- вирго.

Коллегиально с консультантами г. Москва клиники Святого Владимира и медицинской академия выставлен диагноз: аГУС. 24 сентября 2018г. в/в введен экулизумаб (солирис) 900мг на 150 мл физ. раствора за 1,5 часа. Диурез по- прежнему до

550 мл мочи. Далее по протоколу индукция препарата еженедельно до №4, затем начата поддерживающая терапия 1200 мг 1 раз в 2 недели. Диализ в сентябре, октябре 2 раза/неделю, при попытке отмены диализа в конце октября вновь уменьшение диуреза до 200мл, диализ продолжен 2 раза/неделю. Кровь на ADAMTS-13=37%. Пациентка включена в Федеральный регистр пациентов, страдающих орфанными заболеваниями для получения экулизумаба (солириса) по квоте из Федерального бюджета в 2019 году. Выводы:

- аГУС представляет собой серьезную терапевтическую проблему в педиатрии и детской нефрологии, являясь одной из ведущих причин острой почечной недостаточности с потенциальной трансформацией в терминальную хроническую почечную недостаточность в различные сроки от начала заболевания.

- аГУС чаще всего в основе имеет генные мутации, приводящие к дисфункции каскада комплемента с неконтролируемой активацией альтернативного пути. При общем неблагоприятном прогнозе этой склонной к рецидивированию формы перспективным является лечение экулизумабом (солирисом), блокирующим терминальные компоненты каскада комплемента.

Список литературы

1. Козловская Н.Л., Прокопенко Е.И., Эмирова Х.М., Серикова С.Ю. Клинические рекомендации по диагностике и лечению атипичного гемолитико-уремического синдрома. Утверждены Президиумом правления Научного общества нефрологов России 18 декабря 2014 г. г. Москва с. 249.
2. Макарова Т.П., Эмирова Х.М., Зверев Д.В., Осипова Н.В. Атипичный гемолитико-уремический синдром у детей. Практическая медицина. 2012. №7 (62). с. 57-61.
3. Попа А.В., Лифшиц В.И., Эмирова Х.М., Абасеева Т.Ю. и др. Современные представления об атипичном гемолитико-уремическом синдроме. Педиатрия. — 2011. Т. 90, № 4. с. 134-140.
4. Шанталь Луара. Гемолитико-уремический синдром. Детская нефрология. Под редакцией Э. Лоймана, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна. М.: Литтерра, 2010г, с. 184-193.
5. Taylor C.M., Machin S., Wigmore S.J., Goodship T.H. Clinical Practice Guidelines for the management of atypical Haemolytic Uraemic Syndrome in the United Kingdom // Br J Haematol. 2010. 148. — P. 37-47.

ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК (ПП) У НОВОРОЖДЕННОЙ ДЕВОЧКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Карташова А.В., Мурзагулова С.И.

Научный руководитель: Л. С. Зыкова

Оренбургский государственный медицинский университет

Поликистозная болезнь почек – это генетически обусловленный патологический процесс, который связан с образованием и прогрессированием кист в почках, происходящих из эпителиоцитов канальцев и (или) собирательных трубочек («Вестник современной клинической медицины» 2014 Том 7, вып. 6 Случай из практики).

Девочка Кристина, 4-х месяцев, от женщины 26 лет, от 1-й беременности, протекающая на фоне анемии легкой степени, в 1 триместре ОРЗ без температуры. В 3 триместре, отмечалось выраженное маловодие и миопия средней степени. Роды срочные, быстрые, на 38-й нед., особенности родов разрыв промежности 1 степени. 29 мая 2019 г. родилась живая девочка в асфиксии с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. Масса 3380г,

рост 50см. При пальпации обращал на себя внимание увеличенный в размере живот, в брюшной полости пальпировались опухолевидные образования в проекции почек. Состояние при рождении расценивалось, как тяжелое за счет неврологической симптоматики, выраженного синдрома угнетения, дыхательной недостаточности, гемолитической желтухи новорожденного, врожденной пневмонии, напряженного пневмоторакса правого легкого.

Объективные данные: состояние ребенка тяжелое, за счет основного заболевания, почечной недостаточности, сознание ясное, поведение раздражительное, телосложение пропорциональное, астеническое. Вес 5100г, рост 57см. Физическое развитие по центильному методу с отклонением (при нормальной массе тела, рост снижен), дисгармоничное (рост во 2 коридоре, масса в 6 коридоре). Живот увеличен в размерах, с обеих сторон пальпируются почки, нижний полюс, который достигает малого таза.

Выявлена артериальная гипертензия с максимальным подъемом АД до 162/90 мм рт.ст. (купировалась введением гипотензивного препарата – энала 1,25х2 раза в день).

По данным общего анализа крови обнаруживается креатинин 27,7ммоль/л (норма 36-62ммоль/л). Исследование мочи методом Нечипоренко выявило наличие лейкоцитурии. Посев мочи на флору 4.10.2019 выделена *Klebsiella pneumonia* 5*105КОЕ/мл. При бактериологическом исследовании кала выделена культура *Citrobacter freundii*.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) почек было выявлено значительное увеличение почек. Правая почка: длина 116мм, ширина 58мм, поперечный 71мм; Левая: длина 121мм, ширина 58мм, поперечный 60мм.

Проводились следующие исследования: УЗИ головного мозга – структуры головного мозга сформированы и расположены правильно, признаки незрелости, мелкие с обеих сторон гиперэхогенные включения(кисты) по ходу сосудов. За 3 желудочком анэхогенная, аваскулярная структура 5х6 мм – арахноидальная киста. При УЗИ органы брюшной полости сдавлены увеличенными почками, отмечается гепатомегалия с выраженными диффузными изменениями структуры, а именно гиперэхогенностью паренхимы печени. При проведении эхокардиографии выявлено увеличение левого отдела сердца, сократительная способность сердца снижена (фракция выброса 60%), утолщение левой стенки желудочка до 6 мм, уплотнение створки аортального клапана без нарушения гемодинамики.

03.10.2019 девочка госпитализирована в ОДКБ с диагнозом: поликистоз почек, детский тип, вторичный пиелонефрит клебсиеллезной этиологии, хроническая болезнь почек 2 стадии, артериальная гипертензия ренальная, фиброз печени.

Данные биохимического исследования крови в динамике:

Общий белок – 60,0 г/л

Альбумин – 42,73 г/л

Мочевина – 5,8 ммоль/л

Креатинин – 30,1 ммоль/л

АлАТ – 18,3 Е/л

АсАТ – 50,4 Е/л

Щелочная фосфатаза – 503,8 Е/л

Кальций – 2,28 ммоль/л

Калий – 3,91 ммоль/л

Натрий – 120,7 ммоль/л

По данным общего анализа крови:

WBC – 10.1 x 10¹²/л

RBC – 4.41 x 10¹²/л

HGB – 11.1 г/л

HCT – 32/5%

PLT – 321 x 10⁹/л

СОЭ – 5 мм/ч

В лейкоцитарной формуле наблюдается повышение эозинофилов до 8%, остальные показатели в норме.

В общем анализе мочи отмечается протеинурия до 0,3 г/л, лейкоцитурия до 35, эритроцитурия до 10-12.

При лечении Кристина получала каптоприл по 0,002 х 3 раза в день. С 24.07.19 го наблюдалось повышение температуры до фебрильных цифр, давали виферон, цефекон, мирамистин. Получала также такие препараты, как цефепим 1 день, меронем, инфузионная терапия (выписка прилагается).

С 30.07.19 по 20.08.19 лечение в педиатрическом отделении ОДКБ с диагнозом поликистоз почки, детский тип, острый пиелонефрит, хроническая болезнь почек, стадия 2, артериальная гипертензия ренальная, фиброз печени?, перинатальное поражение головного мозга, смешанной этиологии. Синдром двигательных нарушений, арахноидальная киста, дисплазия сердца: ООО с лево-правым сбросом крови. Получает эналаприл по 0,0004г х 2 раза в день.

Таким образом, В нашем клиническом случае при поликистозе почек необходимо постоянное наблюдение пациента в-первую очередь нефролог, а также остальными специалистами. Своевременная коррекция артериальной гипертензии и устранение инфекции мочевых путей позволяют замедлить прогрессирование поликистоза почек. Чаще встречаются семейные формы поликистоза, то тогда необходима консультация врача-генетика и проведение пренатальных скринингов для определения рисков рождения ребёнка с подобной почечной аномалией.

Список литературы

1. Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста – издательство «Левша. Санкт-Петербург», 2008г. - 139-142 с

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОЛОГИИ И РЕВМАТОЛОГИИ ГБУЗ СК КДКБ ЗА 2017-2018 ГГ.

Карханина В.А.

Научные руководители: Водовозова Э.В., Леденева Л.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

По разным данным, показатели распространенности врожденных пороков сердца (ВПС) у детей значительно варьируют и составляют от 4 до 50 случаев на 1000 живорожденных [1;2]. Несмотря на внедрение новых технологий, в частности, пренатальной диагностики ВПС, частота врожденной патологии не снижается, что обуславливает поиск новых подходов профилактики и выявления факторов риска врожденных пороков сердца [3].

Цель. Проанализировать структуру ВПС у детей Ставропольского края за 2017-2018гг.

Материалы и методы. Обследовано 247 больных с ВПС в возрасте от 1 месяца до 17 лет, госпитализированных в отделение кардиологии и ревматологии ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя за 2017-2018гг.

Данные обработаны при помощи пакета прикладных программ - Microsoft Excel 2010, Biostatistics 4.03, Statistica v 10.0.

Результаты. За 2017-2018гг. в отделение кардиологии и ревматологии на базе ГБУЗ СК «КДКБ» было пролечено 247 детей с врожденными пороками сердца в возрасте от 0 до

17 лет. По гендерному различию мальчики составили – 135(54,7%), девочки – 112(45,3%); в городах проживали - 21 (8,5%), в селе – 226 (91,5%), по возрастам: от 0 до 12 мес. - 41 (16,6%), 1-3 года –68 (27,5%), 4-6 лет – 61 (24,7%), 7-10 лет – 34 (13,8%), 11-14 лет – 22 (8,9%), 15-17 лет – 21 (8,5%). Нозологическая структура включает такие пороки как: Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) 45(18,2%), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) 36(14,6%), коарктация аорты 26(10,5%), в одинаковых количествах атриовентрикулярный клапан частичный, сочетанный порок аортального клапана (стеноз и недостаточность), двойное отхождение сосудов от правого желудочка 16 (6,5%), тетрада Фалло 15 (6,1%), стеноз легочной артерии 14 (5,7%), транспозиция магистральных сосудов 12 (4,9%), атриовентрикулярный клапан полный 6 (2,4%), двустворчатый аортальный клапан и частичный аномальный дренаж легочных вен и стеноз легочной артерии +дефект межпредсердной перегородки 4 (1,6%), тотальный аномальный дренаж легочных вен 2 (0,8%), на редко встречающиеся комбинированные пороки сердца приходится по 0,4%. Выявлено, что такие ВПС как, ДМПП, сочетанный порок аортального клапана и легочной артерии (стеноз и недостаточность), двустворчатый аортальный клапан, частичный и тотальный аномальный дренаж легочных вен, а так же редко встречающиеся комбинированные пороки сердца устанавливаются только постнатально, а при ДМЖП, полном атриовентрикулярном клапане, стенозе легочной артерии на долю антенатального выявления порока приходится 17,1%.

Выводы.

1.Врожденный пороки сердца выявляется у детей Ставропольского края в большей степени у мальчиков (54,7%), живущих преимущественно в сельской местности (91,5%) в возрасте от 1 года до 3-х лет (27,5%).

2.Наиболее часто из нозологий встречается дефект межпредсердной перегородки (18,2%), дефект межжелудочковой перегородки (14,6%), коарктация аорты (10,5%).

3.Доля антенатального выявления ВПС составляет 17,1% и включает такие пороки как дефект межжелудочковой перегородки, полный атриовентрикулярный клапан и стеноз легочной артерии.

Список литературы

- Демикова Н.С. Врожденные пороки развития в регионах Российской Федерации (итоги мониторинга за 2000-2010 гг.) / Н.С. Демикова, А.С. Лапина //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – Москва, 2012. –№ 2. – С. 91-98.
2. Фалюш Л.Н. Факторы риска врожденных пороков сердца/ Л.Н. Фалюш, В.В. Флоренсов //Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – Иркутск, 2010. - №6. – С. 67-69.
3. Царегородцева А.Д. Кардиология детского возраста / А.Д. Царегородцева, Ю.М. Белозерова, Л.В. Брегель //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – Москва, 2014. — №6. - С. 7-11.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Килясханова П.М.

Научный руководитель: Погорелова Л.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

По данным ВОЗ грипп и ОРВИ занимают первое место в мире по частоте заболеваемости и составляют 95% в структуре всех инфекционных болезней.

и характеризуются высокими показателями заболеваемости: ежегодно в России болеют гриппом и ОРВИ от 27,3 до 41,2 млн человек; заболеваемость гриппом в мире — до 1 млрд случаев. Ежегодно регистрируются эпидемии и периодические пандемии гриппа: в мире болеет до 10 % населения, а при возникновении пандемий — до 50 %. По прогнозам ВОЗ, при пандемии поступлений в больницу — 5,2 млн, смертей — 7,4 млн человек, от 250 до 500 тыс. человек погибает в мире от гриппа и его осложнений. В последние 60 лет не отмечено снижения смертности от гриппозной пневмонии. Экономический ущерб от гриппа в 2017 г — 1 391 023,1 тыс руб.

В России за последние 3 года летальный исход гриппа зафиксирован у 22 детей. В эпидсезон 2015-2016 года у 16 больных выявлен пандемичный штамм гриппа А-(H1N1)pdm09, в 2007-2008 году у 3 чел., - грипп А(H1N1)pdm09, у 1 чел - грипп А(H3N2), грипп В у 2 больных.

Целью исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей гриппа в возрастном аспекте в Ставропольского края за период с 2008 по 2018 гг.

Материал и методы исследования. Данные государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ», отчетных форм Центров гигиены и эпидемиологии СК за 2008-2018 г., 80 историй болезни пациентов, госпитализированных в инфекционное отделение ГБУЗ СК «Минераловодская РБ» с 2016 по 2018 гг., методы описательной и параметрической статистики, программа анализа данных AtteStat 12.0.5.

Результаты и обсуждение.

Повышенная заболеваемость гриппом на территории Ставропольского края за 10-летний период регистрировалась в 2009, 2011, 2013 и в период с 2015 по 2017 годы. Эпидемический подъем в 2009 году был обусловлен пандемическим гриппом А H1N1/09. Уровень заболевания гриппом выше у детей и подростков.

Периоды повышения заболеваемости респираторными инфекциями в СК коррелируют с показателями по гриппу, превышая порог 70 тыс/100 тыс населения в 2009, 2011, 2013, что может быть обусловлено суммированием неverified случаев гриппа. Показатели заболеваемости детей до 17 лет более чем в 3,5 раза выше чем у взрослых.

Анализ возрастной структуры показал, что в периоды повышенной заболеваемости гриппом преобладали дети первых двух лет жизни.

В структуре циркулирующих вирусов в эпидсезон 2016-2017 гг. преобладали вирусы гриппа А (80%), в том числе грипп А (нетипируемый) составил 45%, А(H3N2) - 35%, грипп В - 20%, что согласуется с пейзажем вирусов в Российской Федерации, где грипп А представлен в 89%.

Эпидсезон 2017/2018 гг. в крае характеризовался длительной циркуляцией вирусов гриппа (23 недели). В структуре вирусов в крае была представлена вся линейка вирусов гриппа, выделяемых в текущем сезоне в Российской Федерации. Преобладали вирусы гриппа В – 62,1 %, грипп А /H1N1 pdm09 -18,8 %, грипп А /H3N2-13,8 %, не субтипированный грипп А- 5,3 %.

В возрастной структуре госпитализированных больные до 17 лет составляли 52%. Удельный вес этой возрастной группа был выше в 2016 (62%) и в 2018 (54,5%) годах

В сезон 2016 и 2017 года дети в возрасте от 1 до 5 лет составляли 25%. Возрастная структура в 2018 году представлена детьми от 5 до 17 лет (54%).

В 2016 году у больных был верифицирован только вирус гриппа А /H1N1 pdm09, в 2017 году наряду с А /H1N1 в 57% установлен грипп А /H3N2, в 2018 году у 1/3 больных выявлен грипп В.

В 2016 году среди госпитализированных преобладали жители сельской местности, в 2017 году городское население составили 71%.

Большинство больных были госпитализированы в первые дни болезни, однако отмечается нарастание пациентов, поступивших в стационар позже 3 дня болезни до 16% в 2018 году, что может быть связано с изменением пейзажа вируса.

Среди госпитализированных в стационар большинство больных не имели вакцинации против гриппа.

Более чем у 70% пациентов установлен контакт с больными гриппом дома или в коллективе.

Среди большинства госпитализированных больных диагностирована среднетяжелая форма болезни. Удельный вес тяжелых форм снизился за анализируемый период с 20% в 2016 году до 15 -10% в 2017 и 2018 годах соответственно.

В структуре осложнений гриппа в 2016 году доминировали бронхолегочные: пневмония у 19%, бронхит – у 21%, ОРДС – у 9%, патология ЛОР органов – у 6% больных.

В 2017 году жизнеугрожающих осложнений не диагностировали, в 2018 году имел место рост бронхолегочных поражений до 12%, патология ЛОР органов – до 2,5%.

Уменьшение удельного веса тяжелых форм гриппа с 2016 до 2018 гг. коррелирует с длительностью пребывания в стационаре. Отмечается снижение среднего показателя койко-дней с 10,5 в 2016 г. до 6,8 в 2018 году.

Выводы:

Пейзаж вирусов гриппа в Ставропольском крае соответствует пейзажу вирусов в РФ.

В структуре заболеваемости ОРВИ и гриппом во все эпидемические сезоны преобладает детское население. Более 70% госпитализированных не имеют вакцинации против гриппа.

Удельный вес тяжелых форм гриппа в динамике наблюдения за 2016-2018 годов снижается, что определяется пейзажем циркулирующих вирусов, приверженностью населения вакцинации и эффективностью прогноза на предстоящий эпидсезон.

Список литературы

1. Грипп у детей: диагностика и лечение / М.С. Савенкова, Сергеева М.А., Абрамова Н.А., Е.И. Исаева // *Quantumsatis*. 2017-Т1.-№3-4. С 13-20.
2. Афанасьева, О.И. Клиническая характеристика гриппа у детей в современном мегаполисе / Е.Г. Головачев К.К. Милькинт // *Детские инфекции*. - 2015. - №3.- С. 10-13.
3. Rebecca, J. Antigenic and Genetic Characteristics of Swine-Origin 2009 A(H1N1) Influenza Viruses Circulating in Humans // *Published Online*. — *Science Express Index*. - 2009. -№10. - P. 11 -26.

СТРУКТУРА HLA-ГАПЛОТИПОВ DQ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Клименко А.Д., Щербина Н.Г.

Научный руководитель: Стоян М.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целиакия представляет собой системное аутоиммунное заболевание, ассоциированное с антигенами главного комплекса гистосовместимости человека (HLA II класса). Важнейшим генетическим фактором в развитии целиакии являются гаплотипы HLA-DQ2/DQ8 [3].

Многочисленные генетические исследования показали, что гаплотипы HLA-DQ2/DQ8 выявляются практически у 100% больных целиакией. Гетеродимер DQ2

(DQA1*0201-DQB1*0201 и DQA1*0501-DQB1*0201) встречается в 90-95% случаев, а DQ8 (DQA1*0301-DQB1*0302) – у остальных 5-10% [4, 5].

Гены HLA-DQ2/DQ8 в общей популяции встречается у 30-40% здоровых людей, однако только у 1-2% развивается целиакия [1]. Генетический анализ имеет крайне высокую (>99%) отрицательную прогностическую ценность и может быть использован для исключения целиакии.

Цель исследования – анализ частоты и структуры гаплотипов HLA-DQ у детей с целиакией, проживающих в Ставропольском крае и республиках Северного Кавказа, особенностей клинической манифестации заболевания в зависимости от типа HLA.

Материалы и методы. Проведено HLA-типирование 110 детям и подросткам с целиакией в возрасте от 8 месяцев до 17 лет, проживающих в Ставропольском крае и республиках Северного Кавказа. Средний возраст детей на момент постановки диагноза составил $4,9 \pm 0,4$ лет. Все пациенты находились на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГДКБ им. Г.К. Филиппского г. Ставрополя в 2010-2019 годах. Мальчиков было 50 (45,5%), девочек – 60 (54,5%).

Диагноз целиакии был установлен в соответствии с клиническими, серологическими, морфологическими и генетическими критериями ESPGHAN (1990, 2012). Отклонения антропометрических показателей (Z-scor) рассчитывались с использованием программы BO3 – WHO Anthro и AnthroPlus.

Статистическая обработка и анализ полученных результатов проводились при помощи программ AtteStat, Statistica 10.0. Для выявления различий между признаками использовались критерии Стьюдента, Манна-Уитни, Пирсона (χ^2). Различия считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. У 108 (98,2%) пациентов выявлены HLA-позитивные гаплотипы генетической предрасположенности к целиакии, что соответствует данным общероссийских и мировых исследований [1, 2]. Наиболее часто встречающимся аллелем был DQ2 – у 87 (79,1%) детей, значительно реже DQ8 – у 16 (14,6%) человек и лишь у 5 (4,5%) пациентов выявлен аллель DQ7.

Средний возраст появления жалоб и постановки диагноза у детей с целиакией составили ($X \pm m$): с DQ2 – $2,4 \pm 0,3$ лет и $5,1 \pm 0,5$ лет, с DQ8 – $1,2 \pm 0,3$ лет и $4,0 \pm 0,6$ лет, а с DQ7 – $1,6 \pm 0,5$ лет и $4,7 \pm 2,6$ лет соответственно. Манифестация жалоб у детей с гаплотипом DQ2 отмечалась достоверно позже, чем у больных с DQ8 ($p < 0,01$). Средняя длительность латентного периода целиакии у пациентов существенно не отличалась, составив при DQ2 – $2,6 \pm 0,3$ лет, DQ8 – $2,8 \pm 0,6$ лет и DQ7 – $3,1 \pm 2,2$ лет ($p > 0,05$).

Анализ клинической картины в зависимости от наличия и вида HLA не выявил достоверных различий. Типичный энтеральный синдром у больных с гаплотипом DQ2 встречался в 50-60% случаев. Во всех группах больных частотой жалобой была задержка физического развития с превалированием дефицита массы тела (около 60%).

Z-score массы тела и длины тела у детей при DQ2 составил $-1,15 \pm 0,1$ SD и $-0,86 \pm 0,1$ SD, при DQ8 – $-1,73 \pm 0,4$ SD и $-1,83 \pm 0,5$ SD, при DQ7 – $-1,55 \pm 0,7$ SD и $0,03 \pm 0,6$ SD. Показательно, что дети с аллелем DQ8 имели более выраженное отставание параметров физического развития. Средний Z-score длины и массы тела у пациентов с HLA-DQ8 превосходил у детей с HLA-DQ2 в 2,1 раза ($p < 0,005$) и 1,5 раза ($p < 0,05$) раза соответственно. Соматогенный нанизм (Z-score роста -2 SD и более) у детей с DQ8 выявлен в 37,5% случаев, что в 2,3 раза выше, чем у детей с DQ2 ($p < 0,05$).

Гистологическая структура слизистой тощей кишки у детей с DQ2 и DQ8 характеризовалась превалированием тотальной атрофии ворсин – в обоих случаях почти в 60% случаях Marsh 3C. У детей с DQ 7 в 100% случаях отмечалась умеренная степень атрофии Marsh 3B.

Выводы:

1. Распространённость гаплотипов HLA-DQ2/DQ8 у детей и подростков с целиакией в Ставропольском крае и республиках Северного Кавказа соответствует частоте в других регионах России и не отличается от европейских стран.
2. Гаплотипы HLA, которые предрасполагают к развитию целиакии, выявлены в 98,2% случаев. В южных регионах России у детей и подростков с целиакией относительно чаще встречаются гаплотипы HLA-DQ8 и HLA-DQ7.
3. Клиническая симптоматика целиакии существенно не отличается от гаплотипа HLA.
4. Пациенты с гаплотипом HLA-DQ2 и HLA-DQ8 характеризуются превалированием наиболее тяжёлой степени атрофии тощей кишки – Marsh 3C.

Список литературы

1. Diamanti, A. Autoimmune diseases and celiac disease which came first: genotype or gluten? / A. Diamanti, T. Capriati, C. Bizzarri, F. Ferretti, M. Ancinelli, F. Romano, A. Perilli, F. Laureti, M. Locatelli // Expert Rev. Clin. Immunol. – 2016. – Vol. 12, № 1. – P. 67–77.
2. Kasatkina, E.N. Distribution of HLA-DR-DQ genotypes in Russian children with coeliac disease / E.N. Kasatkina, Yu.A. Dmitrieva, E.A. Roslavl'tseva, T.E. Borovic, I.N. Zakharova // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2018. – Vol. 66, suppl. 1. – P. 151–151.
3. Klimov, L.Ya. Diagnosis of celiac disease in groups of genetic risk: modern view on the problem / L.Ya. Klimov, M.V. Stoyan, V.A. Kuryaninova, E.S. Gerasimenko, V.S. Kashnikov, R.A. Atanesyan, A.V. Ivanova, L.D. Kochneva // Medical News of North Caucasus. – 2018. – Vol. 13, № 3. – P. 555–560.
4. Mubarak, A. Human leukocyte antigen DQ2.2 and celiac disease / A. Mubarak, E. Spierings, V. Wolters, I. van Hoogstraten, C.M. Kneepkens, R. Houwen // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2013. – Vol. 56, № 4. – P. 428–430.
5. Smigoc Schweiger, D. High-risk genotypes HLA-DR3-DQ2/DR3-DQ2 and DR3-DQ2/DR4-DQ8 in co-occurrence of type 1 diabetes and celiac disease / D. Smigoc Schweiger, A. Mendez, S. Kunilo Jamnik, N. Bratanic, N. Bratina, T. Battelino, J. Brecelj, B. Vidan-Jeras // Autoimmunity. – 2016. – Vol. 49, № 4. – P. 240–2

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРАЗИТАРНЫХ ИНВАЗИЙ ДЕТЕЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014-2018 ГОДЫ

Клименко А.И., Салтерева С.Р., Никешина Т.В., Аракелянц О.А.

Научный руководитель: Аракельян Р.С.

Астраханский государственный медицинский университет

В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости паразитарными инвазиями в России и в других странах мира. Проблема паразитарной заболеваемости является одной из главных проблем врачей-педиатров, так как наиболее часто встречаются у детей школьного и дошкольного возраста. По данным ВОЗ, из 50 млн. человек, ежегодно умирающих в мире – более 16 млн. вследствие инфекционных и паразитарных заболеваний. В мире паразитарными заболеваниями поражено более 4,5 млрд. человек.

Цель исследования: Провести анализ эпидемиологической ситуации по гельминтно-протозойным инвазиям у детей Астраханской области с 2014 по 2018 гг.

Материалы и методы. В Астраханской области с 2014 по 2018 гг. зарегистрировано 16409 случаев паразитарных инвазий у детей, что составляет 95% от всех. Исследовательская работа проводилась на базе кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России и на базе лаборатории бактериологических и паразитарных исследований ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области».

Результаты. Наиболее часто за исследованный период времени, у детей регистрировались гельминтозы – 14546 случаев (89%), протозоозы регистрировались в 1863 случаев (11%). Гельминтозы были представлены следующими видами: энтеробиоз – 99,2% (14428 человек), аскаридоз – 0,6% (87 человек), дифиллоботриоз – 0,09% (14 человек) и эхинококкоз – 0,05% (7 человек). В единичных случаях у детей отмечались случаи заражения описторхисом – 0,03% (4 человек), власоглавом и токсокарами – по 0,01% (по 2 человека), карликовым цепнем и трихинеллами – по 0,006% (по 1 человеку).

По возрастным показателям, гельминтозы регистрировались чаще всего у детей школьного возраста (7 – 17 лет). На их долю приходилось 50,8% (энтеробиоз – 99,4%, аскаридоз – 0,3%, дифиллоботриоз – 0,1%, эхинококкоз – 0,05%, описторхоз – 0,04%, трихинеллез и гименолепидоз – по 0,01%).

У детей дошкольного возраста (от года до 6 лет) гельминтозы регистрировались в 36,9% случаев (энтеробиоз – 98,9%, аскаридоз – 0,9%, эхинококкоз – 0,06%, трихоцефалез и токсокароз – по 0,04%, дифиллоботриоз и описторхоз – по 0,02%).

У детей до одного года регистрировались энтеробиоз и аскаридоз – 0,7%.

Паразитарные заболевания регистрировались у детей, проживающих как в городской, так и сельской местностях. Наиболее чаще гельминтозы регистрировались у детей, проживающих в сельских районах Астраханской области. На их долю приходилось 55,8%. Наиболее чаще гельминтозы были зарегистрированы у детей, проживающих в Ахтубинском – 20,6%, Володарском – 14,7% и Камызякском районах Астраханской области – 13,1%.

Рассматривая зараженность детей по годам, наибольшее число случаев гельминтозной инвазии отмечались в 2016 г. – 21,8%, наименьшее в 2018 году – 18,1% случаев.

Протозоозы были представлены следующими видами: лямблиями – 98,8% (1841 человек) от числа всех зарегистрированных в регионе протозоозов, амебами – 0,7% (13 человек) и бластоцистами – 0,5% (9 человек).

По возрастным показателям, наиболее чаще протозойные инвазии отмечались у детей в возрасте от 7 до 17 лет – 8,3% (1202 человек). Почти в 1,5 раза меньше - у детей дошкольного возраста (от года до семи лет) – 5,8% (849 человек). Зараженность детей в возрасте до 1 года составила 0,1% (19 человек).

В отличие от зараженности детей гельминтозами, заболеваемость протозоозами была выше в городской черте и составила 57,1% (от числа всех зарегистрированных протозоозов). На долю жителей Астраханской области приходилось 42,9% заболевших. Распространенность по районам была следующей: Володарский район – 25,2%, г. Знаменск – 53,4%, Ахтубинский район – 6,3%, Наримановский – 6,1%, Харабалинский – 0,8%, Енотаевский -0,1% и Лиманский – 0,1%, Икрянинский район – 1,3%, Камызякский – 1,4%, Приволжский – 2,3%. Во всех перечисленных районах, у детей в 100% случаев регистрировался только лямблиоз. В первых 7 районах наблюдался только лямблиоз, а в остальных районах случаи лямблиоза, амебиоза и бластоцистоза.

Наибольшее число случаев протозойных заболеваний у детей отмечалось в 2018 году - 487 случаев, наименьшее в 2014 году – 265 случаев, т.е. заболеваемость протозоозами с каждым годом растет.

Выводы:

1. В последние годы число случаев паразитарной инвазии у детей неуклонно возрастает, о чем мы можем судить по вышеуказанным данным.

2. Наиболее часто у детей регистрируются гельминтозы, среди которых чаще встречаются аскаридоз и энтеробиоз. Протозоозы регистрируются реже, чем гельминтозы.

3. Чаще всего заражению паразитарными инвазиями подвержены дети школьного возраста, что может быть связано с несоблюдением детьми правил личной гигиены, в связи с меньшим за ними контролем со стороны учителей и педагогов, в отличие от детей ясельного и дошкольного возрастов.

4. Гельминтозы больше распространены в сельской местности, что полностью противоположно распространенности протозоозов. (57% случаев в городской местности и 43% случаев в сельской).

Лидирующее место по зараженности детей гельминтно-протозойными инвазиями приходится на Ахтубинский – 10,5%, Володарский – 9,6% и Камызякский районы – 7,4% Астраханской области.

Список литературы

1. Аракельян Р.С. Аскаридоз в Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 67-70.
2. Аракельян Р.С. Энтеробиоз у детей Астраханской области //В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 74-76.
3. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Аракельян А.С. Малярия у детей // В сборнике: Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения Сборник научных трудов. под общей редакцией М.А. Поздняковой. Нижний Новгород, 2014. С. 80-82.

ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД (СИНДРОМ СВАЙЕРА) У ДЕВОЧКИ 17 ЛЕТ

Ковалева М.Л., Коломацкая В.В., Иванникова А.С.

Научный руководитель: Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Синдром Свайера – заболевание, связанное с нарушением формирования пола при кариотипе 46XY, характеризующееся врождённой дисгенезией гонад при первично сформированных влагалище матке, фаллопиевых трубах [1, 2]. Заболевание было описано в 1955 британским эндокринологом Джералдом Свайером, патология впервые выявлена как случай мужского ложного гермафродитизма. Частота встречаемости 1:20000 человек.

Рассмотрим клинический случай на примере пациентки эндокринологического отделения воронежской клинической детской больницы ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Девочка 17 лет. Ребёнок рожден от 5 беременности, 1 родов. Течение беременности было физиологическим, роды срочные, самостоятельные. Продолжительность родов, течение послеродового периода без осложнений. При рождении вес 2700 г., рост 48 см. Родовой травмы нет, асфиксии не было. Из роддома выписана с диагнозом: Перинатальное гипоксическое поражение головного мозга, синдром угнетения, задержка внутриутробного развития по гипопластическому типу. До 1 года находилась под наблюдением невролога. Родничок закрылся рано. Был выставлен диагноз врожденной микроцефалии. Впервые на аномалию строения наружных гениталий обратили внимание при диспансерном осмотре гинеколога в возрасте 2 лет. Девочка была направлена в медико-генетическую консультацию г. Воронежа, где был поставлен диагноз: Дисгенезия

гонад, кариотип 46ХУ (Синдром Свайера), синдром множественных пороков развития. В мае 2005 года девочка была обследована в БУЗ ВО ОДКБ №1 г. Воронежа. Кариотип от 20.10.2004 г. – 46ХУ, ДНК-анализ от 26.11.2004 – мутация гена SRY+. При гормональном анализе выявлен гипергонадотропный гипогонадизм. МРТ от 26.12.2004 г. врожденная мальформация головного мозга (микроцефалия). В 3 года удалены мужские гонады. С 11 лет начата заместительная терапия эстрогенами (эстрадиола гемигидратом) по 1 пакетику (1 г) 1 раз в день, утром. На момент госпитализации в эндокринологическое отделение отмечается: состояние средней тяжести (в связи с тяжестью заболевания). Вес: 42 кг., рост: 156 см.; SDS ИМТ= -1,52 ; SDS роста=-1.01. За последний год в росте +5 см. Физическое развитие: среднее дисгармоничное с дефицитом массы тела. При осмотре обращают на себя внимание малые аномалии развития - микроцефалия, краниостеноз, микрогнатия, «готическое» нёбо, неправильный рост зубов, диспластичные ушные раковины, эпикант, периорбитальный отек, запавшая переносица, пухлая и оттопыренная верхняя губа, длинный фильтр. Аномалия строения половых органов, состояние после хирургической коррекции. Кожа обычного цвета, сыпи нет, отеков нет. Костно-мышечная система: телосложение астеническое, осанка неправильная, кифоз грудного отдела позвоночника, деформация грудной клетки, сколиоз, плоскостопие. Лимфатические узлы: не увеличены. Щитовидная железа: визуально не определяется, при пальпации: перешеек подвижный, железа мягкоэластичная, безболезненная. Дополнительная мускулатура в акте дыхания не участвует, одышки нет. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные звучные. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Неврологический статус без особенностей. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, состояние после оперативного лечения. Половая формула: МаЗ РЗ АхЗ Ме0.

Учитывая прием препаратов эстрогена, девочке была проведена денситометрия для выявления остеопороза, при которой выявлено снижение минеральной плотности костной ткани (Z-score=-4.1). В ходе стационарного обследования был установлен диагноз «Дисгенезия гонад, ХУ - типа (синдром Свайера); SRY+. Синдром множественных врожденных пороков развития: микроцефалия, лицевые дизморфии, аплазия лобных пазух. Остеопороз (Z-score= -4,1), связанный с эстрогенной недостаточностью. Нарушение осанки. Сколиоз».

Данный случай доказывает эффективность диспансеризации детей с включением осмотра детского гинеколога, позволяющую своевременно диагностировать патологию репродуктивной системы и назначить грамотное лечение.

Список литературы

1. Редкий случай дисгерминомы яичников на фоне дисгенезии гонад / А.Б. Мунтян [и др.] // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – №1. – С. 78 – 82.
2. Gupta A. A rare case of Swyer Syndrome in two sisters with successful pregnancy outcome in both / A. Gupta, R. Bajaj, U.N. Jindal // Journal of gynecology obstetrics and human reproduction. – 2019. – №12(3). – P. 267 – 269.

РЕБЁНОК С ДИАГНОЗОМ МУКОВИСЦИДОЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Коваленко Е.С., Леднева В.С., Ульянова Л.В.

Научный руководитель: Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Существует большое количество генетических заболеваний, сопровождающихся поражением многих органов и систем. Своевременная диагностика этих заболеваний позволит вовремя назначить адекватное лечение, что будет способствовать улучшению качества и продолжительности жизни пациента. В настоящее время существует множество методов диагностики генетических заболеваний на ранних этап развития болезни. Одним из них является неонатальный скрининг, который проводится на 3-4 день доношенным детям и на 7-8 недоношенным. Благодаря этому скринингу проводится диагностика 5 генетических заболеваний (фенилкетонурия, галактоземия, муковисцидоз, гипотериоз, адреногенитальный синдром), в самом начале жизни ребенка.

В данной работе приводится клинический случай мальчика И., 4 лет с диагнозом «Муковисцидоз».

Ребенок родился от II беременности, протекавшей с отеками, на фоне хронического пиелонефрита и дерматита. У матери полипоз толстого кишечника, удалена часть толстого кишечника. Роды I срочные, самостоятельные (I беременность замершая). Выписан из роддома на пятые сутки с диагнозом «Внутриутробная инфекция, субклиническая форма». Находился на грудном вскармливании до 1 года. Привит по возрасту. После положительного неонатального скрининга, ребёнку был поставлен диагноз «Муковисцидоз».

На первом году жизни ребенок неоднократно находился на лечении в БУЗ ВО «ОДКБ №2» города Воронеж, с диагнозом «Муковисцидоз, смешанная форма, средней степени на фоне острой респираторной инфекции, обострение по бронхитическому типу. Хронический деформирующий бронхит. Экзостоз 2 ребра справа. Хроническая панкреатическая недостаточность, тяжелая степень. Жировая дистрофия печени, синдром холестаза. Реактивный гепатит. Холецистолитиаз. Белково-энергетическая недостаточность I-II степени. Анемия легкой степени тяжести». После проведения повторного теста (метод и навеска неизвестны), результат был отрицательный. Ребенку было проведено молекулярно-генетическое исследование: 9 мажорных генов CFTR, исследованные мутации обнаружены не были. Диагноз «Муковисцидоз» не был подтвержден.

В возрасте 1 года ребенку был поставлен диагноз «Изолированная липазная недостаточность, средней тяжести. Хроническая панкреатическая недостаточность, тяжелая степень. Жировая дистрофия печени (синдром холестаза). Реактивный гепатит. Холецистолитиаз. Экзостоз 2 ребра справа». Наблюдался у гастроэнтеролога по месту жительства. Получал патогенетическую терапию. Неоднократно находился на лечении в инфекционном стационаре с диагнозом «ОРИ, рецидивирующий бронхит».

В 2018 ребёнок вновь перенес острую респираторную инфекцию, осложнившуюся правосторонней пневмонией, получал антибактериальную терапию. Через несколько дней после выписки у ребёнка появились жалобы на боли в животе, был госпитализирован в хирургический стационар. Выполнена лапаротомия, обнаружен участок подвздошной кишки на протяжении 1 м, заполненный каловыми массами, которые невозможно было эвакуировать в дистальном направлении. Проведена резекция толстой кишки, наложение илеостомы. Послеоперационный период осложнен развитием пневмонии. При проведении ультразвуковой диагностики брюшной полости, были выявлены признаки конкремента в желчном пузыре, гепатоспленомегалия, изменения паренхимы печени, снижение моторной функции желудка. При проведении флоуметрии показатели функции внешнего дыхания оставались в пределах нормы, проба с Бередуалом - отрицательная. Выявлено

снижение эластазы в кале, что свидетельствует о панкреатической недостаточности. В апреле 2019 года ребенку в ФГАУ «Национальном медицинском центре здоровья детей» МЗ РФ был поставлен диагноз «Муковисцидоз» после проведения генетического исследования, которое выявило гетерозиготу по мутации F 508 del и назначена соответствующая терапия.

Значимость данного заболевания состоит в том, что эта болезнь требует ранней диагностики, постоянного лечения дорогостоящими препаратами, активного наблюдения профильными специалистами с целью предотвращения ранней инвалидизации пациента и продления его жизни [1]. Лечение должно быть строго индивидуальным, постоянным, адекватно подобранным. Особое внимание нужно уделять профилактике инфекционных процессов в верхних дыхательных путях и заместительной терапии микросферическими ферментами во время каждого приёма пищи. Но даже при этом прогноз остается весьма серьезным.

Список литературы

1. Эседов, Э. М. Муковисцидоз — актуальная проблема медицины/ Э.М. Эседов, Г. А. Гаджимирзаев, Ф. Д. Ахмедова, В. Р. Мурадова, Р. Г. Гаджимирзаева, Р. А. Меджидова, А. С. Абасова // Журнал Вестник оториноларингологии. – Москва. - 2016. - С.15 – 18.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ В МЛАДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Козлова Е.С., Ахтямова Д.Э., Базарбаев Д.К.

Научный руководитель: Зыкова Л.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Атопический дерматит (АтД) — это мультифакториальное воспалительное заболевание кожи, характеризующее зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения кожи. [1] АтД в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи. Заболевание представляет собой важную медико-социальную проблему, которая обусловлена высокой распространенностью и неуклонным ростом заболеваемости. В соответствии с клиническими рекомендациями для педиатров по аллергологии и иммунологии выделяют следующие клинические формы АтД в зависимости от возраста: младенческая (с периода новорожденности до 3 лет), детская (от 3 до 12 лет), подростковая (от 12 до 18 лет).

Развитие АтД зависит от нескольких факторов, в том числе генетических особенностей пациента, экспозиции различных аллергенов и инфекционных агентов, раздражающих веществ. Обострение АтД могут вызвать психогенные и климатические факторы. В некоторых случаях заболевание может быть связано с пищевой аллергией (ПА). Особенно такая связь прослеживается у детей, у которых обострение кожных проявлений АтД четко возникало после употребления определенной пищи, что указывает на активное участие пищевых аллергенов в воспалительном процессе. Так, более 90 % случаев ПА приходится на высокоаллергенные продукты – молоко, арахис, орехи, яйца, рыба, пшеница. [2]

Цель исследования: Проанализировать особенности клинического течения АтД у детей в младенческом возрасте.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи: 1) оценить факторы риска развития АтД в младенческом возрасте; 2) выявить особенности клинической картины заболевания.

Материалы и методы: В исследование включено 30 пациентов, госпитализировавшихся в ДО ГАУЗ Кваркенской РБ с АтД, среди них 12 (40%) девочек и 18 (60%) мальчиков, средний возраст обследуемых составил у девочек 18 ± 3 месяца, у мальчиков 9 ± 4 месяца. Критериями включения в исследование являлись: диагноз АтД, установленный согласно классификации МКБ 10.

Результаты и обсуждение: По результатам общеклинического исследования установлено, что число госпитализаций по поводу атопического дерматита было больше в осенне-весенний период. Осенью госпитализировалось 27,5%, весной – 42,5% из всех обратившихся больных в РБ за 2018 год. Доля мальчиков была в 1,5 раза выше по сравнению с девочками.

Дебют АтД, связанный с употреблением белка коровьего молока, отмечается у 53,3% детей, что согласуется с литературными данными [3].

Большую роль оказывает и нарушение женщиной собственного режима питания. Нами установлено употребление большого количества молочных продуктов у женщин в период беременности, что может сопровождаться аллергическими реакциями у малыша. Наследственная предрасположенность по атопии отмечалась в 26,6% наблюдений.

У наблюдаемых детей с АтД наблюдалось острое воспаление кожи с наличием папул и микровезикул. Локализация высыпаний — преимущественно на лице, реже — на сгибательных поверхностях голени и бедра. Ограниченные формы АтД с локализацией высыпаний на лице, кистях рук со слабой эритемой и выраженным кожным зудом выявлены у $\frac{1}{4}$ наблюдаемых пациентов с площадью поражения кожи до 5-10%. У большинства детей (75%) имелся распространенный характер поражений с вовлечением в патологический процесс кожи туловища и конечностей (с явлениями экссудации, гиперемией, умеренным зудом кожи) с площадью поражения до 50 %.

Сочетание АтД с другими формами аллергической патологии (аллергический ринит, аллергический конъюнктивит) выявлено у 20% детей.

Закключение и выводы: В ходе исследования мы пришли к выводам: дебют АтД связан с употреблением младенцем коровьего молока; число госпитализации по поводу АтД отмечалось преимущественно в осенне-весенний период, чаще заболевание выявлено у мальчиков; особенностью клинического течения АтД у младенцев явилось преобладание средне - тяжелого течения в виде распространенного характера поражения кожи.

Список литературы

1. Аллергология и иммунология / под ред. А.А.Баранова и Р.М. Хаитова: Союз педиатров России [и др.]. – 4-е изд., испр. И доп. – М.: Изд-во «ПедиатрЪ», 2018. – 492 с. – (Клинические рекомендации для педиатров).
2. Д.Ш. Мачарадзе « Атопический дерматит и пищевая аллергия. Что общего?». Лечащий врач, 2013; 24-30
3. К.В. Кудрявцева и соавторы «Атопический дерматит у детей: некоторые проблемы диагностики и лечения». Педиатрия, 2017; 96(2): 227-231

ИММУНОТЕРАПИЯ МЕТОДОМ ГЕМОПУНКТУРЫ В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Коханова Д.А., Борзенкова Е.А., Мамина Ю.Р.

Научный руководитель: Дегтярева Д.В.

Оренбургский государственный медицинский университет

В соответствии с современным определением атопический дерматит представляет собой хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений и характеризующееся экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями, повышением уровня аллергоспецифического IgE-АТ сыворотки и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям.[1]

В последние годы в комплексном лечении целого ряда заболеваний у взрослых лиц и детей широко применяется метод гемопунктуры.

На сегодняшний день доказано, что клетки собственной крови в состоянии гипоосмоса оказывают настоящий иммуномодулирующий эффект – стимулируют борьбу с инфекцией и подавляют гиперчувствительность иммунной системы. В связи с этим настоящую проблему необходимо считать актуальной. [2]

Цель исследования явилось изучение эффективности применения иммунотерапии методом гемопунктуры у детей с различными формами атопического дерматита.

Материалы и методы: Были изучены 20 клинических случаев применения иммунотерапии методом гемопунктуры. В ходе исследования оценивались следующие данные: тяжесть клинических проявлений, уровень аллергоспецифических IgE-АТ в крови до и после окончания курса процедур, количество введенной аутокрови во время каждого сеанса, сделанные ранее процедуры гемопунктуры.

Результаты и обсуждения: В ходе проведенного исследования мы получили следующие данные: каждому больному вне зависимости от яркости клиники было введено равное количество препарата аутокрови в соотношении с NaCl 0,9% 4:1. Показатели уровня аллергоспецифических IgE – АТ в крови до и после окончания процедур значительно превышала уровень допустимой нормы (при атопическом дерматите содержание его колеблется в пределах от 80 – 14000 кЕ/л). В ходе исследования мы также выяснили, что из 20 больных 14 делают процедуру гемопунктуры повторно, они отмечают более лёгкое течение аллергических реакций, снижение тяжести течения атопического дерматита.

По окончании проведенных сеансов у всех больных уровень аллергоспецифических IgE – АТ распределился следующим образом: у 14 человек, делавших процедуру не в первые показатели нормализовались, у остальных 6 человек отмечалось незначительное их снижение. Тяжесть клинических проявлений у 6 больных, проходивших процедуру впервые значительно уменьшилась, у остальных 14 клинические проявления полностью исчезали.

Заключение:

1. Иммунотерапия методом гемопунктуры имеет накопительный эффект и способна со временем облегчить течение аллергических реакций, а так же улучшить восприимчивость к проводимой консервативной терапии;

2. Терапия методом гемопунктуры наиболее эффективна в средних по тяжести случаях течения атопического дерматита и может рекомендоваться как ведущий метод лечения у детей.

Список литературы

1. Балаболкин, И. И. Атопический дерматит у детей: моногр. / И. И. Балаболкин, В. Н. Гребенюк. — М.: Медицина, 2013. — 240 с.
2. Адо, А. Д. Общая аллергология / А. Д. Адо. — М., 2010. — 520 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КЛИНИКО-АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕЛИАКИИ

Кочнева Л.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Важнейшими характеристиками целиакии (CD), определяющими её медико-социальную значимость, являются высокий риск инвалидизации и развития осложнений [1,2]. Субъективное восприятие воздействует на психологический статус пациента и ведёт к повышению или снижению показателей качества жизни [3,4]. В последние десятилетия в медицине уделяется большое внимание оценке показателей КЖ при различных патологических состояниях, однако результаты исследования корреляционных взаимосвязей КЖ и клинико-антропометрических данных у пациентов в остром периоде CD отсутствуют.

Цель исследования – комплексный анализ возможных взаимосвязей параметров КЖ и клинико-антропометрических характеристик пациентов острого периода CD.

Материалы и методы. Проанализировано КЖ и антропометрические (масса тела, длина тела, ИМТ), клинико-лабораторные, серологические показатели 80 пациентов в остром периоде целиакии в возрасте 2-18 лет. Мальчиков было 35%, девочек – 65%. КЖ изучено с использованием общего опросника PedSQL 4.0. Статистическая обработка, анализ данных проведены с помощью ПО AtteStat, Statistica 10.0. Для оценки связи между показателями использовали коэффициент парной корреляции Пирсона (r), Спирмена. Различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В остром периоде CD статистически значимые связи между отдельными компонентами КЖ и изменениями биохимических и серологических показателей как, по мнению родителей, так и, по мнению самих пациентов не установлены.

По мнению родителей пациентов, установлены достоверные отрицательные корреляционные связи между физическим функционированием пациентов и Z-score массы тела ($r = -0,31$, $p = 0,03$), перцентилем массы тела ($r = -0,23$, $p = 0,05$); между социальным функционированием и Z-score массы тела ($r = -0,32$, $p = 0,01$), перцентилем массы тела ($r = -0,33$, $p = 0,01$); РФ и Z-score массы тела ($r = -0,34$, $p = 0,01$), перцентилем массы тела ($r = -0,33$, $p = 0,02$). Анализ суммарной оценки КЖ также выявил достоверную отрицательную связь с Z-score массы тела ($r = -0,35$, $p = 0,02$) и перцентилем массы тела ($r = -0,34$, $p = 0,03$). Обнаружена достоверная ($p = 0,03$) положительная связь между эмоциональным функционированием пациентов и Z-score длины тела $r = 0,27$ и достоверные отрицательные связи ролевого функционирования и Z-score длины тела ($r = -0,34$, $p = 0,005$) и перцентиля длины тела ($r = -0,33$, $p = 0,02$). Между Z-score ИМТ и ролевым функционированием установлена достоверная ($p = 0,02$) положительная связь $r = 0,34$.

По мнению пациентов, выявлена отрицательная связь между ролевым функционированием и Z-score длины тела ($r = -0,51$, $p = 0,009$) и перцентилем длины тела ($r = -0,49$, $p = 0,02$).

По мнению родителей мальчиков, определена достоверная ($p < 0,05$) положительная связь ролевой сферы функционирования и Z-score и перцентиля массы тела $r = 0,42$, и $r = 0,36$.

По мнению родителей девочек, установлена достоверная ($p<0,05$) связь физического функционирования и Z-score ИМТ $r=0,33$, социального функционирования и Z-score ИМТ $r=0,34$ и общей оценкой параметров КЖ и Z-score ИМТ $r=0,32$.

По мнению мальчиков, показатели массы тела и ИМТ достоверно ($p<0,05$) коррелируют со шкалой физического, ролевого функционирования и суммарной оценкой КЖ (ФФ и Z-score массы тела $r=0,62$, ФФ и перцентиль массы тела $r=0,64$, ФФ и Z-score ИМТ $r=0,63$, ФФ и перцентиль ИМТ $r=0,67$, РФ и Z-score массы тела $r=0,70$, РФ и перцентиль массы тела $r=0,65$, РФ и перцентиль ИМТ $r=0,59$, СО КЖ и перцентиль ИМТ $r=0,54$).

По мнению девочек, установлены достоверные ($p<0,05$) корреляционные связи ИМТ с физическим и ролевым компонентами здоровья, суммарной оценкой КЖ: ФФ и Z-score ИМТ $r=0,45$, ФФ и перцентиль ИМТ $r=0,44$, РФ и Z-score ИМТ $r=0,47$, РФ и перцентиль ИМТ $r=0,51$, СО КЖ и Z-score ИМТ $r=0,47$, СО КЖ и перцентиль ИМТ $r=0,45$.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют об индивидуально-личностных особенностях пациентов, влияющих на их субъективную оценку качества жизни. Статус здоровья детей и подростков в остром периоде целиакии зависит не только от биологических особенностей, но и от гендерных различий, что подтверждает актуальность исследования качества жизни пациентов с учётом гендерных аспектов.

Список литературы

1. Парфенов А.И., Быкова С.В., Сабельникова Е.А. и др. Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. Терапевтический архив. 2017; 89(3): 94-107.
2. Вихарева Е.Г., Баранов А.А., Винярская И.В., Третьякова Т.В., Черников В.В. Влияние типа личности подростков на показатели качества их жизни. Российский педиатрический журнал. 2018; 21(2): 93-96.
3. Sevinc E, Cetin FH, Coskun BD. Psychopathology, quality of life, and related factors in children with celiac disease. J Pediatr. 2017;93:267-73.
4. Meyer S, Rosenblum S. Daily experiences and challenges among children and adolescents with celiac disease: focus group results. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018; 66(1):58-63.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОМАЛИЗУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ

Кропачева А.С., Казанцева Т.Ю.

Научный руководитель: Пономарева М.С.

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

С каждым годом все больше регистрируется больных с тяжелой степенью бронхиальной астмы, несмотря на постоянно расширяющийся список противоастматических препаратов. Как правило, такие пациенты невосприимчивы к традиционной терапии, у них высокая частота обострений, число обращений за неотложной медицинской помощью. [1,2,3]

Цель. Изучить эффективность применения моноклональных антител (Омализумаба) в терапии тяжелой бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. В настоящее время в отделении пульмонологии Краевой детской клинической больницы г. Перми с основным диагнозом атопическая бронхиальная астма тяжелой степени наблюдается 4 пациента, средний возраст которых

15 лет, из них три пациента мужского и одна пациентка женского пола. Средняя продолжительность лечения составила 1,5 года.

Результаты. Все пациенты с диагнозом атопическая бронхиальная астма тяжелой степени имели сопутствующие аллергические заболевания: аллергический ринит и поллиноз - 100% (4), атопический дерматит - 25% (1). Наследственность у троих детей отягощена по бронхиальной астме и 1 у одного по аллергическому риниту. Добавление Омализумаба в схему базисной терапии не позволило уменьшить дозу ГСК у троих пациентов, однако удалось уменьшить количество препаратов. У одного пациента получилось достичь низких доз препаратов базисной терапии в силу длительности терапии Ксоларом. До начала лечения Омализумабом пациенты предъявляли жалобы на заложенность носа, сухость кожных покровов, малопродуктивный кашель, снижение переносимости физических нагрузок. На данный момент у одного пациента жалобы на единичный сухой кашель, у троих детей на снижение переносимости физической нагрузки и одна пациентка жалоб не предъявляет. Пациенты отмечают снижение частоты заболеваемости ОРВИ. На фоне добавления Омализумаба к базисной терапии все пациенты отметили положительную стойкую динамику в течении бронхиальной астмы, что выразилось в сокращении частоты обострений, уменьшении частоты вызовов скорой помощи. Частота обострений бронхиальной астмы в год до лечения омализумабом составила $6,6 \pm 2$, а спустя 1,5 года лечения $1,5 \pm 1$. Частота вызовов скорой помощи до лечения омализумабом составила $2 \pm 0,5$, а спустя 1,5 года лечения 0. Также следует добавить, что количество препаратов, назначаемых при поступлении в стационар у всех пациентов достоверно снизилось. Показатели жизненной емкости легких, полученные путем спирометрии, значительно увеличились, в среднем на 7,1% на протяжении лечения «Ксоларом». Значение ОФВ-1 также возрастает, в среднем на 8,7%. При оценке результатов пиклофуметрии было выявлено, что показатели у двух пациентов находятся в зеленой зоне, что говорит о контроле бронхиальной астмы, у других двух пациентов возросли, однако остались в желтой зоне, что свидетельствует о неполном контроле бронхиальной астмой. Введение Ксолара способствовало снижению уровня эозинофилов в ОАК, что также свидетельствует об уменьшении аллергической реакции. До применения Ксолара количество эозинофилов в риноцитограмме пациентов регистрировалось в 5 раз выше допустимой нормы, что может свидетельствовать о наличии аллергического ринита. В динамике наблюдается уменьшение симптомов аллергических реакций. При измерении оксида азота, показатели не превышали значения 10, что говорит об отсутствии аллергического воспаления и указывает на эффективность терапии.

Выводы. Применение анти-Ig E терапии, к которой относится Омализумаб эффективно у пациентов с фенотипом тяжелой атопическая бронхиальная астма. Данное утверждение подтверждается снижением частоты обострений и вызовов скорой помощи, уменьшением потребности в фармакологических препаратах, необходимых для проведения базисной терапии. Показатели жизненной емкости легких увеличились в среднем на 7,1%, ОФВ-1 - на 8,7%. Также снизился уровень эозинофилов в крови и риноцитограмме у всех пациентов и, соответственно, уменьшились симптомы аллергических реакций.

Не смотря на высокую стоимость терапии моноклональными антителами, внедрение ее в практику позволит значительно повысить качество лечебной помощи пациентам с тяжелой неконтролируемой атопической бронхиальной астмой.

Список литературы

1. Ю.Л. Мизерницкий, С.Э. Цыпленкова. Ксоларновые возможности в терапии тяжелой бронхиальной астмы у детей // Атмосфера.Пульмонология и аллергология. — 2008. — №3. — С. 33-36.
2. Global Initiative for Asthma // <https://ginasthma.org/>.

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 5-е изд. М., 2017.

ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кропачева А.С., Спирюкова К.В.

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

Актуальность. Злокачественные новообразования в детском возрасте составляют 2% от всех злокачественных опухолей человека. Однако среди причин смерти у детей они занимают одно из ведущих мест [1]. Поэтому изучение распространенности, возможных причин и патогенетических факторов развития опухолей у детей является достаточно важным аспектом в работе врача.

Цель. Изучить частоту встречаемости и характер опухолей у детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ ПК «КДКБ» в отделении нейрохирургии. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 72 пациентов за 3 года. Возраст пациентов составлял от 1 месяца до 16 лет. Дети были поделены на возрастные группы: от 1 месяца до 3 лет - 35 детей, от 4 до 7 лет - 13 детей, от 8 до 16 лет - 24 ребенка.

Результаты. Наиболее часто встречались опухоли ЦНС у детей от 1 месяца до 3 лет, что составляет 49%. На втором месте располагаются дети в возрасте от 8 до 16 лет (33%), а на третьем месте - дети от 4 до 7 лет (18%). Гистологическое исследование свидетельствует, что злокачественный характер опухоли отмечался у одного ребенка 3 лет (1%), и подтвердился диагноз злокачественное новообразование височной доли головного мозга с инфильтрацией решетчатой кости, правой орбиты и правой височной кости (С 71.2), T2N0M0. Остальные опухоли имели доброкачественный характер (99%). Анализ локализации опухолей свидетельствует, что супратенториальное расположение опухолей ЦНС отмечалось в 82% случаев с преимущественной локализацией в затылочной доле. Субтенториальное расположение отмечалось в 10% случаев. Локализация опухолей в спинном мозге выявлена у 6 детей (8%). Клиническая картина зависит от возраста ребенка и локализации. У детей до 3 лет симптомы носили неспецифический характер: доминировала общая слабость, отказ от еды, общемозговые симптомы (вялость, рвота), задержка развития или регрессия уже имевшихся навыков, очаговая симптоматика была на втором плане. В связи с этим, диагностика опухолей у детей раннего возраста затруднена. У старших детей уже отмечались общемозговые симптомы в сочетании с очаговой симптоматикой, характер которой зависел от локализации опухоли: нарушение чувствительности, нарушение речи, нарушение координации, неустойчивость походки и равновесия (атаксия). В большинстве случаев (72%) отмечался факт травмы головы: ушиб, ушиб в связи с падением, удар по голове, после которого в ходе нейровизуализации (МРТ, КТ) было обнаружено объемное образование.

Выводы. Целесообразно проводить магнитно-резонансную или компьютерную томографию детям после перенесенной травмы головы с целью выявления объемных образований, в особенности детям раннего возраста, а также в случае выявления жалоб общего характера, при отсутствии патологии других органов и систем.

Список литературы

1. Рябов С.Ю., Мидленко А.И., Машин В.В., Горбунов В.И., Ишматов Р.Ф., Червонный Д.С., Мидленко М.А., Белова Л.А. Возможности и результаты лечения

опухолей головного мозга у детей // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3.;

2. Росторгуев, Э.Е. Предикторы развития опухолей головного мозга в детском возрасте. // Поленовские чтения: Материалы всероссийской научно- практической конференции Санкт-Петербург. 2008. С. 347.

3. Ланцковский Ф. Детская гематология и онкология. Лори, 2005 -С.463-483.

СОЧЕТАННАЯ ГИПЕРТРОФИЯ ГЛОТОЧНОЙ И НЕБНЫХ МИНДАЛИН

Кузьмина Т.Н., Новикова Н.С., Морозов А.М.

Научный руководитель: Морозов А.М.

Тверской государственный медицинский университет

Аденоиды или аденоидные вегетации, аденоидные разрастания – патологически увеличенная глоточная миндалина, локализованная в области заднего отдела свода носоглотки. Они, прикрепляясь широким основанием к своду носоглотки, имеют неправильную форму, напоминающую петушиный гребень, мягкую консистенцию и бледно-розовую окраску, заполняют весь купол носоглотки, распространяясь по боковым стенкам книзу на глоточные отверстия слуховых труб [5]. Носоглоточная миндалина развита в детском и юношеском возрасте. Если появляются признаки воспаления этой миндалины, то такое ее состояние называется аденоидитом. Аденоидиты являются одним из наиболее распространенных оториноларингологических заболеваний детского возраста, которое при неправильной тактике лечения может давать серьезные осложнения. Частота выявляемости данной патологии составляет 398,8 случая на 1000 детей в дошкольном возрасте [3].

Часто при хронических воспалительных заболеваниях, воспалении слизистой горла, бактериальных и вирусных инфекциях аденоиды могут увеличиваться, что приводит у детей к таким симптомам как заложенность носа, дыхание ртом, апноэ во сне, храп, сухость во рту, боль в ушах [2].

Целью нашего исследования являлся анализ историй болезни больных с гипертрофией небных миндалин, причиной которых стал хронический аденоидит, проходящих лечение в ЛОР – отделении ДГКБ №1, сбор статистики и анализ полученных результатов, оценка взаимосвязи хронического аденоидита и гипертрофии небных миндалин.

Одним из последствий хронического аденоидита является гипертрофия небных миндалин. Распространённость данного осложнения варьируется от 5–6,6% до 87,3% [4]. В настоящее время гипертрофию небных миндалин рассматривают как иммунореактивное состояние, связанное с мобилизацией компенсаторных возможностей лимфоидного кольца глотки при адаптации организма к постоянно меняющимся условиям [1].

Материалы и методы. В данной работе представлен статистический анализ анамнезов заболеваний у больных, проходящих лечение в ЛОР – отделении ДГКБ №1 с 25.12.18 по 17.09.19 г.

Результаты и обсуждение. Нами был произведен учет и анализ историй болезни у детей разного пола и возрастов от 4 до 15 лет, которые находились и на данный момент проходят лечение в ЛОР-отделении ДГКБ №1, а также получают консервативное и хирургическое лечение по данным заболеваниям. По результатам обследования мы выяснили, что имеется прямая зависимость между хроническим аденоидитом и гипертрофией небных миндалин.

В период с 25.12.18 по 17.09.19 г. всего было произведено 299 операций. Из них двусторонняя радиоволновая тонзиллотомия в сочетании с эндоскопической аденотомией была произведена 85 раз. Данный показатель говорит о том, что это сочетанная патология и при хроническом аденоидите повышается риск возникновения гипертрофии небных миндалин.

По данным исследования прослеживается связь с ростом заболеваемости в весенне-осенний период, что связано с процессами в лимфоэпителиальном глоточном кольце Пирогова, которое реагирует на внешние раздражители, такие как снижение температуры окружающей среды, состояние гиповитаминоза и другие причины. В результате развивается воспалительная реакция микробного генеза, которая купируется в нормальных условиях специфическими и неспецифическими иммунными реакциями. Однако не всегда сил иммунной системы хватает на то, чтобы обеспечить адекватный ответ на действие антигена, что приводит к разрастанию слизистой оболочки полости носа, выделяющей иммуноглобулин А. При чрезмерном действии микробных агентов гипертрофированной слизистой недостаточно, что приводит к разрастанию лимфоидной ткани.

Закключение. Таким образом, по данным исследования мы получили результаты, что гипертрофия аденоидов и их воспаление может служить причиной развития гипертрофии небных миндалин. Причиной, в основном, и той, и другой патологии, являются хронические рецидивирующие течения инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, снижение местного и общего иммунитета, наследственная предрасположенность.

Список литературы

1. Быков И.М. Гипертрофия небных миндалин: особенности иммунологии и терапии / И. М. Быков, В. Г. Песчаный, Е. Е. Есауленко, Н. И. Самойлик // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 50.
2. Пальчун В.П. Оториноларингология / В. П. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин // Гипертрофия глоточной миндалины (аденоиды) – М., – 2013. – С. 259-264.
3. Пруидзе Е.А. Гипертрофия носоглоточной миндалины у детей / Е. А. Пруидзе // Вестник Бурятского государственного университета. – 2010. – № 12. – С. 257-260.
4. Трищенко С.Н. Распространённость патологии ЛОР-органов среди юных спортсменов города Новокузнецка / С. Н. Трищенко, Н. В. Мингалёв // XVIII съезд оториноларингологов России: мат. – Т. 1. – СПб. – 2011. – С. 154-156.
5. Челпанов С.С. Аденоиды. Удалять или нет? / С. С.Челпанов // Новая аптека. – 2014. – №10. – С. 69-70.

ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РИСКИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Курочкина О.Н.

Научный руководитель: Храмова Е.Б.

Тюменский государственный медицинский университет

Дети с церебральным параличом (ЦП) имеют множество факторов, predisposing к развитию белково-энергетической недостаточности (БЭН). Со стороны желудочно-кишечного тракта: нарушения процессов глотания и жевания, затрудняющие прием пищи и жидкости. Со стороны мышечной системы: гиподинамия, пребывание в вынужденной позе, спастические сокращения мышц не позволяют пациенту

с детским церебральным параличом (ДЦП) адекватно утилизировать и расходовать потребляемую энергию. [3]

БЭН негативно сказывается на здоровье и развитии детей с церебральным параличом. Происходят постепенно углубляющиеся нарушения обмена веществ с истощением запасов жиров и углеводов, усилением катаболизма белка и снижением его синтеза. Возникают нарушения со стороны иммунной и эндокринной систем, отставание в физическом и нервно-психическом развитии, возрастает риск развития полиорганной недостаточности. [3] Любая степень БЭН ухудшает реабилитационный потенциал пациента с ДЦП.

Согласно современным рекомендациям ВОЗ наличие нарушения нутритивного статуса определяется путем расчета индекса массы тела (ИМТ) с определением стандартного отклонения (SDS) и оценки по номограммам в соответствии с полом и возрастом ребенка. Для более детального исследования нутритивного статуса используется биоимпедансометрия. Это биофизический метод, основанный на измерении электрического сопротивления тканей. [1]. Данное исследование помогает охарактеризовать состояние белкового, жирового, водного обменов и скорость метаболических процессов, тем самым дает возможность выявить метаболические риски. По результатам биомпедансного исследования для каждого пациента оформляется протокол компонентного состава тела. [2].

Цель исследования: оценить компонентный состав тела у детей с ДЦП в зависимости от ИМТ.

Материалы и методы: обследованы 79 детей с церебральным параличом разной степени нарушения моторных функций и дисфагии, наблюдающиеся в детском психоневрологическом лечебно-реабилитационном центре «Надежда» г. Тюмени. Каждому ребенку проводилась оценка физического развития и ИМТ по специальным шкалам, созданным для детей с ЦП, которые учитывают не только особенности физического развития, пол и возраст ребенка, но и систему моторных ограничений (2011 г. J. Brooks с соавт.). Также исследованным пациентам проведен биомпедансный анализ компонентного состава тела, по результатам которого были проанализированы полученные индивидуальные протоколы на каждого ребенка.

Результаты и обсуждение: Среди обследуемых детей 45 детей имеют БЭН и 34 без БЭН по ИМТ. При анализе протоколов биомпедансного исследования наибольший интерес вызвала группа детей, которые не имеют БЭН по номограммам SDS ИМТ. В данной группе чуть больше половины - 53% (18 чел.) имеют снижение жирового компонента ниже их индивидуальной нормы. При этом известно, что ИМТ коррелирует с жировой тканью. Далее у этой группы были проанализированы остальные компоненты состава тела.

При оценке внеклеточной жидкости у всех детей без БЭН в 53% (18 чел.) случаев имеется повышение данного показателя. При исследовании данного показателя у детей, которые имеют сниженную жировую массу, в 67% случаев (12 чел.) обнаружено увеличение внеклеточной жидкости. Так как вода добавляет вес, который учитывается при оценке ИМТ, возможно по этой причине данная группа не имеет БЭН по номограммам SDS ИМТ.

Состояние белкового обмена оценивается по показателю активной клеточной массы. В 32% случаев (11 чел.) имеется дефицит белка, что объясняется проявлением основного заболевания. Катаболическая направленность обмена веществ опасна состоянием гипопроteinемии, и как следствие развитием анемии; снижение активности иммунной системы приводит к появлению частых инфекционных заболеваний с латентным течением, требующих длительного лечения, в том числе и стационарного.

Удельный основной обмен указывает на интенсивность обменных процессов. У большинства детей этот показатель превышает индивидуальную норму (в 76% случаев -

26 чел.), что свидетельствует о напряженной работе всех систем организма для поддержания основных жизненно необходимых функций.

Заключение: Оценка компонентного состава тела имеет особую значимость для пациентов с таким хроническим заболеванием, как ДЦП, находящихся в группе риска по развитию нутритивной недостаточности. Компонентный состав тела у детей с ЦП имеет индивидуальные особенности и зависит от многих факторов: характера питания и процесса кормления, тяжести основного заболевания. Для своевременного выявления метаболических рисков у детей с церебральным параличом необходимо проведение биомпедансного анализа компонентного состава тела. Ранняя индивидуальная коррекция позволит избежать развития БЭН и связанных с ней тяжелых осложнений, тем самым повысит эффективность реабилитации и качество жизни пациентов. По литературным данным, как российским, так и зарубежным, еще не проводились подобные работы по изучению состава тела среди детей с ЦП в зависимости от наличия или отсутствия БЭН. Оценка компонентного состава тела методом биоимпеданса у пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями на примере ДЦП дает возможность по новому взглянуть на проблему диагностики нутритивной недостаточности.

Список литературы

1. Колоскова Т.П., Фелелова В.В., Мартынова Г.П. Прогностическая значимость определения компонентного состава тела у детей больных острыми кишечными инфекциями // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – №3. – С.84-86.
2. Николаев Д.В, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская, С.Г. Руднев. Биоимпедансный анализ состава тела человека. – М.: Наука, 2009. – 392.
3. Ситникова. Е.П. Оценка компонентного состава тела у детей с детским церебральным параличом методом биоимпедансного анализа / Вопросы детской диетологии. – 2015. - т. 13. - №1. - С. 11–15.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Курочкина Ю.Д., Мошурова Л.В., Черток Е.Д.

Научный руководитель: Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Синдром короткой кишки (СКК) – патологический синдром, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки, как правило, за счет сокращения ее протяженности в результате обширных резекций, проявляющийся мальабсорбцией, мальдигестией и мальнутрицией, расстройствами гомеостаза [1].

Основные компоненты лечения:

1. Обеспечение постоянным центральным венозным доступом.
2. Организация нутритивной поддержки: индивидуальный подбор схемы парентерального питания, налаживание энтерального питания.
3. Проведение домашнего парентерального и частичного энтерального питания.
4. Реконструктивно-восстановительное хирургическое лечение.
5. При неэффективности выше обозначенных методов или появлении печеночной недостаточности – решение вопроса о возможности, необходимости и сроках проведения трансплантации кишки [2].

Ребенок Д. 1 год 2 мес., родилась от 6-й беременности, протекавшей на фоне пиелонефрита. Роды 4-е, самостоятельные, на 37 неделе гестации. Масса тела при рождении 2750 г, оценка по Апгар 7/8 баллов.

На 3-е сутки жизни ребенок доставлен в ОРИТ БУЗ ВО ВОДКБ №1 города Воронеж для хирургической коррекции порока развития передней брюшной стенки и кишечника. Диагноз при поступлении: Эвентрация кишечника через пупочное кольцо, некроз петель кишечника.

16.08.18 – ребенку была проведена лапаротомия, ревизия и санация брюшной полости, резекция нежизнеспособных участков кишечника, формирование еюно и колостомы, пластика передней брюшной стенки. Общая длина резецированного участка кишки составила 110 см (часть тощей, подвздошная кишка, илеоцекальный угол).0

Послеоперационный период протекал тяжело. Ребенок находился на полном парентеральном питании, получал комплексную терапию. В динамике – отсутствие прибавки массы тела, нарастание нутритивной недостаточности, задержка физического развития.

Для обследования и лечения 26.09.18 ребенок был госпитализирован в отделение хирургии №2 РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Пирогова. Тяжесть состояния при поступлении обусловлена полной зависимостью от парентерального питания, нутритивной недостаточностью, медленной прибавкой в весе. Назначена комплексная терапия, парентеральное и энтеральное питание с постепенным расширением объема разового кормления.

По результатам обследования имеет место Синдром короткой кишки – вариант около 30 см тонкой кишки при наличии большей части толстой кишки. На фоне комплексной терапии состояние с положительной динамикой, отмечается прибавка в массе тела, улучшение нутритивного статуса.

07.11.18 – ребенку была выполнена установка туннелированного катетера Brovias, проводился подбор оптимального режима парентеральной нутритивной поддержки.

В связи с сохраняющимися большими потерями по илеостоме, несмотря на коррекцию парентерального питания, определены показания к оперативному вмешательству.

15.01.19 – выполнена релапаротомия, висцеролиз, формирование еюноасцендоанастомоза «конец в бок», дренирование брюшной полости. Послеоперационный период осложнился течением грибково-бактериального сепсиса, пневмоней. ИВЛ в течение 2х недель после операции. Из крови – высеv K.pneumonia. В анализах крови – резкое падение тромбоцитов, высокие показатели генерализованной воспалительной реакции. На фоне комплексной терапии состояние стабилизировано. Пациент был переведен в отделение. Пассаж по ЖКТ восстановлен, стул частый, жидкий. Страховочный дренаж удален на 10-е сутки после операции. Рана зажила первичным натяжением. Ребенок переведен в стационар по месту жительства для продолжения парентерального питания. 14.03.19 – ребенок был выписан домой для продолжения лечения в системе домашнего парентерального питания.

В межгоспитальный период – несколько эпизодов катетер-ассоциированной инфекции крови. С весны 2019 года – надрыв катетера без полного нарушения целостности. В дальнейшем наблюдалось несколько эпизодов лихорадки, проходила стационарное лечение, получала паллиативный уход.

17.09.19 в связи с поломкой катетера Brovias поступает в отделение хирургии №2 РДКБ с целью обследования, коррекции терапии и ремонта катетера. Выполнен ремонт внешней части, коррекция режима и объема парентерального питания. Назначена гепатопротекторная терапия (Гептрал 300 мг, Фосфоглив 3 мл), превентивная ферротерапия (Венофер 40 мг), Холекальциферол 100 тыс. ЕД под контролем витамина Д, Урсофальк 1,6 мл x 3 р/д.

С 13.10.19 по 23.10.19 ребенок находился на стационарном лечении в ОРИТ ОДКБ №2, поступил с жалобами на повышение температуры, жидкий стул, задержку мочеиспускания, снижение количества отделяемой мочи, появление отеков. В ОАК –

тромбоцитопения $20 \times 10^9/\text{л}$, на фоне умеренного лейкоцитоза $13.4 \times 10^9/\text{л}$. Была проведена антибактериальная терапия Меропенем + Ванкомицин, антифунгидная терапия – Флюкорус. Однократная трансфузия тромбоконцентрата 16.10.19. После компенсации состояния переводится в отделение паллиативной помощи.

Диагноз: Синдром короткой кишки – вариант около 30 см тонкой кишки при наличии толстой кишки. Состояние после оперативного лечения по поводу врожденного порока развития передней брюшной стенки и ЖКТ, эвентрации и некроза петель кишечника. Синдром мальабсорбции, мальнутриции, мальдигестии. Нутритивная недостаточность 2 ст (SDS ИМТ=-2,14). Синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Хронический энтероколит. Метаболические заболевания костной ткани, подострое течение. Дефицит витамина Д. Носитель туннелированного катетера Broviac 4.2 Fr.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Синдром короткой кишки у детей» - 2016 г
2. Погосова, Д.Р. Синдром короткой кишки у новорожденных / Д.Р. Погосова, Н.М. Ростовцев, П.Г. Бабошко, В.Н. Базалий/ Педиатрический вестник Южного Урала – 2018 - №2 – С.86-92.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ (ДЕФИЦИТ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТ-ДЕГИДРОГЕНАЗЫ) – КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лавриненко А.А.

Научные руководители: Водовозова Э.В., Леденева Л.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Представлен сложный для диагностики клинический случай пациентки детского возраста с гемолитической анемией с внутрисосудистым типом гемолиза (дефицит глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы – Г6-ФГД?). Гемолитическая анемия, связанная с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) – наследственное заболевание, связанное с дефицитом активности данного фермента [1;3]. Данная патология сцеплена с Х-хромосомой, наследуется рецессивно [1,2]. Представленный клинический случай вызывает особый интерес, потому как выявлен у девочки (гомозигота?), что крайне редко, учитывая тип наследования данной патологии [2].

Цель. Проанализировать клинико-anamnestические данные и особенности течения наследственной гемолитической анемии с внутрисосудистым типом гемолиза (дефицит глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы?) у девочки (гомозиготы?).

Материалы и методы исследования. Анализ данных истории болезни и клиническое наблюдение за пациенткой, находящейся на стационарном лечении в отделении гематологии и детской онкологии ГБУЗ СК «КДКБ» в динамике.

Результаты. Пациентка Д., возраст 11 лет. Переведена из ЦРБ г. Михайловска, где находилась на стационарном лечении по поводу двусторонней полисегментарной внебольничной пневмонии, ателектаза верхней доли справа, ДН 1 ст. из анамнеза известно, что ребенок родился недоношенным с синдромом Дауна, ВПС: 2 ДМПП, НК1Б. В настоящий момент у пациентки частичная атрофия зрительных нервов на фоне врожденной гипоплазии зрительных нервов обоих глаз. Ретинопатия недоношенных, рубцовая фаза, 1 степени обоих глаз. На фоне терапии бактериальной инфекции у ребенка резко появились и в динамике нарастали клинико-лабораторные признаки гемолиза: бледность и иктеричность кожи, одышка, изменение цвета мочи по типу «вишневого

сиропа», анемия III степени, ретикулоцитоз, гипербилирубинемия за счет свободного билирубина, повышение свободного гемоглобина мочи. Переведена в реанимационное отделение ГБУЗ СК «КДКБ» г. Ставрополя.

Обследована, заочно консультирована с ведущим гематологом НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева, проф. Сметаниной Н.С. Верифицирована неиммунная гемолитическая анемия с внутрисосудистым типом гемолиза, возникшая на фоне инфекции и/или применения антибактериальных препаратов и вероятнее всего обусловленная дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы. Для подтверждения данного диагноза необходимо выполнение генетического исследования. Рекомендации: выполнение генетического исследования, подтверждающего наличие дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.

Выводы. Поздняя диагностика на основе клинических критериев диктует необходимость генетического исследования при первых признаках заболевания у недоношенного ребенка с множественной врожденной патологией.

Список литературы

1. Румянцев А.Г. Классификация и диагностика анемий у детей/ А.Г. Румянцев// Вопросы современной педиатрии. – Москва, 2011. №10. – С.94-102.
2. Е.А. Скорнякова Е.А. Дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы/ Е.А. Скорнякова, А.Ю. Щербина, А.П. Продеус, А.Г. Румянцев// Трудный пациент. – Москва, 2007. – С.7-11.
3. Чеснокова Н.П. Гемолитические анемии, классификация. Механизмы развития и гематологическая характеристика врожденных и наследственных гемолитических анемий/ Н.П. Чеснокова, В.В. Моррисон, Т.А. Невважай// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – Москва, 2015. - С. 162-167.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Леднев С.А., Ульянова Л.В., Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Поражения респираторной системы являются определяющими в прогнозе муковисцидоза, диагностика распространённости и степени поражения её чрезвычайно значима. Клинические проявления не всегда соответствуют тяжести поражения, поэтому они всегда дополняются функциональными рентгенологическими методами [1].

Рентгенологическое исследование позволяет определить признаки муковисцидоза на рентгенограмме, но все они являются лишь косвенными. По данным исследователей у 50% больных на обзорных рентгенограммах грудной клетки остаются нераспознанными бронхоэктазы и эмфизематозные изменения [2].

Компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки даёт возможность оценить прогрессирование и тяжесть поражения легких [3].

Материалы и методы: в исследуемую группу вошли 28 пациентов с муковисцидозом в возрасте от 1 мес. до 6 лет, диагноз которым установлен на основании результатов неонатального скрининга. Группу сравнения (2-ю) составили 34 пациента. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10.0. Результаты их мониторинга сравнивали с результатами наблюдения (ретроспективный анализ).

Результаты и обсуждение. КТВР органов грудной клетки была сделана всем пациентам 1 группы при верификации диагноза в центре муковисцидоза (в возрасте пациентов от 4 до 6 мес.) и повторялась 2 раза в год в дальнейшем при плановых

госпитализациях. Изменения органов грудной клетки на КТВР установлены у 26 из 28 пациентов основной группы (70,2%). Рентгенологические признаки патологии выявлены у 16 из 30 больных (53,3%), $p < 0,05$. Цилиндрические центрально и периферически расположенные, малые и средние бронхоэктазы диагностированы у 14,2% больных 1-й группы, при этом в 50% случаев они сопровождались фиброзом.

Рентгенография грудной клетки проводилась всем пациентам 2-й группы как при первичном обследовании, так и в динамике наблюдения ежегодно или чаще по показаниям. При анализе рентгенограмм грудной клетки у пациентов 2-й группы того же возраста признаков, указывающих на возможность подобных морфологических изменений не установлено ($p < 0,05$).

В наших исследованиях установлено поражение бронхов до 4 и 5 генерации у 27,8% пациентов основной группы. При этом уточнены морфологические изменения на уровне терминальных бронхиол, определялись узелковые уплотнения (ацинарные узелки) в периферической зоне повышенной прозрачности вокруг заполненных слизью бронхов у 17 больных (60,6%).

Легкая степень и среднетяжелая степень перибронхиальных утолщений проксимальных бронхов правого легкого на фоне бронхообструктивного синдрома диагностирована у 57,2% больных основной группы, на рентгенограмме у пациентов группы сравнения выявлен только бронхообструктивный синдром у 53,3% больных ($p < 0,05$).

Мукоидные пробки выявлены у 21,5% больных 1 группы, данный признак рентгенологически не был установлен ни в одном случае ($p < 0,05$). Наличие мукоидных пробок сопровождалось субсегментарными (40%) и сегментарными ателектазами (60%) у 8 больных (28,5%). На рентгенограмме подтверждены ателектазы на уровне сегментов у 10,0% больных ($p < 0,05$). Анализ результатов контроля рентгенологических данных показал особенности качественных и количественных изменений на КТВР в зависимости от сроков проведения исследования КТВР, проведенной в периоде ремиссии через 1 месяц после завершения комплексной интенсивной терапии, у больных выявилось уменьшение мукоидных пробок в просвете бронхов у 26 из 28 пациентов (92,8%), у 25 больных (89,2%) сократилось количество ацинарных узелков. У 23 (82,1%) больных уменьшилась перибронхиальная инфильтрация, у 5 больных (62,5%) удалось ликвидировать ателектазы. На рентгенограммах грудной клетки отмечалось улучшение в те же контрольные сроки у 18 (61,3%) больных и связано было только с уменьшением признака бронхообструкции.

Оценка результатов мониторинга КТВР у больных 1 группы в течение двух лет наблюдения позволила сделать вывод о прогрессировании процесса, что в наших наблюдениях подтверждено у 9 больных (32%): у 4 больных подтверждено незначительное ухудшение (14,2%), у 5 больных (17,8%) отмечалось значительное ухудшение – у 3 больных выявилось распространение бронхоэктазов, на непораженные ранее сегменты, у 2 из них появились кистозные бронхоэктазы, у всех 5 больных наблюдалось увеличение степени деформации бронхов, и появление фиброза. Все 5 пациентов были гомозиготами по *del F508* и имели хроническую колонизацию синегнойной инфекцией.

Общая оценка КТВР коррелировала с изменением оценки следующих показателей: бронхоэктазы, перибронхиальная инфильтрация, мукоидные пробки (r соответственно = 0,8; 0,9; 0,9; $p > 0,05$ во всех случаях).

Изменения, зарегистрированные на рентгенограмме у 8 больных 2 группы (26,6%), оставались стабильными в течение 2 лет, однако у преобладающего большинства (73,6%) отмечалось ухудшение рентгенологической картины, что достоверно отличается от результатов рентгенологической динамики у больных 1 группы ($p < 0,05$).

Таким образом, применение комплексной терапии в периоды обострений позволило улучшить параметры КТВР у более 80% больных, при этом в течение двухлетнего

мониторинга удалось сохранить стабильным состояние морфологических параметров (по данным КТВР) 68 % больных, что достоверно свидетельствует о убедительной эффективности проводимой терапии.

Список литературы

1. Власов П.В. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости / П.В. Власов. – Москва, 2006. – 375 с.
2. Леднева В.С. Использование компьютерной томографии органов грудной клетки для оценки морфологических изменений в бронхолегочной системе и эффективности терапии больных муковисцидозом, выявленных по результатам неонатального скрининга / В.С. Леднева, Л.В. Ульянова, А.Ф. Неретина / Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2013. – Т. 12, № 2. С. 389 – 393.
3. Харченко В.П. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний легких и средостения / В.П. Харченко, Н.А. Глаголев. – Москва, 2005. – 234 с.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ПИДС НА ПРИМЕРЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМАТОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Михайлова П. В., Воронкина Е.Н., Джанибекова А.С.

Научный руководитель: Джанибекова А.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Одним из актуальных вопросов педиатрии является ранее выявление пациентов с первичным иммунодефицитом (ПИДС). Данная патология является наследственным заболеванием, обусловленным дефектами генов, контролирующих иммунный ответ.

Хроническая гранулематозная болезнь (ХГБ) является одной из форм ПИДС. Она представляет собой это наследственное заболевание, относящееся к группе первичных иммунодефицитов, характеризующееся нарушением способности лейкоцитов синтезировать активные формы кислорода и завершить фагоцитоз, проявляющееся рецидивирующими бактериальными и грибковыми инфекциями.

В данной работе мы сообщаем о трех случаях ХГБ и одном случае комбинированного первичного иммунодефицита, недифференцированного варианта зарегистрированных с января по февраль 2019 года в ГБУЗ СК «КДКБ» города Ставрополя. В каждом из представленных случаев имелись свои индивидуальные особенности клинической картины и течения заболевания.

Целью работы является привлечение внимания педиатров к ХГБ. Данная патология встречается достаточно часто (1:150000 – 1:200000 случаев), поэтому ранее выявление таких пациентов и оперативное направление их на ТГСК является актуальным вопросом медицины. Трансплантация значительно увеличивает продолжительность жизни этих больных. В случае, если ТГСК не была произведена прогноз не благоприятный.

Материал и методы: Для изучения детальных особенностей ХГБ была произведена работа с отечественной и зарубежной литературой. Отбирались источники с высоким индексом цитирования, в особенности делался упор на статьи последних 5-7 лет. Производилась тщательная работа с историями болезни пациентов.

Результаты:

Пациент А., 2005 года рождения (13 лет), мужского пола. Проживает в Ставропольском крае. Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Масса тела при рождении- 3350 г., рост - 55см. ОША 8-9 баллов. Диагноз: Первичный иммунодефицит с дефектом в

системе фагоцитирующих клеток, хроническая гранулематозная болезнь. Из особенностей течения заболевания отмечались частые бактериальные инфекции на протяжении жизни. В октябре 2017 года ему была произведена первая операция на органах брюшной полости: ревизия печени, биопсия правой доли печени. В декабре 2017 года пациент находился на стационарном лечении в ДГКБ №13 им. Н.В. Филатова - состояние после резекции правой доли печени, абсцесс печени, хроническая гранулематозная болезнь. С 2018 года и на данный момент находится на базисной терапии, за данный период системных инфекций не было.

Пациент С., 2017 года рождения (2 года), мужского пола. Проживает в Ставропольском крае. Ребенок от 3 беременности, 3 родов. Масса тела при рождении- 3300 г., рост - 53см. Диагноз: Первичный иммунодефицит: хроническая гранулематозная болезнь. Из особенностей течения заболевания отмечались генерализованная БЦЖ-инфекция с поражением подмышечных и внутригрудных л/узлов, частые бактериальные и вирусные инфекции с преимущественным поражением мочевыделительной системы. В возрасте полугода – пиелонефрит, рефлексирующий мегауретер слева, ПМР слева 3-4ст. ХБП 2ст. В 1 год 7 месяцев была произведена операция - нефрэктомия слева.

Пациент Т., 2015 года рождения (4 года), мужского пола. Проживает в Ставропольском крае. Ребенок от 2 беременности, 2 родов, протекавшей с токсикозом I триместра (тошнота, рвота), уреоплазмозом (терапия во время беременности), ЦМВ – носительство. Масса тела при рождении- 3760 г., рост - 52см. ОША – 8-9 баллов. Диагноз: Первичный иммунодефицит: хроническая гранулематозная болезнь. Из особенностей течения заболевания отмечались генерализованная БЦЖ-инфекция с поражением подмышечных и внутригрудных л/узлов и легких и печени. В возрасте 2,5 месяца диагностирована ВУИ (ЦМВ этиологии), иммунодефицитное состояние, перинатальное органическое поражение ЦНС, синдром ВЧГ, глютенная энтеропатия У данного пациента с 1 года отмечается склонность к частому абсцедированию лимфатических узлов: 1 год - абсцесс передней брюшной стенки; 1,5 года - абсцесс левой околоушной области; 1 года 8 месяцев - острый правосторонний паховый лимфаденит в стадии абсцедирования; 1 год 9 месяцев - острый правосторонний подчелюстной, шейный, левосторонний паховый лимфаденит в стадии абсцедирования; 2 года 4 месяца - острый правосторонний паховый лимфаденит в стадии абсцедирования. В возрасте 2 лет и 5 месяцев выявлено ВЭБ-носительство. Диагноз первичного иммунодефицита был установлен лишь в возрасте 2 лет и 10 месяцев.

С 3 лет и 8 месяцев была диагностирована внебольничная двусторонняя деструктивная пневмония, тяжелой степени, по поводу которой он был госпитализирован в ДККД города Ставрополя. Выписан был с улучшениями, но деструктивный процесс не был устранен. На данный момент находится на госпитализации в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева».

Пациентка Г., 2011 года рождения, женского пола. Проживает по адресу: Ставропольский край, Труновский р-н, с. Безопасное.

Ребенок от 2 беременности, 2 родов, протекавшей с нефропатией в 3 триместре. Масса тела при рождении- 3070 г., рост - 48см. ОША 8-9 баллов. Диагноз: Первичный иммунодефицит комбинированный, недифференцированный вариант. Из особенностей течения наблюдаются частые респираторные и кишечные инфекции, грибковое поражение ногтей и аллопеция. С 18.12.2018 года по 11.01.2019 год девочка находилась на стационарном лечении в отделении иммунологии «НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева» Минздрава России с клиническим диагнозом: Первичный иммунодефицит комбинированный, недифференцированный вариант. На данный момент госпитализируется в инфекционное отделение КДКБ города Ставрополя с целью планового обследования и планового введения иммуноглобулинов.

ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА У РЕБЁНКА 14 ЛЕТ

Мочалина В.В., Леднева В.С., Иванникова А.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Гранулематоз Вегенера – гигантоклеточный гранулематозно- некротизирующий васкулит, ассоциированный с выработкой аутоантител (антител к цитоплазме нейтрофилов) и характеризующийся сочетанным воспалительным поражением нескольких органов (чаще всего верхних дыхательных путей, органов зрения и слуха, легких и почек) [1]. Этиология заболевания неизвестна. Предполагается связь начала болезни с воздействием инфекционного агента [2]. Некоторые исследователи отмечают связь заболевания с предшествующей гнойной инфекцией или туберкулезом респираторного тракта. Гранулематоз Вегенера – редкое заболевание. Его распространенность в популяции составляет 25 – 60 случаев на 1 млн.

Рассмотрим клинический случай гранулематоза Вегенера у ребёнка 14 лет. Мальчик М. находился в кардиоревматологическом отделении БУЗ ВО ВОДКБ №1 с 03.09.19 г. по 10.09.2019 г. Считает себя больным 1 год 2 месяца. Из анамнеза известно, что ребенок с июня 2018 года находится на диспансерном учете у фтизиатра по поводу положительной реакции при проведении Диаскин-теста (Д-тест 16.04.2018 г. – папула 20 мм.) с диагнозом «Тубинфицирование с положительным Диаскин-тестом». С августа 2018 г., лечился в ЛОР-отделении по поводу правостороннего острого гнойного отита, правосторонней тугоухости 2 степени, проводилась тимпанотомия справа, получал лечение, был выписан с улучшением, однако нарушение слуха сохранялось. В октябре 2018 г. повторная госпитализация в ЛОР-отделение с диагнозом «Правосторонний острый средний отит, рецидивирующее течение, мастоидит». Проводилась правосторонняя антромастоидотомия. Во время госпитализации были выявлены изменения в анализах мочи – гематурия, протеинурия до 0,3 г/л., повышение С-реактивного белка до 39,5 мг/л. Ребёнок был консультирован нефрологом, гематологом, рекомендован контроль в динамике. В ноябре 2018 г. в общем анализе крови повышение СОЭ до 30 мм. в час, в общем анализе мочи протеинурия до 0,2 г/л, лейкоцитурия, гематурия. Для уточнения диагноза и лечения ребенок был госпитализирован в нефрологическое отделение БУЗ ВО ВОДКБ №1, где в ходе проведенного обследования были выявлены положительные антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA) (Anti-Pr3, Anti-BPI). В декабре 2018 года мальчик был переведен в кардиоревматологическое отделение БУЗ ВО ВОДКБ №1. У ребенка было выявлено поражение почек с острым повреждением (креатинин до 4,2 мг%, мочевины до 25 ммоль/л). Поражение кишечника проявлялось частым, до 10 раз в сутки, кашицеобразным стулом с примесью крови. Также были выявлены положительные антитела к *Saccharomyces cerevisiae*. Проводилась иммуносупрессивная терапия: с декабря 2018 года проведено 7 курсов пульс-терапии метилпреднизолоном и 5 курсов пульс-терапии циклофосфаном. Также с декабря 2018 года ребёнок получал метилпреднизолон в дозе 40 мг/сутки 4 недели с последующим снижением дозы до 12 мг., и с апреля по настоящее время получает 12 мг/сутки. С февраля 2019 года мальчику был назначен мофетила микофенолат по 500 мг. 2 раза в сутки, с апреля по сегодняшний день получает мофетила микофенолат в дозе 750 мг. 2 раза в сутки. В начале сентября 2019 года ребенок поступил в кардиоревматологическое отделение БУЗ ВО ВОДКБ №1, где был проведен 1 курс пульс-терапии метилпреднизолоном в дозе 500 мг и 1 курс пульс-терапии циклофосфаном в дозе 800 мг. На данный момент получает лечение: метилпреднизолон 12 мг. в сутки, мофетила микофенолат по 750 мг. 2 раза в сутки, лозартан по 50 мг. утром, а также препараты кальция и витамина D. Состояние тяжёлое по роду заболевания. Самочувствие страдает умеренно. Физическое развитие среднее, дисгармоничное, за счет избытка массы тела. Выражен медикаментозный синдром Иценко-Кушинга. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые чистые, влажные. Отеков нет. Зев не

гиперемирован. Слышит хорошо. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18 в мин. Границы сердца: в пределах возрастной нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, артериальное давление – 140/90 мм. рт. ст. Пульс – 106 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное, 5-7 раз в сутки, суточный диурез в среднем 900 мл. Стул оформленный, 1 раз в сутки, со слов мамы. В стационаре было проведено лабораторно-инструментальное обследование. По данным доплер-эхографии сердца отклонений не выявлено. На электрокардиографии – синусовая тахикардия. Нормальное положение ЭОС. Частота сердечных сокращений – 106 в мин. Выявлены ультразвуковые признаки диффузных изменений в печени, поджелудочной железе, диффузных изменений паренхимы обеих почек. Линейные скорости кровотока в стволе почечной артерии с 2-х сторон снижены, индексы периферического сосудистого сопротивления не повышены. По сегментарным, междолевым и дуговым артериям кровотоков не определяется. При цифровом доплеровском картировании почек отмечен кровоток с выраженным оскудением в кортикальном слое с двух сторон. В биохимическом анализе крови отмечается гиперхолестеринемия до 9,2 ммоль/л и повышение уровня креатинина до 1,39 мг%. В анализах мочи выявлена протеинурия (до 1,29 г/л), незначительная лейкоцитурия (до 5-7 в п/зр). Скорость клубочковой фильтрации снижена – 48 мл/мин/1,73м²

Таким образом, ребенку поставлен диагноз: Системный ANCA-ассоциированный васкулит – гранулематоз Вегенера с поражением почек, верхних дыхательных путей, кишечника. Активность 3 степени. Хроническая болезнь почек 3 стадии.

Данный клинический случай показывает возможную связь заболевания с тубинфицированием, неспецифичность дебюта заболевания и значимость таких общеклинических и доступных методов исследования, как гемограмма и общий анализ мочи.

Список литературы

1. Баранов А.А. Клинические рекомендации для педиатров. Ревматические болезни у детей / А.А. Баранов, Е.И. Алексеева. – Москва, 2016. – 144 с.
2. Детская ревматология. Атлас / А.А. Баранова, Е.И. Алексеева. – Москва, 2015. – 348 с.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Набиева Ф.М.

Научные руководители: Даминова М.Н., Абдуллаева О.И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) у ВИЧ-инфицированных больных встречается в среднем в 3-6% случаев и развивается на фоне выраженного иммунодефицита [1,2].

Цель исследования изучить особенности цитомегаловирусной инфекции ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач нами проводилось клиническое обследование 53 с генерализованной ЦМВИ и контрольная группа 30 детей (старше 1 года - 15 лет) с латентной формой ЦМВИ на фоне ВИЧ-инфекции в 4 клинической стадии, в возрасте старше 1 года до 15 лет, которые находились на лечении в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Методы исследования: 1) Клинико-лабораторное обследование по общепринятым стандартам; 3) Определение СД4, вирусной нагрузки

ВИЧ в РЦСПИД проточным цитометром; 4) Серологические анализы (ИФА) для определения IgM и IgG ЦМВИ в крови; 5) Выявление в сыворотке крови антител к ЦМВ класса IgM (качественный анализ) и класса IgG (количественный анализ) осуществляли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих диагностических наборов (ЗАО «ДИА-Плюс», Рош-Москва). Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы STATISTIKAV.5.5A с использованием t - критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение. По возрасту дети распределились так, мальчиков отмечалось 23(43,40%) и девочек 30(56,60%). Подавляющее большинство (94,34%) пациентов с манифестной ЦМВ-инфекцией имели количество CD4-лимфоцитов ниже $0.05 \times 10^9/\text{л}$ ($0.018 + 0.002$).

Установлено, что наиболее типичными проявлениями первичной острой формы ЦМВ-инфекции являются лихорадка 44(83,02%), гепатоспленомегалия 47(88,68%), повышение активности ферментов (АЛТ, АСТ, ЛДГ, ГГТП) 46(86,79%), относительный лимфоцитоз 41(77,36%). Чаще всего имели место патология органов зрения — некротический ретинит 27(50,94% от всех больных с манифестной ЦМВИ), поражение пищевода (эзофагит), язвенное поражение слизистой полости рта 5(9,43%), поражение кишечника в виде эрозивно-язвенного колита или энтероколита 20(37,74%), эрозивно-язвенный эзофагит 9(16,98%), поражение легких, пневмония 15(28,30%) с быстрым развитием пневмофиброза, печени, почек, надпочечников 23(43,40%), поражение ЦНС некротический энцефалит или энцефаловентрикулит 13(24,53%), приводившие к выраженным изменениям в психическом статусе больных, полирадикулопатия 11(20,75%). Выявлено, что первичная форма ЦМВ-инфекции отличается от реактивации большей остротой и выраженностью течения инфекционного процесса, что проявляется достоверно более частым фебрилитетом и полиорганностью поражения [3,4]. Как известно, у 80 - 90% иммуносохранных людей заражение ЦМВ приводит к пожизненному латентному течению инфекционного процесса. Однако, наибольшее клиническое значение имеет манифестная ЦМВ-инфекция, развивающаяся, как правило, при различных иммунодефицитных состояниях: ВИЧ-инфекции, трансплантации органов, при беременности и внутриутробном инфицировании [5].

В качестве подтверждающих лабораторных признаков манифестной ЦМВ-инфекции являются четырехкратное повышение титров антител класса IgG к ЦМВ и обнаружение специфических антител класса IgM в сыворотке крови имели место у больных с манифестной ЦМВ-инфекцией лишь в 18(33,96%) и 35(66,04%) случаев, соответственно

Выводы. У больных с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа наблюдается высокий процент летальности, связанной с ЦМВИ (25%). Своевременно поставленный диагноз ЦМВИ, начатое лечение с присоединением в последующем антиретровирусной терапии дает положительный эффект.

Список литературы

1. Алексеева М.Л. Подходы к диагностике цитомегаловирусной инфекции в акушерстве и неонатологии./ Алексеева М.Л., Екимов А.Н., Екимова Е.В., Иванец Т.Ю., Колодько В.Г. //Пробл. репродукции.- 2010.- №5(16). - С. 52-56.
2. Баранова И.П. Прогнозирование риска развития и манифестации цитомегаловирусной инфекции у детей первого года жизни./ Баранова И.П., Керимова Ж.Н. //Дет. инфекции. - 2009. -№ 1(8).- С. 53-57.
3. Крамарь Л.В. Цитомегаловирусная инфекция у детей: клиника, диагностика, лечение./ Крамарь Л.В., Карпухина О.А. //Лекарственный вестник. - 2010. -№6(5) -С. 43-46.
4. Набиева Ф.М. Клинические проявления цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов./ Набиева Ф.М., Таджиев Б.М., Даминова М.Н.// Сб.науч.тр./ Международная научно-практическая конференция “Современные технологии

диагностики, лечения, профилактики инфекционных и паразитарных болезней”.- г.Бухара, 2019г.- С.170-171;

5. Amedia Silva Camila Neurologic cytomegalovirus complications in patients with AIDS: Retrospective review of 13 cases and review of the literature./ Amedia Silva Camila, Penalva de Oliveira Augusto C., Vilas-Boas Lucy, Fink Maria Cristina D.S.et al. //Rev. Inst. med. trop. S. Paulo. - 2010. -№6(52). - P. 303-310.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Новик А. А., Мохорева Г. А.

Научный руководитель: Зарянкина А.И.

Гомельский государственный медицинский университет

Экссудативный средний отит представляет собой стойкое серозное воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости. Это заболевание развивается на фоне дисфункции слуховой трубы, и характеризуется наличием в барабанной полости серозно-слизистого выпота [2].

Экссудативный серозный отит является широко распространенным негнойным заболеванием среднего уха, на долю которого приходится до 55 % из числа всей патологии среднего уха [1, 3].

Диагностика экссудативного среднего отита в ряде случаев затруднена и не всегда бывает своевременной. Это часто связано с малосимптомным течением заболевания. К небольшому снижению слуха на одно ухо, постепенно нарастающему, больной привыкает. Малосимптомное течение экссудативного среднего отита в настоящее время встречается все чаще [2].

В связи с чем представляет интерес изучить основные клинические проявления экссудативного среднего отита у детей по основным жалобам при обращении к специалисту; эффективность консервативного и хирургического лечения экссудативного отита у детей.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 124 медицинские карты детей с диагнозом «Экссудативный отит», находившихся на обследовании и лечении в отоларингологическом отделении учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за период август 2017 года – август 2018 года. Анализируемую группу составили 68 (55,0%) мальчиков и 56 (45,0%) девочек. 74 (59,7%) человека – жители г. Гомель, 50 (40,3%) человек – жители Гомельской области.

Результаты исследования. Большинство детей (107; 86,3%) с экссудативным отитом поступили в стационар планово. 17 (13,7%) человек госпитализировано экстренно.

Наиболее часто экссудативный отит встречается у детей дошкольного возраста (69 человек, 55,6%). В возрасте до 3 лет с экссудативным отитом госпитализировано 10 (8,1%) детей, от 7 до 11 лет – 21 (16,9%) ребёнок, от 11 до 18 лет – 24 (19,4%) подростка.

Экссудативный отит диагностирован впервые у 108 (87,1%) человек, повторно – у 16 (12,9%).

Основной жалобой у 105 детей (84,7%) явилось снижение слуха. 21 (16,9%) ребёнок жаловался на боль в ухе, 16 (12,9%) детей – на заложенность, у 10 (8,1%) детей было ощущение «переливания жидкости» в ушах.

13 (10,5%) детей обратились к ЛОР врачу с жалобами, связанными с заболеваниями других ЛОР-органов (заложенность носа, храп, боль и дискомфорт в горле, сухой кашель).

Сопутствующие заболевания ЛОР-органов имели 95 (76,6%) пациентов. Наиболее часто (61,3%) из сопутствующих заболеваний были выявлены аденоиды разной степени,

из них 1 ст. выявлена у 3 человек, 2 ст. – у 64 человек, 3 ст. – у 9 человек. В 10,5% случаев диагностирована гипертрофия небных миндалин, в 6,5 % – частые отиты. Реже встречались хронический гипертрофический ринит, дисбиоз глотки, ото- и фарингомикоз. Сочетание нескольких сопутствующих заболеваний было отмечено у 47 детей (37,9%).

Анализ гемограммы показал, что экссудативный отит в большинстве случаев протекает без выраженных изменений в общем анализе крови. Изменения в виде нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом формулы влево наблюдались у 11 (8,9%) человек, повышение СОЭ – у 32 (25,8%), анемия – у 4 (3,2%) человек. Признаки воспаления выявлены у пациентов с острой сопутствующей патологией.

Хирургическое лечение (шунтирование барабанной перепонки) было проведено 92 (74,2%) пациентам. Консервативное лечение (продувание слуховых труб по Политцеру, ушные капли «Отисфен») – 32 (25,8%).

Выводы. Наиболее часто экссудативный отит встречается у детей дошкольного возраста, имеющих патологию ЛОР органов (аденоиды, гипертрофию небных миндалин, рецидивирующие отиты).

Основным проявлением экссудативного отита является снижение слуха.

Ребенок зачастую не сообщает об ослаблении слуха, особенно в возрасте до 7 лет, поэтому родителям следует быть внимательными и обращать внимание на поведение детей и состояние их слуха. Снижение слуха у детей – обязательный повод обращения к специалисту.

Основной метод лечения экссудативного отита – хирургический.

Список литературы

1. Вишняков, В. В. Современные методы диагностики и лечения больных с экссудативным средним отитом / В. В. Вишняков, Э. В. Синьков, А. Р. Саракуева // материалы 2-го Петербургского форума оториноларингологов России, 2013. – С. 44-46.
2. Пальчун, В. Т. Болезни уха, горла и носа / В. Т. Пальчун. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 493-496.
3. Tos, M. Etiologic factors in secretory otitis / M. Tos, G. Poulsen, J. Borch // Arch. Otolaryngology. – 2011. – Vol. 105 (10). – P. 582-588.

АТИПИЧНЫЙ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Попова С.М., Ульянова Л.В., Бурдина Н.С.

Научный руководитель: Леднева В. С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Актуальность изучения особенностей течения гемолитико-уремического синдрома (ГУС), в частности его атипичной формы, связана с быстрым развитием острой почечной недостаточности, а в дальнейшем и полиорганной недостаточности, с высоким риском инвалидизации и смертельного исхода [1, 2, 3, 4].

Цель исследования: изучить на конкретном клиническом примере особенности течения и диагностики атипичного гемолитико-уремического синдрома (аГУС).

Материал и методы исследования: анализ жалоб, анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования у ребенка с атипичным ГУС с благоприятным течением заболевания.

Результаты и обсуждение: Клиническое наблюдение больного: мальчик, 9 лет, заболел несколько дней назад, когда появилось субиктеричное окрашивание кожных

покровов на фоне вялости и снижения аппетита, рвота после еды. При обращении в поликлинику: осмотр без особенностей, в общем анализе мочи: гематурия 25 – 30 эритроцитов в поле зрения, протеинурия до 7,7 г/л. В общем анализе крови: тромбоцитопения $72 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 35 мм/час, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты $29 \times 10^9/\text{л}$. По тяжести состояния госпитализирован в нефрологическое отделение БУЗ ВО ОДКБ №1.

При поступлении в нефрологическое отделение: в общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия (гемоглобин 74 г/л, эритроциты $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$), тромбоцитопения $68 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоцитоз. В биохимическом анализе крови: гипербилирубинемия за счет связанного. В общем анализе мочи протеинурия (8 г/л) и гематурия сохраняются.

При осмотре выявлено увеличение печени на 5,5 см, желтушное окрашивание кожи и склер. Суточный диурез снижен.

В ходе обследования были исключены гепатиты (аутоиммунные, вирусные), наследственные заболевания крови и отравления тяжелыми металлами. Биохимический анализ крови через день после поступления: повышение уровня креатинина и мочевины, снижение скорости клубочковой фильтрации. Снижение уровня С3 компонента комплемента. Проба Кумбса отрицательная. Скрининг на шигатоксин в кале и реакция прямой гемагглютинации с шигеллезным диагностикумом – отрицательные.

На основании выявления острого повреждения почек, отсутствия данных за типичный ГУС и системную тромботическую микроангиопатию, ребенку был поставлен диагноз «Атипичный гемолитико-анемический синдром».

В стационаре пациент получал следующее лечение: переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы, плазмаферез, пульс-терапия метилпреднизолоном, дезагреганты, инфузионная и антибактериальная терапия. Ребёнок был выписан на фоне улучшения клинико-лабораторных показателей.

Выводы: при благоприятном течении аГУС требуется постоянный контроль общего анализа крови, мочи и уровня С3 компонента комплемента, так как у большинства пациентов может наблюдаться спонтанная активация системы комплемента, что обуславливает высокий риск рецидивов и внезапных осложнений, что, в свою очередь, может потребовать использования в лечении биологических препаратов.

Постановка диагноза атипичного ГУС основывается на исключении других диагнозов, в том числе и типичного ГУС, и требует тщательной двухэтапной диагностики.

Список литературы

1. Атипичный гемолитико-уремический синдром. Клинические наблюдения / М.М. Батюшин [и др.] // Детские инфекции. – 2017. – Т.14, №4. – С. 53 – 56.
2. Новые возможности в терапии атипичного гемолитико-уремического синдрома / Л.Ю. Послова [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. Т. 18, №4. – С. 67 – 70.
3. Лора Ш. Атипичный гемолитико-уремический синдром / Ш. Лора, В. Фремю-Бачи // Нефрология. – 2012. – Т. 16, №2. – С. 16 – 48.
4. Опыт применения экулизумаба у ребенка с атипичным гемолитико-уремическим синдромом / Т.П. Макарова [и др.] // Нефрология. – 2014. – Т. 18, №3. – С. 84 – 88.

ПРИОБРЕТЕННАЯ АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ (ПАА) У ДЕВОЧКИ ПОДРОСТКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Прокофьев П.Е., Исмагилова Д.Н.

Научный руководитель: Зыкова Л.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Апластическая анемия (АА)- редкое и тяжелое заболевание кроветворной системы, в последние годы случаи АА участились. В связи с этим практикующим врачам необходимо владеть информацией о данном заболевании, его своевременной диагностике и адекватном лечении пациентов. ПАА характеризуется панцитопенией (редко бицитопенией), не имеющей тенденции к спонтанному восстановлению, при сниженной клеточности костного мозга и отсутствии признаков острого лейкоза, миелодиспластического синдрома или миелофиброза, гепатоспленомегалии и массивной лимфаденопатии [1]. ПАА встречается с частотой 2-6 на 1000000 детского населения в год. В соответствии с классификацией выделяют идиопатические апластические анемии и вторичные апластические анемии, обусловленные радиацией, лекарствами и токсинами; поствирусные (гепатит, вирус Эпштейна-Барр, ВИЧ); на фоне иммунных заболеваний (гипогаммаглобулинемия, болезнь «трансплантат против хозяина», эозинофильный фасцит, тимомы и карциномы тимуса)

Клиника ПАА характеризуется анемическим, геморрагическим и инфекционно-токсическим синдромами. Диагноз ставится на основании стойкого снижения показателей минимум 2-3 линий периферической крови- тромбоциты менее 140×10^9 /л, гранулоциты менее 1.5×10^9 /л, Нб менее 110 г/л.

Условия для лечения пациента с ПАА: установка центрального венозного катетера, медикаментозная профилактика инфекции, трансфузионная терапия эритроцитарной массы и тромбоконцентрата, трансплантация гемопоэтических клеток [1].

Цель исследования - описать клинический случай приобретенной апластической анемии тяжелой формы у девочки-подростка.

Результаты. Пациентка Валентина, 2004 г.р. (15 лет)

Клинический диагноз: Приобретенная апластическая анемия, тяжелая форма.

Жалобы при поступлении в ОДКБ (3 октября 2019г): бледность, утомляемость, обильные мензисы, изменения в гемограмме.

Анамнез жизни: Родилась от 3-й беременности, 2 срочных родов, беременность протекала с токсикозом, анемией легкой степени, роды кесаревым сечением, закричала сразу, масса при рождении 3600 гр, длина 58 см. Грудное вскармливание до 1.5 лет. Наследственность, неотягощена.

Анамнез заболевания: Болеет редко. В ОАК от 26.12.16г.: без изменений; от 03.2.17г.: WBC $5,7 \times 10^9$ /л; Нб 128 г/л; PLT 131×10^9 /л; СОЭ 5мм/ч; от 14.6.19г.: Нб 108г/л, лечение анемии не назначалось. Мензис с 14 лет нерегулярные умеренные. С весны 2019г. имеется склонность к экхимозам. Носовые кровотечения отрицает. Мензис в июне 2019г. умеренные, 5 дней. 18.08.19г очередные мензис обильные, на протяжении 10 дней. 15.09.19г очередные мензис, с 18.9.19 кровянистые выделения усилились, со сгустками темной крови, появилась выраженная слабость, головокружение, тошнота. При контроле АД- гипотония 83/57 мм.рт.ст. 19.09.19г обратились к педиатру, по согласованию с гинекологом назначены в/м окситоцин, транексам, препараты железа. На фоне лечения маточное кровотечение продолжалось, выраженная слабость, не могла ходить, рвота 2 раза. С 21.09.19г по 24.09.19г находилась в реанимационном отделении ГБ№3 г.Орска с Дз.: Ювенильное маточное кровотечение, постгеморрагическая анемия тяжелой степени, тромбоцитопения тяжелой степени. ОАК при поступлении: эр $0,94 \times 10^{12}$ /л; Нб 34г/л; PLT 6×10^9 /л; WBC $2,4 \times 10^9$ /л; СОЭ 15мм/ч, гипохромия. В ОАК от 24.09.19г: эр $1,84 \times 10^{12}$ /л;

Нб 59г/л; PLT 46 x109 /л; WBC 3,4 x109 /л; СОЭ 10мм/ч. 01.10.19 консультирована гематологом ОДКБ, рекомендован перевод в ОДКБ на гематологические койки.

Объективный статус: Общее состояние средней степени тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, мелкие экхимозы на нижних конечностях, положительная «уколочная» проба в местах от инъекций. Склеры бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких во всех отделах прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тахипноэ, тахикардия. Тоны сердца ясные, ритмичные. Печень, селезенка не пальпируются.

Лабораторные и инструментальные исследования:

ОАК от 3.10.19: Нб 99г/л; PLT 27 x109 /л; WBC 2,3 x109 /л; ретикулоциты 0,2%; моноциты 91% ; СОЭ 37мм/ч.

Миелограмма от 3.10.19: пунктат пониженной клеточности, полиморфный по составу. Эритроцитарный росток несколько расширен, нарушено созревание клеток. Лейкоцитарный росток с преобладанием зрелых форм. Лимфоциты 40%. В пунктате часто встречаются элементы стромы (остеобласты, макрофаги). Мегакарициты единичные, без отшнуровки тромбоцитов.

ОАК от 07.10.19: Нб 95г/л; PLT 6 x109 /л; WBC 3,5 x109 /л; ретикулоциты 0,3%; лимфоциты 79%; СОЭ 36 мм/ч.

ОАК от 12.10.19: Нб 96г/л; PLT 10 x109 /л; WBC 2,5 x109 /л; СОЭ 43 мм/ч.

Серологическое исследование маркеров гепатита В, С, ВИЧ: получены отрицательные результаты.

Проводимое лечение: режим постельный, стол №15.

Медикаментозная терапия: транексам 500мг, преднизолон 30 мг, ферротаб.

Гемотрансфузия: эритроцитарная взвесь, тромбоконцентрат; антибиотикотерапия (цефтриаксон). На фоне проводимой терапии существенной положительной динамики не отмечалось.

Выводы. У девочки подростка имеется приобретенная трехростковая апластическая анемия тяжелой степени. Начало заболевания - с длительных маточных кровотечений, в гемограмме отмечалось угнетение всех трех ростков кроветворения. Наблюдались анемический, геморрагический синдромы при отсутствии лимфаденопатии, гепатоспленомегалии. Выявлены характерные изменения в миелограмме. Медикаментозная терапия пациентки оказалась недостаточно эффективной. Для решения вопроса о проведении патогенетического лечения - трансплантации гемопоэтических клеток - пациентка направлена на госпитализацию в ФГБУ «РДКБ».

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Детская гематология под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПАРАТГОРМОНА С ОБЕСПЕЧЕННОСТЬЮ ВИТАМИНОМ D В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Радченко В. А.

Научные руководители: Климов Л.Я., Цуцаева А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Основу регуляции фосфорно-кальциевого обмена составляет биологическая ось «витамин D – паратиреоидный гормон»[1,2]. Концентрации витамина D и паратиреоидного гормона (ПТГ) находятся в отрицательной корреляционной

зависимости[3]. На сегодняшний день имеется мало клинических исследований, подтверждающих данную зависимость, особенно в детской популяции.

Цель исследования – анализ взаимосвязи показателей 25(OH)D и ПТГ у детей первых трёх лет жизни в зависимости от обеспеченности витамином D.

Материалы исследования. Обследовано 108 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет (средний возраст составил $13,9 \pm 1,0$ мес), из которых 50 (46,3%) детей первого года жизни, 30 (27,8%) – второго года и 28 (25,9%) – третьего года жизни. До начала исследования 46 (42,6%) детей принимали препараты холекальциферола. При этом среди детей первого года жизни 30 (60,0%) человек дополнительно получали препараты витамина D в средней дозе $629,4 \pm 60,1$ МЕ/сут. На втором году жизни витамин D получали 13 (43,3%), а на третьем году – лишь 4 (14,3%) ребёнка в среднесуточных дозах $708,3 \pm 96,5$ МЕ/сут и $425,0 \pm 75,0$ МЕ/сут соответственно. Обследование включало в себя 3 этапа. На первом этапе определяли в сыворотке крови 25(OH)D и ПТГ, после чего, в зависимости от показателей обеспеченности витамином D, назначали дифференцированные дозы водного раствора холекальциферола: при тяжёлом дефиците витамина D (менее 10 нг/мл) – 4000 МЕ/сут, при дефиците (10-20 нг/мл) – 3000 МЕ/сут, при недостаточности (20-30 нг/мл) – 2000 МЕ/сут, а при оптимальном статусе витамина D назначались профилактические дозы витамина D – 1000 МЕ/сут. Курс терапии составил 30 дней, после чего проводился повторный забор крови для определения анализируемых показателей фосфорно-кальциевого метаболизма. Концентрация 25(OH)D в сыворотке крови осуществлялась методом хемилюминесцентного иммуноанализа (CLIA) с использованием реактивов Liaison® 25 OH Vitamin D Total Assay (Германия). Определение концентрации паратиреоидного гормона (ПТГ) проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа («Сэндвич»-метод) с использованием набора реактивов hPTH-EASIA®, фирмы DIA® source Immuno Assays (Бельгия). Статистическая обработка и последующий анализ результатов осуществлялись с применением пакета программ и AtteStat STATISTICA 10.0.

Результаты и обсуждения. Исходный уровень витамина D в анализируемой группе детей составил 24,8 [17,6–32,5] нг/мл. Средний уровень ПТГ в общей группе детей составил $23,1 \pm 1,14$ пг/мл (медиана – 21,3 [15,7–26,2] пг/мл). Дети с оптимальной обеспеченностью 25(OH)D имели более низкие показатели ПТГ по сравнению с детьми с недостаточностью и дефицитом витамина D ($p=0,015$; $p=0,001$). В частности, среди пациентов с тяжёлым дефицитом витамина D медиана ПТГ составила 47,3 [17,9–47,3] пг/мл, с дефицитом витамина D – 24,1 [16,2–32,7] пг/мл, при уровне витамина D в диапазоне 20–30 нг/мл – 22,2 [16,6–26,9] пг/мл, при оптимальной обеспеченности витамином D – медиана ПТГ составила 17,9 [13,6–22,1] пг/мл. Корреляция между исходной обеспеченностью витамином D и уровнем ПТГ составила $r=-0,35$, $p=0,001$.

Наилучшую обеспеченность витамином D продемонстрировали дети первого года жизни: концентрация 25(OH)D у них составила 29,95 [16,2–40,3] нг/мл, что достоверно выше, чем у детей второго – 24,0 [21,3–29,25] нг/мл ($p=0,03$) и третьего года жизни – 20,65 [12,75–24,95] нг/мл ($p=0,002$) соответственно. Корреляция между уровнем витамина D и возрастом пациентов составила $r=-0,32$ ($p<0,001$). При анализе зависимости показателя ПТГ от возраста пациентов выявлено, что у детей первого года жизни уровень ПТГ (19,1 [13,9–27,7] пг/мл) достоверно ниже ($p=0,05$) по сравнению с детьми второго года (23,8 [17,9–22,6] пг/мл), но статистически значимо не отличается от уровня ПТГ у детей третьего года жизни (22,3 [15,8–25,5] пг/мл). Корреляция между возрастом пациентов и уровнем ПТГ не была значимой и составила $r=0,2$, $p>0,05$.

По итогам месячного курса коррекции недостаточности витамина D мы наблюдали существенный статистически значимый прирост уровня 25(OH)D с 24,8 [17,6–32,5] нг/мл до 49,1 [39,7–69,8] нг/мл ($p<0,001$), при этом число детей с недостаточностью и дефицитом сократилось с 74 (68,5%) до 11 (15,2%) ($p<0,001$). На фоне прироста

кальцидиола сыворотки наблюдалось закономерное снижение показателей ПТГ с 21,0 [15,7–26,2] пг/мл до 12,0 [9,5–15,4] пг/мл ($p < 0,001$). Корреляционная зависимость между приростом кальцидиола и снижением ПТГ составила $r = -0,64$, $p < 0,0001$. Прирост концентрации кальцидиола сыворотки наблюдался при использовании любых назначенных лечебных доз, при этом получена значимая положительная корреляционная зависимость между приростом 25(OH)D и суточной дозой водного раствора холекальциферола – $r = 0,67$, $p < 0,001$. В то же время зависимость между суточной дозой витамина D и снижением уровня ПТГ имела отрицательный характер – $r = -0,38$, $p < 0,01$. После курса коррекции препаратами холекальциферола выявлена отрицательная корреляция между обеспеченностью витамином D и уровнем ПТГ – $r = -0,55$, $p < 0,001$.

Выводы. У детей раннего возраста имеется существенная зависимость между уровнем паратиреоидного гормона и обеспеченностью витамином D. Недостаточная обеспеченность витамином D у детей второго и третьего года жизни по сравнению с детьми первого года сопровождается повышением концентрации паратиреоидного гормона. Использование у детей раннего возраста лечебных доз препаратов витамина D способствует значимому увеличению концентрации кальцидиола сыворотки и снижению уровня паратиреоидного гормона.

Список литературы

1. Авдеева, В.А. Референсный интервал витамина D: взгляд на паратиреоидный гормон / В.А. Авдеева, Л.А. Суплотова, А.С. Судницына // Медицинская наука и образование Урала. – 2018. - № 2. – 158-161.
2. Карлович Н. В., Мохорт Т. В., «Витамин D, паратгормон и хроническая болезнь почек» // Лечебное Дело. 2016. № 4 (50). 7 С. 3-79.
3. Khundmiri, S.J. PTH and vitamin D / S.J. Khundmiri, R.D. Murray, E. Lederer // Compr Physiol. – 2016. – Vol. 6, № 2. – P. 561–601.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В И ДЕЛЬТА-ИНФЕКЦИЯ

Ражабов И.Б.

Научные руководители: Даминова М.Н., Таджиев Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В современных условиях изучение хронического гепатита и цирроза печени становится социальной задачей: эти заболевания поражают работоспособное население, нередко становятся причиной инвалидности; длительное лечение больных причиняет государству значительный экономический ущерб [1,4].

Целью нашей работы было изучение клинико-лабораторных особенностей хронического вирусного гепатита В с дельта агентом

Материалы и методы. Для выполнения поставленных задач проведено обследование 57 больных детей с хроническим вирусным гепатитом В(ХВГВ) с дельта агентом, от 5-ти лет до 14 лет, госпитализированных в клинику НИИЭМИЗ МЗ РУз. В работе использованы общеклинические, клинико-лабораторное обследование по общепринятым стандартам, ОАК и биохимические анализы крови, серологические (ИФА), ПЦР (качественный, количественный), УЗИ органов брюшной полости и статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Диагноз ХГД подтверждали обнаружением в сыворотке крови, помимо

маркеров НВ-инфекции, анти-дельта (анти-НД) как суммарных, IgG, так и IgM, методом ПЦР[2,3,5].

Результаты и обсуждение. При постановке диагноза хронического гепатита учитывали длительность заболевания, которая всегда превышала 6 месяцев и данные клинико-биохимических[6]. Течение болезни при длительности процесса 1-2 года. Из 57 пациентов ХГВ у 29 (50,88%) имел место острый вирусный гепатит В, протекавший в легкой форме у 27(47,37%) и в средне тяжелой — у 2(3,51%) человек, остальные 28(49,13%) детей, были выявлены по контакту с больными в детских садах, школах и т.д. и много лет наблюдались как «носители НВsAg в различных медицинских учреждениях. Клиническая симптоматика болезни на этом сроке довольно многообразна, у 17,55-43,86% больных она представлена «желтухой», повторяющимися «немотивированными» ознобами с повышением температуры до 38-39° в течение 1-2 дней, развитием отечно-асцитического и геморрагического синдромов 15(26,32%), наличием болей в правом подреберье 13(22,81%), плотной консистенцией печени 51(89,48%) и селезенки 51(89,48%). Даже при отсутствии подобной полиморфности в клинической картине, у большинства больных имеются такие симптомы, как слабость 45(78,95%), вторичные печеночные знаки в виде сосудистых звездочек и пальмарной эритемы 43(75,44%), гепатоспленомегалия 51(89,48%), которые появляются в течение такого непродолжительного периода болезни, как 1-2 года.

Для биохимической картины ХТД на этом сроке заболевания характерно повышение билирубина (в ср. 33,2-19,1 мкмоль/л), гиперферментемия (АлАТ — 341,3-54,0 мкмоль/мин.л) и нарушение белково-синтетической функции печени, что отражается в изменении осадочных проб, снижении количества альбуминов (55,2-8,0%) и повышении γ -глобулинов крови (27,6-5,5%). Только у 3(5,27%) больных ХГД на сроке болезни 1-2 года установлен диагноз хронического персистирующего гепатита (ХПГ). ХГВ был дифференцирован как ХАГ у 27(47,37%), больных, как ХПГ — у 23(40,35%), у остальных — 7 детей — обнаружено здоровое носительство НВsAg.

Выводы. Изучена клинико-лабораторная картина хронического гепатита дельта, с длительностью процесса 1-2 года, характеризуется полиморфизмом и выраженностью клинической симптоматики, нарушением, прежде всего, белково-синтетической функции печени.

Список литературы

1. Абдурахманов Д. Т. Хронический гепатит дельта: клинико-морфологическая характеристика, течение и исходы./ Абдурахманов Д. Т. // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.. — 2004. — Т. 14, № 4. — С. 14—17.
2. Кетиладзе Е.С. Дельта-инфекция и хронический вирусный гепатит В /Е.С.Кетиладзе, Н.П.Бугаева, Т.П.Козлова, Т.В.Голосова, Г.Е.Ворожбиева, С.О.Вязов//Сб.науч.тр./ Вирусные гепатиты.- Москва-Прага, 2005.- С. 248-254.
3. Ражабов И.Б. Сравнительная клиническая характеристика вариантов хронического НВV-, HCV- гепатита./ Ражабов И.Б., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И. // Сб.науч.тр. международного форума/ «Актуальные проблемы науки и практики в медицинском образовании».-Ташкент, 2019.-С.94-95.
4. Fattovich G. Influence of hepatitis delta virus infection on morbidity and mortality in compensated cirrhosis type B. The European Concerted Action on Viral Hepatitis (Eurohep). / Fattovich G., Giustina G., Christensen E., Pantalena M., Zagni I., Realdi G., Schalm S. W. // Gut. — 2012. — Vol. 46, no. 3. — P. 420—426. — PMID 10673308.
5. Le Gal F. Eighth major clade for hepatitis delta virus. / Le Gal F., Gault E., Ripault M. P., Serpaggi J., Trinchet J. C., Gordien E., Dény P. // Emerging infectious diseases. — 2015. — Vol. 12, no. 9. — P. 1447—1450.

6. Shirvani-Dastgerdi E. Hepatocarcinogenesis associated with hepatitis B, delta and C viruses. / Shirvani-Dastgerdi E., Schwartz R. E., Ploss A. // Current opinion in virology. — 2016. — Vol. 20. — P. 1—10. — DOI:10.1016/j.coviro.2016.07.009. — PMID

ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ УРОВНЯ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ОТ ПИТАНИЯ

Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Иванникова А.С.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко

Когнитивное развитие человека определяется рядом факторов: генетическими факторами, течением беременности у матери, факторами окружающей среды, составом и социальным положением семьи, влиянием школы, личностными особенностями ребенка и родителей.

Одним из немаловажных факторов, влияющих на когнитивное развитие ребенка, является организация его питания: на первом году жизни – грудное вскармливание, правильное введение прикорма, в дальнейшем – рациональное и сбалансированное питание.

В настоящее время проведено много исследований, которые показывают зависимость продолжительности грудного вскармливания на соматическое здоровье ребенка 1 года жизни, но нет исследования, которое показало бы зависимость питания детей на уровень их когнитивного развития в дальнейшем, готовность при поступлении в школу [1]. Данное исследование поможет определить, какие именно продукты должны присутствовать в ежедневном меню ребенка и в дальнейшем составить рекомендации по питанию.

Материал и методы: на базе городской детской поликлиники № 11 г. Воронежа было проведено анкетирование 30 матерей с детьми в возрасте 6-7 лет, поступающих в школу, а затем были просмотрены истории развития ребенка (ф. 112/у) этих детей. С помощью анкеты для мам был проанализирован рацион питания детей в период грудного возраста, в возрасте 3 лет и на данный момент. С помощью анкеты для детей был оценен уровень когнитивного развития: изучение сформированности сенсорных эталонов и особенностей зрительного восприятия у конкретного ребенка, определение функциональной готовности к школьному обучению (психомоторной зрелости), изучение общей осведомленности ребенка, уровня развития основных мыслительных операций (анализа, сравнения, обобщения). Результаты были оценены в баллах. Для оценки влияния продолжительности грудного вскармливания на когнитивное развитие были сформированы 4 группы детей: 1 – не находились на грудном вскармливании, 2 – находились на грудном вскармливании до 1 месяца, 3 – находились на грудном вскармливании до 6 месяцев, 4 – находились на грудном вскармливании до 1 года и более.

Из истории развития ребенка (ф. 112/у) были проанализированы хронические заболевания этих детей, оценен рост и вес при рождении, в 1 год, в 2 года, в 3 года и в 6 лет.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов: опрошено 30 матерей. Возраст детей, участвующих в анкетировании: 6 лет – 25 детей (83,3%), 7 лет – 5 человек (16,7%), из них 10 мальчиков (33,3%) и 20 девочек (66,7%). Большинство детей (25 человек – 83,3%) были рождены от 1-й беременности, и 5 детей (16,7%) – от 2-й беременности. У всех матерей роды были самостоятельными. Средняя длительность грудного вскармливания составила 7,7 месяцев, начало введение прикорма – в 5,4 месяцев, в качестве первого продукта прикорма у 50% детей была использована каша, у

второй половины – овощное пюре. Анализ заболеваемости детей показал, что на 1-м году жизни в 33,3% случаев отмечались запоры, в 33,3% случаев – срыгивания, острые респираторные заболевания – в 16,7% случаев, пищевая аллергия – у половины детей. Анкетирование показало, что режим дня соблюдали 66,7% детей. Половина детей принимали поливитаминные комплексы постоянно, остальные дети получали поливитамины 1 раз в году в осенне-зимний период.

Оценка когнитивного развития детей показала, что при определении сформированности сенсорных эталонов и особенностей зрительного восприятия дети 1-й группы набрали в среднем 2 балла, дети 2-й группы – 2,8 балла, дети 3-й группы – 2,75 балла, дети 4-й группы – 3 балла. Суммарно при прохождении теста на школьную зрелость обследуемые 1-й группы набрали 8 баллов (означает зреющий уровень психомоторного развития, вариант «Б»), дети остальных групп набрали в среднем 4 балла (что говорит о зрелом уровне психомоторного развития). При изучении общей осведомленности ребёнка и уровня развития основных мыслительных операций средний балл в 1-й группе составил 21, во 2-й группе – 17,4, в 3-й группе – 19 и в 4-й группе – 21 балл, что говорит об уровне осведомленности и мыслительных операций ребёнка выше среднего.

Для оценки влияния фактора питания на изучаемые показатели были сформированы группы из числа обследованных детей со сбалансированным и несбалансированным питанием на основании анализа анкетирования родителей о количестве и кратности потребления продуктов в течение недели и приема витаминно-минеральных комплексов. Сбалансированное питание имели 50% испытуемых.

Средний балл по сформированности сенсорных эталонов и особенностей зрительного восприятия у детей со сбалансированным питанием составил 3, у детей, имеющих несбалансированное питание – 2,3 балла. Тест на школьную зрелость выявил зрелый уровень психомоторного развития у детей обеих групп. При изучении общей осведомленности ребёнка и уровня развития основных мыслительных операций средний балл среди детей со сбалансированным питанием составил 21, в то время как в другой группе – 15 баллов. У них уровень развития основных мыслительных операций (анализа, сравнения, обобщения) оценен в среднем на 21 балл, что на 6 баллов больше, чем у детей с несбалансированным питанием.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. У матерей значительно снижена продолжительность грудного вскармливания относительно рекомендаций ВОЗ – в среднем это до 7,7 месяцев.
2. Сформированность сенсорных эталонов и особенностей зрительного восприятия, уровень психомоторной зрелости и интеллектуальное развитие напрямую зависят от продолжительности грудного вскармливания и тем выше, чем дольше дети кормились грудным молоком.
3. Психомоторная зрелость и интеллектуальное развитие, уровень развития основных мыслительных операций (анализа, сравнения, обобщения) зависят от сбалансированности питания.

Список литературы

1. Семенова А.В. Здоровье детей, находящихся на естественном вскармливании / А.В. Семенова, О.А. Поникаровская, А.А. Усынина // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 1, №1(37). – С. 21 – 22.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ 25(ОН)D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НА ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА У ДЕТЕЙ

Расулова Н.А., Шарипов Р.Х., Расулов А.С.

Научный руководитель: Шарипов Р.Х.

Самаркандский Государственный медицинский институт

В условиях Узбекистана причины возникновения рахита до сих пор остаются мало изученными, однако характерные климато-географические и этнические особенности могут оказать определенное влияние на частоту возникновения и течения рахита у детей первого года жизни [3,5]. Непосредственным фактором вызывающий рахит является недостаток витамина D [2,4]. Однако его дефицит всегда определялся косвенно по содержанию Са и Р [1]. В тоже время содержание Са и Р не всегда точно отражает степень тяжести и клинические проявления рахита и поэтому клинические проявления рахита могут быть и при нормальном содержании Са и Р в крови. Исследования по определению активного метаболита витамина D, который является прямым показателем дефицита витамина D, в условиях Узбекистана не проводилось.

Материал и методы: под наблюдением находилось 466 детей, в возрасте от 1 до 12 месяцев, которых родители считали практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Детей в возрасте до 6 месяцев было 166 (35,6%), до 12 месяцев - 204 (43,7%), до 3-х месяцев - 96 (20,6%). Отмечено преобладание мальчиков – 258 детей (55,3±2,3%), тогда как количество девочек составило 208 (44,6±2,3). Было проведено анкетирование у матерей, и вопросник включал такие темы как этнический фон, история болезни, обеспеченность солнечным светом, развитие ребенка и беременность. Определение 25(ОН)D3 в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. У каждого ребенка брали по 2 мл венозной крови. Сыворотку отделяли путем центрифугирования при 3000 об./мин в течение 10 мин. и хранили при температуре -200С. Дефицит 25(ОН)D3 был определен как величина ниже 30 ммоль/л (12мг/мл).

Результаты и обсуждения: в зависимости от уровня 25(ОН)D3 в сыворотке крови все обследованные дети были разделены на 2 группы: 1 группа – дети с нормальным уровнем 25(ОН)D3 в сыворотке крови; 2 группа – дети с пониженным уровнем 25(ОН)D3 в сыворотке крови. В 1 группу вошли 84 (18,7%) ребенка, во 2 группу – 365 (81,2%). Патологическое течение беременности было выявлено у 73,4% обследованных матерей. Рахит выявлен у 28,9% детей, последствия перинатального поражения нервной системы - 16,2%, гипотрофия – 4,8%, паратрофия – 0,6%, ОРВИ – 51,2%, клинически железодефицитная анемия легкой степени выявлялась у 25,8% обследованных детей. Представляло интерес выяснение взаимосвязи содержания основного метаболита витамина D, с факторами риска развития рахита со стороны ребенка. У детей с низким уровнем содержания 25(ОН)D в сыворотке крови причинами развития рахита на первое место выходят: отсутствие приема витамина D на первом году жизни – 77,5%, недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 минут в день) – 37,5%, частые простуды. Другие факторы выявлялись с одинаковой частотой как у детей с нормальным, так и низким уровнем 25(ОН)D3 в сыворотке крови.

Нами проведен также анализ в зависимости от уровня 25(ОН)D3 в сыворотке крови у детей с основными факторами риска со стороны матерей

Из факторов риска со стороны матери, у детей которых был отмечен низкий уровень 25(ОН)D в сыворотке крови, на первый план можно вынести отсутствие приема витамина D во время беременности – 85,4% железодефицитная анемия во время беременности – 59,1%, дефекты питания матери во время беременности – 58%.

При сопоставлении таблиц с нормальным и со сниженным уровнем 25(ОН)D3 в сыворотке крови мы использовали критерий оценок долей. Достоверность определялась с

помощью таблицы критических значений критерий Стьюдента. Из указанных факторов риска со стороны матери определены 4 значимых факторов: железодефицитная анемия во время беременности $Z=3,12$ $P<0,002$; осложненные роды $Z=1,46$ $P<0,2$; домохозяйка $Z=1,2$ $P<0,5$; токсикозы у матери во время беременности $Z=1,8$ $P<0,1$.

Со стороны ребенка определены 6 значимых факторов риска: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни $Z=6,9$ $P<0,00001$; ОРВИ у ребенка $Z=1,5$ $P<0,02$; время рождения (осеннее-зимний период) $Z=1,6$ $P<0,2$; недостаточное пребывание на свежем воздухе (менее 20 минут в день) $Z=1,5$ $P<0,2$; железодефицитная анемия у ребенка $Z=16$ $P<0,01$. из указанных факторов риска со стороны ребенка с помощью статистических технологий определены наиболее значимые факторы: отсутствие профилактики витамином D на первом году жизни $P<0,00001$; железодефицитная анемия у ребенка $P<0,01$.

Выводы: в настоящее время рекомендации по профилактическому и лечебному применению препаратов витаминов D3 должны быть аргументированы на основании уровня 25(OH)D3 в сыворотки крови у детей. Причем оценка обеспеченности должна проводится не косвенным путем - по определению в крови содержания Са и Р, а методом прямого определения в крови метаболитов витамина D. Надежным методом оценки экзогенной обеспеченности витамином D в настоящее время является определение в крови содержания 25-оксиколекальциферола (25-OH-D).

Список литературы

1. Баженова Л.К., Капранова Е.И., Баяндина Г.Н., Эрдес С.И.. Детские болезни (справочник) под ред. Геппе Н.А.. М., 1997.- С. 49-55
2. Расулов А.С., Шарипов Р.Х., Дильмурадова К.Р., Мавлянова В.Д., Хатамов Ф.Д., Чальян В.О., Ирбутаева Л.Т. Роль и значение новой программы по профилактике рахита и анемии у детей первого года жизни в оптимизации последипломного образования педиатров //Педиатрия. - Ташкент.-2002.- №2.- с.77-81
3. Расулов А.С. и соавт. Реабилитация детей первого года жизни с рахитом и анемией // International journal on immunorehabilitation. April, 2001, Volume 3, 170
4. Расулова Н.А. Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита. Автореферат дисс....канд мед. наук. Ташкент. – 2010.- С. 19
5. Deniz Gungor, Ilke Biger, Rob Rodrigues Pereira, Alisher S.Rasulov e.a. Prevalence of vitamin D deficiency in Samarkand, Uzbekistan // J of Nutritional 2008; 000 (000): 1-9

РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Рымашевская А.Г., Симакова Ю.В.

Научный руководитель: Лозовик С.К.

Гомельский государственный медицинский университет

В настоящее время у детей все чаще встречаются изменения слизистой оболочки пищевода воспалительного характера. В структуре хронических воспалительных заболеваний органов пищеварения изолированные эзофагиты занимают около 1,5%. Чаще воспаление пищевода сочетается с поражением других органов и систем: при хронических гастритах сочетанное поражение пищевода определяется у 15% детей, при хронических гастроудоденитах – 38,1%, при язвенной болезни эзофагит встречается практически у всех пациентов [1]. Термином «гастроэзофагеальный рефлюкс» (ГЭР) обозначают ретроградное продвижение содержимого желудка через нижний пищеводный сфинктер в пищевод. Продолжительный контакт слизистой оболочки пищевода с агрессивным

кислым рефлюктом способствует развитию воспаления [2]. Частота диагностики рефлюкс-эзофагита у детей с заболеванием пищеварительной системы по данным разных авторов от 8 до 17% [3].

Материалы и методы. Проведен анализ «Медицинских карт стационарного пациента» (форма №003/у-07) педиатрического отделения №4 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» за первый квартал 2019 года. Учитывались результаты клиничко-анамнестического, эндоскопического и морфологического исследований пациентов с рефлюкс-эзофагитами (по МКБ-10: K21.0 – ГЭР с эзофагитом; K21.9 – ГЭР без эзофагита; K22.1 – эрозия пищевода).

Результаты и обсуждение. Исследуемая группа – 93 человека: 48 (51,6%) девочек и 45 (48,4%) мальчиков. Возраст пациентов от 5 до 17 лет: 5-9 лет – 14 (15,0%), 10-13 лет – 42 (45,2%), 14-17 лет – 37 (39,8%) человек. Жители г. Гомеля – 62 (66,7%) ребенка, 31 (33,3%) – проживают в Гомельской области.

Отягощенный по гастропатологии наследственный анамнез выявлен у 50 (53,8%) детей: 30 (60,0%) девочек, 20 (40,0%) мальчиков. Отягощенный алергоанамнез у 32 (34,4%) детей: 18 (56,3%) девочек, 14 (43,7%) мальчиков.

В клинике хронических воспалительных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта с рефлюкс-эзофагитами болевой абдоминальный синдром имел место у 71 (76,3%) пациента исследуемой группы. Диспепсический синдром: тошнота у 34 (36,6%), изжога у 18 (19,4%), отрыжка у 17 (18,3%), рвота у 8 (8,6%). Не предъявляли жалоб при осмотре 15 (16,1%) детей и подростков: 3 (20,0%) девочки, 12 (80,0%) мальчиков.

По данным эндоскопии ГЭР с неэрозивным эзофагитом выявлен у 62 (66,7%) – 32 девочки, 30 мальчиков; ГЭР с эрозивным эзофагитом – у 29 (31,2%) – 15 девочек, 14 мальчиков; ГЭР без эзофагита – у 2 (2,1%) подростков – 1 девочка, 1 мальчик.

Биопсия слизистой оболочки антрального отдела желудка выполнена 76 пациентам (40 девочек, 36 мальчиков): у 13 (17,1%) девочек слизистая нормального гистологического строения; у 63 (82,9%) обследованных – 27 девочек, 36 мальчиков – верифицирован хронический гастрит. По результатам морфологического исследования антральный гастрит слабовыраженный у 45 (71,4%) пациентов – 18 девочек, 27 мальчиков; умеренно выраженный – у 18 (28,6%) – 9 девочек, 9 мальчиков. По степени активности хронический гастрит неактивный у 38 (60,3%) – 12 девочек, 26 мальчиков; 1 степени – у 10 (15,9%) – 7 девочек, 3 мальчика; 2 степени – у 15 (23,8%) – 8 девочек, 7 мальчиков. Обследование на *Helicobacter pylori* (Hr) проведено у 76 пациентов: результат отрицательный у 60 (78,9%) – 30 девочек, 30 мальчиков; лёгкая степень обсемененности – Hr (+) у 6 (8,0%) – 5 девочек, 1 мальчик; средняя – Hr (++) у 8 (10,5%) – 4 девочки, 4 мальчика; высокая – Hr (+++) у 2 (2,6%) – 1 девочка, 1 мальчик.

Проведена оценка физического развития детей и подростков исследуемой группы по центильным таблицам (Гродно, 2000). Физическое развитие очень низкое у 2 (2,2%) детей – 1 девочка, 1 мальчик; низкое у 2 (2,2%) мальчиков; ниже среднего – у 7 (7,5%) – 3 девочки, 4 мальчика; среднее – у 20 (21,5%) – 16 девочек, 4 мальчика; выше среднего – у 16 (17,2%) – 10 девочек, 6 мальчиков; высокое – у 23 (24,7%) – 9 девочек, 14 мальчиков; очень высокое – у 9 (9,7%) – 3 девочки, 6 мальчиков; резко дисгармоничное – у 14 (15,0%) – 6 девочек, 8 мальчиков. Физическое развитие гармоничное у 37 (39,8%) – 23 девочки, 14 мальчиков, дисгармоничное – у 56 (60,2%) – 25 девочек, 31 мальчик.

Выводы. Таким образом, рефлюкс-эзофагиты чаще диагностируются у городских детей среднего и старшего школьного возраста. В клинике преобладают болевой абдоминальный и диспепсический (тошнота, изжога, отрыжка) синдромы; более трети мальчиков жалоб не предъявляют. При эндоскопическом исследовании преобладает ГЭР с неэрозивным эзофагитом, у трети пациентов диагностируется ГЭР с эрозивным эзофагитом, в единичных случаях – ГЭР без эзофагита. У большинства обследованных

рефлюкс-эзофагит сочетается с хроническим слабовыраженным неактивным гастритом, Нр(-). Результаты обследования на Нр-инфекцию у девочек и мальчиков различий не имеют. Физическое развитие детей и подростков среднее, выше среднего, высокое, очень высокое у преобладающего большинства мальчиков и девочек; при этом у девочек одинаково часто регистрируется гармоничное и дисгармоничное физическое развитие, а у мальчиков – в 2 раза чаще дисгармоничное.

Список литературы

1. Сукало, А. В. Гастроэнтерология и диетология в детском возрасте : руководство для врачей / А. В. Сукало, А. А. Козловский. – Минск : Беларуская навука, 2019. – 426 с.
2. Майданник, В. Г. Болезни органов пищеварения у детей / В. Г. Майданник // К.: СП «Интертехнодрук», 2010. – 1157 с.
3. Детские болезни : практ. пособие / А. В. Сикорский [и др.] ; под ред. А. М. Чичко, М. В. Чичко. – Минск : ФУАинформ, 2013. – 896 с.

ПЕРВИЧНОЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ – АГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ С ДЕФИЦИТОМ В-КЛЕТОК (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Савичевская К.В.

Научный руководитель: Зыкова Л.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Агаммаглобулинемия с отсутствием В-клеток - наследственная гипогаммаглобулинемия. Выделяют Х-сцепленный вариант (в 85% случаев) и аутосомно-рецессивную форму (в 15%). В основе заболевания лежит нарушение процессов дифференцировки и созревания В-лимфоцитов. В костном мозге происходит превращение про-В-клеток в пре-В-клетки и зрелые В-лимфоциты, покидающие костный мозг и выходящие на периферию [1]. Цель исследования: писать клинический случай агаммаглобулинемии с дефицитом В-клеток у ребёнка 7 лет. Материалы и методы: проведен анализ медицинской документации (ф. 112, выписка из истории болезни) ребёнка 7 лет с диагнозом первичный иммунодефицит, агаммаглобулинемия с дефицитом В-клеток. Результаты: Приводим исследования за пациентов Д, 7 лет. Клинический диагноз: Первичный иммунодефицит: Агаммаглобулинемия с дефицитом В-клеток. Осложнения: Пневмофиброз. Фиброателектаз языковых сегмента слева. Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, масса 3748г, длина 54 см, оценка по шкале Апгар при рождении 6/8 баллов. Анамнез заболевания: Объективно: Жалобы на частые респираторные заболевания, пневмонии, отиты, гаймориты. Лимфатическая система: пальпируются шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы до 1,0 см, подвижные, безболезненные, эластичные, не спаяны друг с другом и с окружающими тканями. В гемограмме: Нв (г/л) - 140; RBS (х 10¹² /л) – 5,2; PLT (х 10⁹ /л) – 512; WBC (х 10⁹ /л) – 9,0; п/я (%) 3; с/я (%) – 58; эоз. (%) 5; лимф.(%) 21; мон. (%) – 12; баз(%) – 1; СОЭ- 3 мм/час. Уровень иммуноглобулинов сыворотки резко снижен (мг/дл): IgA – 26,00 (норма – 34-240), IgM – 18,00 (норма 50-260), IgG – 9,37 (норма 600-1400), CRP – 0,171 (норма 0 – 0,5). Иммунофенотипирование лимфоцитов: CD3+ 90,0%; CD3+CD4+ 59,0%; CD8+,CD3+ 24,0%; CD4/CD8 2,5%; CD3+HLA-DR+ 15,0%; CD19+ (В-лимфоциты) 0,1% - резко снижены; (CD16+, CD56)+CD3- 8,0%. КТ грудной клетки: отмечается локальная зона деформированного и уплотненного интерстиция с наличием мелких полиморфных

перибронховаскулярных уплотнений в периферических и субплевральных отделах S8. Равномерное расширение бронхов (цилиндрические бронхоэктазы) с акцентом в нижних долях обоих легких, стенки бронхов уплощены, просвет свободен.

Выводы: У пациента наблюдается первичный иммунодефицит: Агаммаглобулинемия с дефицитом В-клеток. Уровень сывороточных иммуноглобулинов у пациента резко снижен. Ребёнок по жизненным показаниям нуждается в проведении заместительная терапия ВВИГ и другими лекарственными препаратами. По данным КТ грудной клетки у пациента сохраняются необратимые изменения в органах дыхания - участки пневмофиброза, фиброателектаз язычковых сегментов слева. Поздняя диагностика ПИД в данном клиническом наблюдении свидетельствует о целесообразности внедрения в России скрининга новорождённых для предварительного выявления пациентов с первичным иммунодефицитным состоянием (по опыту зарубежных стран) [2].

Список литературы

1. Аллергология и иммунология / под ред. А.А. Баранова и Р. М. Хаитова: Союз педиатров России – М.: Изд-во «ПедиатрЪ», 2018.- 492 с.- (Клинические рекомендации для педиатров)
- 2 Чернышова Е.В., Анастасевич Л.А., Щербина А.Ю., Ларин С.С. Современные возможности скрининга и диагностики первичных иммунодефицитных состояний в педиатрии. Педиатрия. 2016; 95 (3): 124 – 128.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА ИММУННЫЙ СТАТУС ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Савченко М.А.

Научный руководитель: Барычева Л. Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

В последние годы расширилось наше понимание того, как влияет витамин D на здоровье человека. Прежде всего это связано с обнаружением экспрессии рецепторов к витамину D, а также ферментов, его метаболизирующих во многих клетках и тканях организма, в том числе иммунной системе [1].

Активная форма витамина – 1,25(ОН)₂D₃ является мощным иммуномодулятором как врожденного, так и приобретенного иммунного ответа, включая антибактериальную активность моноцитов/макрофагов, супрессию активности NK-клеток, ингибирующее влияние на дендритные клетки, ингибицию пролиферации Т-клеток, модуляцию фенотипа Т-клеток [2].

Результаты фундаментальных и клинических исследований витамина D указывают на взаимосвязь между дефицитом витамина D и возрастанием рисков различных инфекционных и аллергических заболеваний у детей и подростков [3].

Популяционные исследования свидетельствуют о высокой распространенности низкого статуса витамина D среди детского населения [4].

Цель работы: оценить влияние дефицита витамина D на иммунный статус и формирование иммунной компрометированности у детей раннего, дошкольного и школьного возраста.

Материалы и методы: представленные в настоящей работе данные получены при ретроспективном анализе 35 амбулаторных карт детей из диспансерной группы часто болеющие дети, наблюдавшихся у аллерголога-иммунолога в СКККДЦ г. Ставрополь за

период 2016-2018 гг. В работе использовались клинические, иммуноферментные, а также методы непараметрической статистики - критерий χ^2 , критерий Манна-Уитни.

Критериями включения являлись: наличие в амбулаторной карте данных иммунологического исследования, данных ИФА – уровень витамина D в крови (по суммарному 25-ОН витамин D).

В соответствии с клиническими рекомендациями Российской Ассоциации Эндокринологов за 2015г. уровень витамина менее 20 нг/мл трактовался как дефицит; 20-30 нг/мл – недостаточность; более 30 как норма.

Результаты исследования

По гендерному признаку в группе часто болеющих детей достоверно преобладают мальчики – 66%, на долю девочек приходится 34 %. По возрасту сформировалось 3 категории детей: на долю школьников приходится 26% детей, тогда как дети дошкольного и раннего возраста составили по 37%. У 46% детей из диспансерной группы часто болеющих детей, имевших недостаток витамина D, диагностировался атопический дерматит. На долю аллергического ринита, пищевой аллергии и рецидивирующего обструктивного бронхита с угрозой развития бронхиальной астмы приходилось по 42%. Бронхиальная астма составляла 25%, а у 21% детей имелась поливалентная сенсibilизация. Большинство детей имели не одно, а 2 и более заболевания одновременно. 7 детей опытной группы имели адекватные уровни витамина D в крови (в пределах 30-50 нг/мл), у 19 детей выявлена недостаточность, в процентном соотношении это 54%, 9 детей имели дефицит витамина, что составило 26%. При оценке функциональной активности фагоцитирующих клеток у детей раннего возраста фагоцитарный резерв был снижен у 70%, его среднее значение было достоверно снижено в сравнении с контрольной группой. Достоверное снижение фагоцитарного резерва было отмечено и в группе детей дошкольного возраста. Среди детей школьного возраста 44% имели снижение фагоцитарного резерва, однако статистическая значимость различий не достоверна. При оценке клеточного звена иммунитета у часто болеющих детей раннего возраста наблюдались более высокие значения показателей Т-хелперов в сравнении с контрольной группой, остальные показатели клеточного звена иммунитета не имели достоверных отличий от контрольных значений. Анализ данных иммунограмм детей дошкольного и школьного возраста не выявил достоверных отличий в клеточном звене. При определении сывороточных иммуноглобулинов у 30% часто болеющих детей раннего возраста отмечалось снижение уровня IgG в крови, а у 46% - снижение IgA в сравнении с контрольной группой. Средние значения показателей гуморального звена отражены на диаграмме. У детей дошкольного и школьного возраста достоверных отличий показателей гуморального иммунитета не выявлено.

Выводы

1. У 54% часто болеющих детей имеют недостаток витамина D в крови, у 26% детей отмечается его дефицит.
2. У 46% часто болеющих детей выявляется атопический дерматит, у 25% - бронхиальная астма, у 21% - поливалентная сенсibilизация, в 42% случаев диагностируются аллергический ринит, пищевая аллергия и рецидивирующий обструктивный бронхит.
3. У детей младшего возраста наблюдается увеличение уровня Т-хелперов в сравнении с контрольной группой.
4. Снижение фагоцитарного резерва отмечается у 70% детей в возрасте до 3-х лет (среднее значение – 1,90), у 77% детей дошкольного возраста (2,01) и у 44% детей старше 6 лет (2,5).
5. У 30,7% детей в возрастной категории до 3-х лет имеют сниженный уровень IgG в крови, а 46,15% - IgA.

Список литературы

1. Пигарова Е. А., Плещева А. В., Дзеранова Л. К. Влияние витамина D на иммунную систему // Иммунология. – 2015. – № 36 (1). – С. 62-66.
2. Иванцова Н. Л., Белякова А. Г., Дмитриевская М. И., Мельникова В. М., Полевик И. В. Участие активного метаболита витамина D в качестве иммуномодулятора гуморального и клеточного иммунного ответа // Таврический медико-биологический вестник. – 2017. – Т. 20, № 3. – С. 152-157.
3. Громова О. А., Торшин И. Ю., Захарова И. Н., Малявская С. И. Роль витамина D в регуляции иммунитета, профилактике и лечении инфекционных заболеваний у детей // Медицинский совет. – 2017. – № 19. – С. 52-60.
4. Громова О. А., Торшин И. Ю. Витамин D-смена парадигмы — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.-576 с.

СВЯЗЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ У ДЕТЕЙ

Самудинова С.Т., Подвойская Н.Ю.

Научный руководитель: Кувшинников В.А.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Заболеваемость отитом детей раннего возраста по отчётам детских поликлиник находится на втором месте после заболеваний ОРВИ. Такая высокая заболеваемость отитом связана с анатомо-физиологическими особенностями (АФО) носоглотки и среднего уха у детей раннего возраста. Проблема высокой заболеваемости отитом детей раннего возраста является актуальной и в настоящее время из-за возможных осложнений – антрита, менингита, абсцесса мозга, и последствий отита – тугоухости.

Цель: выявить вероятные причины заболеваемости отитом у детей раннего возраста и условия, способствующие заболеванию – ЖДА и ГЭР.

Материал и методы. Анализ 83 истории болезни детей, проходивших лечение в ИОРВ 3 ГДКБ в 2018-2019 г.

Результаты и их обсуждение. Анализ данных историй болезни больных отитом детей раннего возраста (от 4 месяцев до 3 лет) показал, что у всех из них заболевание начиналось с ОРВИ. Больных острым катаральным экссудативным отитом было 27, больных острым гнойным отитом было 28, больных рецидивирующим отитом было 27, у одного больного был тубоотит. ЖДА сопутствовала отиту в 28,4% случаев, а ЛДЖ – в 59,4% случаев. Эти показатели существенно выше, чем результаты распространённости ЖДА и ЛДЖ в популяционном обследовании, проведенном сотрудниками кафедры ранее ($P < 0,05$). Не было выявлено анемии в 12,2% случаев у детей с отитом. Проведенное исследование частоты сочетания отита и ГЭР (проведено у 22 больных) показало стопроцентную их сочетаемость. Статистическая обработка результатов исследования проведена по программе Statistic 10,0.

Выводы.

1. Заболевание острым средним отитом возникает после ОРВИ.
2. У абсолютного большинства детей раннего возраста, заболевших отитом, были обнаружены ЖДА и ЛДЖ (у около 90% больных детей).
3. Выявлено стопроцентное сочетание заболевания отитом и его рецидивирования у детей раннего возраста с наличием ГЭР.
4. Своевременное проведение рациональной профилактики ЖДА у детей раннего возраста будет способствовать снижению заболеваемости отитом.

5. Активное выявление ГЭР у детей раннего возраста, больных отитом, а также осуществление современных адекватных подходов к ведению детей с ГЭР (лечение положением, особенности питания и медикаментозная терапия), не только будут способствовать скорейшему излечению отита, но и препятствовать его рецидивированию.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Ситникова А.Г., Мошурова Л.В., Ульянова Л.В.

Научный руководитель: Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский Университет имени Н.Н. Бурденко

Пренатальное, в частности эмбриональное, развитие нервной системы - сложный процесс, который может быть нарушен в результате влияния различных факторов: наследственные особенности генофонда, эндогенные или экзогенные влияния (внутриутробные травмы, инфекции, интоксикации). Вследствие воздействия этих причин могут возникать разнообразные дефекты развития головного, спинного мозга, черепа и позвоночника. Данные пороки могут встречаться как изолированно, так и в различных сочетаниях [1].

В последние десятилетия перинатальная патология, включающая поражения центральной нервной системы (ЦНС) и аномалии развития является основной причиной не только детской инвалидности, но и пограничных расстройств, затрудняющих полноценную жизнь ребенка [2].

В данной работе приводится клинический случай рождения ребенка с множественными патологиями и тяжелейшим поражением ЦНС, в результате осложненного периода беременности, соматического и акушерского анамнеза матери.

Больной И., 9 месяцев, был госпитализирован в БУЗ ВО «ОДКБ №2» города Воронеж, 29 апреля 2019 года по решению комиссии по отбору пациентов в отделение паллиативной помощи для детей.

Из данных анамнеза: беременность III, протекала на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической внутриутробной гипоксии плода, гестационного пиелонефрита в 21 неделю гестации, вставания плаценты в область рубца, неполного предлежания плаценты, многоводия, резус-отрицательной группы крови без титра антител.

Осложненный акушерский анамнез: дважды оперированная матка, угроза разрыва матки по рубцу, перинатальные потери – живых детей нет.

Осложненный соматический анамнез матери: хламидийная, цитомегаловирусная, токсоплазменная инфекция; инфекция мочевыводящих путей; трихомонадный кольпит.

Роды III, преждевременные в сроке 32 недели 6 дней, патологические, путем кесарева сечения. Родился мальчик, вес – 1750 гр., рост – 45 см., окружность груди – 28 см., окружность головы – 31 см. Оценка по шкале Апгар - 1/4/6 баллов. Первичные реанимационные мероприятия включали: согревание, санацию верхних дыхательных путей, интубацию трахеи, ИВЛ аппаратом «NeoPuff», заместительную терапию сурфактантом «Куросурф» (360 мг эндотрахеально). Из операционной ребенок был переведен в ВОКБ №1 ВОПЦ ОРИТ №5, где проводились: респираторная, инфузионная, антибактериальная, кардиотоническая, гормональная и гепатопротекторная терапия. С 14.01.19 по 30.01.19 находился в ВОКБ №1 ВОПЦ ОРИТ №5. В динамике состояние оставалось очень тяжелым за счет дыхательной недостаточности, тяжелого гипоксически-геморрагического поражения ЦНС, гидроцефального синдрома. Уровень сознания – кома

I. Проводилась ИВЛ в режиме SIMV. Аускультативно дыхание в легких ослаблено, выслушивались влажные и проводные хрипы. Гемодинамика стабильная. Энтеральное кормление ребенок не усваивал.

30.01.19 ребенок был транспортирован бригадой РКЦ в ОРИТ БУЗ ВО «ВОДКБ№1». В пути проводилась ИВЛ, инфузионная терапия, мониторинг витальных функций.

Объективно при поступлении в ОРИТ БУЗ ВО ВОДКБ№1: состояние ребенка очень тяжелое за счет угнетения ЦНС, дыхательной недостаточности. Сознание отсутствует: кома I. Зрачки средней величины, d=s, фотореакция вялая. Роговичный рефлекс не определяется. Кожный покров субиктеричный, эластичный. Мышечная атония. Проводилась ИВЛ в режиме SIMV через трахеостомическую трубку диаметром 4,5 мм (f 25, рір 17, реер 5, FiO2 0.3, Tin 0.4). Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипы не выслушиваются. ЧСС – 166 в мин. АД – 66/35 мм.рт.ст. В дальнейшем состояние ребенка без значительной динамики. Вес на 24.04.19 – 4270 граммов. За время нахождения в отделении прибавил в массе тела 2520 грамм.

Ребенку был поставлен диагноз: синдром двигательных нарушений, гидроцефальный синдром, судорожный синдром, алейкомаляция. Врожденные пороки развития: контрактуры в кистях и стопах, стигмы дизэмбриогенеза (башенный череп, увеличенные лобные бугры). Внутриутробная инфекция неуточненной этиологии: пневмония. Дыхательная недостаточность III степени смешанного генеза. Операция: трахеостомия 2.04.19. Носитель трахеостомы. Анемия смешанного генеза, средней тяжести. Открытое овальное окно. Пиелозктазия левой почки (по данным УЗИ). Частичная атрофия зрительных нервов. Угрожаем по ретинопатии недоношенных. Сухой кератоконъюнктивит. Недоношенный новорожденный 32 недели гестации, СГВ. Постконцептуальный возраст 47 недель.

Осмотрев ребенка, проанализировав историю болезни, проведенные методы исследования, лечение, консилиум постановил: реабилитационный потенциал ребенка исчерпан, показана паллиативная помощь.

В заключение можно добавить, что предсказать, какой конкретно негативный фактор и на каком сроке беременности нанесет плоду непоправимый ущерб очень сложно, поэтому крайне важна роль как будущей матери, которой нужно быть осторожной и следить за своим здоровьем во время периода беременности, так и врача, который должен заподозрить риск возможных отклонений при проведении многоступенчатого обследования.

Список литературы

1. 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, С. О. Рогаткин//Педиатрия им. Г.Н.Сперанского. - 2010. - Том 89., No 2 - С.101-106.
2. Новиков Г. А. Паллиативная помощь в РФ: современное состояние и перспективы развития / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман, и др.//М.: ИД Практика. - 2009. – С. 5-9.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Слонимская А.В., Шором Ю.К.

Научный руководитель: Лукша А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Наблюдаемое в последнее время увеличение частоты встречаемости артериальной гипертензии (АГ) в популяции является медицинской, социальной и общественной проблемами [1, 4, 5]. Массовые обследования детского населения демонстрируют, что распространенность АГ в данном возрасте составляет от 2,4 до 18% [1, 2, 4]. Некоторые авторы полагают, что АГ условно является «экологическим заболеванием», так как сопровождается нарушениями водно-электролитного баланса, в основе которого лежат молекулярно-генетические детерминанты и пищевой статус индивидуума [3]. К примеру, в цивилизованных странах избыточное потребление поваренной соли приобрело роль эпидемиологического фактора сердечно-сосудистых заболеваний. Отклонения в содержании биохимических элементов, вызванные нутриентными факторами ухудшают здоровье детей и формируют неблагоприятный фон для проведения индивидуальных профилактических мероприятий. Считают, что без нормализации баланса микро- и макроэлементов, медикаментозные воздействия недостаточны или безуспешны, так как нарушенный водно-минеральный обмен не только вносит свой вклад в патогенез заболевания, но и изменяет фармакологический эффект на лекарственное воздействие [3]. Поэтому для осуществления эффективной и безопасной коррекции минерального баланса при АГ требуется установление особенностей макро- и микроэлементного гомеостаза.

Цель. Изучить особенности минерального обмена (уровень кальция, натрия, калия, хлора, фосфора, магния) у детей с АГ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 50 медицинских карт детей, в возрасте от 10 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с верифицированным диагнозом «артериальная гипертензия», из них 32 мальчика (64,0%) и 18 девочек (36,0%). Дети были разделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела, который рассчитывали, как соотношение массы тела в килограммах к росту в метрах в квадрате. Первую группу составили дети с АГ и нормальной массой тела ($n=17$, из них: 13 мальчиков (76,47%) и 4 девочки (23,53%), вторую группу – дети с АГ и избыточной массой тела (ИМТ) ($n=18$, из них: 11 мальчиков (61,11%) и 7 девочек (38,89%). В третью группу вошли дети с АГ и ожирением ($n=15$, из них: 8 (53,33%) и 7 (46,67%), соответственно). Статистическая обработка полученных данных проводилась непараметрическими методами статистического анализа с помощью программы STATISTICA, версия 10.0.

Результаты. Показатели минерального обмена среди мальчиков и девочек, статистически значимо не отличались ($p>0,05$). Установлено, что уровень кальция у нормостенических детей был равен 2,45 ммоль/л, у детей с ИМТ – 2,41 ммоль/л, у детей с ожирением – 2,31 ммоль/л ($p_{1-2}\leq 0,05$, $p_{2-3}\leq 0,05$, $p_{1-3}\leq 0,05$). Уровень натрия – 140 ммоль/л, 140,3 ммоль/л и 137,2 ммоль/л, соответственно ($p_{1-2}>0,05$, $p_{2-3}>0,05$, $p_{1-3}>0,05$). Калий у детей с нормальной массой тела равнялся 4,62 ммоль/л, у детей с ИМТ – 4,49 ммоль/л, у детей с ожирением – 4,39 ммоль/л ($p_{1-2}\leq 0,05$, $p_{2-3}\leq 0,05$, $p_{1-3}\leq 0,05$). Уровень хлора среди детей статистически значимо не различался (102,6 ммоль/л, 103,4 ммоль/л, 103,3 ммоль/л, соответственно, $p_{1-2}>0,05$, $p_{2-3}>0,05$, $p_{1-3}>0,05$). Фосфор: 1,39 ммоль/л среди детей с нормальной массой тела, с ИМТ – 1,24 ммоль/л, с ожирением – 1,01 ммоль/л ($p_{1-2}\leq 0,05$, $p_{2-3}\leq 0,05$, $p_{1-3}\leq 0,05$), магний: 0,88 ммоль/л, 0,80 ммоль/л и 0,78 ммоль/л, соответственно ($p_{1-2}\leq 0,05$, $p_{2-3}>0,05$, $p_{1-3}\leq 0,05$).

Выводы. Показатели водно-электролитного обмена в зависимости от гендерной принадлежности детей, статистически значимо не отличались. Установлена однотипность развития дисбаланса ионов кальция, калия, фосфора и магния у детей с АГ в зависимости от индекса Кетле. Чем выше индекс массы тела, тем более выраженный дисэлементоз наблюдается среди детей с АГ. Поэтому, поддержание количественного равновесия микроэлементов в организме играет важную роль в регуляции артериального давления. Это связано с тем фактом, что каждый из ионов, выполняя свои прямые функции, оказывает влияние на другие микроэлементы, тем самым обеспечивая нормальный электролитный круговорот в организме.

Список литературы

1. Беляева Л. М. Артериальные гипертензии у детей и подростков / Л.М. Беляева. – Минск : Беларус. навука, 2006. – 162 с.
2. Ватутин Н. Т. Распространенность артериальной гипертензии и факторов риска у лиц молодого возраста / Н.Т. Ватутин, Е.В. Скланная // Archive of Internal Medicine. – 2017. – № 1. – С. 30-34.
3. Гришина Т. Р. Элементный статус подростков 15 - 18 лет с артериальной гипертензией и способы коррекции его нарушений : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.09 / Т.Р. Гришина ; ГОУВПО Ивановская государственная медицинская академия. – Иваново, 2007. – 39 с.
4. Максимович Н. А. Эпидемиология артериальной гипертензии у детей Гродненской области за пятилетний период / Н. А. Максимович, А. В. Лукша, А. И. Кизелевич // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2019. – Т. 17, № 3. – С. 303-307.
5. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescent / E. Lurbe [et al.] // J Hypertens. – 2016. – Vol. 34, № 10. – P. 1887-920.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА. СИНДРОМ РЕТТА

Тимошенко Е.И.

Научные руководители: Минаево О.А., Колесникова Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Синдром Ретта (СР) – это тяжелое наследственное прогрессирующее дегенеративное заболевание с Х-сцепленным доминантным типом наследования, поражающие нервную систему и останавливающие развитие

больного человека в раннем возрасте.

Данное заболевание дебютирует в раннем возрасте, преимущественно у девочек (случаи жизнеспособных мальчиков редчайшие), характеризуется аутическим поведением, потерей навыков целенаправленного движения руками, специфическими автоматизмами, и нередко, развитием эпилепсии.

Данная патология крайне актуальна, так как среди преобладающих причин тяжелой умственной отсталости у педиатрических пациентов женского пола, после синдрома Дауна, можно выделить СР.

Частота возникновения синдрома Ретта варьирует и встречается в разных популяциях, но в среднем составляет 1:10000-1:15000 девочек. За все время в мире было зафиксировано и описано около 20 тысяч случаев данного заболевания, большая часть оказывались спорадическими и приблизительно 1% семейным.

Клиническая картина. Заболевание дебютирует в возрасте 6-20 месяцев. В атипичных случаях начало заболевания характеризуется ранним началом (до 6 месяцев) или поздним началом (после 3 лет).

Диагностические критерии классического (типичного) синдрома Ретта включают следующие пункты:

1. Нормальное течение перинатального периода.
2. Относительно нормальное психомоторное развитие больных до 6 месяцев.
3. Нормальные параметры окружности головы при рождении.
4. В возрастном интервале от 5 месяцев до 4 лет постнатальная задержка темпов роста головы
5. Потеря целенаправленной мануальной деятельности, возникающая у пациентов в возрасте от 6 до 30 мес., в совокупности с потерей социальных навыков и с трудностями в общении.
6. Утрата речи в сочетании с тяжелой умственной отсталостью
7. В возрасте 1-4 лет возникновение туловищной атаксии и апраксии ходьбы.
8. Возникновение стереотипных движений, захватывающих рот и лицевую мускулатуру, а также в руках.

Как правило, в течение заболевания можно выделить 4 стадии:

1. Стагнация - характеризуется замедлением темпов роста головы и психомоторного развития больного, потерю движения и контакта с окружающими. У больше части детей мы можем увидеть наличие судорожных припадков и аномалий дыхания.

2. Период регресса нервно-психического развития, сопровождающийся эпизодами беспокойства, «безутешного крика», тревожным сном.

3. Псевдостагнация. Данная стадия относительно стабильного состояния. Приступы беспокойства прекращаются, сон нормализуется, появляется возможность наладить эмоциональный контакт с ребенком. Однако, присутствует глубокая умственная отсталость, многообразные двигательные нарушения и тяжелые судорожные припадки.

4. Поздние двигательные нарушения. К концу первого десятилетия жизни начинается четвертая стадия - на первый план выступают прогрессирующие двигательные нарушения, а судороги становятся реже. В таком состоянии больные могут находиться десятки лет.

Специфических методов диагностики синдром Ретта не существует. На сегодняшний день в лечение синдром Ретта используется симптоматическая терапия.

Прогноз. СР является прогрессирующим патологическим процессом ЦНС. Нарастание психоневрологической симптоматики при синдроме Ретта, как правило, наблюдается до пубертатного периода. К 15 годам большая часть пациентов утрачивают навыки самостоятельного передвижения и становятся инвалидами. Однако, продолжительность жизни может быть достаточно большой, что напрямую зависит от ухода за больными.

Ребенок А. 2 года 11 месяцев. Жалобы на шаткость походки, задержку психо-речевого развития, страхи, тревожность, стереотипии (похлопывания в ладоши), метеозависимость. Из анамнеза: родился от 3 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в ранние сроки. От 3 срочных родов путем КС в возрасте 33 года с весом-2890 г., длиной-50 см, окружностью головы- 35 см, ОША 8-9 баллов. К груди приложен в операционной. Из роддома выписали домой на 6 сутки в удовлетворительном состоянии. НПР: сидит с 10-ти месяцев, переворачивается со спины на живот и обратно с 10-ти месяцев, не говорит, самостоятельно не ходит, не реагирует на просьбы взрослых. Перенесенные заболевания: ОРВИ с частотой до 10 раз в год. Неврологический статус. Шаткость при ходьбе прямо, невозможность самостоятельно приседать, стереотипии в виде постукивания «ладонью об ладонь» «кулачком об кулачок». Задержка психо-речевого развития.

Методы исследования. ФА крови: 0,7 мг% (норма до 2.0), Витамин Д: 25,7 нг/мл (10-30- недостаток), Гомоцистеин: 83 мкмоль/л (норма 5-12), АФП крови: 1,48 Е/мл (0-10), АСТ: 29 ед/л, АЛТ: 22 ед/л (норма до 35), КФК крови: 57 ед/л (норма до 228), ТСХ аминокислот в моче-патологии не выявлено, Уринализис без особенностей. КТ головного мозга: КТ-признаки гипоксического поражения мозга. Начальная дилатация желудочковой системы головного мозга. Неравномерное расширение субарахноидального пространства, без признаков атрофических изменений паренхимы гемисфер. Косвенные КТ-признаки ВЧГ.

На основании жалоб на шаткость походки, задержку психо-речевого развития, страхи, тревожность, стереотипии, данных анамнеза: родился от 3 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в ранние сроки, от 3 срочных родов путем КС, НПР: сидит и переворачивается со спины на живот и обратно с 10-ти месяцев, не говорит, самостоятельно не ходит, не реагирует на просьбы взрослых и неврологического статуса: шаткость при ходьбе прямо, невозможность самостоятельно приседать, стереотипии можно диагностировать синдром Ретта.

Данный клинический случай продемонстрирован с целью привлечения внимания неврологов к проблеме раннего диагностирования Синдрома Ретта.

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ ПРИ СТАФИЛОКОККОВЫХ ЭНТЕРОКОЛИТАХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Тошмаматов А.М.

Научный руководитель: Рашидов Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Источником стафилококковой инфекции у детей раннего возраста может быть мать, страдающая стафилококковой инфекцией (мастит, тонзиллит, эндометрит и др.). Ребенок инфицируется во время родов, а также пищевым путем, контактным и воздушно-капельным путем. Зачастую основными клиническими проявлениями являются повышение температуры тела различной степени выраженности, а также рвота, жидкий стул, явления метеоризм, гепатоспленомегалия, имеются проявления астеновегетативного синдрома, отставание в физическом развитии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинический эффективности поливалентного бактериофага в лечении стафилококковой инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 58 детей в возрасте с 2 месяцев до 1 года со стафилококковыми энтероколитами. Методика обследования включала в себя подробное изучение жалоб, анамнеза больных, объективный осмотр, бак. посев и посев на чувствительность, общеклинические методы исследования, анализ на гемокультуру, определение чувствительности возбудителя к антибиотикам. Дети были поделены на 2 группы. В первую группу вошли пациенты получавшие только стандартную терапию, во второй группе после стандартной терапии проводился курс лечения поливалентным интестиобактериофагом. Он является высокоэффективным биологическим препаратом антибактериального действия и не нарушает нормального биоциноза кишечника. Бактериофаг давали 2 раза в сутки натощак за 1,5-2 часа до приема пищи, в дозировке 10-15 мл на один прием. У больных обеих групп при поступлении наблюдалась схожая симптоматика: снижение аппетита, срыгивание, рвота, повышение температуры, частый жидкий стул. В динамике лечения мы обращали внимание на более быструю положительную динамику клинических признаков основного

заболевания. У больных во второй группе: нормализация температуры, улучшение общего самочувствия, урежение стула и нормализация копрологии.

Вывод. У больных первой группы нормализация показателей наблюдалась в более поздние сроки у 3 больных отмечался рецидив заболевания, тогда как у пациентов второй группы рецидивов заболевания не отмечено, нормализация клинической симптоматики наступала в более ранние сроки. Таким образом следует, что бактериофаг может использоваться для лечения стафилококковых заболеваний у детей раннего возраста.

СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМ ВЕСОМ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ СОМАТИЧЕСКИМ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

Улугбеков Д., Сагдуллаев Х.

Научный руководитель: АскарOVA Н.К.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность темы: В раннем неонатальном периоде в сыворотке здоровых новорожденных, перенесших энцефалопатию наблюдаются симптомы дизадаптации и дисбаланс микроэлементов, обусловленный влиянием гипоксии и тяжелым поражением центральной нервной системы.

Цель исследования: Изучить содержание микроэлементов в сыворотке крови маловесных новорожденных, родившихся у матерей с отягощенным соматическим и гинекологическим статусом.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 52 маловесных новорожденных, родившихся от матерей с отягощенным соматическим и гинекологическим статусом.

Новорожденные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 27 новорожденных с признаками хронической внутриутробной гипоксии без признаков перинатального поражения нервной системы. 2-ю группу - 25 маловесных новорожденных с признаками перинатального поражения нервной системы различной степени тяжести.

Контрольная группа - 19 здоровых новорожденных, родившихся в удовлетворительном состоянии, с неосложненным течением внутриутробного и раннего неонатального периода.

В 1 группе от первой беременности родилось 9 детей, от повторных беременностей - 16, из них 2 от первородящих матерей. Во второй группе от I беременности было 4 детей, от повторных беременностей - 17, из них 4 от первородящих. Соматический и гинекологический статус у женщин обеих групп был отягощен. Патология сердечно-сосудистой и мочевыделительной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта, эндокринно-обменные нарушения и гинекологические заболевания. В контрольной группе только у 9 женщин отмечены признаки вегето-сосудистой дистонии и у одной - хронический гастрит.

Течение настоящей беременности было осложненным у всех женщин обеих групп - токсикозы 1 и 2 половины беременности, анемия, угроза прерывания беременности, обострение хронических заболеваний, в 71 % случаев в первой группе и в 78,4 % во второй наблюдались сочетанные формы патологии беременности. В контрольной группе только у 2 женщин отмечен токсикоз 1 половины беременности, у 3 х- небольшая анемия и у 1 ой - ОРЗ.

Все дети родились доношенными при сроке 38 недель и более, но с внутриутробной гипотрофией. Масса тела новорожденных при рождении в первой группе от 1800,0 до

2200,0, длина тела от 42 см до 47 см; во второй группе - масса тела от 1500,0 до 2400,0, длина тела от 41,2 см до 47,8 см. В контрольной группе масса тела от 3000,0 г до 4000,0 г, длина тела от 49 см до 55 см. Оценка по шкале Апгар была 6-8 баллов в первой группе 5-7 баллов во второй группе и 7-9 баллов в контрольной группе. Высокий риск внутриутробного инфицирования имело 12 детей 1 группы и 6 детей 2-й группы, в контрольной группе - 3 ребенка.

Тяжесть состояния при рождении у новорожденных 2 группы была обусловлена гипоксически-травматическим поражением ЦНС. Из новорожденных 1 группы 3 ребенка были переведены в отделение патологии новорожденных с диагнозом аспирационной пневмонии, из новорожденных 2 группы 6 детей, из которых 2 умерло на 7-9 сутки жизни (аспираторная пневмония, нарушение мозгового кровообращения).

Взятие крови у новорожденных детей осуществляли при рождении из периферических вен, на 1, 3 и 5 сутки жизни.

Различий в содержании калия у новорожденных при рождении во всех изучаемых группах не выявлено, на 1-е сутки жизни наблюдается повышение его уровня в обеих группах, а у детей контрольной группы, содержание калия снижается, достигая минимальных значений на 3-и сутки жизни. Снижение уровня калия на 3 сутки - у новорожденных 1 и 2 групп, но остается выше контрольных величин. На 5-е сутки жизни уровень калия повышается во всех группах, достоверные различия между ними сохраняются. Высокое содержание калия у новорожденных 1 и 2 групп в периоде ранней адаптации, связано с выходом его из клеток под влиянием гипоксии.

Уровень натрия одинаков при рождении у новорожденных всех групп, на 1-е сутки его содержание снижается, однако его снижение выражено в контрольной группе. На 3-и сутки у новорожденных контрольной группы наблюдается повышение содержания натрия до уровня, отличимого в 1-й и 2-й группах. У детей перенесших энцефалопатию, на 3-и сутки сохраняется тенденция к снижению уровня натрия. Наиболее выраженные отличия отмечаются на 5-е сутки жизни: значительное понижение уровня натрия у здоровых новорожденных и тенденция к повышению у детей 1-й и 2-й групп.

Уровень кальция при рождении ниже у новорожденных, перенесших энцефалопатию, более низкие показатели обнаружены у детей с нарушением мозгового кровообращения. Однако в дальнейшем уровень кальция имеет сходную динамику во всех группах: снижение его уровня на 1-е и 2-е сутки и тенденция к повышению на 5-е сутки жизни. Снижение уровня кальция на 1-3-и сутки определяется как физиологическая гипокальциемия, обусловленная распределением его между органами и тканями и недостаточным поступлением в организм ребенка в течение первых дней жизни. По нашим данным у новорожденных 1-й группы наблюдается более выраженное снижение уровня кальция на 3-и сутки, вероятно обусловленное неадекватной коррекцией метаболических сдвигов у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию без перинатального поражения ЦНС.

Для здоровых новорожденных характерно снижение уровня магния на 1-е сутки с последующим незначительным повышением его на 3-и - 5-6 сутки жизни. Новорожденные 1-й группы имели наиболее высокий уровень магния, причем после его снижения на 1-е сутки у них отмечается постепенное повышение уровня, который на 5-е сутки достигает исходных значений в крови. Подобная динамика характерна на 1-е сутки и для 2-й группы, однако начиная с 3-х суток жизни происходит постепенное снижение уровня магния, наиболее выраженное на 5-е сутки.

Динамика уровня фосфора аналогична таковой магния в контрольной группе. У новорожденных 1-й группы после незначительного снижения на 1-е сутки содержание фосфора повышается и достигает на 5-е сутки максимальных значений. Увеличение уровня фосфора характерно и для детей с перинатальным поражением ЦНС, однако в

отличие от детей 2й группы у них на 5-е сутки жизни наблюдается тенденция к снижению его содержания.

Достоверное снижение уровня железа отмечается на 3-и сутки во всех группах, однако минимальные значения характерны для здоровых новорожденных. Это в некоторой степени можно объяснить более активной мобилизацией железа из сыворотки крови органами кровообращения у здоровых новорожденных по сравнению с детьми 1-й и 2-й группы. На 5-е сутки уровень железа в контрольной группе повышается, тогда как в 1-й и 2-й группах происходит дальнейшее его снижение, вследствие истощения фетальных запасов железа.

Содержание меди увеличивается по сравнению с уровнем в пуповинной крови начиная с первых суток жизни в течение всего периода ранней адаптации, причем наиболее высокие показатели характерны для новорожденных 1-й группы. Однако в контрольной группе на 5-е сутки происходит снижение концентрации меди, частично, за счет ее активной утилизации тканями для участия ее в метаболических процессах.

Наиболее значительные колебания как при рождении, так и в течение всего периода ранней адаптации обнаружены для цинка. Этим можно объяснить отсутствие достоверных различий в его уровне между группами. У новорожденных контрольной группы на 1-е сутки повышается уровень цинка и достигает максимальных значений на 3-и сутки, затем на 5-е сутки снижается до исходного уровня пуповинной крови. Тенденция к увеличению содержания цинка отмечена на 1-е сутки и в 1-й и во 2-й группах, однако на 3-5 сутки его уровень снижается и достигает значений в пуповинной крови. Повышение содержания цинка в сыворотке крови здоровых новорожденных, по- видимому, зависит от его выхода из органов - депо, тогда как нарушение метаболических процессов и истощение фетальных запасов, наблюдаемые у детей, перенесших энцефалопатию, могут приводить к не-достаточному повышению уровня цинка в сыворотке крови.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что для новорожденных детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию как с поражением нервной системы, так и без него характерно наличие дисбаланса биоэлементов, особенно выраженного на 3-и сутки жизни. Коррекция метаболических нарушений у новорожденных, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, без поражения нервной системы не приводит к нормализации содержания биоэлементов на 5-е сутки жизни, что указывает на необходимость дальнейшей разработки методов лечения новорожденных.

На основании вышеизложенного приходим к следующему заключению:

1. Содержание биоэлементов в сыворотке крови здоровых новорожденных имеет ряд особенностей в значительной мере отражающих процессы метаболической адаптации детей к внутриутробной жизни.

2. В раннем неонатальном периоде у новорожденных, перенесших энцефалопатию нередко наблюдаются симптомы дизадаптации и выраженный дисбаланс биоэлементов, обусловленный главным образом влиянием гипоксии, и в меньшей степени перинатальным поражением ЦНС.

3. Несмотря на интенсивную инфузионную терапию, нормализации содержания биоэлементов в крови новорожденных, перенесших энцефалопатию, на 5-е сутки жизни не происходит, что свидетельствует о необходимости дальнейшей разработки методов коррекции метаболических нарушений с учетом особенностей минерального обмена.

ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННЫЕ ГРИБКОВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КИШЕЧНИКА

Умарова М.А.

Научный руководитель: Рашидов Ф.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт

Актуальность. Острые диареи у детей могут быть вызваны не только патогенными бактериями –шигеллами, сальмонеллами, но и рядом условно-патогенных микробов: стафилококками, стрептококками, протеем. Колитический синдром может быть обусловлена и грибами рода *Candida*. Однако грибки рода *Candida* чаще выделяются от больных острой кишечной инфекции (ОКИ) в ассоциации с бактериями.

Цель исследования. Изучить влияние грибов рода *Candida* на течение острых диарей у детей.

Материалы и методы исследования. Проведены клинические, бактериологические исследования у 20 детей в возрасте от 3 мес. До 3 лет, находившихся на лечении в детской инфекционной больнице №4 по поводу различных кишечных инфекций.

Результаты исследований. При клиническом анализе течения болезни у детей выявлено ряд особенностей. В анамнезе жизни у большинства детей отмечен ряд отягощающих обстоятельств: 9 детей находились на искусственном вскармливании, 11 – перенесли до этой клиники ОКИ различные заболевания (пневмонии, отиты, ОРЗ и др.), при которых применялась антибиотикотерапия. Среди 20 больных детей, из которых выделены грибы, коли- инфекция диагностирована у 8 больных детей, дизентерия – у 2, сальмонеллез – 1, у 9 детей этиология диареи не расшифрован. У детей, у которых выделены грибы рода *Candida*, наблюдалась более длительная дисфункция кишечника, субфебрильная температура, явления интоксикации. Несмотря на массивную антибиотикотерапию эффект был кратковременным, а иногда отрицательным, чаще наблюдалась молочница на слизистых оболочках. Противогрибковую терапию получали только 9 больных (нистатин – 5 детей, леворин-2, флюконазол -2 больных). Несмотря на массивную антибиотикотерапию эффект был кратковременным, а иногда отрицательным, чаще наблюдалась молочница на слизистых оболочках.

Детей были разделены на две группы по 11 детей. Дети основной группы получали в качестве противогрибкового препарата –флюконазол, а дети контрольной группы получали нистатин.

Выводы. Таким образом, ассоциация грибов рода *Candida* с патогенными бактериями приводит к более длительному течению острой диареи у детей.

ВЛИЯНИЕ РАННИХ И ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Утамуродов Ш., Усмонова З., Окиев М., Ахмедов Г., Сатторов Х., Асламов Ж.

Научный руководитель: Аскарва Н.К.

Самаркандский Государственный Медицинский институт

Актуальность темы: Изучение физических показателей по полу (у мальчиков и девочек) в зависимости от патологии у матери подтвердили не только закономерность степени тяжести внутриутробной гипотрофии, но и зависимость ее от условий внутриутробного развития – тяжести патологии у матери.

Целью данного исследования явилось изучение влияния ранних и поздних токсикозов беременных на показатели физического развития новорожденных, родившихся

с внутриутробной гипотрофией различной степени, протекающей на фоне перинатального поражения центральной нервной системы.

Данная работа проводилась на базе кафедры акушерства и гинекологии клиники № 1 СамМИ. Всего обследовано 152 новорожденных из них - 106 новорожденных с различными степенями поражения ЦНС и внутриутробной гипотрофии, 24 новорожденных с различной степенью внутриутробной гипотрофии и 22 здоровых новорожденных.

Нами получены данные, указывающие на более глубокое отрицательное влияние ранних и поздних токсикозов беременных, развивающихся на фоне экстрагенитальных заболеваний на показатели физического развития новорожденных.

Так, при ранних и поздних токсикозах беременных дефицит веса и роста у новорожденных мальчиков с различной степенью перинатального поражения ЦНС при легкой степени внутриутробной гипотрофии по сравнению с детьми контрольной группы был равен уже 308 г и роста -1,3 см; у девочек - 445 г и роста 1,6 см.

При средней степени внутриутробной гипотрофии у мальчиков дефицит веса составлял уже 547 г и роста 1,8 см; у девочек веса - 657 г и роста 2,3 см и тяжелая степень внутриутробной гипотрофии: у мальчиков дефицит веса 1025 г, роста 3,6 см; у девочек: веса 1059 г. роста 3,3 см.

При только поздних токсикозах беременных новорожденные рождались с внутриутробной гипотрофией и дефицитом веса и роста (по сравнению с детьми контрольной группы), соответствующими степени внутриутробной гипотрофии - легкой, средней и тяжелой степени.

При изучении и оценке функционального состояния систем и органов у новорожденных с внутриутробной гипотрофией нами использовались общие клинические методы исследования.

При осмотре доношенный новорожденный с внутриутробной гипотрофией значительно отличается от новорожденного, родившегося с нормальным весом.

Внешние признаки новорожденного с внутриутробной гипотрофией достаточно характерны: резкое истончение или полное отсутствие подкожно-жирового слоя на всех участках тела, кроме лица; непропорциональное телосложение: относительно большая голова с преобладанием мозгового черепа над лицевым, податливостью костей черепа, открытыми швами и малым родничком, сравнительно короткими ногами и шейей, низким расположением пупка. Кожа красно-кирпичного цвета с обилием морщин (ребенок имеет старческий вид), обилие пушка (лануго) на лице и по всему телу. Кроме того, типичны мягкость ушных раковин и их прижатость к голове; умеренный или выраженный экзофтальм; неопущение яичек в мошонку у мальчиков и недоразвитие больших половых губ у девочек; отеки внизу живота; вялость, бедность движений. У 77-ти новорожденных отмечены стигмы дисэмбриогенеза: монголоидный разрез глаз у 14-ти новорожденных, низкое стояние век у 26-ти, гетерохромия радужной оболочки у 4-х, разновеликие уши у 11-ти новорожденных, короткая уздечка языка у 33-х новорожденных, избыточные складки на шее у 38 новорожденных, куриная грудь у 4-х новорожденных, большое расстояние между сосками у 17-ти, низкое стояние пупка у 21-го, грыжи у 21-го, крипторхизм у 12-ти новорожденных, недоразвитие половых губ у 18-ти, большие родимые пятна с оволосением у 4-х новорожденных, депигментированные пятна у 2-х новорожденных. Наличие более 5-6-ти дисэмбриогенетических стигм - показатель повышенного риска задержки психомоторного развития (Бадалян Л.О.).

Мы полагаем, что значительный дефицит веса и роста у новорожденных (мальчиков и более девочек), рождающихся у матерей с ранним и поздним токсикозами беременных, на фоне экстрагенитальных заболеваний следует объяснить в первую очередь не только тяжестью сочетанной патологии, но еще и недостаточным лечением в женских

консультациях ранних токсикозов беременных у женщин с экстрагенитальными заболеваниями.

Список литературы

1. Алимova Ю., Гордиенко И., Зайченко А., Кравцова А. Раннее развитие ребенка. «Институт раннего вмешательства», 2015
2. Департамент здравоохранения г. Москвы Часть 1. Морфометрическое и психомоторное развитие ребенка первого года жизни. М, 2014
3. ГБУЗАО «Клинический родильный дом» г. Астрахань 2014-2015 гг.
4. Blume-Peytavi U., Lavender T., Jenerowicz D., Ryumina L., Stalder J., Torello A., Recommendations from a European Roundtable meeting on Best practice Healthy Infant skin care//Pediatric Dermatology. 2016

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Хамхоева Т.Ю., Султыгова Х.Х.

Научный руководитель: Гагиева Д.А.

Ингушский государственный университет

Бронхиальная астма – глобальная проблема, актуальность которой во всем мире постоянно растёт, из-за чего ее и относят к одной из болезней цивилизации.[1] Также данное заболевание принадлежит к числу распространенных аллергических болезней у детей. Распространенность ее достигает 1 – 18% в популяции различных стран. Во всем мире астмой болеют около 300 млн. человек. По оценкам ВОЗ, ежегодно до 250 000 смертей обусловлены астмой. БА является самой частой причиной госпитализации детей и подростков в стационары, пропусков занятий в школе.[2] Заболевание, проявившееся в детском возрасте, в 60 – 80 % случаев продолжается у взрослых пациентов. Ежегодно БА обуславливает потерю 15 млн.\$, что составляет 1% от общего всемирного ущерба от болезней.[1] Актуальность проблемы определила цель нашего исследования.

Целью настоящего исследования явилось проведение ретроспективного анализа особенностей анамнеза и частоты сопутствующих заболеваний среди детей от 0 до 18 лет, поступавших в детское отделение ИРКБ г. Назрань с диагнозом бронхиальная астма (БА) и острый обструктивный бронхит (ООБ) за период с 2012 по 2016 годы.

Материалы и методы. Проведен анализ статистических данных, зарегистрированных в ГБУЗ «Ингушская республиканская клиническая больница» (далее, ИРКБ), а также были изучены истории болезни 164 детей, поступивших в детское отделение ИРКБ г. Назрань за 2016 год.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за период с 2012 по 2016 годы в детское отделение ИРКБ г. Назрань в среднем за год поступало 2842 ± 61 детей. По данным статистики болезней органов дыхания отмечается рост заболеваемости с 2012 по 2015 годы. Так, например, в 2012 году в детское отделение поступило 1158 детей с заболеваниями органов дыхания, из них 106 с диагнозом бронхиальная астма; в 2013 году 1277 детей, 129 из которых с бронхиальной астмой; за 2014 год – 1413 и 171, за 2015 – 1613 и 177 соответственно. Лишь за 2016 год отмечается незначительное снижение по этим показателям по сравнению с предыдущим годом: 1549 детей с заболеваниями органов дыхания, и 164 с бронхиальной астмой.

Количество детей поступивших с заболеванием органов дыхания в последние два года исследуемого периода, составляет больше половины от общего числа поступивших.

Так, в 2015 году на их долю приходится – 57%, а в 2016 г. – 56,1%. Учитывая, что заболеваемость колеблется приблизительно в одинаковом диапазоне, за исключением 2012, 2013 гг. Рассмотрим эти показатели в процентном соотношении за 2016 год. Всего в 2016 году в детское отделение ИРКБ г. Назрань поступило 2762 пациента в возрасте от 0 до 18 лет, из них с заболеваниями органов дыхания 1549 человек. На долю острой пневмонии приходится 27,1%, острого бронхита- 34,9%, острого обструктивного бронхита- 27,4 %, бронхиальной астмы- 10,6%. То есть отмечается высокая частота заболеваемости детей острым бронхитом и острым обструктивным бронхитом, которые по данным разных авторов являются предрасполагающими к развитию БА.

Чтобы рассмотреть влияние различных факторов на развитие БА, мы провели анализ особенностей анамнеза и частоты сопутствующих заболеваний у детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ИРКБ г. Назрань в 2016 году. Анализ показал, что из 164 детей – отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям отмечалась у 23,8% больных (39), пищевая аллергия – 59,1% (97), аллергия на лекарственные препараты (лазолван, цефазолин) – 9,75% (16), дисбактериоз кишечника – 17,1% (28), осложненное течение беременности (токсикоз I-II половины беременности – 6,1% (10), ОРВИ во время беременности – 6,7% (11), атопический дерматит – 7,9% (13), анемия – 23,2 % (38), перинатальная травма ЦНС – 1,8% (3), рахит – 3% (5).

Данное исследование показывает несомненное значение в развитии БА отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям, наличие пищевой аллергии, аллергии на лекарственные препараты.

Выводы:

1.В Республике Ингушетия отмечается рост числа заболеваний органов дыхания, среди всех возрастных групп за период с 2012 по 2016 годы.

2.В диагностике бронхиальной астмы у детей раннего возраста необходимо учитывать данные анамнеза жизни и заболевания, наследственной предрасположенности, наличия атопических заболеваний у ребенка.

3.Считаем, что категорию детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, необходимо взять под контроль с целью выявления группы риска по БА, и для проведения адекватного и своевременного лечения.

Список литературы

- 1.Рамазанова Ш. Х., Айтжанова А. А., Кадирова К. А., Танабаева А. С., Жумабаева А. Н., Алипов А. Б. Клиново-функциональная характеристика бронхиальной астмы у детей // Молодой ученый. – 2016. – №7. – С. 430-433. – URL <https://moluch.ru/archive/111/27907/> (дата обращения: 25.10.2019).
- 2.Бронхиальная астма: (руководство для врачей) / под ред. Л. С. Намазовой-Барановой. – Москва: ПедиатрЪ, 2014. – с. – (Болезни детского возраста от А до Я / Союз педиатров России [и др.]; Вып.8).

СОСТОЯНИЕ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ КИШЕЧНИКА БОЛЬНЫХ С ШИГЕЛЛЕЗОМ ФЛЕКСНЕРА

Хасанова Г.А., Ибрагимова Х.Н., Хасанов С.М.

Научный руководитель: Таджиев Б.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования - оценить влияние антибактериальных препаратов на состояние микробной флоры кишечника у больных шигеллезом Флекснера.

Состояние кишечной микрофлоры изучено у 60 больных шигеллезом Флекснера в Городском клиническом инфекционной больнице №4. У 60% обследованных до этиотропной терапии были выявлены декомпенсированные нарушения кишечной микрофлоры (3–4-й степени). Они характеризовались снижением содержания бифидобактерий – 90,1%, лактобактерий – 66,7%, ростом условнопатогенных энтеробактерий (в том числе гемолитических эшерихий) – 40,2%, грибов – 38,5%. После окончания этиотропной терапии ухудшение бифидофлоры, заключавшееся в ее снижении или полном исчезновении наблюдалось у 20,3% больных, принимавших фторхинолоны препараты, у 5,7% больных – цефалоспорины, у 23% больных – ампициллин, у 29,5% – тетрациклин. Назначение антибиотиков приводило к снижению содержания или полному исчезновению лактофлоры кишки у 33,3% больных получавших фторхинолоны, у 12,5% больных получавших гентамицин, у 15,4% больных – цефалоспорины, у 25% больных – ампициллин, у 35,3% больных – тетрациклин. Не оказывали отрицательного влияния на бифидофлору кишки гентамицин и фуразолидон. на лактофлору - фуразолидон.

Нарастания гемолитических эшерихий по окончании этиотропной терапии не наблюдалось. Снижение гемолитических эшерихий зафиксировано у 60,1% больных получавших фторхинолоновые препараты, у 50,8% - гентамицин, у 51,5% - цефалоспорины, у 40% - ампициллин, у 35,3% -тетрациклин, у 60,7% - фуразолидон. Нарастания условно-патогенных бактерий не зафиксировано после окончания лечения фторхинолонами, цефалоспоридами, ампициллином. У 12,5% больных количество условно-патогенных бактерийросло после лечения гентамицином, у 15,6% - тетрациклином, у 20,2% - фуразолидоном. Количество грибов рода *Candida*росло у 30,3% больных принимавших фторхинолоны, у 12,5% - гентамицин, у 23,1% - цефалоспорины, у 37,0% - ампициллин, у 25,3% - тетрациклин, у 10,1% - фуразолидон.

Таким образом, наиболее выражено негативное влияние на состав аутофлоры у тетрациклина (38,3% больных) и фторхинолонов (35,3% больных). Наряду с наилучшей клинической эффективностью фторхинолоновых препаратов, последние значительно усугубляют нарушения качественного состава и популяционного уровня основных представителей нормальной микрофлоры. Поэтому лечение фторхинолонами больных шигеллезом Флекснера должно обязательно сопровождаться последующим восстановлением нарушенного микробиоценоза кишечника.

РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ТИПИЧНЫМ СИНДРОМОМ РЕТТА

Хорошилова А.Н., Черкасова О.А., Мошурова Л.В.

Научный руководитель: Леднёва В.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Синдром Ретта - прогрессирующее наследственное заболевание, возникающее, как правило, спорадически у девочек, дебютирует чаще в возрасте 6-18 месяцев и характеризуется регрессом психомоторного развития, аутистическим поведением, потерей навыков целенаправленного движения руками, специфическими мануальными автоматизмами и, нередко, развитием эпилепсии [1, 2]. Впервые описан в 1965 г. А. Реттом, в 1983 г. Б. Хагбергом и выделен в отдельную нозологическую форму. К заболеванию приводят мутации в гене MECP2, который кодирует метил-CpG-связывающий белок 2 (MeCP2). При наличии регрессии нервно-психического развития после первых 6 месяцев жизни для диагностики типичного варианта синдрома Ретта выделили 4 основных критерия: частичная или полная потеря приобретенных

целенаправленных движений рук, навыков экспрессивной речи; аномалии походки (дипраксия или отсутствие способности ходить); стереотипные движения рук (сжимание, постукивание, «моющее» движение) [3]. Тип течения заболевания – медленно прогрессирующий. Выделяют 4 стадии: стагнации (клинический диагноз на данной стадии установить невозможно), быстрого регресса, псевдостационарная, поздние двигательные нарушения. Специфических тестов и этиотропного лечения не существует. Проводится симптоматическая терапия. С учетом развития в псевдостационарной стадии немотивированных эпизодов глубокого дыхания в покое, сменяющихся короткими периодами апноэ, присоединением нарушений жевания и глотания с поперхиванием в стадии поздних двигательных нарушений, приводим клинический случай развития расстройств дыхания у пациентки 17 лет с синдромом Ретта. Девочка, 2002 г.р., от 3-й патологической беременности (в возрасте матери 41 г.) на фоне гестоза, 3-х срочных самостоятельных родов (предыдущие - закончились рождением здоровых детей). Масса тела 3390 г, длина – 54 см. К груди приложена в родзале. Из роддома выписана домой на 6-е сутки. На первом году жизни физическое развитие среднее гармоничное, нервно-психическое – с опережением на 1-2 эпикризных срока. На естественном вскармливании находилась до 17 месяцев. С грудного возраста – атопический дерматит. Вакцинация – по возрасту согласно календарю прививок. В возрасте 2,2 лет на ревакцинацию АКДС-вакциной возникла местная реакция в виде гиперемии, отека и инфильтрации. После купирования воспаления появилась неврологическая симптоматика: спастический парез левой руки, затем левосторонний парепарез, впоследствии - спастический тетрапарез. Параллельно с развитием спастической диплегии наблюдались выраженная ретардация развития, симптомы аутоагрессии, приступы генерализованных судорог. На основании нарастающих стереотипных движений, эписиндрома, задержки психомоторного развития предположили прогрессирующее наследственное заболевание – синдром Ретта (2005 г.). Диагноз подтвержден генетическим исследованием в МГНЦ РАМН (2007 г.) - стандартная нонсенс-мутация: с.502с.-Т; рR168X в экзоне 4 гена MeCP2. С 2007 г. постоянно получала противосудорожную терапию с полным купированием судорог. Наблюдалась у эндокринолога по поводу ожирения I-II ст., транзиторного гипотиреоза. На фоне атопического дерматита с 2014 г. появились признаки бронхообструктивного синдрома. В ноябре 2017 г. впервые на фоне ОРВИ возник приступ одышки по типу гипервентиляции. Госпитализирована в ОРИТ ОДКБ №2 в тяжелом состоянии с двусторонней пневмонией, ДН 2-3 ст. (ИВЛ 5 суток). С февраля 2018 г. отмечалась прогрессия основного заболевания: дефицит веса, возобновление судорог, снижение двигательной активности, увеличение контрактур в конечностях, спастичности, учащение приступов ночного кашля с апноэ. В сентябре 2019 г. на фоне ОРВИ вновь появился приступ одышки со снижением SpO₂ до 84% и госпитализация в стационар с подозрением на пневмонию, ДН 2-3 ст. По тяжести состояния интубирована в 1-е сутки пребывания в ОРИТ (ИВЛ 8 суток). Через 15 дней переведена в отделение паллиативной помощи. Объективно: состояние тяжелое за счет поражения ЦНС и проявлений дыхательной недостаточности: втяжение уступчивых мест грудной клетки при беспокойстве, снижение SpO₂ в покое до 74%. Отмечается частый влажный кашель с затруднением эвакуации мокроты. Не контактна, взгляд фиксирует кратковременно, на внешние раздражители реагирует движением рук и ног. На коже щек – проявления атопического дерматита. Подкожно-жировой слой отсутствует. Масса тела – 22 кг. Выражен сколиоз. Одышка при беспокойстве до 56 в мин. В легких притупление перкуторного звука слева, дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы с обеих сторон. Стул со склонностью к запорам. Функции тазовых органов не контролируются. По другим органам – без особенностей. Клинический диагноз: Синдром Ретта. Спастический тетрапарез. Симптоматическая эпилепсия. ОРВИ риновирусной этиологии, осложненная острой внебольничной левосторонней (S3) очагово-сливной пневмонией, тяжелой степени, бронхообструктивный

синдром, ДН 2-3 ст. Белково-энергетическая недостаточность 3 ст. Эзофагит, хронический поверхностный гастроудоденит, бульбит. Сколиоз 3 ст. Получила лечение: противовирусные, антибактериальные, антимикотические, противосудорожные, гормональные препараты, кардиотоник, кислородо-, небулайзерная терапия, массаж, кинезитерапия, лечебное питание. Несмотря на разрешение повторных пневмоний, дыхательные расстройства на фоне синдрома Ретта носят прогрессирующий характер, в связи с чем прогноз для жизни - сомнительный.

Список литературы

1. Волгина, С. Я. Клинические диагностические критерии типичного и атипичного вариантов синдрома Ретта у детей / С. Я. Волгина//Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – 61.5. - С. 179-181.
2. Мухин, К. Ю. Синдром Ретта (обзор литературы и описание клинического случая) / К. Ю. Мухин, В. И. Карпова, И. С. Безрукова, Е. С. Большакова, М. Б. Миронов, А. С. Петрухин//Русский журнал детской неврологии. – 2010. – т. V, вып.2. – С. 43-51.
3. Шнайдер, Н. А. Синдром Ретта (часть 1): дефиниция, эпидемиология, этиология, клиника / Н. А. Шнайдер//Вестник клинической больницы №51. – 2013. – С. 18-25.

СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT И ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА У РЕБЕНКА. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Черкасова Е.А.

Научный руководитель: Кулешова О.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель работы: изучить особенности клинической картины СУИQT и полной АВ-блокады у ребенка.

Результаты. Больной Н. 21.09.2012 г.р. Поступил в приемное отделение ДГКБ им. Г.К Филиппского в феврале 2019 года в экстренном порядке с жалобами на судороги с потерей сознания, тризм жевательной мускулатуры, однократную рвоту, головную боль, тошноту, сонливость. Анамнез заболевания: утром мать больного услышала из его комнаты хрипы, храпящее затрудненное дыхание. Увидев ребенка в бессознательном состоянии, мать вызвала бригаду скорой медицинской помощи. До приезда скорой помощи родители пытались привести ребенка в сознание путем похлопывания по щекам, обливанием холодной водой. В результате данных мероприятий у больного, возможно, начался озноб, который был ошибочно принят за судороги врачом бригады скорой медицинской помощи. Пациент был доставлен в ДГКБ им. Г.К Филиппского, осмотрен в приемном отделении дежурным реаниматологом, неврологом. Поставлен предварительный диагноз: «Генерализованный эпилептический приступ». Больной госпитализирован в неврологическое отделение. На протяжении 6 лет у ребенка не отмечалось синкопальных состояний, а также отсутствовали жалобы, свидетельствующие о поражении ССС. Анамнез жизни без особенностей. При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Сознание заторможенное, положение пассивное. Вес -19,5 кг, показатель средне – низкий. Рост-123 см, показатель выше среднего. Физическое развитие выше среднего, дисгармоничное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные, умеренной влажности, чистые. Пульс – 45 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление: 90/60мм рт.ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье, на 1 см кнаружи от левой

среднеключичной линии, средней высоты, слабый. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно выслушивается брадиаритмия, первый тон приглушен. При длительной аускультации временами интенсивность первого тона внезапно усиливается. Выслушивается короткий систолический шум на верхушке сердца и в 5 точке аускультации.

ЭКГ : RR 1,12с, P 2 +0,08с, 2мм. QT 0,54с QTс 0,52с. Полная АВ – блокада с ЧСЖ = 53 в мин, ЧСП = 95 в мин. Нормальное положение ЭОС. Удлинение QTс интервала.

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ: Функционирующее овальное окно. Умеренное увеличение полостей левого предсердия и левого желудочка. Недостаточность митрального клапана. Незначительная аортальная регургитация. Ускорение кровотока на аортальном клапане и в нисходящем отделе дуги аорты. Дисфункция трикуспидального клапана и клапана легочной артерии. Диффузные изменения в миокарде левого желудочка. Дополнительная хорда в полости левого желудочка.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 52 в минуту, среднедневная ЧСС – 60 в минуту, средненочная ЧСС – 43 в минуту. Циркадный индекс равен 1,40 (норма 1,24 – 1,44). Выявлена АВ- блокада III степени (полная) в течение всего времени мониторинга, анализ интервала PQ не проводился. Зарегистрировано 4333 паузы (649 во время сна) за счет АВ- блокады III степени, выраженные аритмии. Выявлено 285 желудочковых экстрасистол, 3 – х морфологий (различные направления QRS – комплексов): 138 во время бодрствования и 147 во время сна. Максимальная частота экстрасистол – 24 в час, из них: одиночных 285 (147 во время сна). Отклонения сегмента ST не зафиксированы.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра, дополнительных методов исследования поставлен клинический диагноз:

Основной: Нарушение проводимости сердца: АВ – блокада 3 степени. Удлинение интервала QT.

Осложнения: Аритмогенная кардиомиопатия левого желудочка. НК 1 ст.

Сопутствующий: Функционирующее овальное окно.

В конце марта- начале апреля 2019 г. ребенок находился на оперативном лечении в кардиохирургическом отделении №1 ГБУЗ «Научно-исследовательский институт- Краевая клиническая больница №1 им. профессора С.В. Очаповского» МЗ Краснодарского края. Проведена операция: имплантация электрокардиостимулятора ENDURITI CORE DR в режиме DDD с эпикардальными электродами. Течение послеоперационного периода неосложненное. Холтеровское мониторирование ЭКГ на 4-е сутки после операции: максимальная ЧСС- 153 в мин, средняя ЧСС – 97 в мин, минимальная ЧСС- 76 в мин. За период наблюдения зарегистрирован ритм ЭКГ с ЧСС 80-150 в мин, режимы DDD P-синхронизированная стимуляция желудочков.

ЭКГ на 8-й день после операции: ритм ЭКГ с ЧСС 88 в мин, ЭОС горизонтальная, QT- 0,40 с. Проведено тестирование электрокардиостимулятора: нарушений в работе нет. Заряд батареи достаточный. Состояние пациента при выписке удовлетворительное. ЧСС 97 в мин, АД- 102\57 мм. РТ. Ст.

Выводы.

1. Данный клинический случай представляет интерес в связи с тем, что манифестация СУИQT и полной АВ-блокады произошла у ребенка в шестилетнем возрасте;
2. Остается нерешенным вопрос о том, наблюдались ли у ребенка нарушения со стороны сердечно – сосудистой системы (СУИQT и полная АВ-блокада) до шестилетнего возраста в связи с отсутствием заключения ЭКГ.
3. Возникшее у ребенка синкопальное состояние представляет собой угрозу для жизни, так как сопровождается высоким риском внезапной сердечной смерти.

4. СУИQT и полная АВ-блокада представляют собой сочетание, которое редко встречается в клинической практике и требует незамедлительного хирургического лечения.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОДРОСТКА СО СКОЛИОЗОМ IV СТЕПЕНИ НА
ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Чумачёва А.С., Потолова Д.В., Мошурова Л.В.

Научный руководитель: Ледёва В.С.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) с высокой частотой сопровождается дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Учитывая распространенность и выраженность признаков гипотрофии у пациентов данной категории, некоторые авторы оценивают ее как один из фенотипических признаков дисплазии [1]. БЭН характеризуется дефицитом массы тела, прогрессирующим снижением подкожной клетчатки, нарушениями пропорций тела, обмена веществ, снижением иммунитета, склонности к развитию многих заболеваний [3]. В зависимости от дефицита массы тела, выделяют три степени БЭН: I ст. - 11–20%, II ст. –21–30%, III ст. – более 30%. Относительно ДСТ - известны две ее формы: дифференцированная и недифференцированная. Четко выраженная клиническая картина дифференцированной формы ДСТ напрямую связана с дефектом определенного гена и известным типом наследования. Достоверно часто у лиц с патологией сердца на фоне недифференцированной ДСТ (главным образом ПМК) встречаются аномалии скелета, особенно деформация грудной клетки сколиоз и синдром «прямой спины» [2]. R.J. Damkier (1991 г.), описывая повышенную растяжимость кожи, дивертикулы кишечника, вентральные грыжи у 6 родственников 5 поколений, предположил, что в основе указанных проявлений лежит нарушение развития эластических волокон. Позже в структуре соединительной ткани выделен специфический белок фибриллин. Отмечено его высокое содержание в коже, легких, почках, сосудистой сети органов, хрящевой и мышечной тканях, сухожилиях, роговице. В настоящее время известно, что эластические волокна — это комплексные экстрацеллюлярные матриксные полимеры, состоящие как минимум из 19 различных белков, которые кодируются 3 генами. В результате при возникновении мутаций в этих генах, в белках, которыми изобилуют эластические волокна, выявляется целый спектр фенотипических проявлений - от особенностей строения скелета, кожи до сосудистых и глазных дефектов [1]. В связи с вышеизложенным, приводим клинический пример сочетания БЭН 3 ст. у подростка с врожденным прогрессирующим сколиозом IVст. на фоне ДСТ. Пациент Александр, 2003 г.р., поступил в отделение медицинской реабилитации БУЗ ВО «ОДКБ №2» г. Воронежа в плановом порядке с жалобами на периодические головные боли, прогрессирование сколиотической деформации. Из анамнеза известно, что с рождения наблюдался у ортопеда по поводу деформации грудной клетки, специального лечения не получал. С возрастом мать отмечает сглаженность деформации грудной клетки и нарастание деформации позвоночника. При обследовании в 2014 г. выявлен сколиоз 3 ст., аномалия Киари I с сирингомиелией шейного отдела позвоночника (проведена декомпрессионная трепанация задней черепной ямки, пластика твердой мозговой оболочки). В июне 2019 г. обследован в отделении кардиологии с нарушением ритма сердца, желудочковой экстрасистолией на фоне сколиотического сердца. При осмотре обращает внимание астеническое телосложение, недостаточное физическое развитие, при этом активный, может ходить, стоять, сидеть самостоятельно. Наклон вперед резко ограничен из-за

появления боли в спине. Позвоночный столб деформирован S-образно, вершина основной дуги направлена вправо. Выражен реберный горб справа. Подкожный жировой слой истончен, отеков нет. Грудная клетка деформирована. Тоны сердца звучные, аритмичные, систолический шум на верхушке. По другим органам – без особенностей. Функция тазовых органов не нарушена. Результаты дополнительного обследования: гемограмма, общий анализ мочи, б/х анализ крови, коагулограмма – в пределах референсных значений. Рентгенография позвоночника: С-образный сколиоз грудопоясничного отдела позвоночника 4 степени по Чаклину. Эхо-КГ: камеры сердца не расширены, стенки не утолщены. Клапанный аппарат без особенностей. Септальных дефектов не выявлено. Общая сократительная способность миокарда ЛЖ хорошая. УЗИ почек: признаки неполного удвоения левой почки. УЗИ ГПДЗ, щитовидной железы: без патологии. ФГДС: гастроэзофагеальный рефлюкс н/З. Недостаточность кардии. Гастрит, пилорит, бульбит, дуоденит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Нарушение эвакуаторной функции желудка. Денситометрия: значение минеральной плотности кости значительно ниже (-4.5) допустимой границы нормы для данного возраста и пола. Риск перелома - очень высокий. Консультация эндокринолога, диетолога - задержка роста (SD-3.34). БЭН 3 ст. Проведено лечение - ЛФК, массаж, магнитотерапия, амплипульс, лечебное питание (Нутрикомп Стандарт), ферменты, биопрепараты. С положительной динамикой (в том числе, прибавкой в весе 1700 г. за 4 недели) выписан домой. В дальнейшем планируется хирургическая коррекция сколиоза. Таким образом, многообразные клинические проявления со стороны органов и систем (костно-мышечной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевой, эндокринной) у подростка на фоне ДСТ требуют мультидисциплинарного подхода к пациентам с нарушением метаболизма соединительной ткани, направленного на своевременную диагностику, профилактику осложнений и улучшение качества жизни.

Список литературы

1. Арсентьев, В. Г. Наследственные заболевания соединительной ткани как конституциональная причина полиорганных нарушений у детей / В. Г. Арсентьев, В. С. Баранов, Н. П. Шабалов. – СПб., 2013. – 44 с.
2. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. — СПб.: Элби-СПб, 2009.— 704 с.
3. Парентеральное и энтеральное питание: национальное руководство/под ред. М.Ш. Хубутя, Т.С. Поповой.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014.- С. 162- 198.

ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Шанина С.В.

Научные руководители: Климов Л.Я., Курьянинова В.А.
Ставропольский государственный медицинский университет

Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей [1]. По крайней мере 300 млн. пациентов во всем мире страдают БА [2].

Актуальность: витамин D играет важную роль в регуляции клеточного и гуморального иммунитета, оказывая влияние на патогенез БА. В настоящее время особый интерес представляет возможное использование витамина D в качестве адъювантной терапии БА [3].

Цель работы: изучение обеспеченности витамином 25(ОН)D детей с бронхиальной астмой, постоянно проживающих на территории Ставропольского края в зависимости от сезона года.

Материалы и методы: Лабораторное обследование включало: определение концентрации кальцидиола (25(ОН)D) методом хемилюминесцентного анализа. Исследование проводилось на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Медико-генетический научный центр» (ФГБНУ «МГНЦ»), г. Москва. Забор крови детям КГ и пациентам с БА осуществлялся с 09.2018 по 03.2019 года. Обеспеченность витамином D оценивалась по суммарному уровню кальцидиола сыворотки: уровень от 30 до 100 нг/мл – нормальная обеспеченность, от 20 до 30 нг/мл – недостаточность, менее 20 нг/мл – дефицит витамина D [4]. Методы статистической обработки: пакет программ Microsoft Office Excel, программа статистической обработки материала AtteStat.

Результаты исследования: В исследовании приняли участие 129 детей (61,2%) здоровых (КГ) от 0 до 18 лет, проживающих в СК. В группу пациентов с БА включены 79 (38,8%) детей от 3 до 18 лет. Забор крови осуществлялся по прошествии каждого сезона. Ме [25Q-75Q] возраста в группе здоровых пациентов составила 96 месяцев [6-192], в группе пациентов с БА - 156 месяцев [120-180]. Медиана [25Q-75Q] уровня 25(ОН)D среди детей контрольной группы по сравнению с детьми, страдающими БА составила: летний период – 37,0 [30,7-51,2] нг/мл VS 36,0 [29,7-45,8] нг/мл; осеннем периоде – 25,4 [12,8-32,7] нг/мл VS 19,1 [16,6-26,3] нг/мл ($p < 0,05$); зимнем периоде – 34,8 [22,8-53,1] нг/мл VS 14,9 [10-20,7] нг/мл ($p < 0,05$); весеннем – 31,1 [24,6-44,6] нг/мл VS 13,2 [11,2-12,3] нг/мл ($p < 0,05$).

По результатам исследования среди больных с БА адекватная обеспеченность витамином D выявлена (выше 30 нг/мл): у 74,5% детей в летнем сезоне; 15,2% - осеннем; 45,0% - зимнем, 0% - весеннем. Недостаточность 25(ОН)D (20-30 нг/мл): 17,7% детей в летнем сезоне; 28,3% - осеннем; 21% - зимнем, 0% - весеннем. Дефицит 25(ОН)D (10-20 нг/мл) имели 7,8% детей в летнем сезоне; 45,1% - осеннем; 46,8% - зимнем, 100% - весеннем. Среди участников в контрольной группы нормальный уровень 25(ОН)D выявлен у 80,0% летнем периоде, осеннем – 30,9%, у 66,7% детей в зимнем сезоне; 56,7% - весеннем. При анализе распространенности тяжелого дефицита среди детей контрольной группы, обращает внимание, что он не выявлен ни в одном случае.

Основным фактором, поддерживающим достаточный уровень витамина D в организме человека, помимо инсоляции, является алиментарный фактор. При снижении инсоляции и изменении угла падения солнечных лучей, фактор питания становится ведущим в осенне-весенний период. В связи с этим была проанализирована сапплементация рациона питания детей в контрольной группе и пациентов с БА препаратами витамина D. По результатам исследования в контрольной группе в зависимости от сезона года дотацию препаратами витамина D получали 52,5% в летний период, 84,6% осенний, 63,3% зимний и 46,7% весенний период, соответственно. При анализе частоты приема витамина D в группе детей с БА обращает на себя внимание, что наибольшее количество детей с БА, принимавших витамин D отмечена в осенний сезон, 11 детей (23,9%); наименьшая - весенний сезон, ни один ребенок не принимал витамин D. По результатам исследования медиана кальцидиола сыворотки крови у детей с БА, получавших дотацию препаратами холекальциферола, составила: летний сезон – 46,7 [33,6-52,0] нг/мл, осенний – 22,0 нг/мл [18,3-25,6], зимний – 24,8 нг/мл [13,7-32,7], весенний – ни один пациент не получал дотацию. Напротив, гораздо более низкие уровни

получены у пациентов с астмой, не имевших сапплементацию рациона витамином D: летний сезон – 33,6 [25,6-43,4] нг/мл ($p < 0,05$), осенний – 19,0 нг/мл [14-24,7] ($p < 0,05$), зимний – 14,7 нг/мл [9,7-19,0] ($p < 0,05$), весенний – 13,2 нг/мл [11,2-12,3]. Данное закономерное снижение отражает, в первую очередь, естественное с сезоном года уменьшение инсоляции, и, во вторую очередь, важность и необходимость обогащения рациона питания пациентов с хроническими заболеваниями препаратами холекальциферола. Отсутствие обогащения рациона специализированными препаратами, не позволяет достичь целевых показателей уровня кальцидиола сыворотки крови.

Выводы: выявлены достоверно более низкие показатели медианы уровня кальцидиола сыворотки крови у пациентов с БА. Получена крайне низкая частота обеспеченности витамином D пациентов с БА при сравнении со здоровыми пациентами. Продemonстрировано закономерное сезонное снижение показателей кальцидиола сыворотки крови у пациентов с БА, не получающих дотацию препаратами холекальциферола.

Список литературы

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2016 // www.ginasthma.com.
2. Chuchalin A.G., Khaltayev N., Antonov N. Chronic respiratory diseases and risk factors in 12 regions of the Russian Federation // International Journal of COPD 2014;9 963–974
3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», IV издание. - М., 2012. - 182 с
4. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции»//Союз педиатров России [и др.]. – М.:ПедиатрЪ,2018. – 96 с.

НАРУШЕНИЯ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ 3-Х ЛЕТ

Шевченко Е.А.

Научные руководители: Зарянкина А.И., Шевченко Л.П.

Гомельский государственный медицинский университет

Речь – основа человеческого разума. Нарушение речевого развития – одно из наиболее распространенных и тяжелых отклонений в формировании у ребенка высшей психической деятельности. Раннее выявление и коррекция различных нарушений в развитии речи ребёнка позволяют не только скорректировать уже имеющиеся отклонения, но и предупредить появление дальнейших, достичь более высокого уровня развития ребенка.

Для детей 3-х лет характерен период бесконечных вопросов. Если в данном возрасте ребенок не обращается ко взрослым с вопросами или за помощью, не пользуется речью, если словарный запас ограничен (менее 1000 слов), не может назвать известные ему предметы, не отвечает на простые вопросы, его речь непонятна окружающим, и он старается дополнять ее жестами, либо проявляет безразличие к тому, понимают ли его другие люди – это должно вызвать беспокойство и настороженность у родителей [1].

Таким образом, актуальным является оценка нарушения речевого развития у детей 3-х лет.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе группы №4 «Специального-дошкольного учреждения №1 для детей с тяжелыми нарушениями речи» г. Гомеля.

Было проанализировано 45 карт обследования детей 3х-летнего возраста с нарушением речи. В анализируемую группу вошли 25 (100%) детей с общими нарушениями речи (ОНР), из них у 18 (72%) детей ОНР сочеталось с дизартрией.

Результаты исследования. Анализируемую группу составили 11 (44%) мальчиков и 14 (56%) девочек. Большинство детей (18; 72%) были первенцами, вторыми в семье родились 5 (20%) детей, третьими – 2 (8%). Все дети были доношенными.

Средняя масса тела при рождении составила 3326 г, средняя длина тела – 51 см.

Анализируя семейный, акушерско-гинекологический анамнезы у матерей было выявлено: у 15 детей (60%) нарушение речи прослеживаются в семейном анамнезе, что вероятно связано с наследственным фактором, 1 ребенок (4%) рожден от возрастных родителей (40 лет и старше), токсикоз и стресс во время беременности отметили 12 мам (48%).

Одним из наиболее распространенных речевых нарушений является общее недоразвитие речи (ОНР) [2].

Общее недоразвитие речи – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к её звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте [3].

В анализируемой группе все дети (100%) имели ОНР 1 или 2 уровня.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи в результате поражения структур центральной или периферической нервной системы, осуществляющих иннервацию речевой мускулатуры [4].

Тяжелая форма, чаще всего встречается у детей с церебральными параличами. Средняя степень – у детей с задержкой интеллектуального развития разной этиологии. При данной выраженности расстройства наблюдаются нарушения четкости и точности произношения речи, она невнятна и малопонятна, имеются искажения нескольких групп фонем. Имеются изменения фонации, голос немодулированный, отчего речь становится монотонная. У детей с общим недоразвитием речи (50-80%) и при фонетическом недоразвитии (30-40%) проявляется легкая степень дизартрии [5].

В анализируемой группе детей дизартрия встречалась в 72% (18 детей) случаев и в 100% сочеталась с ОНР.

Для детей 3-х лет характерен период бесконечных вопросов. В данном возрасте расширяется как пассивный, так и активный словарь [1]. В разговорной речи встречаются почти все части речи. Ребенок может составлять сложные предложения.

Оценка нарушений речи включала способность воспроизводить слова, состоящие из 2-х, 3-х слогов, произносить гласные и согласные, составлять сложные предложения и согласовывать слова при произношении. Все дети были разделены на 3 подгруппы: ОНР 1 с дизартрией – 3 (12%) человека, ОНР 2 – 7 (28%) человек, ОНР 2 с дизартрией – 15 (60%) человек.

2 человека (66,7%) с ОНР 1 и дизартрией, 7 человек (100%) с ОНР 2, 8 человек (53,3%) с ОНР 2 и дизартрией воспроизводили слова, состоящие из 2-х либо 3-х слогов.

1 человек (33,3%) с ОНР 1 и дизартрией, 3 человека (42,9%) с ОНР 2, 2 человека (13,3%) с ОНР 2 и дизартрией произносили гласные: ы, э, согласные: х, ф, в, с, з, с, й.

6 человек (85,7%) с ОНР 2, 11 человек (73,3%) с ОНР 2 и дизартрией допускали ошибки при согласовании слов при произношении предложений.

2 человека (28,6%) с ОНР 2, 4 человека (26,7%) с ОНР 2 и дизартрией составляли сложные предложения.

Выводы. Нарушения речевого развития в 3-х летнем возрасте чаще представлены сочетанием ОНР 1 и 2 уровня с дизартрией. В более половины случаев у детей анализируемой группы нарушение речи прослеживаются в семейном анамнезе, в половине случаев имеет место отягощенная беременность у мам в виде токсикоза и стрессов.

Дизартрия у детей с ОНР затрудняет воспроизведение слов, состоящих из 2-х, 3-х слогов и значительно нарушает произношение гласных (ы, э) и согласных (х, ф, в, с, з, с, й), при этом незначительно влияет на согласование слов и составление сложных предложений.

Список литературы

1. Заваденко, Н.Н. Отставание развития речи в практике педиатра и детского невролога / Н.Н. Заваденко, И.О. Щедеркина и др. // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – Т. 14. – № 1. – С.132-139
2. Лавская, Н. С. Актуальные вопросы изучения и коррекции стертой дизартрии у детей / Н. С. Лавская, Т. П. Ковалёва // Молодой ученый. – 2014. – №17. – С. 512-514.
3. Жукова, Н. С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – М., 2003. – 320 с.
4. Бадалян, Л. О. Детская неврология : учебное пособие / Л. О. Бадалян. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 608 с.
5. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей : учебное пособие / Е. Ф. Архипова. – М., АСТ : Астрель, 2014. – 319 с.

ВРОЖДЁННАЯ АПЛАЗИЯ КОЖИ У НОВОРОЖДЁННОГО

Шидаков И.Х.

РГБЛПУ "Республиканская детская многопрофильная больница"

Врождённая аплазия кожи (ВАК), является редким врожденным заболеванием, характеризующимся очаговым отсутствием или дефектом кожи у новорожденных, которые возникают, вероятно, в результате первичного нарушения дифференцировки клеток на ранних этапах эмбриогенеза. Аплазию кожи нижних конечностей впервые описал М. Cordon (1767), волосистой части головы W. Campbell (1826). В 1986г. Frieden предложила классификацию ВАК, разделив их на 9 групп, по локализации очага, сочетанию с другими врождёнными аномалиями и механизмам наследования. Частота встречаемости ВАК около 1 на 3000 –10000 новорождённых. Этиология до конца не изучена, описаны аутосомно-доминантный и аутосомно-рецессивный типы наследования. В отдельных случаях выявлены экзогенные факторы: сосудистые и эмбриотоксические причины, а также внутриматочные и родовые травмы или механические причины. В некоторых случаях ВАК сочетается с тяжелыми эмбриональными или невоидными пороками, аномалиями ЦНС, ЖКТ, редко могут встречаться хромосомные аномалии.

Аплазия кожи в момент рождения представляет собой четко ограниченный

очаг язво-подобного вида с красным дном. В большей части случаев (70-85%) очаг располагается на волосистой части головы, имеет небольшие, округлые размеры, но может быть полосовидный или иметь неправильные очертания, диаметр составляет 1-4 см, редко больше. Конечности бывают поражены приблизительно в 25% наблюдений, туловище в 12% случаев.

Клинический случай.

Ребёнок А, родился от 1 беременности матери, протекавшей на фоне полного благополучия. В анамнезе жизни у матери не отмечено ничего примечательного, кроме ОРИ и ветряной оспы в детстве. Приём лекарственных средств, вредные условия труда отрицает. Роды срочные, на 38 неделе, самостоятельные. ОША –8–10 баллов. Мальчик, вес–3500г, рост 38 см. Закричал сразу, приложен к груди. Кожные покровы розовой окраски, чистые, видимые слизистые оболочки влажные, розовые. Тургор тканей в норме.

Правильного телосложения. Грудная клетка симметричная, участвует в дыхании равномерно, дыхание пуэрильное, ЧДД–36 в минуту; тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, ЧСС–134 в минуту. Передняя брюшная стенка без гиперемии и отёка. Живот не вздут, симметричен, при пальпации мягкий, без патологических объёмных образований. Печень, селезёнка не увеличены. Промежность развита по мужскому типу. Мочится самостоятельно. Стул – меконий.

Локально: голова правильной формы, развита симметрично. Большой родничок 2*2 см, не выбухает, не пульсирует. По линии сагиттального шва, на 2 см кзади от большого родничка определяется аплазия кожи: участок размером 2.0 * 2.2 см с полным отсутствием всей толщи кожи, неправильной формы, с ровными краями, с отсутствием волос, дном раны является апоневроз надчерепной мышцы.

Больному было выполнено дополнительное обследование: нейросонография, эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости, почек – другой патологии не выявлено. Учитывая отсутствие сопутствующих врождённых пороков развития, данный случай врождённой аплазии кожи был отнесён к I группе по классификации Фридена. Больному было начато комплексное консервативное лечение. Для предотвращения инфицирования раны проводилась антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия. Местное лечение включало противомикробные и противовоспалительные мази на первой стадии. После грануляции раны и образования фибриновой плёнки, были назначены препараты стимулирующие местную регенерацию тканей. Ребёнок был выписан на 8-е сутки жизни в удовлетворительном состоянии.

Заключение.

Аплазия кожи варьирует по глубине и локализации, проявления имеют характер от косметических дефектов до деформаций, угрожающих жизни пациента или существенно нарушающих последующее качество его жизни. ВАК может быть связана с другими аномалиями, такими как аномалии черепа, расщелина губы и неба, пороки развития головного мозга, менингомиелоцеле, фронтоназальная дисплазия, laryngomalacia. Размер, расположение повреждений и, связанные с ними, осложнения следует учитывать для того, чтобы определить план лечения при ВАК. Лечение направлено на предупреждение вторичной инфекции, коррекцию сопутствующих пороков и заживление раны. Обзор литературы показал, что поверхностные, небольшие участки ВАК, как правило, хорошо заживают при консервативном лечении и уходе раной. Дефекты кожи могут быстро заживать с образованием атрофического или келоидного рубца. Рецидивирующее образование в очагах корок может замедлять их заживление на месяцы или годы. Хирургические варианты, такие как пересадки кожи, рассматриваются в случаях больших дефектов кожи и подлежащей кости. Кроме того, возникающие осложнения, такие как инфекции, кровотечения или значительный электролитный дисбаланс, тоже могут потребовать хирургической коррекции. Как правило, даже обширные поверхностные аплазии кожи заживают, но с видимыми белыми участками – пленками, иногда рубцово-измененными. В редких случаях атрофия подлежащих участков мозга может приводить к спастическому параличу и задержке умственного развития. Смертность у 20% детей с аплазией кожи волосистой части головы связана с менингитом, кровотечениями, эрозиями сагиттального синуса и дыхательной недостаточностью.

Список литературы

1. Kim J, Kim J, Lee M, Huh ER, et al. A case of aplasia cutis congenita with widespread multifocal skin defects without extracutaneous abnormalities. *Acta Derm Venereol.* 2019;99 (3):343-344.
2. Kariminejad A, Vahidnezhad H, Ghaderi-Sohi S, Ghannadan AR, et al. Widespread aplasia cutis congenita in sibs with PLEC1 and ITGB4 variants. *Am J Med Genet A.* 2019;179(8):1547-1555.

3. Snyder ML, Ilyas H. Type V aplasia cutis congenita with fetus papyraceus. JAAD Case Rep. 2019;5(4):303-305. doi: 10.1016/j.jdc.2019.02.015.
4. Козин В.М., КлишО С.С., Юнес И.В., Козина Ю.В. и др. Очаговая аплазия кожи волосистой части головы у новорожденных монозиготных близнецов. Вестник ВГМУ. 2013; 12(2): 87-93.
5. Dogan P, Varal IG. A huge absence of skin on the trunk: aplasia cutis congenita. Pan Afr Med J. 2018; 19;31:234.

ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А» НА ФОНЕ ОРВИ

Юсупов А.С., Таджиев Б.М., Файзиев Б.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Вирусные гепатиты представляют серьезнейшую медико-биологическую и социальную проблему, особенно инфекциями, вызванными вирусом гепатита «А» у детей. В области гепатологии в клинической практике большой интерес представляет течение вирусного гепатита «А», при имеющихся явлениях острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) [2].

Развитие патологического процесса инфекционной этиологии сопровождается развитием в организме эндогенной интоксикации, которая обусловливается поступлением во внутреннюю среду антигенов, токсинов возбудителей и промежуточных продуктов распада структурных и функциональных белков в виде среднемолекулярных пептидов (СМП) из пораженных органов и тканей [1, 3]. Нередко течение вирусного гепатита «А» и сроки нормализации выявленных биохимических показателей зависят от степени выраженности интоксикации [4, 5].

Степень интоксикации оценивается путем спектрофотометрического определения содержания среднемолекулярных пептидов (СМП) в периферической крови. Определение СМП дает возможность судить выраженность интоксикации [5].

Цель исследования. Определить диагностические критерии выраженности эндогенной интоксикации у больных с вирусным гепатитом «А» на фоне ОРВИ путем изучения уровня среднемолекулярных пептидов.

Материал и методы исследования. Исследования проводилось у 41 больных (23 мальчиков и 18 девочек). Все пациенты были разделены на 2 группы: больные, с вирусным гепатитом «А» на фоне ОРВИ (основная группа), и больные с вирусным гепатитом «А» (контрольная группа). В динамике болезни всем больным детям проводились следующие методы исследования: общий анализ крови и мочи, содержание в крови общего билирубина и его фракции, активность сывороточных трансаминаз, показатели тимоловой и сулемовой проб. С целью оценки степени интоксикационного синдрома в плазме крови определялась концентрация средне молекулярных пептидов (СМП) по методу Габриэляна Н.И. и соавт., (1989), и вычислялась лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Кальф–Калифу.

Показатель тимоловой пробы при исследовании больных первой группы со среднетяжелой и тяжелой формами болезни было больше, чем у второй группы, а показатель сулемовой пробы было меньше. Суть метода определения уровня СМП в плазме крови, по методу Габриэляна Н. И. заключается в следующем: сыворотку крови обрабатывают 10% раствором трихлоруксусной кислоты, соотношение сыворотки и кислоты 1:0,5. Осветление достигается центрифугированием при скорости 3000 об/мин в течение 30 минут. Измерение проводят на спектрофотометре СФ-46 в ультрафиолетовом

спектре света при длине волны 286 нм или 236 нм. Уровень СМП выражают в единицах, количественно равных показателям экстинкции. За норму СМП принята величина 2,41 г/л.

Результаты и обсуждение. Изучение уровня СМП у больных первой группы, выявило большую концентрацию СМП по отношению ко второй группе больных.

Так, в рецидивирующей группе больных (частота рецидивов до 6 раз в год), уровень СМП в среднем составлял $4,89 \pm 0,20$ г/л, причем, колебания внутри группы составляли от 3,25 до 7,08 г/л. В первой группе больных показатель уровня эндогенной интоксикации составляло $6,63 \pm 0,35$ г/л, минимальное значение в этой группе было 4,45 и максимальное 10,45 г/л. Такой высокий показатель СМП был отмечен у больного с выраженной картиной острого вирусного гепатита «А».

В периоде угасания клинических симптомов параллельно положительной динамике заболевания, по мере уменьшения симптомов интоксикации, происходило снижение концентрации СМП по отношению к предыдущему периоду, но оставались достоверно выше, чем у здоровых.

Так, в динамике обострения, в группе больных с частотой рецидивов до 6 раз в год, отмечается выраженное снижение уровня эндогенной интоксикации (в 1,6 раза, $P < 0,05$), что также выявлено в динамике течения заболевания в группе с частыми рецидивами ОРВИ (в 1,5 раза снижение показателей относительно разгара обострения болезни $P < 0,05$). Вместе с этим, необходимо отметить, что уровень СМП в период реконвалесценции все же остается достаточно высоким относительно показателей здоровых лиц.

Обследование пациентов в периоде ремиссии показало, что концентрация СМП снижалась и в большинстве случаев приближалась к норме.

Закключение (Выводы). Таким образом, у больных вирусным гепатитом «А» на фоне ОРВИ, обнаружено значительное увеличение содержания среднемолекулярных пептидов, которое достигает максимального значения в периоде разгара заболевания. Проведенные исследования позволяют считать, что уровень СМП плазмы крови является диагностическим и прогностическим критерием, который отражает степень эндогенной интоксикации у больных с вирусным гепатитом «А» на фоне ОРВИ.

Список литературы

1. Васильев К. Г. Современная эпидемиология и парадоксы гепатита А / К.Г. Васильев, Е.В. Козишкурт // Эпидемиология и инфекц. болезни. 2009. -№ 3. - С. 12-17.
2. Габриэлян Н.И., Количественный метод определения СМП в сыворотке крови Н.И. Габриэлян, В.И Липатова.// Лаб. дело. - 1989.-№4.-С.24-28
3. Кузнецов С.Д. Особенности иммунного ответа у больных хроническим гепатитом С / С. Д. Кузнецов, В.В. Макашова // Инфекц. болезни. -2011. -№33. -С. 68-72.
4. Sanley M.Lemon, Jordis J.Journal of Hepatology 6, Hepatit A virus, 2018, 167-184.
5. Lisa Duncan, American Jou rnal of Infection Control, ``A community clinics response to a hepatitis A outbreak.2018.09.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ястремский М. А., Лызлова Д. М.

Научный руководитель: Ивкина С.С.

Гомельский государственный медицинский университет

На протяжении последних десятилетий было опубликовано значительное количество научных работ связанных с гастроэзофагеальной болезнью (ГЭРБ) в которых упоминалось о «кардиальных проявлениях этого заболевания» [1]. Полагается, что в патогенезе «кардиальных проявлений» важную роль у пациентов с ГЭРБ играет дисбаланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Особым интересом является изучение данных проявлений у детей, необходимых для формирования эффективных методов терапии и профилактики нарушений ритма у таких пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 30 карт стационарного пациента. Все дети находились на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, протекающими с нарушением моторики Гомельской областной детской клинической больницы в 2019 году.

Результаты исследования. В исследуемой группе большинство составили мальчики – 18 (60,0%) человек. Преобладали жители города – 25 (83,3%). Возраст детей составил от 9 до 17 лет. Наибольшее число пациентов – 20 (66,7%) были в возрасте 13-16 лет. Всем детям была проведена фибро-гастродуоденоскопия и выставлен диагноз ГЭРБ. У большинства детей отмечался неэрозивный эзофагит – у 23 (76,7%). У 7 (23,3%) детей – эрозивный эзофагит. У всех пациентов имелись проявления хронического гастрита или гастродуоденита. У большинства детей – у 22 (73,3%) хеликобактер пилори (НР) выявлен не был.

Наследственность не была отягощена у 11 (36,7%) детей. У 7 (22,2%) детей наследственность отягощена по язвенной болезни, у 5 (15,2%) – по хроническому гастриту у 2 (6,7%) – по нарушению ритма сердца, у 1 (3,3%) ребенка – по ГЭРБ.

Всем детям оценивалось физическое развитие. У половины детей – 15 (50,0%) отмечалось среднее гармоничное развитие, у 8 (26,7%) человек высокое гармоничное развитие, высокое дисгармоничное с избытком массы тела у 4 (13,3%) детей, низкое дисгармоничное с дефицитом массы тела у 3 (10,0%) детей.

Наиболее частые жалобы при поступлении: боли в эпигастральной области – у 8 (26,7%), изжога – у 5 (16,7%), тошнота – у 4 (13,3%), снижение аппетита – у 3 (10,0%), отрыжка воздухом – 2 (6,7%), боль за грудиной – 2 (6,7%).

3 (10,0%) ребенка жалоб при поступлении не предъявляли.

Для уточнения состояния сердечно-сосудистой системы всем детям проводилась ЭКГ-исследование в 12 стандартных отведениях. У 11 (36,7%) детей электрокардиограмма была без патологии. Наиболее частые изменения на ЭКГ: синусовая брадикардия – 8 (26,7%), синусовая тахикардия – 2 (6,7%), синдром ранней реполяризации желудочков – 7 (23,3%), СА-блокада II степени – 2 (6,7%), АВ-блокада I степени – 2 (6,7%), синдром укорочения интервала PQ – 4 (13,3%), миграция водителя ритма – 3 (10,0%), желудочковая экстрасистолия – 2 (6,7%).

ЭХО-кардиографическое исследование проведено 21 (70,0%) ребенку, у 11 (52,4%) детей были выявлены аномальные хорды левого желудочка, у 3 (14,3%) – коронарно-легочная фистула, у 3 (14,3%) – пролапс митрального клапана.

Выводы. Таким образом, ГЭРБ у детей сопровождается частыми изменениями сердечного ритма и проводимости, что диктует необходимость более полного обследования данной категории пациентов с проведением ЭКГ, ЭХО-кардиограммы, Холтер-ЭКГ, вегетативного статуса.

Список литературы

1. Маев, И. В. Кардиальные, бронхопульмональные и орофарингеаль-ные маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / И. В. Маев, Г. Л. Юренев, С. Г. Бурков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтероло-гия. – 2007. – № 3. – С. 27-35.
2. Маев, И. В. Клиническое значение вариабельности сердечного ритма у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / И. В. Маев, Г. Л. Юренев, Т. В. Юренева-Тхоржевская // Клиническая медицина. – 2016. – № 8. – С. 574-589.

Раздел 9. Проблемы профилактической медицины и здоровьесбережения молодёжи

ВЛИЯНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ НА УСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА К ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Абызбаева А.С., Байкосова Г. К., Шихаева М.А.

Научный руководитель: Зеленина Л. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Питание - одно из важнейших условий существования. Количество, качество и ассортимент продуктов влияют на жизнедеятельности организма. Гастрономические привычки и пристрастия каждого народа складывались на протяжении многих веков. Постепенно создавались национальные кухни, являющиеся неотъемлемой частью национальной культуры. Национальная кухня формируется, исходя из особенностей быта, условий жизни, климатических, природных факторов и обеспечивает адаптацию человека к особенностям окружающей среды. В Оренбургском государственном медицинском университете (ОрГМУ) обучаются студенты из Индии, питание которых отличается от питания студентов из России. Индийская кухня славится ежедневным использованием пряных трав, приправ и специй, которые содержат разнообразные витамины, микро- и макроэлементы.

Цель исследования: Изучить влияние национальных особенностей питания студентов из Индии и России на заболеваемость острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ).

Материалы и методы исследования: Нами были проанализированы анкетные данные, включающие вопросы особенностей питания студентов из Индии и России. Параллельно был проведен анализ заболеваемости студентов ОРВИ по данным обращаемости в поликлинику ОрГМУ. Были оценены суточные рационы питания студентов из России и Индии.

Результаты и обсуждение. При проведении социологического опроса среди индийцев выявлено, что 98% из них активно и ежедневно используют специи. Наиболее популярными являются: порошок чили, куркума, имбирь, кардамон, тмин и кориандр. Данные специи добавляются преимущественно во вторые блюда и чай. Примерное количество, использованных пряностей за месяц – 200-500 гр. Специи входят в их рацион с 5-6 лет.

Студентов из России, употребляющих специи в качестве пищевой добавки, значительно меньше - всего 23%. Распространенные: черный перец, лавровый лист, имбирь, порошок чили - добавляют их во вторые блюда. За месяц используется около 25 гр. пряностей, которые употребляются с подросткового возраста.

При анализе статистических данных лиц, которым был поставлен диагноз ОРВИ, были выявлены отличия заболеваемости по обращаемости среди студентов из Индии и России - 193.7%, 1186,8% соответственно.

На наш взгляд, такие резкие отличия в заболеваемости ОРВИ обусловлены именно особенностями национальной кухни и ежедневным использованием пряностей в питании, так как они активизируют обменные процессы, обладают антиоксидантным, антибактериальным и противовоспалительным эффектами.

Также мы провели сравнительный анализ данных рационов по 3 принципам рационального питания.

По принципу количественной адекватности энергетическая ценность суточного рациона у студентов из Индии составляет 2059,4 ккал в сутки, а у студентов из России - 2003 ккал.

По принципу качественной адекватности наблюдаем также, что рацион индийцев наиболее приближен к физиологическим нормам. Это касается и основных питательных веществ, витаминов, микро и макроэлементов.

По принципу сбалансированности питания - у студентов из Индии наблюдаемый показатель наиболее близок к идеальному.

Мы предполагаем, что такие значительные отличия связаны с тем, что рацион студентов из Индии богат огромным разнообразием витаминов, микро- и макроэлементов, находящихся в специях.

Выводы: Таким образом, активное использование пряностей в питании оказывает благоприятное влияние на здоровье населения и снижает риск возникновения респираторных заболеваний, вследствие повышения резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды. Мы считаем необходимым преобразить рацион студентов из России, увеличив в нем количество специй, для дальнейшего уменьшения заболеваемости ОРВИ.

Список литературы

1. Л. М. Житникова. Витаминно минеральные комплексы в профилактике гриппа и ОРВИ у взрослых (редакт. статья) // Лечебное дело. 2012. №3. - 34-44 с.
2. Даников Н.И. Целебные пряности для здоровья. М: Эксмо. Москва. 2014. – 77 с.
3. Карпухина В. Большая энциклопедия специй, приправ и пряностей. М: АСТ. 2016. - 177-189 с.
4. Самуткина А.В. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА // Международный школьный научный вестник. – 2016. – № 1. – 37-43 с.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ МОЛОДОГО НАСЕЛЕНИЯ

Александрова М.А., Попова Р.Н.

Кировский государственный медицинский университет

В настоящее время гипертоническая болезнь значительно «помолодела». Частота встречаемости пациентов с гипертонической болезнью от 18 до 25 лет стремительно растет. Есть предположение, что биологический возраст молодых пациентов не соответствует фактическому. Биологический возраст – это оценка состояния организма с учетом протекания в нем всех метаболических процессов, и его показатели могут быть выше или ниже фактического. Мы поставили перед собой задачу установить различия показателей биологического возраста у группы лиц от 18 до 25 лет с гипертонической болезнью, и людей того же возраста, не имеющих патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и декомпенсирующих заболеваний других органов и систем. Для этого были собраны анамнестические данные пациентов кардиологического отделения КОГБУЗ «Северная клиническая больница скорой медицинской помощи» с гипертонической болезнью, данные контрольной группы обследуемых. Был произведен расчёт показателей биологического возраста в обеих группах.

Материалы и методы. В исследование были включены 15 пациентов (средний фактический возраст которых составил 21 год) кардиологического отделения КОГБУЗ «Северная клиническая больница скорой медицинской помощи» с диагнозом

гипертоническая болезнь сердца; и контрольная группа, не имеющая тяжелых декомпенсирующих заболеваний со стороны других органов и систем (средний фактический возраст 20 лет). Исследование было проведено по методике В.П. Войтенко в два этапа. Первый этап заключался в сборе антропометрических данных и определении следующих показателей: АДс, АДп, ЗДВ, СБ. На втором — субъективная оценка здоровья (СОЗ) по специально разработанному опроснику (Войтенко В.П.). Третий этап включал в себя расчёт биологического возраста у обеих групп и сопоставление результатов.

Результаты. Средний биологический возраст пациентов с гипертонической болезнью составил $52 \pm 0,63$ год. У контрольной группы средний биологический возраст составляет $34 \pm 0,64$ года. По АДп показатели у пациентов с ГБ на 22,6 мм.рт.ст больше, чем у здоровых обследуемых. По АДс показатели у пациентов с ГБ на 4,4 мм.рт.ст больше, чем у контрольной группы. По ЗДВ показатели у пациентов с ГБ на 28,9 секунд больше, чем у контрольной группы. По СБ показатели у пациентов с ГБ на 52,68 секунды больше, чем у контрольной группы.

У-критерий Манна-Уитни равен 0. Различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы ($p < 0,05$).

Вывод. По результатам исследования было выявлено, что наличие гипертонической болезни снижает индивидуальные показатели молодого населения от 18 до 25 лет, что влечет за собой изменение биологического возраста.

Список литературы

1. Статьи из сборников: Монакова, А.В. Особенности биологического возраста подростков/ А.В.Монакова // НИУ БелГУ / Белгород, 2018
2. Статьи из сбоников: Калинина, И.Г., Ашрафуллина, Г.Ш. Оценка биологического возраста в диагностике уровня здоровья/ И.Г.Калинина// К(П)ФУ РФ/ Чебоксары, 2017
3. Войтенко В.П. Определение биологического возраста как проблема ненозологической диагностики / В.П.Войтенко, А.В. Токарь, Э.С. Рудая // Вопросы геронтологии. – 1989.- вып.11.-С.9-16.
4. Dean W. Biological aging measurement / W. Dean. – Los Angeles, 1988.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАХИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Баталова Е.М., Кропачева А.С.

Научный руководитель: Чиженок Н.И.

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

Рахит является одним из самых распространенных заболеваний среди детей первых лет жизни. Качественная профилактика и предотвращение факторов, способствующих его возникновению, значительно снизят риск возникновения данного заболевания.

Цель исследования. Выявить основные факторы риска развития рахита у детей, реализующиеся в антенатальном периоде и оценить эффективность мер, предпринятых для его профилактики.

Материалы и методы. Исследование было проведено в несколько этапов. На первом этапе было проведено анкетирование 150 женщин, имеющих детей в возрасте до 3-х лет, изучение антенатального анамнеза и оценка антенатальной профилактики рахита. Была выделена группа детей, п1, в количестве 73 детей в возрасте от 4 месяцев до 2-х лет, так как именно в этом периоде наиболее часто встречаются проявления рахита.

Результаты и обсуждение. Среди факторов риска возникновения рахита многие авторы выделяют сезонность – время протекания третьего триместра беременности. Данный факт объясняется воздействием УФ-лучей на кожу беременной женщины с образованием активной формы витамина Д₃, что возможно при условии протекания третьего триместра беременности в весенне-летний период. У 56 % женщин (41 человек) третий триместр протекал в период осенне-зимний, у 44% женщин (32 человека) – в период весна-лето. Еще одним фактором риска развития рахита у ребенка является возраст матери. По статистике рахит чаще встречается у детей от матерей в возрасте старше 30 лет. Матери в возрасте 30 лет и старше составили 30% от общего количества матерей детей из группы п1 (22 женщины). Проанализировав возраст матерей детей с проявлениями рахита (19), мы установили, что уже 42% матерей были в возрасте 30 лет и старше. В работе мы рассматривали характер течения беременности, так как патологии беременности являются фактором риска развития рахита. По результатам у 53 женщин (73%) беременность протекала без патологии. Преобладают среди патологии токсикозы 1 и 2 половины беременности – 17 женщин. У 70% женщин нормальное течение родов и у 30% осложненное течение, что повлияло на позднее прикладывание ребенка к груди. Во время беременности женщина должна получать большую дозу витамина Д для обеспечения собственного организма и организма растущего ребенка. И нужную информацию о витамине Д она должна получать в женской консультации. При опросе женщин было установлено, что значительное большинство (71%) не получали никакой информации о профилактике рахита. Недостаточно информированы были 5% женщин, и только 14% женщин получили всю необходимую информацию в полном объеме. В соответствии с полученной информацией каждая женщина использовала различные меры профилактики рахита в пренатальном периоде: основной мерой профилактики рахита среди опрошенных являлось правильное питание (77%) и прием поливитаминных препаратов (84%); прогулкам и инсоляциям женщины придавали меньшее значение (44%), чем питанию, хотя именно инсоляции способствуют фотосинтезу витамина Д₃ в коже, который составляет приблизительно 90% эндогенного витамина Д; зарядка, являющаяся обязательным компонентом режима дня будущей матери, и достаточная двигательная активность наблюдалась лишь у 14% опрошенных женщин (10 человек). Таким образом женщины не уделяли должного внимания самым доступным методам – естественным инсоляциям и физическим упражнениям. Следовательно, в антенатальном периоде неспецифическая профилактика была проведена не в полном объеме.

Выводы. Проведенное исследование показало, что к факторам риска возникновения рахита у детей относятся: возраст матери – 30 лет и старше, протекание III триместра беременности в осенне-зимний период, недостаточная двигательная активность во время беременности, недостаточная инсоляция, ранний перевод ребенка на смешанное и искусственное вскармливание, недостаточное пребывание ребенка на свежем воздухе, малая двигательная активность.

Список литературы

- 1) Захарова И.Н., Коровина Н.А., Боровик Т.Э. и др. рахит и гиповитаминоз D - новый взгляд на давно существующую проблему / Учебно-методическое пособие для врачей. - М., 2011. - 96 с.
- 2) Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. - М., 2011. - 68 с.
- 3) Семин С.Г., Волкова Л.В., Моисеев А.Б. и др. Перспективы изучения биологической роли витамина D // Педиатрия. - 2012. - №2. - С. 122-130.

О ПРОБЛЕМЕ ИБС В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Васянина Д.М., Данилова Е.Н., Евсеева М.Е

Научный руководитель: Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Статистические данные показывают, что возраст больных ишемической болезнью сердца (ИБС) неуклонно молодеет. Цель исследования – изучить представленность лиц молодого возраста среди стационарных больных ИБС, поступивших на интервенционное лечение, а также на примере конкретного случая показать особенности клинического течения данной патологии у пациента молодого возраста.

Материал и методы: изучены показатели ежегодных отчётов кардиологического отделения №1 краевой клинической больницы за период с 2009 по 2019г.г. Проанализированы данные истории болезни одного из молодых пациентов указанного отделения. Полученные данные обработаны с помощью пакета статистических программ Statistica 8,0.

Результаты. Установлено, что максимальное число поступивших больных за год в указанный период составило почти полторы тысячи человек и в течении последних трёх лет этот показатель колебался на уровне 1300-1350 человек в год. Из этого количества больных лиц в возрасте до 45 лет было в среднем 120-125, то есть практически каждый десятый. Среди этих больных был пациент 35 лет, у которого диагностирован нижне-боковой инфаркт миокарда левого желудочка. По данным коронароангиографии выявлена окклюзия правой коронарной артерии, а также стеноз ствола левой коронарной артерии до 20%, передней межжелудочковой артерии до 70%, огибающей артерии до 40%, промежуточной артерии до 50%. Выполнена баллонная ангиопластика с установкой стентов в правую коронарную артерию. До поступления в стационар данный больной не обращался за медицинской помощью, но имел такие факторы сердечно-сосудистого риска, как курение, дислипидемию, повышенное АД.

Заключение. Полученные региональные данные подтверждают, с одной стороны, высокую встречаемость молодых людей среди заболевших инфарктом миокарда. А, с другой стороны, указывают на частое наличие у них традиционных факторов риска, что само по себе диктует необходимость оптимизации системы предиктивной диагностики и персонализированной превенции среди молодого контингента из групп соответствующего риска с целью предотвращения развития подобных описанной сосудистых катастроф. Для этого следует совершенствовать систему молодёжной диспансеризации с акцентом на технологии повышения мотивации молодёжи для участия в профилактических образовательных проектах.

Список литкратуры

1. Савченко А.П., Черкавская О.В., Руденко Б.А., Болотов П.А. И73 Интервенционная кардиология. Коронарная ангиография и стентирование : руководство / Савченко А.П. и др. – М. : ГЭОТАР Медиа, 2010. – 448 с. : ил. (Библиотека врача специалиста).
2. Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Мелик-Оганджян Г.Ю., Карпова А.В., Арутюнов А.А., Калинина А.С., Выгодин В.А. Медицинская информированность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении (часть 2). Кардиология. 2019;59(9S):31-41.[<https://doi.org/10.18087/cardio.n470>]

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СТАТУС И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ НЕСКОЛЬКО ПОПЫТОК ЭКО

Галькова И. Ю., Мищенко Е. А., Евсеева М. Е.

Научный руководитель: Евсеева М. Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

С каждым годом все больше женщин прибегают к методу преодоления бесплодия - экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО).

Женщине, вступающей в протокол ЭКО, вводятся гормональные препараты согласно разработанным лечебным схемам.

Помимо медикаментозного воздействия, женщины подвергаются значительной эмоциональной и психологической перегрузке, связанной с частыми диагностическими исследованиями, испытывают тревогу, а также определенное давление со стороны родственников и общества в связи со сложностями на пути к материнству.

Цель работы: Оценить некоторые параметры метаболического и сердечно-сосудистого здоровья женщин, перенесших несколько попыток ЭКО.

Материалы и методы:

Основную (первую) группу составили женщины, перенесшие от 2 до 5 протоколов ЭКО – 20 человек.

Контрольную (вторую) группу составили женщины, госпитализированные в гинекологическое отделение с другими гинекологическими заболеваниями (киста яичника, миома матки и т.д.) - 50 человек. Возраст женщин в обеих группах сопоставим и составляет от 25 до 40 лет. ($33,5 \pm 0,6$ л)

Критерии исключения: беременные женщины, тяжелая сопутствующая патология (сахарный диабет, ожирение 2-3 степени и др).

Использовалось анкетирование, в котором были вопросы по жалобам пациентки. Измерялся рост вес, рассчитывался индекс массы тела.

Оценивались лабораторные данные: общий белок, холестерин, мочевины, креатинин, фибриноген, глюкоза. Статистический анализ результатов проводили с помощью программы STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc, США).

Результаты и обсуждение:

При оценке жалоб достоверное различие по жалобам на раздражительность и утомляемость. Их предъявляет 95 % женщин после неудачных ЭКО. ($p < 0,05$) По другим жалобам достоверных отличий не выявлено.

У женщин перенесших несколько попыток ЭКО достоверно чаще встречается избыточная масса тела 60%, против 3,3 % в контрольной группе. Также наблюдаются отличия по основным биохимическим параметрам. Особенно значительные отличия по глюкозе крови $4,9 \pm 0,4$ ммоль/л в первой группе и $4,1 \pm 0,3$ ммоль/л во второй.

При оценке данных гемодинамики обращает на себя внимание увеличение частоты сердечных сокращений в основной группе $82 \pm 1,3$ в мин, против $64 \pm 1,1$ в мин в контрольной группе. Достоверных различий по уровню АД не выявлено.

Вывод:

Женщины, перенесшие протоколы ЭКО, нуждаются в тщательном динамическом наблюдении за параметрами метаболического и сердечно-сосудистого здоровья с целью своевременной коррекции отклонений. В ведении женщин после ЭКО необходим комплексный мультидисциплинарный подход.

Список литературы

1. Bungum A.B. Risk of hospitalization for early onset of cardiovascular disease among infertile women: a register-based cohort study./ Glazer CH1, Arendt LH2, Schmidt L, Pinborg A, Bonde JP, Tøttenborg SS.//Hum Reprod. 2019

2. Evseyeva M., Lipid status in young women with reproductive dysfunction, depending on their body mass./Sergeeva O., Prokhorenko-Kolomoitseva I., Rusidi A., Pavlov K., Aksenenko V.//Atherosclerosis. 2019.- т. 287.-С. 231.

3. Евсеева М.Е. Характеристика метаболического статуса у молодых женщин с репродуктивной дисфункцией. /Прохоренко-Коломойцева И.И., Сергеева О.В., Калашникова А.С.//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2018. - т. 17. № s2.- С. 39-40.

ПРОБЛЕМА ОЖИРЕНИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН И ЖЕСТКОСТЬ АОРТАЛЬНОЙ СТЕНКИ

Гачкова И.Н., Прохоренко-Коломойцева И.И., А.С.Калашникова, Евсеева М.Е.
Научный руководитель: Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются серьёзной проблемой. Особенно интересна ассоциированная кардиоваскулярная патология с метаболическим синдромом (МС). Риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с МС возрастает в 3-4 раза, поскольку кардиометаболические нарушения ведут к поражениям органов-мишеней [1]. Одним из таких органов является сосудистая стенка. Изменение её структурно-функциональной конфигурации имеет важное прогностическое значение в виду отягощения общего сердечно-сосудистого риска (ССР).

Скорость и степень сосудистого ремоделирования зависит от множества факторов. Это может сопровождаться развитием изменений в артериях в молодом возрасте, что включается в концепцию раннего старения сосудов (EVA-синдром). EVA-синдром характеризуется ремоделированием сосудистой стенки и проявляется увеличением её жесткости.

Молодые женщины в этом плане занимают особое место, с одной стороны, в силу более частого и более раннего развития у них абдоминального ожирения (АО) (у женщин МС встречается в 2,4 раза чаще, чем у мужчин), а, с другой стороны, необходимости наличия достаточных ресурсов для успешного завершения возможной беременности и родов. В данном аспекте представляет интерес изучение у обсуждаемого контингента особенностей эластического потенциала сосудистой стенки в зависимости от проявлений метаболических нарушений в рамках раннего сосудистого ремоделирования.

Целью исследования является оценить параметры жесткости стенки аорты у молодых женщин с учётом выраженности центрального ожирения (ОТ).

Материал и методы исследования. В исследование включены 49 женщин в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст— $28,4 \pm 0,7$ лет), которым был поставлен диагноз МС согласно критериям Консенсуса российских экспертов 2013 года: величина объём талии (ОТ), превышающая 80 см у женщин, как основной критерий, в сочетании с двумя или более дополнительными критериями [2]. ОТ у обследованных на уровне 82-134 см. Сформировано четыре группы наблюдения обследуемых, исходя из параметров ОТ: 1-ю группу составили 13 женщин, имеющие ОТ в диапазоне 82-89,9 см; 2-ю—14 женщин с ОТ 90-99,9 см; 3-ю—12 женщин с ОТ 100-109,9 см и 4-ю—10 женщин с ОТ 110-134 см.

Жесткость аортальной стенки оценивалась при помощи прибора BPLab Vasotens (производитель ООО Пётр Телегин, Н. Новгород) с регистрацией следующих показателей центрального аортального давления: систолическое артериальное давление, САДао; диастолическое артериальное давление, ДАДао; пульсовое артериальное давление,

ПАДао, мм рт. ст.; индекс аугментации, $AI_{\text{хао}}$, %; амплификация пульсового давления, PPA, % и скорость распространения пульсовой волны $PWV_{\text{ао}}$, м/с.

Данные обработаны с помощью пакета программ Excel 2007 (Microsoft, USA).

Результаты исследования и обсуждение. Установлено, что основная часть из изученных гемодинамических показателей продемонстрировала довольно чёткую тенденцию к повышению по мере увеличения ОТ у изученных нами женщин, несмотря на их молодой возраст. Но достоверность различий по разным показателям была разного уровня. Так, показатели САД, ДАД и ПАД в аорте хотя и повышались по мере увеличения ОТ, но всё-таки не достоверно.

Показатель же скорости обратной пульсовой волны в аорте увеличивался от первой к четвертой группе ($PWV_{\text{ао}}$ м/с: 1 гр.- $9,5 \pm 0,6$, 2 гр. $9,8 \pm 0,5$, 3 гр.- $10,9 \pm 0,8$, 4 гр.- $11,7 \pm 0,9$) с достижением вполне достоверного уровня ($P1-4 < 0,05$). Второй показатель сосудистой жёсткости – индекс аугментации также повышался по мере увеличения показателя ОТ у обследуемых пациенток ($AI_{\text{хао}}$, %: 1 гр.- $7,0 \pm 0,9$, 2 гр.- $7,4 \pm 1,4$, 3 гр.- $10,1 \pm 1,9$, 4 гр.- $1,0 \pm 2,0$). Различия по этому показателю между первой и четвертой групп также достигали значимого уровня ($P1-4 < 0,05$).

Наши данные о возможности сосудистого ремоделирования у молодых женщин при наличии у них висцерального ожирения (ВО) согласуются с результатами других авторов, которые также определяли повышение СПВ в аорте у указанного контингента [3].

Однако ОТ не отражает истинного ВО, что доказывает так называемый «парадокс ожирения» [4]. Также в настоящее время нет убедительных доказательств взаимосвязи между снижением массы тела и улучшением выживаемости [5].

Таким образом, изучение показателей аортальной жесткости может стать потенциально простым и воспроизводимым методом оценки раннего сосудистого старения и выступать в роли наиболее чувствительного и специфичного индикатора органических поражений и высокого ССР при МС.

Выводы

1. При нарастании центрального ожирения у женщин в возрасте до 35 лет происходит достоверное увеличение показателей их аортальной жёсткости по типу скорости пульсовой волны и индекса аугментации несмотря на молодой возраст обследуемых пациенток.

2. Полученные данные о возможности развития раннего метаболически-ассоциированного ремоделирования сосудистой стенки целесообразно учитывать при проведении наблюдения в процессе диспансеризации обсуждаемого контингента молодых женщин.

Список литературы

1. Панченкова Л.А., Андреева Л.А., Хамидова Х.А., Юркова Т.Е., Мартынов А. Артериальная гипертензия, ассоциированная с метаболическим синдромом: фокус на суточные профили центрального аортального давления и сосудистой жесткости. Евразийский кардиологический журнал. 2016. № 3. С. 6-12.
2. Консенсус экспертов по междисциплинарному подходу к ведению, диагностике и лечению больных с метаболическим синдромом. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2013; 12(6): 41-81).
3. Штонда М.В., Пристром М.С., Кунаш И.И., Чечко Р.Ю., Курсевич В.В. Жесткость артериальной стенки у пациентов с метаболическим синдромом Лечебное дело: научно-практический терапевтический журнал. 2016. № 1 (47). С. 33-36.
4. Uretsky S., Messerli F., Bangalore S. et al. Obesity paradox in patients with hypertension and coronary artery disease // Am. J. Med. — 2007. — Vol. 120, № 10. — P. 863–870.
5. Самородская И.В., Болотова Е.В., Бойцов С.А. «Парадокс ожирения» и сердечно-сосудистая смертность Кардиология. 2015. Т. 55. № 9. С. 31-36.

**УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-
МОТИВАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ ЛИЧНОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

Джулай Т.Е., Дьяченко А.М., Нечаев А.В.

Тверской государственный медицинский университет

Психосоматическая медицина изучает влияние психологических факторов на возникновение и течение соматических заболеваний. По данным ВОЗ, около 42% всех пациентов можно отнести к группе психосоматических [1].

Сочетание стрессорных факторов внешней среды и конституционально-генетических особенностей организма лежит в основе развития нарушений. Многие авторы выделяют тревогу как центральное звено психосоматических расстройств. В результате длительного психического перенапряжения в организме нарушаются тропные функции гипоталамо-гипофизарной системы [2-4]. Через повышение энергообразования реализуется адаптация к стрессу, активируются системы свободно-радикального окисления липидов с развитием оксидативного стресса - мощного повреждающего фактора [5].

Целью исследования была оценка распространенности психосоматических состояний у студентов лечебного факультета Тверского ГМУ с учетом ценностно-мотивационного профиля личности.

Материалы и методы исследования. Было проведено добровольное анонимное анкетирование 144 студентов 5 курса лечебного факультета в возрасте 19-22 лет: женщин – 77%, мужчин – 23%. Использовался оригинальный опросник, позволяющий оценить функциональное состояние ЖКТ, проявления психосоматических расстройств, оценить ценностные установки студента на достижение результатов в учебе. Уровень тревожности изучался при помощи стандартного метода Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина.

Результаты и обсуждения. Испытуемым предлагалось выбрать, испытывает ли респондент те или иные симптомы со стороны органов ЖКТ, с чем связывает их появление. Во время стрессовых ситуаций около 49% студентов испытывают боли в животе, дискомфорт, 46% опрошенных переживают приступы тошноты, 11% жалуются на запоры, 25% – на диарею, 17% беспокоит метеоризм. Урчание в животе доставляет дискомфорт 21% студентам и появляется при сильных волнениях, 53% респондентов отмечают эпизоды нарушения аппетита во время сессии. С утверждением «Я уравновешенный человек, меня сложно вывести из душевного равновесия» были согласны меньше половины опрошенных. При анализе мотивационной составляющей учебы для конкретного респондента также учитывался средний балл зачетной книжки. У 38 человек он составил от 3,0 до 3,9 баллов, у 101 человека – 4,0-4,9 баллов, у 5 человек – 5,0 баллов. При ответе на вопрос: «Если бы вы узнали, что по предмету можно получить экзамен автоматом, но для этого нужно систематически демонстрировать отличные знания, то Вы...» - по 48% студентов предпочли попробовать свои силы, либо спокойно готовились к каждому занятию, чтобы сдать экзамен. Только 4% выбрали вариант: «мне безразлично, главное, как отрабатываются двойки и как вовремя выйти на сессию».

На вопрос «Выберите утверждение относительно вашего отношения к учебе и оценкам» 12% ответили: «Оценки для меня важны, я стараюсь учить весь материал качественно». При этом 80% респондентов выбрало утверждение: «Оценки не сильно важны для меня. Я стараюсь учиться хорошо, но оценки получаю разные», 5% считают: «Я учу предметы, которые интересны мне, в остальном надеюсь на удачу». «Моя главная цель – не двойка» – этим ответом руководствуются 3%. На вопрос «Как родственники относятся к вашим успехам в учебе?» 76% ответили, что относятся с сочувствием, 15% – «ругают за полученные двойки и задолженности», 9% выбрали ответ «проявляют

безразличие». Оценка личностной тревожности у 70% респондентов выявился высокий уровень, у 26% – средний, у 4% – низкий. Уровень реактивной тревожности у 51% респондентов был высоким, у 45% – средним, низкий же встречался лишь в 4% случаев.

Закключение: Анализ итогов анкетирования показал, что в условиях учебного стресса половина студентов испытывает боли и дискомфорт в животе, каждый десятый страдает за-порами, каждый четвертый – диареей, каждый шестой отмечает метеоризм и нарушения аппетита. У каждого второго студента-пятикурсника выявлен высокий уровень реактивной тревожности, которая проявляется беспокойством с активацией вегетативной нервной системы. Высокий уровень тревожности и частые психосоматические нарушения отмечались у лиц с завышенными требованиями к себе по достижению, высоких экзаменационных оценок, чьи родители негативно реагировали на их неудачи в учебе. Студенты, в семьях которых с пониманием относятся к неудачам, помогают в учебе, демонстрировали более низкий уровень тревожности, невысокую заинтересованность в формальных итогах образовательного процесса, и имели существенно меньше соматических проявлений.

Таким образом, психосоматические состояния органов пищеварения – распространенное явление в студенческой среде. Коррекция психического статуса представляется важным элементом формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний ЖКТ.

Список литературы

1. Лифинцева, А.А. Категория психосоматического в психологическом дискурсе XX века / А.А. Лифинцева // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. – 2015. – № 5. – С. 86-91.
2. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога /И.Г. Малкина-Пых. — Москва: «Эксмо», 2005. — 992 с.
3. Симаненков, В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / В.И. Симаненков. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2008. – 335 с.
4. К вопросу о психосоматических заболеваниях / Ю.И. Беспалов, Н.Н. Черченко, Л.Ю. Пономарева [и др.]. // Вестник КазНМУ. – 2014. – № 2 – С. 74-76.
5. Факторы, влияющие на развитие психосоматической патологии / В.М. Попков, Ю.В. Черненко, А.А. Протопопов [и др.] // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2011. – Том 1, № 7. – С. 6-12.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СТРЕССА У ОДАРЕННЫХ УЧАЩИХСЯ

Жданова О.М., Булычева Е.В., Сетко Н.П.

Научный руководитель: Сетко Н.П.

Оренбургский государственный медицинский университет

Значительные темпы социального и научно-технического развития определили возрастающую потребность общества в высококвалифицированных специалистах, обладающих нестандартным мышлением и высоким уровнем интеллекта [1]. В этой связи, современная образовательная система предъявляет высокие требования к обучающимся, что особенно характерно для общеобразовательных организаций для одаренных учащихся. Ориентация на высокие академические достижения, повышенные требования педагогов и родителей, интенсивные учебные и внеучебные нагрузки в инновационных

общеобразовательных учреждениях для одаренных детей и подростков формирует риск развития психоэмоционального напряжения у одаренных учащихся [2]. Стресс, в свою очередь, может способствовать развитию функциональных нарушений основных органов и систем организма, задействованных в учебной деятельности, определяющих успешность освоения учебных программ. В связи с этим, актуальным направлением становится поиск новых подходов к профилактике стресса у одаренных учащихся.

Цель исследования – оценить эффективность профилактических мероприятий, направленных на снижение стресса у одаренных учащихся.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 70 одаренных учащихся 11-х классов многопрофильного лицея-интерната для одаренных детей г. Оренбурга. Оценка психофизиологического состояния организма одаренных учащихся проведена с помощью аппаратно-программного комплекса диагностики и биоуправления психофизиологическими функциями «Комфорт» (Сетко Н.П., Булычева Е.В., Сетко А.Г., 2017), путем регистрации периферической температуры тела, электрической активности мышц, дыхательной синусовой аритмии, частоты дыхательных движений, коэффициента соотношения длительности вдоха и выдоха, показателей суммарного отклонения от аутогенной нормы, вегетативного коэффициента. Эффективность психофизиологического тренинга оценена путем сравнения исследуемых показателей у одаренных учащихся до и после выполнения диафрагмально-релаксационного дыхания с использованием параметрических методов медицинской статистики с расчётом средней арифметической, стандартного отклонения, среднеквадратической ошибки. Для выявления статистически значимых различий применен параметрический критерий Стьюдента с последующим расчетом достоверности (p). Расчеты осуществлены с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Office 2010» и «Statistica 13.0».

Результаты и обсуждение. Установлено, что у одаренных учащихся до проведения тренинга определен высокий уровень психоэмоционального напряжения, о чем свидетельствовали высокие значения показателя суммарного отклонения от аутогенной нормы – $18,8 \pm 14,23$ ед. В этой связи, состояние характеризующееся высокой активностью и позитивным настроем на выполнение заданий, а также состояние физиологической нормы определено лишь у 3,0% и 21,2% одаренных подростков, соответственно, тогда как у 75,8% одаренных учащихся отмечено высокое нервно-психическое напряжение.

Для снижения высокого уровня психоэмоционального напряжения у одаренных подростков был проведен тренинг функционального биоуправления. Показано, что после проведения психофизиологического тренинга у одаренных учащихся определено снижение в 1,5 раза электромиографической активности с $3188,4 \pm 3323,53$ В. до $2116,0 \pm 2304,73$ В. ($p \geq 0,05$), что свидетельствовало о снижении общего и психоэмоционального напряжения. Вместе с тем, у одаренных подростков после выполнения диафрагмально-релаксационного дыхания происходило повышение периферической температуры тела с $29,7 \pm 10,31$ C0 до $30,1 \pm 12,75$ C0 ($p \geq 0,05$), что подтверждало тенденцию снижения стрессовой нагрузки.

Диафрагмальное дыхание, осуществляющееся за счет движения диафрагмы, насыщает кислородом большое количество крови за один дыхательный цикл, что приводит к снижению дыхательных движений в единицу времени. Так, если у одаренных учащихся до тренинга частота дыхательных движений составляла $11,3 \pm 11,47$ раза в минуту, то после тренинга произошло снижение до $10,3 \pm 11,83$ раз в минуту. Вместе с тем, после выполнения диафрагмально-релаксационного дыхания у одаренных учащихся на 12,2% снизилась дыхательная синусовая аритмия с $22,9 \pm 24,70$ ед. до $20,1 \pm 23,15$ ед. ($p \geq 0,05$), развитие, которой у детей и подростков является следствием острого или хронического стрессового воздействия.

Полученные данные, полностью согласуются с ранее выполненными исследованиями Н.П. Сетко. Е.В. Булычевой, А.Г. Сетко, и др. (2018); Н.П. Сетко. Е.В.

Булычевой (2018), в которых подтверждается высокий уровень эффективности проведенного психофизиологического тренинга.

Закключение. Таким образом, метод функционального биоуправления является эффективным средством коррекции психофизиологических отклонений у одаренных учащихся, что обуславливает необходимость его внедрения и применения в инновационных общеобразовательных учреждениях для одаренных детей и подростков.

Список литературы

1. Ольховская Е. Ю. Общая характеристика роли влияния природных и социально-культурных факторов на развитие одарённого ребёнка / Е. Ю. Ольховская // Гуманитарный вектор. — 2012 — №1 — С. 57-61.
2. Кучма В. Р. Школы здоровья в России / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт и др. — М., 2009 — 128 с.
3. Сетко Н. П. Современные подходы к оценке и моделированию психоэмоционального состояния учащихся с помощью современных цифровых технологий / Н. П. Сетко, Е. В. Булычевой, А. Г. Сетко, И. М. Сетко // Оренбургский медицинский вестник. — 2018 — №1 — С. 25-33.
4. Сетко Н. П. Психофизиологические технологии коррекции психического здоровья подростков / Н. П. Сетко, Е. В. Булычева // Сб. научн. тр. / Здоровье и качество жизни Материалы III Всероссийской конференции с международным участием. — Иркутск, 2018 — С. 234-239.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СТУДЕНТОВ СтГМУ И ЕГО СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Евсеева М.Е., Галькова И.Ю., Эльхаджиева М.И.

Студенты-медики занимают особое положение, так как учебная нагрузка в медицинском ВУЗе в среднем в 2 раза выше, чем у студентов технических и гуманитарных вузов. Поэтому они находятся в группе риска.

Цель исследования: Определить распространенность синдрома эмоционального выгорания у студентов СтГМУ и его соматические проявления.

Материалы и методы: Было обследовано 140 студентов 4 курса обучения лечебного и педиатрического факультетов СтГМУ. Все участники прошли комплексное психологическое тестирование по Бойко. Статистический анализ результатов проводили с помощью программы STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc, США). Проводилось анкетирование по жалобам студентов, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Для оценки достоверности показателей использовали одновыборочный t критерий и критерий Манна Уитни. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: Тест по Бойко состоит из 84 утверждений, к которым испытуемый должен выразить свое отношение в виде однозначных ответов «да» или «нет». Методика позволяет выделить основные эмоционально-психологические, когнитивные и поведенческие симптомы синдрома эмоционального выгорания, а также оценить выраженность 3 основных фаз развития психологического стресса: напряжение, резистенция, истощение.

По результатам теста было выявлено наличие фазы напряжения у 27% опрошенных студентов, фазы резистенции – у 39% и фазы истощения – у 34%. Далее более детальному исследованию подверглись студенты с фазой истощения. В данной группе отмечалось увеличение частоты сердечных сокращений. В ходе дальнейшего опроса были выявлены

такие жалобы как: частые головные боли, утомляемость, ощущения перебоев в работе сердца, расстройства сна. Депривация сна приводит к снижению успешности обучаемости в университете, ряду серьезных соматических заболеваний. Заключение: Таким образом, поиск взаимовлияний отдельных характеристик, отражающих качество жизни, степень эмоционального напряжения, а также параметров естественного ночного сна студентов, является актуальной проблемой изучения процессов адаптации молодых людей к различным аспектам учебы, выявления механизмов сохранения здоровья, начальных признаков и предрасполагающих факторов формирования синдрома эмоционального выгорания.

Список литературы

1. Абрамова Г.С., Юдниц Ю.А. Психология в медицине/Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдниц. - М.: Наука, 2013. - С.231-244.
2. Баранова Ю. В., Герасимова В. Я. Выгорание студентов медицинских вузов // Молодой ученый. — 2019. — №4. — С. 149-152
3. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/В.В. Бойко. - СПб.: Питер, 2011. - 105 с
4. Горшков Е. А., Косоногова В. И. Исследование синдрома эмоционального выгорания у студентов-старшекурсников // Молодой ученый. — 2015. — №23.2. — С. 51-55.
5. Мозолевская Н. В., Зайцева Е. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания медицинского работника// Молодой ученый. — 2019. — №30. — С. 103-105.

ВЛИЯНИЕ СПЕКТРА СИНЕГО СВЕТА МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ НА СОН И ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

Иванова К.А., Душина О.С.

Научный руководитель: Блинкова Л. Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: воздействие синего света на организм человека возросло за последние 50 лет в связи с появлением электронных гаджетов, источников искусственного освещения, особенно различных энергосберегающих ламп. Избыточное и регулярное воздействие синего света в ночное время может привести к возникновению ряда проблем из-за его влияния на синхронизацию биологических ритмов. Это препятствует выработке гормона мелатонина, регулирующего цикл «сон-бодрствование». При этом планшеты, компьютеры и смартфоны, которыми часто пользуются для того, чтобы заснуть, активизируют мозговую деятельность, таким образом, способствуя развитию бессонницы. Изменённый режим сна и бодрствования связан также с нарушением пищевого поведения, в том числе с повышением употребления более калорийных продуктов в позднее вечернее время и ночное время, что в свою очередь способствует увеличению массы тела. Проблема недосыпания и бессонницы также напрямую касается успеваемости учащихся. Фаза «медленного сна» у детей на 40% длиннее, чем у взрослых, в это время мозг усваивает полученную за день информацию, не выспавшийся подросток хуже и медленнее запоминает поступающую информацию: даты, слова, формулы. В результате чего и происходит ухудшение памяти, восприятия полученной информации и как следствие — успеваемости.

Цель исследования: изучить факторы риска на здоровье подростков, выявить влияние спектра синего света электронных устройств на качество сна и определить наличие или отсутствие воздействия на физическое развитие и успеваемость школьников.

Материалы и методы. Было проведено анонимное анкетирование 73 школьников – подростков в возрасте 13-15 лет 8-9 классов МАОУ лицей № 17 ул. Шпаковская д. 109 г. Ставрополя. Определены антропометрические данные, гендерная принадлежность, режим сна и бодрствования, длительность и периодичность использования электронных гаджетов во времени (утро-день-вечер), наличие или отсутствием наследственных факторов у пробанда, определяющие избыточную массу тела и/или ожирение. Анкета также содержала вопросы: количество часов сна ночью и время отбоя, как часто пользуются подростки электронными устройствами (телефон, планшет, компьютер) перед сном, какова продолжительность использования электронных устройств перед сном, быстро ли засыпают, не страдают ли бессонницей ночью, оценка успеваемости в школе по среднему баллу и др.

Результаты: Анализ и интерпретация результатов показали, что среди респондентов имеют нормальную массу тела (ИМТ от 18,5-24 кг/м²) – 11%, имеют дефицит массы тела (ИМТ от 16 до 18,5 кг/м²), 4% - имеют избыточную массу тела (ИМТ 25-26 кг/м²). Количество времени и режима использования электронных устройств: 65% подростков ответили, что используют электронные устройства преимущественно вечером, 21% пользуются преимущественно ими днем и 14% используют электронные гаджеты преимущественно ночью перед сном. 35% процентов подростков регулярно каждый день используют мобильный телефон перед сном, 55% часто пользуются, но не каждый день, и лишь 10% перед сном не используют мобильник и другие электронные устройства. Продолжительность использования электронных устройств перед сном у 50% опрошенных составляет около 1 часа, 33% более 60 минут и лишь 15% используют гаджеты менее 10 минут до засыпания. Исследование проиллюстрировало общие тенденции по использованию телефонов непосредственно перед засыпанием и зависимость влияния синего света электронных устройств на качество и продолжительность сна, так 86 % респондентов используют телефон в основном и за 30 мин до сна. 10% пользуются за 1-2 часа до сна, и всего 4% опрошенных предпочитают читать книги перед сном. Время засыпания подростков преимущественно в промежутке с 22:00 до 24:00 часов. Момент засыпания у более половины опрошенных детей 70% наблюдается практически сразу, 27% засыпают в течение 30 минут и 8% не могут долго заснуть.

Длительность сна у наибольшего количества учеников составляет 6-8 часов в 70% случаев, 20% детей спят менее 6 часов и только 10% больше 8 часов. На вопрос успеваемости 56% опрошенных школьников ответили, что учатся в среднем на «хорошо», 36% ответили, что обучаются «удовлетворительно», и только у 8% отметили средний балл «отлично».

Выводы: проведенная комплексная оценка позволяет предположить выраженность влияния голубого света на качество и количество ночного сна у подростков, что является одним из определяющих факторов, опосредующего снижение успеваемости у школьников; одним из основных направлений в решении проблемы сохранения и развития здоровья подростков является воспитание у них определенных ценностных установок и формирование культуры здоровой жизнедеятельности; необходима разработка скрининга для выявления компьютерной зависимости в подростковой популяции.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ СТРЕССА СРЕДИ СТУДЕНТОВ КГМУ

Ильин М.Ю., Никулин Е.А., Пирогова С.О.

Курский государственный медицинский университет

Обучение специалистов медицинского профиля сопряжено необходимостью получения большого количества разноплановых знаний [1,2]. Обилие учебных дисциплин, семинары, зачеты, тестовые контроли и экзамены, через которые вынуждены проходить будущие врачи, приводят к когнитивному и психологическому утомлению. Постоянное напряжение ментальных функций является фактором риска развития хронического стресса. Наиболее выраженные нагрузки на студентов-медиков, несомненно, приходится на периоды зимней и летней сессии [4].

При необходимом уровне адаптации и должной подготовке, учебные нагрузки не должны выходить за пределы эустресса в дистресс. Однако темп студенческой жизни зачастую может оказаться не каждому под силу [3]. Целью данного исследования является оценка уровня способности к учебной деятельности через интерпретацию показателей пресыщения учебным процессом и общим уровнем стресса.

Материалы и методы: Исследование показателей работоспособности производилось с участием 65 студентов КГМУ медицинских направлений обучения. Использовалась стандартизованная методика оценки работоспособности ДОРС (А. Б. Леоновой и С. Б. Величковой) с интерпретацией показателей пресыщения и стресса. Выполнена статистическая обработка данных, в ходе которой были рассчитаны показатели моды, медианы, среднего арифметического, дисперсия, стандартное отклонения, среднее отклонение, доверительный уровень, критерий Стьюдента. Расчеты производились с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение: Первоначальная обработка данных показала следующее: в исследуемой совокупности подавляющее большинство представлено студентками (52 человек (80%)). В возрастной структуре преобладает группа 17-19 лет (61,5%), далее следует 20-22 лет – 19 (29,2%), 23-25 – 4 (6,1%) и старше 26 лет – 2 студента (3%). Исходя из полученных данных, с целью повышения репрезентативности исследования, оценка показателей работоспособности производилась на основании результатов наиболее многочисленной группы опрошенных – девушек в возрасте от 17 до 19 лет.

Средний уровень показателя «пресыщения» установился в значении 29.39 ± 5.42 , что соответствует выраженной степени данного критерия. Уровень стресса в исследуемой группе составил 23.38 ± 4.29 . Такие результаты указывают на умеренную степень признака.

Заключение: По результатам проведенного исследования можно сделать выводы, что студентки, обучающиеся по программе высшего медицинского образования, подвержены среднепопуляционному уровню стресса. Это может быть следствием успешной адаптации к нагрузкам в процессе обучения в школе и подготовки к вступительным испытаниям при поступлении в ВУЗ. Однако выраженная степень показателя «пресыщения» указывает на продолжительность учебы и большой объем методического материала.

Список литературы

1. Агафонова, О. А. Факторы напряженности в учебной деятельности у студентов разных специальностей. Дипломная работа. – М. : МГЛУ, 2014. – 61 с.
2. Агафонова, О. А. Особенности развития учебного стресса у студентов разных специальностей. Квалификационная работа. – М. : МГЛУ, 2013. – 61 с.
3. Кетова, Н.А. Аутоагрессия как способ построения отношений у современной молодежи / Н.А. Кетова, Е.А. Никулин, М.Ю. Ильин, Я.В. Рыбалко, В.И. Королева // Сб. научн. Тр. / Агрессия и насилие как явления современного общества. – Курск, 2018. – С. 49-53.

4. Мельников, В. И. Экзаменационный стресс студентов и основные методы его оптимизации // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2012. – № 1. – С. 45–60.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОЧАГОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА КАК МАЛОИЗУЧЕННЫЙ ФАКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Итальянцева Е.В., Галькова И.Ю., Евсеева М.Е.

Научные руководители: Евсеева М.Е., Кошель В.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Атеросклероз остается наиболее частой причиной заболеваемости и смертности в развитых странах мира. Доказано, возрастные изменения сосудов эластического и мышечно-эластического типа встречаются и у здоровых лиц [1]. Однако, наличие факторов риска в молодом возрасте ускоряет нормальные процессы старения в крупных артериях и вызывает развитие гипертрофии среднего слоя сосудов, приводя к увеличению артериальной ригидности [2]. По современным данным, раннее старение сосудистой стенки являются результатом артериальной гипертензии, эндотелиальной дисфункции, хронического воспаления, дислипидемия, гипергликемия и др. [3, 4].

Наиболее доступными маркерами раннего сосудистого старения служат показатели жесткости артериальной стенки. Эти параметры, которые можно рассматривать как «тканевые» биомаркеры состояния сосудистой стенки, являются более информативными, чем «циркулирующие» биомаркеры крови, и способны обеспечить более точное прогнозирование риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [5, 6].

Цель – изучить влияние компенсированной очаговой инфекции у лиц молодого возраста на уровень сердечно-сосудистого риска.

Материалы и методы

Обследовано 95 студентов СтГМУ, из них 43 мужчины и 52 женщины, средний возраст $18,5 \pm 2,5$ лет. Их обследование осуществлялось в рамках ежегодного мероприятия «Неделя первокурсника – 2019». В исследовании использовался «листок здоровья», содержащий более 100 вопросов относительно текущих жалоб, особенностей инфекционно-воспалительного, наследственного анамнеза, перенесенных заболеваний и др. Сосудистая жесткость изучалась при помощи инструментально-диагностического комплекса BPLab (ООО «Петр Телегин», Н-Новгород).

Среди обследованных была определена структура и встречаемость очагов хронической инфекции. Затем молодые люди были разделены на две группы наблюдения: 1-я группа (контроль) – 42 человека без очаговой хронической инфекции; 2-я группа - 53 человека с хронической инфекцией почек, бронхиального дерева, небных миндалин. Указанные группы сравнения были сопоставимы по профилю факторов сердечно-сосудистого риска.

Статистический анализ материалов осуществляли с помощью программы Excell. Для выявления межгрупповых различий применяли статистический анализ с вычислением двухвыборочного t-критерия Стьюдента, а для сравнения относительных величин использовали критерий χ^2 по Фишеру. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05.

Результаты

Анализа встречаемости очаговой хронической инфекции различной локализации у лиц молодого возраста по данным медицинской документации и последующего анкетирования проведенного врачами университетского центра здоровья СтГМУ показал, что более половины молодых людей – отличаются наличием в настоящем времени

очаговой хронической инфекции. Большая часть из этих случаев обусловлена ЛОР - патологией или в изолированном виде или в сочетании с другими инфекционно-воспалительными заболеваниями. На очаговую хроническую инфекцию со стороны мочевыделительной и бронхолегочной систем приходится десятая часть наблюдений. При этом выявлены гендерные отличия в частоте встречаемости различных форм инфекционно-воспалительной патологии среди обследованных.

Изучены особенности структуры изолированной ЛОР-патологии, как наиболее часто встречающейся у лиц молодого возраста по сравнению с инфекционно-воспалительными заболеваниями другой локализации. Обращает на себя внимание, что хронический тонзиллит в изолированном и сочетании виде выявлен у половины обследованных, хронический синусит в изолированном и сочетании - у одной трети студентов. В остальных ситуациях обнаружены перенесенные оперативные вмешательства по поводу аденоидита. Выявлены также гендерные различия в частоте встречаемости различных вариантов инфекционно-воспалительной ЛОР-патологии среди обследованных.

Анализа показателей сосудистой жесткости у лиц молодого возраста с компенсированной очаговой инфекции показал, что между указанными группами наблюдения имеются различия по некоторым показателям, которые особенно выражены со стороны аортального индекса аугментации, отражающего характеристики обратной пульсовой волны на уровне аорты. Различия по этому параметру между двумя обсуждаемыми группами достигли статистически значимых различий ($p=0,004$).

Выводы

1. Более половины молодых людей страдают очаговой хронической инфекцией, большая часть из которых представлена ЛОР - патологией в изолированном или в сочетании с другими инфекционно-воспалительными заболеваниями виде.
2. По данным исследования перестройка сосудистой стенки на уровне аорты определяется у лиц молодого возраста с компенсированной очаговой патологией.
3. Полученные данные подтверждают важность акцентирования внимания на очаговую хроническую инфекцию, и внесения ее в список критериев стратификации сердечно-сосудистого риска.

Список литературы

1. Жёсткостные свойства аорты у нормотензивных лиц молодого возраста с учётом наличия факторов риска / М.Е. Евсеева [и др.] // Российский кардиологический журнал. - 2016. - № S4-1. - С.29.
2. Жесткость сосудов и факторы сердечно-сосудистого риска у мужчин молодого возраста (41-44 лет) / О.Ю. Исайкина [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2017. - № 3. - С. 290-300.
3. Колпакова, А.Ф. Нарушение эластических свойств артерий и функции эндотелия: современные способы коррекции и профилактики / А.Ф. Колпакова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. - №14. - С. 75–81.
4. Комплексная оценка показателей ригидности артерий и традиционных факторов риска как предикторов синдрома раннего сосудистого старения / В.Э. Олейников [и др.] // Российский кардиологический журнал. - 2018. - №3. - С. 31–36.
5. Carotid intima-media thickness progression to predict cardiovascular events in the general population (the PROG-IMT collaborative project): a meta-analysis of individual participant data / M.W. Lorenz [et al.] // Lancet. - 2012. - №379. - P.2053–2062.
6. Nilsson, P. Preventing early vascular aging / P. Nilsson // Medicographia. - 2012. - №34. - P.11-16.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА БЕЗОПАСНОСТИ УЧАЩИХСЯ

Калюжин А.С., Фриева В.В., Бодрая П. В.

Научный руководитель: Машдиева М.С.

Ростовский государственный медицинский университет

Формирование здоровья и образа жизни человечества является важной стратегической задачей нашего государства на любых этапах его развития, и в здоровом растущем поколении заинтересованы как его семья, начальство в учебных заведениях, так и все остальное общество.

Подростковый возраст - один из наиболее важных периодов формирования личности, который характеризуется проявлением неустойчивости эмоционального состояния, неуверенностью в себе, трусостью, эгоизмом, умственным равнодушием. Поэтому подросток так уязвим для алкоголя, табака, наркотических и токсических веществ.

Целью данной работы является продвижение принципов здорового образа жизни, как составного элемента здоровья и человеческого долголетия, среди подростков Ростовской области.

Материалы и методы: Практическая значимость данного исследования заключается в том, что в течении создания работы, разрабатывается программа «Здоровье».

Состояние здоровья содержит в себе биологическое состояние здоровья, общественное состояние здоровья и внутреннее состояние здоровья. Имеет место быть и «связь осознанного и неосознанного в индивидууме, каким регулируется его высоконравственное здоровье» [1].

Термин здоровьесберегающая среда в значительном опирается на трактовку самочувствия. Здоровьесберегающая среда - это гибкая, развивающая, не угнетающая ученика система, в основе которой лежит среда пребывания, связанная с эмоциональной и комфортной составляющей, а также благоприятный режим организации жизнедеятельности учащихся [2].

Результаты и обсуждение. В современном социуме с уверенностью можно утверждать, то что преподаватель в силах совершить почти всё с целью повышение качества самочувствия учащегося. Следует осуществить преподавательскую деятельность таким образом, чтобы подготовка приносила ученику улучшение состояние самочувствия, закладывая постепенно основы ЗОЖ.

Отталкиваясь с ранее заявленного необходимо осуществить нацеленность на интерес, согласно базовому понятию здоровья рассматривается, как единство физиологических, психологических и духовных составляющих. В соответствии с данной направленности, объектом сберздора в просветительном учреждении необходимо считать баланс эффективного физиологического состояния учеников, а также психологического баланса и внутреннего благосостояния.

Сущность, формы и методы управления процессом создания здоровья сберегающей среды образовательной организации. Обратившись к методологии управления сохраняющей здоровье сфере в общеобразовательном учреждении, и проанализировав приоритетные муниципальные проекты, способы учреждения системной работы согласно хранению и укреплению здоровья, развитию значения здоровья и ЗОЖ в образовательных организациях в РФ, можно сказать, что цель поддержания и сбережения самочувствия подростков акцентируется в свойстве одного из главных вопросов учреждения образования [3].

Таким образом, в сравнительно раннем периоде необходимость исследования и использования сберегающих здоровье технологий в общеобразовательных учреждениях обусловлена созданием многообещающих модификаций, направленных на состояние

здоровья, сохраняющегося просветительского движения в общеобразовательных организациях.

Основным образующим компонентом в формировании здоровьесохраняющей сферы является осуществление прогноза здоровья ребенка: диагностирование соматического, физиологического, психологического здоровья и многофункциональных способностей организма учащегося.

Здоровьесберегающая деятельность образовательного учреждения – это система мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья учащихся во время его пребывания в общеобразовательном учреждении и за его пределами.

Выводы: Изучение и исследование литературы обосновало заключение, что в ходе преподавания в общеобразовательном учреждении совокупно и постоянно функционируют большое число условий, негативно оказывающих большое влияние на состояние здоровья:

- напряженная стратегия авторитарной педагогики;
- рост тренировочного движения, т.е. повышение темпа и размера тренировочной нагрузки;
- расхождение технологий преподавания возрастным когортам обучающихся;
- нарушение простых физико-гигиеничных условий в компании тренировочного движения;
- недостаток у обучающихся простых познаний о том, как быть здоровым.

Отмеченные проблемы здоровья сегодняшних учащихся и школьников имеют необходимость в пристальном интересе не только врачебных сотрудников, но и преподавателей, отца с матерью, общественности.

Список литературы

1. Коржова М. Е. Здоровьесберегающие технологии осуществления образовательного процесса в учреждениях СПО:.. - Автореферат канд. пед. наук. - Челябинск, 2007;
2. Слесарева Г. Д. Здоровьесберегающая деятельность образовательного учреждения // Психологопедагогическое обеспечение как здоровьесберегающий ресурс субъектов образовательного процесса. - Киров: ВятГГУ, 2011.
3. Гладышева О. С. Системная модель здоровьесберегающей школы // Директор школы. - 2010. - № 6
4. Ю.Г. Элланский, А.Р. Квасов, Т.Ю. Быковская, М.Ю. Соловьев Общественное здоровье и здравоохранение– М. ГЭОТАР-Медиа, учебник 2019. С. 624.

ПРОБЛЕМА ВЕЙПИНГА СРЕДИ СТУДЕНТОВ СТГМУ

Каменев Е.А, Кудрявцева В.Д., Евсеева М.Е.

Научный руководитель: Кудрявцева В.Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время все больше новых данных о повреждении легких, связанных с использованием электронных сигарет, в том числе о случаях со смертельным исходом [1]. Это связывают с нахождением в аэрозоле вейпа частицы тяжелых металлов, формальдегид, акролеин [4]. Что в первую очередь, подчеркивает необходимость информирования об опасности использования электронных сигарет или вейпинга молодыми людьми. Так же с вейпингом связывают возникновение новой болезни легких [5].

Электронные сигареты способствует повышению сосудистой жесткости, что является фактором риска возникновения кардиоваскулярных заболеваний[2,3].

Цель исследования. Выявить распространенность вейпинга среди студентов СтГМУ, а также осведомленность учащихся об опасности его использования для здоровья.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование у 233 студентов 1 курса СтГМУ на базе Университетского центра здоровья, из них 92(39,5%) юношей и 141(60,5%) девушек. Возраст обследуемых от 17 до 24 лет. В процессе ежегодного скрининга в рамках акции «Неделя первокурсника - 2019» участвовали студенты трех факультетов. Студентам проводился опрос по предварительно составленной анкете. Опросник включал 5 вопросов, которые уточняли использование вейпинга, отношение студентов к нему, и осведомленность об опасности для здоровья, связанном с использованием вейпа.

Результаты. В ходе статистической обработки установлено, что 11(4,7%) из всех опрошенных используют вейп в настоящее время. Из всех обследованных юношей курит вейп 3(3,3%), среди девушек 8(5,7%). Среди студентов 52(22,3%) использовали электронные сигареты ранее. При этом 30(12,8%) человек считает, что вейпинг не наносит вред здоровью. По результат анкетирования было установлено, что положительного отношении к вейпингу не было ни у одного из опрошенных, отрицательном мнение предъявляли 102(43,8%) человека, нейтральное отношение было у 13(5,6%) студента. При этом 118(50,6%) студентов считают, что осведомлены о том, что вейп является фактором риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, 69(29,6%) опрошенных догадываются об этом и 46(19,7%) студентов не знакомы с данной информацией. А на вопрос об осведомленности информацией, что вейп является фактором риска возникновения заболеваний дыхательной системы 76(32,6%) опрошенных, ответили, что знают об этом, 108 (46,4%), что догадываются об этом, и 49(21, 0%), что не знакомы с данной информацией.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют, что 4,7% опрошенных лиц молодого возраста употребляют электронные сигареты в настоящее время. Также можно отметить, что молодежь в большинстве своем не воспринимает вейпинг как нечто опасное, в то время как на них действует довольно серьезный фактор риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы и дыхательной системы [6]. Из всех опрошенных первокурсников почти 20% не информированы о вреде электронных сигарет, а 12,8% считают, что вейп не опасен, что подтверждает целесообразность проведения школ здоровья и мероприятий, направленных на сокращение курящих лиц и предупреждение курения вейпа. В рамках университетского центра здоровья необходимо внедрять в акции в рамках отказа от курения, делая акцент на факты о вреде использования электронных сигарет и особенно на последствия вейпинга.

Список литературы

1. Characteristics of Patients in a National Outbreak of E-cigarette, or Vaping, Product Use–Associated Lung Injuries — United States, October 2019. Erin D. Moritz, Lauren B. Zapata, Akaki Lekachvili, et al. Weekly / November 1, 2019 / 68(43);985–989
2. Electronic Cigarette Smoking Increases Aortic Stiffness and Blood Pressure in Young Smokers. Charalambos Vlachopoulos, Nikolaos Ioakeimidis, Mahmoud Abdelrasoul, Dimitrios Terentes-Printzi et al. JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY June 2016. Vol. 67, Issue 23. P2802-2803
3. Klaas Frederik Franzen, Johannes Willig, Silja Cayo Talavera, Moritz Meusel, Friedhelm Sayk, Michael Reppel, Klaus Dalhoff, Kai Mortensen, Daniel Droemann. E-cigarettes and cigarettes worsen peripheral and central hemodynamics as well as arterial stiffness: A randomized, double-blinded pilot study. / Vascular Medicine-2018-Vol. 23(5) -P419–425.

4. I.G. Gillman a, K.A. Kistler, E.W. Stewart, A.R. Paolantonio. Effect of variable power levels on the yield of total aerosol mass and formation of aldehydes in e-cigarette aerosols. /Regulatory Toxicology and Pharmacology 2016-№75--58-65
5. Perrine CG, Pickens CM, Boehmer TK, et al.; Lung Injury Response Epidemiology/Surveillance Group. Characteristics of a multistate outbreak of lung injury associated with e-cigarette use, or vaping—United States, 2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2019;68:860–4.
6. Natasha DeJarnett. Acrolein Exposure Is Associated With Increased Cardiovascular Disease Risk./ Journal of American Heart Association. 2014 ;3:e000934 doi: 10.1161/JAHA.114.000934

ИНСОМНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Карпова А.Д., Джулай Т.Е.

Тверской государственный медицинский университет

Расстройство, связанное с трудностями засыпания, поддержания сна и его качества при наличии всех необходимых условий, определяется как инсомния, для которой типичны нарушения дневной деятельности различного вида [1-2].

Расстройства сна могут приводить к временной или длительной потере трудоспособности, зачастую являются причиной несчастных случаев и аварийных ситуаций, а также выступают патологическим звеном нейродегенеративных заболеваний (болезни Альцгеймера и Паркинсона), что определяет их медико-социальную значимость. До 20% людей среднего возраста нуждаются в обследовании по поводу нарушений сна. Эпидемиологические работы, посвященные нарушениям сна, выявляют инсомнию примерно у 24% пациентов. Инсомния, требующая медикаментозной коррекции, встречается у 14% пациентов, находящихся на лечении в стационаре по поводу соматических заболеваний [3-4].

Целью исследования являлось выявление дефицита качества и количества сна у студентов Тверского ГМУ. Использована оригинальная анкета, содержащая 24 вопроса, позволяющих оценить качество и продолжительность сна студентов-медиков

Материал и методы. Было проведено анонимное анкетирование 95 студентов 5 курса лечебного факультета в возрасте 21-25 лет (женщин 70 – 73,7%, мужчин – 25 – 26,3%).

Для анализа полученных данных использованы методы описательной статистики и программный пакет Statistica 13.3.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов опроса показал, что очень быстро и мгновенно засыпают 76,8% респондентов и 23,2% – в течение часа или дольше. Продолжительность сна свыше 9 часов отметили 1% студентов, 7-9 часов – 30,5%, менее 7 часов – 65,3%, признаки инсомнии имелись у 3,2%. Привычным временем для засыпания был период с 21:00-23:00 для 8,4% опрошенных, с 23:00-01:00 – для 64,8%, с 01:00-03:00 для – 23,6%, после 03:00 засыпали 3,2%. При этом нехватку сна ощущали 61,1% , в 8,4% случаев продолжительности сна было достаточно, желали поспать лишние 30 минут 30,5% студентов. В будни засыпают раньше 50,5% опрошенных, позже – 31,6%, привыкли засыпать в одно время – 17,9%.

В выходные дни просыпались раньше 2,1% респондентов, позже – 87,4%, в привычное время – 10,5%, причем проснуться к нужному времени без будильника не могут 83,2% опрошенных и только 16,8% просыпаются раньше звонка. Ночные пробуждения однократно присутствуют у 21,1%, многократные – у 11,6%.

Качество сна оценивали как отличное и хорошее 62,1% студентов, удовлетворительное – 32,6%, плохое или очень плохое – 5,3%. Высокую частоту сновидений отмечали в 42,2% случаев, в 51,5% – их видели редко или не видели вовсе (6,3%). Неясными и несформированными сны оказались у 46,3% студентов, яркими и красочными – у 42,2% студентов, принимали форму кошмаров – у 5,3%.

Двигательная и речевая активность во сне отмечалась 30,5% респондентами, отсутствовала в 40% случаев, в 29,5% имела в прошлом. «Вздрагивание» перед засыпанием отмечают постоянно 28,4% студентов, редко – 62,1% и не замечают 9,5%.

Легкое и быстрое пробуждение имело место в 19% случаев, трудное – 58,9%, их чередование – 3,1%, чувствовали себя бодрыми, несмотря на малую продолжительность сна – 19%. Встать сразу после пробуждения могли 34,7% респондентов, вставали заметно позже – 17,9%, требовалось несколько минут для подъема – 47,3%. Утро было самым тяжелым временем суток для 64,2% студентов, не согласились с утверждением – 27,4%, отмечали утреннее напряжение – 8,4%.

При эмоциональном возбуждении засыпание запаздывало у 73,7% респондентов, у 26,3% не отличалось от обычного режима. При плохом качестве сна испытывали дневную сонливость 40% опрошенных, ее не было у 60% студентов. В качестве причин ночных пробуждений указаны боль (1%), тревогу/беспокойство (13,7%), внешние факторы (40%), беспричинные пробуждения имели место в 45,3% случаев.

Утренняя активность и высокая работоспособность отмечена 28,4% респондентами, но 71,6% не согласились с утверждением. Инсомния наступала периодически и без особых причин в 29,5% случаев, постоянно – в 1%, отсутствовала – в 69,5%, качество и длительность сна накануне ответственного события снижались – в 61%. Студенты обоих полов моложе 22 лет менее склонны к переживаниям и соответственно имеют более качественный сон, чем в более старшем возрасте ($P < 0,05$).

Наиболее благоприятными условиями для засыпания считают полную тишину и отсутствие освещения – 40% опрошенных, допускают наличие фоновых шумов 3,2% респондента, в остальных случаях (56,8%) условия определяются степенью усталости.

Вывод. Анкетирование студентов медицинского университета показало высокий риск развития инсомнии в связи с более поздним временем засыпания и ранним подъемом, что существенно снижает длительность сна и отражается на его качестве.

Список литературы

1. Международная классификация расстройств сна 2-го пересмотра (ICSD-II), 2005. – Режим доступа: <http://sleepjunkies.com/sleep-disorders/sleepdisorder-list-icsd-2>. – Дата обращения 26.10.2019.
2. Бабак, С.Л. Нарушения сна и дыхательные расстройства в период сна в практике терапевта / С.Л. Бабак, А.Г. Чучалин // РМЖ. – 2006. – Т. 14, № 16. – С. 1166-1171.
3. Ковальзон, В.М. Цикл бодрствование-сон и биоритмы человека при различных режимах чередования светлого и темного периода суток / В.М. Ковальзон, В.Б. Дорохов // Здоровье и образование в XXI веке. – 2013. – Т. 15, № 1-4. – С. 151-162.
4. Шавловская, О.А. Инсомния в поликлинической практике / О.А. Шавловская // Журнал Неврологии. – 2016. – № 1. – С. 46-49.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОГО ПРИЗЫВА И ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ

Кешвединова А.А.

Научный руководитель: Яценко С.Г.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И.Вернадского"

В Российской Федерации согласно ФЗ-53 гражданин возрастом от 18 до 27 лет подлежит призыву на срочную военную службу, за исключением случаев предусмотренных законом и внесенными изменениями от 1 сентября 2019 года.

Однако в последние десятилетия отмечается ухудшение социально-экономической и экологической ситуации, что привело к негативным изменениям в состоянии здоровья населения, к исходно низкому уровню здоровья военнослужащих. По данным официальной статистики, в настоящее время треть юношей призывного возраста не могут быть призваны на военную службу по состоянию здоровья [1-2].

Социологические опросы показывают, что наблюдается тенденция увеличения числа молодых людей, имеющих негативное отношение к прохождению военной службы, что, прежде всего, связано с широким распространением мнения о непрестижности и не перспективности военной профессии, а также низкой оценки качества жизни военнослужащих.

Цель. Изучить качество жизни и здоровья военнослужащих срочного призыва и проходящих службу по контракту.

Материалы и методы. Провели анкетирование 55 военнослужащих, среди которых респондентов срочного призыва – 25, проходящих службу по контракту – 30. Возраст – 25 ± 3 года. Использовали краткий опросник, рекомендуемый Всемирной организацией здравоохранения для оценки качества жизни. Статистическую обработку полученных результатов осуществили методами описательной статистики в программе MS Excel 2017.

Результаты исследования. Среди военнослужащих срочного призыва 28% и 8% оценили качество своей жизни как плохое и очень плохое соответственно. При этом состояние своего здоровья как удовлетворительное отмечают 60%, и всего лишь 4% считают его очень неудовлетворительным. Физические боли чрезмерного характера отмечались у 30,8%. 24% респондентов указали на отсутствие наполненности собственной жизни смыслом, 8% считают ее чрезмерно наполненной. Отсутствие физически здоровой среды вокруг себя отметили 12%. 28% нуждаются в медицинской помощи для нормального функционирования в повседневной жизни, доступность в которой как не удовлетворительную оценило 32% респондентов. В целом в значительной степени довольными своей жизнью являются 28%. Способность к чрезмерной концентрации внимания отметили 12% военнослужащих, 8% говорят об отсутствии данной способности. Безопасность в повседневной жизни в значительной степени оценили 32%, в умеренной - 28%. 24% военнослужащих срочного призыва указали на отсутствие доступности к информации, необходимой для повседневной жизни. В значительной степени возможность для отдыха отметили 24%, в то время как 28% полностью ее отрицают. Абсолютная неудовлетворенность своим сном наблюдается у 24% военнослужащих срочного призыва. Личные взаимоотношения как очень удовлетворенные оценили 28%, 20% отметили их как не удовлетворенные. Стресс, тревогу и отчаяние очень часто испытывают 18% респондентов. Отсутствие поддержки друзей и абсолютную неудовлетворенность условиями проживания отметили 32% респондентов соответственно.

Среди военнослужащих-контрактников мы получили следующие результаты: 36,7% респондентов указывают на неоднозначное качество собственной жизни; удовлетворенность своим здоровьем отмечают 46,7%, абсолютную удовлетворенность выказывают 33,3%. Физические боли в умеренной степени мешают выполнять

обязанности 23,3% военнослужащих, 50% отмечают полное их отсутствие. Отсутствие в необходимости получение медицинской помощи выказали 33,3%, такое же количество военнослужащих не удовлетворенно доступностью медицинского обслуживания. Абсолютную наполненность жизни смыслом отметили 33,3%. Способность к чрезмерной концентрации внимания наблюдается у 33,3%, а к значительной – у 46,7, аналогичные данные мы получили в вопросе о присутствии чувства безопасности в повседневной жизни. Умеренной и в значительной степени здоровой окружающую среду считают 33,3% и 50% соответственно. Значительное присутствие энергии для повседневной жизни отметили 56,7% военнослужащих; 23,3% указали на абсолютную нехватку денежных средств для удовлетворения собственных потребностей, а также на отсутствие возможности для отдыха. Среди респондентов совершенно не удовлетворены сном 20%; 63,3 % отметили удовлетворительную способность к выполнению своих обязанностей, 53,3% удовлетворены своей трудоспособностью. Абсолютную неудовлетворенность личными взаимоотношениями выказали 13,3%, совершенно неудовлетворенной свою сексуальную жизнь считают 23,3%. Условия в месте проживания как удовлетворительные оценивают 23,3% респондентов. Чувство отчаяния, тревоги и отсутствия настроения изредка испытывают 66,7%, а практически никогда - 13,3%.

Вывод. Качество жизни военнослужащих срочного призыва и проходящих службу по контракту не является настолько неудовлетворительными, как считается в обществе. Но в тоже время призыв на военную службу является сильным стрессовым фактором, который приводит к снижению качества жизни респондентов по ряду шкал.

Полученные результаты позволяют рекомендовать стратегии улучшения качества жизни военнослужащих с учетом специфики прохождения службы путем включения исследований, направленных на выявление неблагоприятных социально-гигиенических факторов службы, оздоровления психологического климата в воинском коллективе, проведения комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий.

Список литературы

1. Буданова Е.И., Богомолов А.В. Характеристика качества жизни и здоровья военнослужащих-контрактников // Гигиена и санитария. – 2016. – № 95(7) – С. 627 – 632
2. Буданова Е.И., Медведев В.Р., Фёдоров М.В., Цуроев Т.С. Характеристика ценностных ориентаций военнослужащих-контрактников // Известия Института инженерной физики. – 2013. - №2(28). – С. 99-102.

АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Клименко А.И., Маликова М.И.

Научные руководители: Коновалов Е. А., Литвинова Л. В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Стереотип безопасного поведения формируется при условии предупреждения травматизма и организации здорового образа жизни населения. С этой целью необходимо проводить поучительные беседы с детьми на тему повышения культуры в быту, общественных местах, школах, университетах, на улицах . Особое внимание уделить улучшению физической подготовке и борьбе с вредными привычками, такими как алкоголь, курение и наркомания. Формированию стереотипа безопасного поведения также способствует повышения родительского контроля за активной жизнью детей.

На сегодняшний день следует уделить внимание ремонту дорог, тротуаров, освещению улиц, изучению и популяризация правил дорожного движения, улучшение

качества обучения водителей. Очень актуальным становится вопрос о создании центров по созданию сотрудничества МВД, ГИБДД, ЖКХ и медицинских работников для рационального анализа причин, обстоятельств и временных аспектов травм и мест их получения. Недостаточное изучение подобных данных свидетельствует о необходимости комплексного внедрения контроля за состоянием здоровья студентов и индивидуальный подход к профилактике, течению, устранению травм и их последствий, и определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования – изучить степень травматизации у студентов медицинского вуза педиатрического и лечебного факультета.

Материалы и методы. Объектом исследования явились случаи травматизации студентов 2 курса лечебного (152 человека) и педиатрического факультета (91 человек) Ставропольского государственного медицинского университета, обучавшихся в период 2019-2020 год. Полученные данные подвергались математическому анализу. Учитывались закрытые и открытые переломы конечностей, полученные до поступления в вуз и в период обучения.

Результаты и обсуждение. Сбор данных включал два этапа: на первом – анкетирование студентов на предмет наличия закрытых или открытых переломов конечностей в течение жизни; на втором – анализ переломов у студентов разных факультетов согласно правому/левому латеральному профилю.

Полученные данные свидетельствуют о преобладании количества травм студентов лечебного факультета (1 группа) по сравнению со студентами педиатрического факультета (2 группа). Число студентов, получивших одну и более травм, 1 группы составляло 32%, студентов с подобными травмами 2-й группы – 13%. Среди представителей 1 группы были диагностированы студенты с травмами сразу обеих конечностей. Например, правой руки и левой руки. Подобного рода травмы конечностей свидетельствует о равном уровне риска травматизации для правого и левого латерального профиля и о высоком прогнозе отсутствия доминирующей правой или левой руки/ноги.

Заключение. В настоящее время службы вузов большое внимание уделяют оказанию специализированной медицинской помощи студентом с травмами. Это связано с тем, что в современном мире чрезвычайные ситуации происходят все чаще. Среди значимых социальных задач является укрепление состояния здоровья студентов высших учебных заведений. Частота заболеваемости среди них высокая, это может быть связано с действием постоянного стресса, снижением иммунитета и общей резистентности к патогенам. Исследование частоты, причин травматизации студентов, а также формирование программ превентивных мер будет положительно влиять на качество образования и решать одну из важнейших задач государства – поддержание здорового образа жизни молодого поколения РФ.

ПРОФИЛЬ УГРОЗ ЗДОРОВЬЮ СТУДЕНТОВ СГМУ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЕЖЕГОДНОГО СКРИНИНГА В РАМКАХ АКЦИИ «НЕДЕЛЯ ПЕРВОКУРСНИКА-2019»

Кудрявцева В.Д., Итальянцева Е.В., Галькова И.Ю., Евсеева М.Е.
Ставропольский государственный медицинский университет

Сохранение высоких показателей смертности от социально значимых заболеваний несмотря на предпринимаемые усилия требует коренного пересмотра подходов к осуществлению борьбы с указанными заболеваниями [1,2]. Необходимо переходить от методов реактивной медицины к технологиям предиктивной, превентивной,

персонализированной и партисипативной медицины или 4П-медицины [3]. Первая подразумевает оказание помощи больному с уже развившейся патологией, то вторая модель нацелена на предикцию появления этой патологии с позиций новых знаний в области метаболизма, протеомики и других областях. В этой связи весьма актуальна проблема преждевременного сосудистого старения, к которому приводит наличие поведенческих факторов риска (ФР) [4]. Такой подход согласуется с принципом осуществления массового скрининга, рассчитанного на молодёжь [5,6]. Накопление подобной базы больших данных крайне необходимо для формирования в России эффективной системы профилактической медицины.

Цель - изучить профиль угроз здоровью студентов-первокурсников СтГМУ 2019 года с учетом пола.

Материалы и методы

Проведен скрининг ресурсов здоровья первокурсников СтГМУ в рамках ежегодного внутривузовского мероприятия «Неделя первокурсника-2019» [5].

Всего прошли обследование 615 студентов четырёх факультетов, из них 156(25,4%) юношей и 459(74,6%) девушек, в возрасте от 17 до 24 лет. К настоящему времени проанализированы данные обследования 100 человек. Обследование включало в себя: анкетирование, антропометрию, выявление стигм диэмбриогенеза, регистрацию показателей периферической гемодинамики. Студенты – медики ответили на вопросы анкеты, касающиеся их общего самочувствия, перенесенных заболеваний, наследственного анамнеза, поведенческих факторов риска и пр. Для выявления признаков дисплазии соединительной ткани были выбраны синдром запястья и синдром большого пальца в связи с их доступностью определения в рамках скринингового обследования. Также были произведены замеры антропометрических показателей исследуемых с целью выявления отклонений в виде избытка и дефицита массы тела. Для определения артериального давления и пульса использовались автоматические тонометры фирмы OMRON.

Полученная информация внесена в единую электронную базу данных, на основе которой произведен анализ исходного уровня здоровья студентов, и выявлен профиль угроз сердечно - сосудистому статусу первокурсников 2019г. Данные, полученные при проведении вышеуказанного мероприятия, дополняют общую базу университетского центра здоровья, которая формируется и анализируется сотрудниками центра в течение уже десяти лет [5].

Результаты

Результаты проведенного анализа фрагмента полученных данных показали, что пятая часть молодежи, поступающих на 1 курс университета, имеют тот или иной вариант повышения АД от прегипертензии до АГ 2 степени. Каждый третий-четвертый первокурсники имеет отклонение от нормальной массы тела либо в сторону ожирения и избыточной массы тела, либо в сторону дефицита. Встречаемость случаев повышенного АД в виде АГ/ПГ в 2,5 раз выше среди юношей по сравнению с девушками. Подобные особенности выявляются и при анализе индекса массы тела студентов.

Наличие отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям на этот раз отмечают 37,0% респондентов. Положительный ответ на вопрос о привычной интоксикации в виде курения дали в 18,0% случаев, нерациональное питание по переизбытку животных жиров встречалось в 20,0% случаев, а по недостатку растительной клетчатки – в 38,0% среди указанных лиц. Плохую переносимость психо-эмоциональных нагрузок обследованные девушки отмечали в 4,2 раза чаще по сравнению с однокурсниками противоположного пола.

Выводы.

1. В 2019г. у поступивших в СтГМУ молодых людей как и в прошлые годы достаточно чётко прослеживается ассоциированность с гендерной принадлежностью встречаемость таких ФР, как повышенное АД, ожирение/избыточная МТ и курение.

2. Представленные данные, полученные Центром здоровья об особенностях студенческого профиля ФР следует учитывать всем университетским структурам, включая деканаты, воспитательный отдел и ФОК, при планировании внутривузовской программы действий профилактической направленности.

3. Выявленные поведенческие ФР следует корректировать в рамках студенческих профилактических программ с целью предотвращения синдрома раннего сосудистого старения, начиная с молодого возраста.

Список литературы

1. Шляхто Е.В. и др. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ) Обоснование и дизайн исследования / Коллектив авторов // Профилактическая медицина. – 2013. - №6. – С.25-34.

2. Кобякова О. С., Деев И. А., Лукашова А. М., Старовойтова Е. А., Куликов Е. С. Распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в популяции студентов / Кобякова О. С., Деев И. А., Лукашова А. М., Старовойтова Е. А., Куликов Е. С. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. - №15. – С.74–80.

3. Санер Х. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний посредством физической активности и тренировок: нагрузка как лекарство / Санер Х. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — Москва, 2013. — № 6. — С. 17—23.

4. Evseyeva M., Sergeeva O., Fursova E. et al. Early vascular aging and metabolic status of young people / Evseyeva M., Sergeeva O., Fursova E., Rusidi A., Baturin V., Stctetin E. // Hypertension. 2019. T. 74. № S1. C. AP3012.

5. Evseyeva M.E., Eremin V.A., Eremin M.V., et al. Center for student's health: the main directions of work at the present stage / M.E. Evseyeva, V.A. Eremin, M.V. Eremin, et al. // Preventive Medicine. – 2013. - №16(1). – P.8-12.

6. Евсеева М.Е., Мищенко Е.А., Ростовцева М.В., Галькова И.Ю., Чудновский Е.В., Русиди А.В.С., Смирнова Т.А. Суточный профиль артериального давления у лиц молодого возраста с признаками предгипертензии. Артериальная гипертензия. 2013. Т. 19. № 3. С. 263-269.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ И ПЛЕТИЗМОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКЕ ДЕЙСТВИЯ ГИПОДИНАМИИ И ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОСТОЯНИЯ КОМПЛЕКСА ИНТИМА МЕДИА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Кузнецов И.И., Насытко А.Д., Осипова А.В.

Научный руководитель: Жукова Т.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Кардиоваскулярные заболевания представляют собой серьезную медико-социальную проблему, так как являются основной причиной смерти во всем мире. Факторами риска развития являются активное табакокурение и гиподинамия. Связано это с тем, что никотин ингибирует многие ферментные система, за счёт опосредованного действия повышает свертываемость крови, возбуждает Н-холинореактивные структуры надпочечников, что приводит к повышению частоты сердечных сокращений, минутного и ударного объема, как следствие, артериального давления, однако особенно выражены

изменения в микроциркуляторном русле. Стоит отметить, что наибольший вред на организм оказывают дополнительные вещества, входящие в состав табачного дыма [1,3,6].

В соответствии с этим, своевременная диагностика и профилактика данной патологии является основной задачей современной медицины. В настоящее время происходит заметный сдвиг от идеологии развития высокотехнологичных центров с возможностями эндоваскулярных и хирургических методов лечения к стратегии укрепления первичного звена, путем применения неинвазивных методов исследования. К ним относят метод капилляроскопии и плетизмографии [2,4,5].

Цель. Изучить влияние таких факторов, активное табакокурение и гиподинамия на биологический возраст стенки артериального сосуда у лиц молодого возраста, путем определения ее функции и состояния структурных элементов.

Материалы и методы. Исследование было проведено среди 150 студентов РостГМУ 4 курса лечебно-профилактического факультета возрастной градацией $19 \pm 1,5$ лет, среди которых были выделены 3 группы: 1 группа - лица, испытывающих на себе действие таких факторов, как табакокурение и гиподинамия ($n=50$); 2 группа - студенты, которые занимаются активными видами спорта и употребляют табачные изделия ($n=50$); 3 группа - контрольная ($n=50$). Исследование включало в себя: анкетирование, изучение состояния и функции комплекса интима-медиа с помощью АПК «Angioscan 01» и USB – микроскопа. Полученные данные были подвергнуты вариационно-статистической в Statistica 6.0 при использовании t-критерия Стьюдента. Различия принимали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. 1 группа: среднее значение биологического возраста сосудов - 36 ± 1 лет, максимальное - 53 года, минимальное - 26 лет. Коэффициент жесткости сосудов в среднем - 16,17%. Преобладающий тип пульсовой волны: А в 52% ($n=26$), В в 32% ($n=16$) и С 16% ($n=8$). Уровень стресса и насыщаемости тканей кислородом в норме. При капилляроскопии были получены качественные (помутнение сосудов, «перегруженные сосуды», перегибы, периваскулярная зона 110 мкм, преобладание диаметра венозного отдела капилляра, сладж-феномен) и количественные (30-50 капилляров, расположенных в 5 рядов) изменения капилляров. Среднее значение индекса курильщика составило 2,025, максимальное - 3, минимальное - 1,05.

2 группа: среднее значение биологического возраста сосудов - $35 \pm 0,6$ лет, максимальное - 51 года, минимальное - 26 лет. Коэффициент жесткости сосудов в среднем - 14,25%. Преобладающий тип пульсовой волны: пульсовая волна типа С в 50% ($n=25$), В в 30% ($n=15$) и А в 20% ($n=10$). Уровень стресса и насыщаемости тканей кислородом в норме. При капилляроскопии были получены качественные (помутнение сосудов, единичные извитости, перегибы, периваскулярная зона около 90 мкм, преобладание диаметра венозного отдела капилляра, наличие сладж-феномен) и количественные (30-40 капилляров, расположенных в 3 ряда) изменения капилляров. Среднее значение индекса курильщика составило 1,45, максимальное - 2, минимальное - 0,9.

3 группа: среднее значение биологического возраста сосудов - $33 \pm 0,5$ максимальное - 45 лет, минимальное - 22 года. Коэффициент жесткости сосудов в среднем - 12,64%. Преобладающий тип пульсовой волны: С в 90% ($n=45$) В в 10% ($n=5$). Уровень стресса и насыщаемости тканей кислородом в норме. При капилляроскопии были получены следующие данные: в поле зрения 20-30 «шпилькообразных» капилляров, расположенных в 2 ряда, качественные изменения отсутствовали.

Выводы. Таким образом, такие факторы, как табакокурение и гиподинамия привели к повышению биологического возраста сосудов, а также проявлению качественных и количественных изменений в капиллярах, несмотря на высокие регенеративные способности данной возрастной группы.

Список литературы

1. Альдемирова О.Л., Виногорова Н.Д., Постникова Г.А. Влияние курения на развитие заболеваний сердечно-сосудистой системы // Молодой ученый: вызовы и перспективы. М.: Общество с ограниченной ответственностью «Интернаука», 2016. С. 51-55.
2. Бычкова С.А., Бычкова Н.Г., Слипачук Л.В. Иммунологические, клинические и функциональные особенности течения артериальной гипертензии у лиц молодого возраста // Современная медицина: актуальные вопросы. 2016. №9-10 (51). С. 12-19.
3. Новикова А.О., Раскина Е.А., Саврасова В.А., Шаева Т.В. Анализ влияния систематического курения на состояние сердечно-сосудистой системы по показателям гемодинамики студентов медицинской академии // Молодежный инновационный вестник. 2015. №1 (том 4). С. 70-71.
4. Парфенов А.С. Ранняя диагностика сердечно-сосудистых заболеваний с использованием аппаратно-программного комплекса «Ангиоскан-01» // Поликлиника. 2012. № 2-1. С. 70-74.
5. Проничкина М.М. Капилляроскопия сосудистого ложа при микрососудистых осложнениях сахарного диабета. // Вестник ТГУ, 2017. – Т. 22, вып. 4.
6. Жукова Т.В., Кононенко Н.А., Кузнецов И.И., Насытко А.Д., Осипова А.В., Д.А., Будагян А.С., Егорян А.У. Гиподинамия, курение и биологический возраст сосудов // Материалы XVII Российской научно-практической конференции с международным участием «Обмен веществ при адаптации и повреждении. Дни молекулярной медицины на Дону». от 25 мая 2018 года –2018 г. – Ростов-на-Дону – С. 98-100

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЧЕНИ И НАДПОЧЕЧНИКОВ В УСЛОВИЯХ ГИПОКИНЕЗИИ

Малетин С.Э., Манахова Д.В., Затолокина Е.С. Ярмamedова О.М.

Курский государственный медицинский университет

Характерное для нашего времени изменение условий жизни и труда, приводящее с одной стороны к улучшению питания, удлинению продолжительности жизни человека, снижению доли физического труда с другой - привело к увеличению умственного, связанного с необходимостью усваивать большой объем информации, быстро решать сложные задачи. Все это вместе взятое, а так же дефицит времени привели к повседневному использованию средств транспорта для передвижения на небольшие расстояния, гипокинезии [1,2]. Наиболее выраженные изменения ожидаются в печени и надпочечниках.

Материалы и методы. В связи с этим, целью данной работы явилось изучение структурных особенностей печени и надпочечников лабораторных животных, находящихся в условиях гипокинезии, которые были созданы при помощи гипокинетической камеры (патент РФ 82085, от 20.04.09) [3].

По окончании эксперимента (3, 7, 14, 21, 30, 45, 60, 90 суток) полученный от животных биоматериал фиксировали в формалине, заливали в парафин и изготавливали гистологические препараты, которые окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено, что при гипокинезии происходило достоверное ($p \leq 0,05$), в сравнении с контролем, снижения массы печени в 1,4 раза к 30-м суткам эксперимента. При этом, количественный анализ диаметров ядер гепатоцитов показал, что уже на 7 сутки эксперимента их размеры увеличились на 33% по сравнению с контролем. Выявленные изменения связаны с увеличением синтетических процессов в ответ на дезадаптацию клетки. В дальнейшем

происходило снижение диаметров ядер гепатоцитов, достигая значений контроля к 14 суткам эксперимента. Относительно значений диаметра центральной вены печеночной доли, было выявлено увеличение его показателей, имеющее не продолжительный эффект и длящееся до 7-х суток, затем происходило снижение его значений, достигая наименьших показателей по истечении двух недель. По прошествии трех недель от начала создания условий гипокинезии, диаметр центральной вены достоверно ($p \leq 0,05$) увеличивался в 1,5 раза, по сравнению с контролем, а затем, снижаясь, к 45 суткам эксперимента достигал контрольных значений. Динамика изменений диаметра вены в печеночной триаде имела идентичную. Однако, диаметр вены в триаде начинал уменьшаться уже с 3 суток эксперимента. Значения диаметра вены в триаде были достоверно ($p \leq 0,05$) выше контрольных показателей в 1,5 раза, затем происходило снижение диаметра и к 45 суткам его значения достигали контроля.

Микроскопическое изучение гистологических препаратов надпочечников выявило, что после стрессового воздействия выраженные изменения происходят, как в клубочковой, пучковой и сетчатой зонах коры надпочечников, так и мозгом вещества, на фоне достоверного ($p \leq 0,05$) полуторакратного увеличения относительной массы надпочечников. Кортикоциты, в абсолютном своем большинстве были гидропически изменены, имели резко вакуолизированную цитоплазму. Ядра большинства клеток пикноморфные. Изучение диаметров клеток коры надпочечников выявило снижение в 1,3 раза значений их диаметра в клубочковой зоне и в 1,2 раза в пучковой зоне. В мозговом веществе наблюдались гемодинамические изменения в виде полнокровия синусоидов, стазов, отека. В хромаффиноцитах мозгового вещества наблюдалась их дискомплексированность и потеря морфологического полиморфизма. Цитоплазма клеток светлая, вакуолизированная. В ядрах наблюдалась стертость структурной организации и достоверное ($p \leq 0,05$) уменьшение их в диаметре в 1,4 раза в сравнении с контрольными значениями. К 30-м суткам эксперимента морфологические изменения имели неоднородный характер. В мозговом веществе наблюдался отек, приводящий к увеличению размеров, наблюдались локальные очаги диапедезных кровоизлияний, скопления сидерофагов. Структура большинства хромаффиноцитов свидетельствовала о гиперсекреции. В корковом веществе наблюдалась относительно большая сохранность структуры кортикоцитов, чем клеток мозгового вещества. Выявленная гетерогенность реакции клеток клубочковой и пучковой зон, продолжала сохраняться. Несмотря на достоверное ($p \leq 0,05$) увеличение значений диаметров ядер клубочковых кортикоцитов, показателей контроля не было достигнуто.

Выводы. Через три месяца от начала создания условий гипокинезии степень выраженности реактивных изменений была значительно снижена. Вектор направленности гемодинамических изменений имел обратное развитие. Резюмируя все ранее изложенное, необходимо отметить, что при гипокинезии в печени происходят существенные морфологические изменения, имеющие тенденцию к снижению и приближению к контрольным значениям на более поздних сроках эксперимента. Структурный полиморфизм (по размерам, тинкториальным свойствам цитоплазмы, структуре ядра) хромаффиноцитов ярко выражен, ранее выраженные морфометрические изменения структурных компонентов надпочечников имели тенденцию к приближению значений к контрольным показателям.

Список литературы

1. Затолокина М.А., Наконечный С.В., Дементьева И.А., Волкова О.В Морфологические изменения печени при гипо- и гиперкинезии // Университетская наука: теория, практика, инновации. Сборник трудов 74-й научной конференции КГМУ (3-4 февраля), сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН и отделения РАЕН. Курск-2009.- Т- II. - С. 165-167.

2. Затолокина М.А., Наконечный С.В., Дементьева И.А., Мишина Е.С. Реактивные изменения печени при гипокинезии // Материалы III Всероссийской конференции молодых ученых, организованной ВГМА им Н.Н. Бурденко и КГМУ (20-21 февраля). Курск – 2009.- Т. II.- С. 225-226.
3. Затолокина М.А. Гипокинетическая камера для мелких лабораторных животных – универсальный способ создания экспериментальной гипокинезии // Журн. теор. и практ. медицины. – 2010. – Т. 8. – С. 272-274.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ТРУДА СОТРУДНИКОВ ФБУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ»

Ненахов И.Г.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Сотрудники учреждений здравоохранения, в том числе и центров гигиены и эпидемиологии выполняют важную роль по сохранению здоровья нации, однако условия труда самих сотрудников профилактического профиля изучены не полностью. Работа посвящена раскрытию актуальных вопросов гигиены труда сотрудников ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Воронежской области».

Материал и методы. В процессе осуществления работы были использованы данные инструментальных методов исследований на рабочих местах, анализ психоэмоционального состояния сотрудников, анализ условий труда на рабочих местах специалистов.

Результаты и обсуждение. В процессе своей профессиональной деятельности сотрудники оперативных отделов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» подвергаются воздействию комплекса факторов производственной среды: влияние физических факторов, включая неблагоприятные условия микроклимата; влияния химических и биологических факторов на рабочем месте; психоэмоционального перенапряжения ЦНС (повышенное зрительное напряжение, фиксированная рабочая поза, перемещение работников в пространстве, обусловленного технологическим процессом, взаимоотношения внутри коллектива и личные переживания сотрудников) [2].

Проведенное исследование условий труда согласно Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса» позволило отнести профессиональную деятельность сотрудников, занятых профессиональной деятельностью только на территории заведения, по тяжести труда к классу 1 (оптимальные условия труда). Трудовая деятельность помощников и сотрудников оперативных отделов, обеспечивающих деятельность сотрудников Управления Роспотребнадзора – к классу 2 (допустимые условия труда) за счет перемещения работника в пространстве.

Оценивая условия профессиональной деятельности по показателям напряженности труда, были отмечены особенности: работа специалистов в условиях дефицита времени, большое количество нагрузки, связанной с обработкой большого массива нормативной документации, работа с персональными компьютерами, формирующая напряжение зрительного анализатора. Все перечисленные факторы по напряженности трудового процесса позволили отнести трудовой процесс сотрудников ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» к классу 2 (допустимые условия труда).

Исключение составляют сотрудники испытательного лабораторного центра, у которых профессиональная деятельность характеризуется условиями труда по тяжести – 2.0, по напряженности – 3.1 за счет контакта с химическими реактивами и биологическими агентами в воздухе рабочей зоны [2].

При исследовании условий труда согласно СанПиН 2.2.4.3359-16 «Санитарно-эпидемиологические требования к физическим факторам на рабочих местах» несоответствия по микроклимату, факторам неионизирующей природы – обнаружено не было. В теплое время года за счет открытых окон могут наблюдаться превышения показателей движения воздуха. Категория работ по уровню энерготрат – I б.

При исследовании качества воздушной среды в помещениях были обнаружены следовые концентрации формальдегида и стирола, источником которых могут являться мебель, отделочные материалы рабочих кабинетов. Альдегиды и ароматические соединения составляют группу аллергенов и могут представлять риск для здоровья сотрудников учреждения.

Комплексное воздействие факторов производственного процесса, взаимоотношения внутри коллектива способствуют развитию профессионально обусловленного ситуативного стресса, клиническая картина которого представляет собой повышенное утомление специалистов, риск развития соматически обусловленных заболеваний и снижения качества работы. [1].

Выводы. Несмотря на допустимый класс условий труда сотрудников оперативных отделов (2.0), наблюдается тенденция к увеличению количества нормативных документов, с которыми работают сотрудники, что не может сказаться на качестве работы.

Для профилактики соматической заболеваемости, обусловленной профессиональным стрессом, рекомендуется контроль за работоспособностью персонала (оценка сенсомоторных показателей ЦНС), оценка уровня тревожности [3], оптимизация трудового процесса за счет использования современных технологий [2].

Однако отсюда вытекает проблема увеличения времени, проводимого сотрудниками за мониторами персональных компьютеров за счет компьютеризации и введения электронного документооборота. В связи с данным фактом, важным вопросом становится дополнительный контроль за здоровьем зрительного анализатора во время прохождения периодических медицинских осмотров, улучшение эргономики рабочих мест, оборудованных персональными компьютерами [4]. Внимание необходимо обратить на освещение рабочего места, учитывая показатели освещенности не только на уровне монитора, но и клавиатуры.

Список литературы

1. Василенко Т.Д. Структура жизненных стремлений и базовых потребностей личности в ситуации хронического соматического заболевания // Известия Уральского государственного университета: Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. 2010. Т. 84. № 5. С. 295-301.
2. Ненахов, И.Г. Комплексная оценка условий трудового процесса сотрудников испытательных лабораторных центров / И.Г. Ненахов, Ю.И. Стёпкин, Л.Е. Механтьева // Гигиена и санитария. -2018.- Т. 97. №8.- С. 721-726.
3. Ненахов И.Г. Оценка психофункционального состояния сотрудников испытательного лабораторного центра // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2017. № 70. С. 151-155.
4. Петрищев А.А. Повышение работоспособности сотрудников путем обеспечения комфортности рабочего помещения / А.А. Петрищев, М.Ю. Шкорко // В сборнике: Дальневосточная весна - 2016 Материалы 14-й Международной научно-практической конференции по проблемам экологии и безопасности. Ответственный редактор: И.П. Степанова. 2016. С. 337-340.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УТОМЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД СЕССИИ (НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КГМУ)

Никулин Е.А., Ильин М.Ю., Пирогова С.О.

Курский государственный медицинский университет

Обучение в ВУЗе – нелегкая задача, требующая максимального сосредоточения и усилия для любого студента [2]. Моментом высшего эмоционального напряжения обучающихся является период сессии. Студенты вынуждены сталкиваться с разноплановыми интеллектуальными задачами, преодолевать такие факторы, как ограниченность времени для повторения пройденного материала, недостаток сна, различные формы контроля знаний, требующие индивидуализированного подхода. Немаловажным условием стрессогенности экзамена остается влияние его результатов на самооценку студента, дальнейшее социальное и материальное положение. Залогом успешности прохождения экзаменационной аттестации является адаптация студента к учебной деятельности. Следует также заметить, что стрессовая ситуация за период обучения возникает не только в сессию [1]. Разнообразие форм контроля (дифференцированные зачеты, коллоквиумы, семинары, тестовый контроль) вызывает когнитивное и эмоциональное напряжение обучающихся ВУЗа. В совокупности, вышеперечисленные факторы могут привести к дезадаптации, снижению работоспособности и общему психическому утомлению [1,3].

Целью данного исследования послужила необходимость выработки эффективной стратегии профилактики состояний хронического утомления, что возможно при объективной оценке показателей работоспособности студентов.

Материалы и методы: Для регистрации и вычисления уровня утомления и монотонии учебной деятельности использовалась многосрезовая методика – тест-опросник ДОРС А. Б. Леоновой и С. Б. Величковской, являющийся адаптированным вариантом методики дифференцированной оценки состояний сниженной работоспособности. При этом под «утомлением» понимают состояние нервно-психического истощения с дискоординацией деятельности и стремлением к завершению работы, а под «монотонией» – состояние сниженного эмоционального контроля за процессом учебной деятельности, вследствие чередования однотипных форм контроля знаний.

В исследовании приняло участие 65 студентов обучающихся КГМУ в сессионное время. Проведена статистическая обработка полученных данных, в т.ч. расчет средних показателей, относительных величин и критерия Стьюдента. Использовалось программное обеспечение McExcel.

Результаты и обсуждение: При первичной оценке результатов данные распределились следующим образом. Гендерная структура выборки: мужчины 13 человека (20%), женщины 52 (80%). Распределение по направлениям обучения: лечебный факультет 47 студентов (72%), педиатрический 6 (9%), биотехнологический и химотехнологический 4 обучающихся (6%), социальной работы 1 (1,5%), клинической психологии 6 (9%). Среди студентов лечебного факультета среднее значение показателя утомленности составило $27,31 \pm 3,87$, что на 5.6 баллов больше аналогичных оценок на других факультетах. Такой уровень утомленности определяется как выраженное значение признака, согласно интерпретации опросника ДОРС. Средний показатель монотонии учебного процесса находится в категории умеренной степени выраженности как на лечебном ($20,31 \pm 2,65$), так и на остальных факультетах исследуемой группы студентов – $19,78 \pm 3,56$.

Закключение. Согласно полученным данным проведенного исследования следует сделать вывод о высоком значении утомленности студентов лечебного факультета в период сессии. Такие результаты могут привести к формированию хронических

невоспалительных заболеваний в будущем и негативно сказаться на общем качестве знаний.

Список литературы

1. Величковская, С. Б. Особенности развития учебного стресса у студентов разных специальностей // Психолого-педагогические проблемы развития образования. – М.: ИПК МГЛУ «Рема», 2014. – С. 75–88. – (Вестн.Моск. гос. лингвист.ун-та; вып. 16 (702). Сер. Педагогические науки).
- 1.. Идобаева, О. А., Резницкая Г. И. Самоактуализация личности как условие психологического благополучия современных студентов. – М.: ИПК МГЛУ «Рема», 2011. – С. 29–42. – (Вестн.Моск. гос. лингвист.ун-та; вып. 6(622). Серия Педагогические науки)
2. Ковалёва, Л. М. Исследование особенностей проявления стрессовых состояний студентов медицинских колледжей в период их профессиональной подготовки // ВісникСевНТУ. – Вип. 104: Педагогіка: зб. наук. пр. – Севастополь :Вид-воСевНТУ, 2010. – С. 103–106.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПЕРВОКЛАССНИКОВ КАК ФАКТОР БИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К СИСТЕМАТИЧЕСКОМУ ОБУЧЕНИЮ

Носова Е.И., Сетко И.А.

Научный руководитель: Сетко А.Г.

Оренбургский государственный медицинский университет

Начало систематического обучения в школе представляет собой интенсификацию информационной и психоэмоциональной нагрузки, приводит к изменениям привычного жизненного стереотипа, что, несомненно, сопровождается адаптационными процессами. Срыв механизмов биологической адаптации способствует росту «школьно-обусловленной» патологии и является фактором, препятствующим образовательному процессу [2, 3, 5, 6]. Изучение у первоклассников особенностей функционального состояния систем, задействованных в учебном процессе, позволит оценить достаточность функциональных резервов и рациональность применения «ступенчатого» принципа обучения [1, 3, 4]

Цель работы – оценить функциональное состояние систем, задействованных в учебном процессе и работоспособность первоклассников.

Материалы и методы.

В качестве обследуемых выступили 132 ребенка I-II группы здоровья в возрасте 6-7 лет, обучающиеся в 1 классе общеобразовательного учреждения г. Оренбурга.

Функциональное состояние и вегетативная регуляция сердечно-сосудистой системы изучены у учащихся путем анализа показателей вариационной пульсометрии, проведенной с использованием автоматизированного кардиоритмографического комплекса «ORTO-Expert» (Игишева Л.Н., Галеев А.Р., 2003), что позволило оценить адаптационные возможности организма.

Функциональное состояние центральной нервной системы и работоспособность учащихся оценены с помощью вариационной хронорефлексометрии по методике М.П. Мороз (2001) на аппаратно-программном комплексе «Экспресс диагностика работоспособности человека».

Статистическая обработка полученного материала при правильном распределении проведена с помощью стандартных методов вариационной статистики с вычислением

средних арифметических величин (M), среднеквадратичного отклонения(σ), средней ошибки средней арифметической величины (m), коэффициент Стьюдента (t) с последующим нахождением уровня достоверности различий (p). При непараметрическом распределении данных вариационного ряда использованы непараметрические критерии статистической оценки (Хи – квадрат).

Результаты и обсуждение.

Установлено, что у 33,3% первоклассников преобладает парасимпатическая регуляция вегетативной нервной системы (ВНС), имеется склонность к медленной активации механизмов биологической адаптации; у 39,4% – преобладание симпатического отдела ВНС, что характеризуется активной сменой функциональных адаптационных программ; у 27,3% выявлен смешанный тонус ВНС. У 43,9% первоклассников выявлено напряжение систем регуляции за счет рассогласования влияний симпатического и парасимпатического отделов ВНС и лишь у 16,6% обследуемых нормальное состояние систем регуляции.

Адаптационные возможности организма лишь у 25% обследованных являются удовлетворительными, у 55,3% детей наблюдается напряжение механизмов адаптации при сниженных функциональных резервах организма, у 3,8% - значительное снижение функциональных возможностей, неудовлетворительная адаптация, а 25,0% детей имеют резкое снижение функциональных возможностей организма, срыв механизмов адаптации, что является фактором риска развития заболевания в субкомпенсированном или декомпенсированном состоянии.

При проведении оценки работоспособности получены следующие средние значения показателей: функциональный уровень нервной системы (ФУС) у первоклассников составляет $1,86 \pm 0,018$; устойчивость нервной реакции (УР) – $0,61 \pm 0,067$; уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ) – $1,5 \pm 0,068$, что характеризует работоспособность среди учеников 1 класса как сниженную. Оптимальная работоспособность и уравновешенность нервных процессов в центральной нервной системе выявлена лишь у 3,5% первоклассников, а у 31,0% обследованных работоспособность характеризуется как незначительно сниженная. У большей части первоклассников наблюдается преобладание процессов торможения в центральной нервной системе, сниженная работоспособность (42,5%), а также глубокое торможение в центральной нервной системе и существенно сниженная работоспособность (23,0%).

Заключение.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что начало систематического обучения в школе влечет за собой снижение работоспособности и снижение функциональных возможностей организма, что обуславливает необходимость разработки и внедрения здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс.

Список литературы

1. Александрова И.Э. Гигиенические принципы и технология обеспечения безопасных для здоровья школьников условий обучения в цифровой образовательной среде. // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2018. – №3. – С. 23-33.
2. Формирование единой профилактической среды общеобразовательной организации с целью управления рисками школьно-обусловленной патологии. / Е.С. Богомолова [и др.] // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2019. – №2. – С. 56-58.
3. Саньков С.В. Гигиеническая безопасность электронной информационно-образовательной среды в современной школе (научный обзор). // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2018. – №2. – С. 13-20.

4. Сетко И.М. Современные проблемы состояния здоровья школьников в условиях комплексного влияния факторов среды обитания. / И.М. Сетко, Н.П. Сетко // Оренбургский медицинский вестник. – 2018. – №2(22). – С.4-13.

5. Сетко Н.П. Особенности адаптации первоклассников с различным уровнем готовности к систематическому обучению. / Н.П. Сетко, Лозинский А.С. // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2014. – №4. –С.23-27.

6. Степанова М.И. Гигиеническая оценка инновационной системы обучения детей в начальной школе. / М.И. Степанова, Н.О. Березина, И.П. Лашнева. // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2019. – №1. – С.27-32.

АНАЛИЗ ПРИЧИН И ИЗМЕНЕНИЯ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕШЕДШИХ НА СИСТЕМУ IQOS

Пакулова Т.А., Санданова Б.Б., Кондратьева Е.В.

Научные руководители: Обыденко В.И., Баранчугова Л.М., Баясхаланова Ц.Б.

Читинская государственная медицинская академия

В настоящее время в мире широко используются различные виды электронных сигарет, наибольшее распространение они получили среди подростков и молодёжи. Это обусловлено тем, что именно молодое население больше подвержено влиянию трендов, к которым можно отнести и электронные сигареты. [1] В последние годы на рынке появилось новое курительное устройство- система нагревания табака IQOS. Данная система приобрела большой спрос в мире, так по результатам самой табачной компании в 2018 году количество пользователей системой превышало 800 тысяч человек. [2] Причиной такого большого спроса на рынке является то, что по заявлению производителя главной чертой данного устройства является снижении негативных последствий для организма человека при его использовании в отличии же от обычных сигарет. Открытых клинических исследований о влиянии системы нагревания табака на организм и поведение человека крайне мало, поэтому данная проблема является актуальной.[3] Цель исследования - определить особенности курительного поведения людей, перешедших на систему IQOS после курения обычных классических сигарет.

В связи с поставленной целью, решались следующие задачи:

1. Определить средний стаж курения до перехода на систему IQOS
2. Определить тип курительного поведения у лиц, перешедших на систему IQOS
3. Определить причины перехода на систему IQOS и источники информированности о ней

Материалы и методы. Для проведения исследования была разработана анкета-опросник, вопросы анкеты отражали поставленные задачи. В исследовании был использован метод доверительного интервала при $p > 0.95$.

Результаты и обсуждение. В ходе работы было опрошено 89 респондентов, среди которых 62% составляли мужчины и 38 % женщины. При анализе анкет получено следующее распределение возрастов: от 16 до 25 лет - 48, 31%, от 26 до 40 лет- 41,57%, от 41 до 58 лет-10,11%. Средний стаж курения классических сигарет до перехода на систему нагревания табака составил: до 1 года 2,25%, 1-2 года - 4,49%, 3-5 лет - 20,22%, 6-10 лет - 24,72, 11-15 лет - 21,35%, 16-20 лет - 14.61%, более 20 -8,99%. Анализ первого блока показал, что наиболее частый тип курительного поведения — это тип «поддержка» 43,2%. При анализе второго блока, было выявлено, что индекс курильщика у 60% опрошенных составил менее 10, а у остальных 40% - более 10. 31% опрошенных указали, что при курении классических сигарет, они предпочитали «лёгкие» сигареты, из них 64% после перехода на систему IQOS стали использовать стики средней крепости. У 44%

опрошенных имелись клинические симптомы ХОБЛ, а индекс курильщика составлял более 10. При анализе третьего блока 25% респондентов указали, что главным источником информации об системе нагревания табака был интернет, 56% указали друзей. Среди опрошенных 62% указали в качестве причины перехода на систему IQOS относительную её безопасность при сравнении с классическими сигаретами, 37% опрошенных указали причиной отсутствие смол в стике, 34,8% отметили в качестве причины отсутствие запаха и дыма, для 17,9% причиной послужило отсутствие пепла, для 14,6% причиной является любопытство, для 10% мотивом перехода на IQOS явилось отсутствие прямого горения при курении. При анализе данных анкеты-опросника было выяснено, что у 72% опрошенных стаж курения стиков составил до полугода, у 7% до года, и у 21% более года. В ходе анализа анкеты-опросника было выявлено, что количество стиков эквивалентно количеству сигарет, ранее выкуриваемых в день, но при этом почти в половине случаев крепость стиков возросла. При обработке данных так же было выявлено, что стики HEETS являются наиболее популярной маркой, на что указало 79,8% опрошенных. Среди респондентов 94% полностью исключают возврат к классическим сигаретам, так как отмечают появления отвращения к ним. У 92% опрошенных, имевших клинические симптомы ХОБЛ субъективно отмечалось улучшение состояния.

Заключение. В ходе анализа результатов было выявлено, что средний стаж курения до перехода на систему IQOS составил около 10 лет. В большинстве случаев на IQOS переходят люди молодого возраста до 40 лет с типом курительного поведения по Д.Хорну «поддержка», данный тип поведения характеризуется тем, что во время курения снижается эмоциональное перенапряжение, проявляется это как преодоление застенчивости, гнева, неуверенности в себе. Более 60% респондентов в качестве причины перехода на систему IQOS указали её относительную безопасность при сравнении с классическими сигаретами.

Список литературы

1. Protano C. et al. Воздействие вторичного табачного дыма на новые электронные устройства (IQOS® и e-cigs) и традиционные сигареты: поведение субмикронных частиц в дыхательной системе человека // Ann Ig. - 2016. - Т. 28. - №. 2. - С. 109-12.
2. Набавизаде П. и соавт. Эндотелиальная функция сосудов нарушается аэрозолем от одного IQOS HeatStick в той же степени, что и сигаретный дым // Контроль над табаком. - 2018. - Т. 27. - №. Suppl 1. - С. 13-19.
3. Glantz SA Собственные клинические данные PMI in vivo о биомаркерах потенциального вреда для американцев показывают, что IQOS ничем не отличается от обычных сигарет // Контроль над табаком. - 2018. - Т. 27. - №. Suppl 1. - С. 9-12.

СОСУДИСТАЯ ЖЕСТКОСТЬ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ВАРИАНТА ХРОНИЧЕСКОЙ ОЧАГОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Пападенко Л.И., Хачатурян С.М.

Научные руководители: Евсеева М.Е., Итальянцева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Атеросклероз остается наиболее частой причиной заболеваемости и смертности в развитых странах мира. Доказано, возрастные изменения сосудов эластического и мышечно-эластического типа встречаются и у здоровых лиц [1]. Однако, наличие факторов риска в молодом возрасте ускоряет нормальные процессы старения в крупных артериях и вызывает развитие гипертрофии среднего слоя сосудов, приводя к увеличению артериальной ригидности [2]. По современным данным, раннее старение сосудистой

стенки являются результатом артериальной гипертензии, эндотелиальной дисфункции, хронического воспаления, дислипидемия, гипергликемия и др. [3, 4].

Наиболее доступными маркерами раннего сосудистого старения служат показатели жесткости артериальной стенки. Эти параметры, которые можно рассматривать как «тканевые» биомаркеры состояния сосудистой стенки, являются более информативными, чем «циркулирующие» биомаркеры крови, и способны обеспечить более точное прогнозирование риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [5, 6].

В связи с этим регистрация показателей сосудистой жесткости у молодых людей с разной выраженностью традиционных (дислипидемия, курение, ожирение и др.) и малоизученных факторов сердечно-сосудистого риска (очаговая хроническая инфекция) соответствует принципам 4-П медицины.

Цель – изучить показатели сосудистой жесткости у лиц молодого возраста с учетом варианта хронической очаговой инфекции.

Материалы и методы

Обследовано 95 студентов СтГМУ, из них 43 мужчины и 52 женщины, средний возраст $18,5 \pm 2,5$ лет. Их обследование осуществлялось в рамках ежегодного мероприятия «Неделя первокурсника – 2019». В исследовании использовался «листок здоровья», содержащий более 100 вопросов относительно текущих жалоб, особенностей инфекционно-воспалительного, наследственного анамнеза, перенесенных заболеваний и др. Сосудистая жесткость изучалась при помощи инструментально-диагностического комплекса BPLab (ООО «Петр Телегин», Н-Новгород).

Обследованные были разделены на три группы: 1-я группа (контроль) – 42 человека без очагов хронической инфекции; 2-я группа - 35 человек с компенсированным хроническим тонзиллитом; 3-я группа - 22 человека с наличием компенсированного хронического тонзиллита в сочетании с хроническим синуситом. Указанные группы сравнения были сопоставимы по профилю факторов сердечно-сосудистого риска.

Статистический анализ материалов осуществляли с помощью программы Excell. Для выявления межгрупповых различий применяли статистический анализ с вычислением двухвыборочного t-критерия Стьюдента, а для сравнения относительных величин использовали критерий χ^2 по Фишеру. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05.

Результаты

Анализ полученных данных показал наличие особенностей сосудистой жесткости у молодых людей из трёх групп наблюдения, сформированных с учетом фоновой инфекционно-воспалительной ЛОР - патологии. Особое значение приобрели результаты сравнительного анализа периферического и центрального индексов аугментации. Так аортальный индекс аугментации во второй группе при сравнении с первой был значительно повышен и достиг статистической значимости различий ($p=0,03$). При сравнении показателей третьей группы с первой определены значительные отличия как по аортальному индексу аугментации ($p=0,007$), так и по артериальному индексу аугментации ($p=0,02$).

При этом значения систолического, диастолического, среднего и пульсового артериального давления у лиц молодого возраста с очаговой хронической инфекцией оказались аналогичными при сравнении с показателями среди сверстников без таковых. Подобная тенденция выявлена со стороны систолического, диастолического, среднего и пульсового центрального артериального давления. Средние уровни частоты сердечных сокращений составили $79 \pm 1,46$ против $78 \pm 2,59$ ударов в минуту.

Выводы

1. Обнаружено влияние компенсированной очаговой инфекцией на плотно-эластический потенциал сосудистой стенки в сторону его снижения даже у лиц молодого возраста.

2. Воздействие очаговой хронической инфекции у молодых людей проявляется в виде повышения жёсткости периферических и центральных артерий, но при этом преобладает потеря эластического потенциала аорты.

3. Полученные данные подтверждают важность внедрения новых методов диагностики раннего сосудистого старения и учета малоизученных факторов сердечно-сосудистого риска, в связи с этим представляется целесообразным дальнейшее изучение данной проблемы.

Список литературы

1. Жёсткостные свойства аорты у нормотензивных лиц молодого возраста с учётом наличия факторов риска / М.Е. Евсеева [и др.] // Российский кардиологический журнал. - 2016. - № S4-1. – С.29.
2. Жесткость сосудов и факторы сердечно-сосудистого риска у мужчин молодого возраста (41-44 лет) / О.Ю. Исайкина [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2017. - № 3. - С. 290-300.
3. Колпакова, А.Ф. Нарушение эластических свойств артерий и функции эндотелия: современные способы коррекции и профилактики / А.Ф. Колпакова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – №14. – С. 75–81.
4. Комплексная оценка показателей ригидности артерий и традиционных факторов риска как предикторов синдрома раннего сосудистого старения / В.Э. Олейников [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2018. - №3. – С. 31–36.
5. Carotid intima-media thickness progression to predict cardiovascular events in the general population (the PROG-IMT collaborative project): a meta-analysis of individual participant data / M.W. Lorenz [et al.] // Lancet. - 2012. - №379. – P.2053–2062.
6. Nilsson, P. Preventing early vascular aging / P. Nilsson // Medicographia. – 2012. - №34. – P.11-16.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ОБ УСЛОВИЯХ ТРУДА И ОТДЫХА ВРАЧЕЙ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ, РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕЦИЗИОННОМ ОБОРУДОВАНИИ

Рашитов Л.З., Айдинов Г.Т., Калюжин А.С.

Научные руководители: Рашитов Л.З., Айдинов Г.Т.

*Казанский Государственный Медицинский Университет,
Ростовский Государственный Медицинский Университет,*

ФБУН Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии

В настоящее время достаточно широко стали использоваться социологические методы изучения различных проблем организации и оказания медицинской помощи населению [3]. При этом большинство опубликованных исследований свидетельствует о том, что предпочтение и в нашей стране, и за рубежом отдается организации и проведению социологических опросов среди населения [2]. Опросы врачей-специалистов по проблемам условий труда и оптимизации рабочего пространства организуются реже [1,4]. Анализ результатов опроса врачей-офтальмологов посвящена данная работа. Таким образом, наша научная гипотеза состоит в том, что в настоящее время созданием высокоэффективных и эргономических выверенных рабочих мест занимаются только несколько производителей медицинской техники и опираются они в своем продукте на результатах опроса медицинского персонала и бета-тестирования продукта на добровольных началах.

Цель. По результатам социологического опроса врачей офтальмологов создать российскую модель внедрения оптимальных параметров офтальмологического оборудования.

Материалы и методы. Для получения информации по специально разработанной для этих целей анкете был проведен социологический опрос врачей-офтальмологов, работающих в медицинских организациях Москвы, Казани и Ростова-на-Дону. Всего было опрошено 97 врачей-офтальмологов. Полученные данные в дальнейшем были статистически обработаны, в целях чего применялся расчет средних величин, интенсивных и экстенсивных показателей, в том числе с оценкой достоверности их разности.

Результаты и обсуждение. Результаты анкетирования врачей-офтальмологов показали, что значительную долю их работы составляет предоставление оптометрических услуг пациентам. В среднем врач-офтальмолог тратит 46,7% своего рабочего времени на эти вопросы. Немногим менее половины опрошенных (37,5%) тратят на прием оптометрических больных менее 19,5% рабочего времени, 23,3% опрошенных - от 20% до 50%, почти каждый четвертый опрошенный (26,4%) - от 51% до 70%. При этом большинство респондентов указали, что тратят более 71% своего приема на оптометрических больных. Следует отметить, что представленное медицинское оборудование в большинстве случаев (76,7%) представляет выпущенное по лицензии южнокорейского, японского производства. Щелевые лампы выполнены в России (88,9%). Очень ограниченное количество европейского производства (Германия, Швейцария и т.д.) – 14,3%. Полученные ответы врачей-офтальмологов различались в зависимости от типа медицинской организации, в которой они осуществляют трудовую деятельность.

Выводы. Изучение мнения врачей-офтальмологов, работающих в медицинских организациях, по вопросам оказания офтальмологической помощи пациентам показало важность и актуальность изучения данного вопроса и позволило выявить следующее. Основной проблемой, приводящей к снижению работоспособности является значительная нагрузка на врача, что приводит к длительным срокам ожидания пациентами офтальмологической медицинской помощи. При этом, учитывая, что почти половину своего рабочего времени врач-офтальмолог тратит на оптометрические вопросы, передача ряда функций средним медицинским работникам (при наличии специальной подготовки) или оптометристу могла бы способствовать повышению доступности и качества предоставляемых населению офтальмологических услуг. Полученные выводы, несомненно, должны стать основой для принятия управленческих решений органами управления здравоохранением Российской Федерации в части рассмотрения вопроса о введении в практику государственного здравоохранения оптометрической практики.

Список литературы

1. Демидчик Ю.Е., Калинина Т.В., Щавелева М.В., Мороз И.Н., Станкевич С.И., Шваб Л.В. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. — № 4. – С. 58–63
2. Заборовская И.Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2003. — № 4. — С. 39–43.
3. Мазитов М.Р., Шулаев А.В., Тимершин Р.Р., Рашитов Л.З. Медико-социальный анализ реализации приоритетного национального проекта «Здоровье в условиях мегаполиса // Медицинский альманах. 2011. № 3 (16). С. 9-13.
4. Никитина О.Г., Кочорова Л.В., Блинов А.В. Мнение врачей-офтальмологов по вопросам оптимизации предоставления амбулаторной офтальмологической помощи // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5.

МАССА ТЕЛА И СИНДРОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Русиди А.В., Фурсова Е.Н., Сергеева О.В., Евсеева М.Е.

Научный руководитель: Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Роль избыточной массы тела как фактора риска в развитии разнообразных сердечно-сосудистых осложнений уже доказана [4,6]. Но подобные данные получены в основном при изучении людей старшего возраста, соответствующих позднему этапу развития патогенетического атеросклеротического континуума. Особенности же массы тела, включая не только избыточную, но также и дефицитарную массу тела у молодых людей изучены лишь в единичных работах [2,4]. Вообще отсутствуют какие-либо данные о характере возможных взаимосвязей массы тела с наличием признаков раннего сосудистого старения у лиц молодого возраста. [5].

Цель – оценить массу тела лиц молодого возраста с учётом выявления у них ангиологических признаков различного сосудистого статуса.

Материал и методы. В рамках ежегодного мероприятия «Вуз – территория здоровья» было проведено обследование 243 студентов (юношей $n=81$, девушки $n=162$) в возрасте от 19 до 23 лет. Оценивали профиль факторов риска и исследовали сосудистый возраст с помощью аппаратно-диагностического комплекса VaSeraVS-1500 (FUCUDA DENSHI&CO.,LTD, Япония). При этом оценивали также сердечно-лодыжечный сосудистый индекс CAVI. Формировали квартильные группы по показателю CAVI и половой принадлежности. В соответствии с последними рекомендациями экспертов молодых людей, попавших в четвертую квартильную группу по CAVI расценивали как носителей синдрома раннего сосудистого постарения (синдрома EVA). Полученные данные обработаны с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 22 (USA).

Результаты и обсуждение. Оказалось, что лиц с избыточной и дефицитарной массой тела среди юношей было 39,5% и 4,9% от общего числа юношей, а среди девушек 11,1% и 11,7% от общего числа девушек соответственно. Представленность полных юношей в квартильных группах от первой к четвёртой составила 56,3%, 21,9%, 15,6% и 6,3% от общего числа юношей с избыточной массой тела и ожирением, а представленность полных девушек равнялась - 38,9%, 22,2%, 16,7% и 22,2% от общего числа девушек с избыточной массой тела и ожирением. Представленность юношей с дефицитарной массой тела в квартильных группах от первой к четвёртой составила 0%, 0%, 25% и 75% от общего числа юношей с индексом массы тела равной и ниже 18,5 кг/м², а представленность девушек с дефицитарной массой тела равнялась - 15,8%, 15,8%, 31,6% и 36,8% от числа девушек с индексом массы тела равной и ниже 18,5 кг/м². Примечательно, что среднее число внешних стигм дизэмбриогенеза у девушек из двух верхних квартильных групп было достоверно выше по сравнению со сверстницами из двух нижних квартильных групп.

В доступной научной литературе вообще не оказалось данных относительно взаимосвязи особенностей массы тела и синдрома раннего сосудистого постарения у молодых людей, что подтверждает новизну и актуальность представленной информации. Сведения же относительно возрастных особенностей массы тела у молодого контингента явно недостаточны на текущий момент [5]. Поэтому целесообразно рассмотреть возможность включения индекса массы тела и объема талии в процесс молодёжного скрининга [6], что несомненно повышает возможности традиционных массовых исследований этой группы населения.

Заключение. Представленные выше данные уточняют особенности двух антропометрических параметров у лиц молодого возраста в зависимости от выраженности

сосудистой жёсткости и высвечивают наличие определенных половых различий этих показателей. Помимо этого установлено, что наибольшая часть полных юношей и девушек выявлена в группе с наиболее сохранным эластическим потенциалом, а все юноши с дефицитарной массой и наибольшая часть таких девушек зарегистрированы в группе с наихудшим эластическим сосудистым статусом. Примечательно, что последнее обстоятельство сочетается с признаками наиболее выраженного соединительно-тканного дисморфизма у молодых людей. Представленные данные имеют практическую значимость для оптимальной организации проведения процесса диспансерных мероприятий среди лиц молодого возраста.

Список литературы

1. Евсевьева, М.Е. Синдром EVA и диспансеризация учащейся молодёжи / М.Е. Евсевьева, О.В. Сергеева, Е.Н. Фурсова, А.В. Русиди // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. № 5. – С. 11b-12a.
2. Куземкина, С. В. Гендерные и сезонные особенности липидного обмена у лиц разного возраста / С. В. Куземкина, Г. Н. Чупахина. // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. – 2014. – Вып. 7. – С. 120—127.
3. Русиди, А.В. Липидный статус и васкулярная ригидность у студенческой молодежи / А.В. Русиди, Е.Н. Фурсова, О.В. Сергеева, Т.А. Смирнова, М.Е. Евсевьева//Материалы всероссийского молодёжного форума с международным участием. – 2017.- Издательство: Ставропольский государственный медицинский университет (Ставрополь)
4. Самородская, И. В. Взаимосвязь социально-экономических факторов и показателей смертности населения / И. В. Самородская, О. Л. Барбараш, Н. В. Кондрикова., С.А. Бойцов. // Профилактическая медицина. – 2017. – Т. 20. - №1 – С.10-14.
5. Evseyeva, M.E. The syndrome of early vascular aging in students and their risk factors / M.E. Evseyeva, M.V. Eremin, V.I. Koshel, O.V.Sergeeva, A.V. Rusidi, E.N. Fursova // Clinical Cardiology.- 2018. – Т. 41. № S1. – С. 12-13.
6. The ESC Textbook of Preventive Cardiology. Ed. by S. Gielen, G.De Backer, M. Piepoli, D. Wood, C. Jennings, I. Graham. – Oxford: University Press. – 2016.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ БИФИДОБАКТЕРИЙ НА СИНТЕЗ ХРОНОНУТРИЕНТОВ

Сахаров Р.А., Опарина Н.А., Васильева Д.И.

Научный руководитель: Тимохина Т. Х.

Тюменский государственный медицинский университет

В нашем организме постоянно протекают патологические реакции, которые прямо или опосредованно влияют на поведение, работоспособность, восстановление систем и на множество других функций организма. Часто, по разным и совсем не связанным причинам может происходить истощение звеньев защиты организма. Одним из таких звеньев является – энтеральная микробиота. Иерархически главенствующую роль в данной среде занимают бифидобактерии, которые определяют не только локальное состояние желудочно-кишечного тракта, но и вырабатывают множество веществ, влияющих на весь организм. Одно из таких влияний – способность регулировать биоритмы человека и его эмоциональное поведение.

Целью данного исследования было изучить влияние экзогенных бифидобактерий на синтез хрононугриентов организма, через физиологические проявления.

Исследование проводилось среди студентов ТюмГМУ, в возрастной группе 19-21 год, в количестве 130 человек, во время экзаменационной сессии. В состав основной группы входит 100 человек, в состав контрольной (плацебо) группы – 30 человек.

Метод исследования: опрос респондентов, с помощью оценки: Питтсбургского индекса качества сна (PSQI), шкалы дневной сонливости Эпворта (ESS), шкалы депрессии Бека.

Материалы и методы

В работе использовали лиофилизированную биомассу производственного штамма *Bifidobacterium bifidum* (производства ЭКОПОЛИС ЗАО). Разовая доза – бифидобактерии в количестве не менее 107 КОЕ. Плацебо – физиологический раствор NaCl 0,9%.

Участники проходили три вида опросника, указанных выше, до и после проведения исследования. После подсчета результатов была проведена проверка на значимость проведенных исследований, с помощью подсчета коэффициента корреляции и t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

При анализе результатов плацебо-группы с помощью подсчета коэффициента корреляции и t-критерия Стьюдента – данные не дали значимых отклонений.

При анализе результатов шкалы дневной сонливости (ESS) и Питтсбургского индекса качества сна (PSQI) у основной группы было выявлено улучшение качества сна и снижение дневной сонливости:

ESS: Коэффициент корреляции равен 0,751. Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – высокая. Число степеней свободы составляет 98. t-критерий Стьюдента равен 11,244. Критическое значение t-критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 1.987. $t_{\text{наблюдения}} (2,63) > t_{\text{критического}} (1,98)$, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$). t-эмпирическое (4,7) – в зоне значимости.

PSQI: Коэффициент корреляции равен 0,838. Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – высокая. Число степеней свободы составляет 23. t-критерий Стьюдента равен 7,358. Критическое значение t-критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 2,069. $t_{\text{наблюдения}} (2,63) > t_{\text{критического}} (2,07)$, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$). t-эмпирическое (2,7) – в зоне неопределенности.

Предположение о влиянии экзогенных бифидобактерий на процессы сна и бодрствования основаны на данных об обмене серотонина. Известно, что бифидобактерии способны вырабатывать в нашем организме короткоцепочечные жирные кислоты (SCFA) [5, 3]. SCFA воздействует на расположенные в желудочно-кишечном тракте энтерохромаффинные клетки, которые в свою очередь активируют синтез 5-гидрокситриптамина из триптофана. L-Триптофан превращается в серотонин, а он в ацетилсеротонина. С участием фермента метилтрансферазы происходит его превращение в мелатонин. Таким образом через синтез мелатонина, бифидобактерии играют роль в регуляции циркадных ритмов [1, 2]. Одним из основных действий мелатонина является регуляция сна. Он принимает участие в создании циркадного (циркадианного) ритма, непосредственно воздействуя на клетки и изменяя уровень секреции других гормонов и биологически активных веществ, концентрация которых зависит от времени суток.

Дополнительно, с помощью опросника Бека у основной группы было выявлено снижение уровня эмоциональной депрессии (серотонин-обусловленные показатели):

Коэффициент корреляции равен 0,982. Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – весьма высокая. Число степеней свободы составляет 23. t-критерий Стьюдента равен 24,713. Критическое значение t-критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 2,069. $t_{\text{наблюдения}} (2,8) > t_{\text{критического}} (2,07)$, зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$).

критического (2,07), зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$). t -эмпирическое (3,1) – в зоне значимости.

Заключение

В результате проведенного анализа, можно подтвердить, что экзогенные бифидобактерии оказывают влияние на обменные процессы нашего организма, в частности, связанные со звеном регуляции биоритмов, а также с рядом мозговых структур, отвечающих за эмоциональное поведение человека. Профилактическое применение бифидобактерий может в значительной мере повлиять на состояние организма человека, особенно в стрессовые для него периоды.

Список литературы

1. Датиева, В. К. Применение мелатонина при нарушении сна / В.К. Датиева, Е.Е. Васенина, О.С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии – 2015. - № 1. - С. 36.
2. Датиева, В.К. Перспективы применения мелатонина / В.К. Датиева, Е.Е. Васенина, О.С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии – 2013. - № 1. – С. 48.
3. Bach Knudsen K.E. Microbial degradation of complex carbohydrates and effects on short chain fatty acids and health/ Bach Knudsen // Adv Nutr. – 2015. - №6(2). - P.206–213.
4. Kuhn M. Sleep recalibrates homeostatic and associative synaptic plasticity in the human cortex / Kuhn M., Wolf E., Maier J.G., Mainber F., Feige B., Schmid., Burklin J., Maywald., Mall V., Jung N.H., Reis J., Spiegelhalder K., Kloppel S., Sterr A., Eckert A., Riemann D., Normann C., Nissen C. // Nature Communications volume 7 – 2016 - № 12455.
5. Macfarlane GT. Bacteria, colon fermentation and gastrointestinal health / GT. Macfarlane, S. Macfarlane // Journal AOAC International – 2012. - №95(1). – P.50–60.

СОСУДИСТЫЙ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Урусова А.А., Урусова Л.А.

Научные руководители: Сергеева О.В., Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Проблема атеросклероза является одной из самых актуальных в современной медицине в связи с его широкой распространённостью и выраженностью неблагоприятных исходов. Согласно статистическим данным, уровень смертности в мире от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых ведущее место занимает атеросклероз, продолжает возрастать. Атеросклероз (А) – это прогрессирующее поражение артерий крупного и среднего калибра, характеризующееся отложением склеротических бляшек на стенках сосудов. Причина атеросклероза на сегодняшний день до конца не изучена. В литературе описано до 24 теорий развития атеросклероза, среди которых известна инфекционная. Среди теорий развития кариеса выделяют химико-паразитарную.

Современные данные свидетельствуют о том, что бактерии рода Бактероиды (*Bacteroides*), обитающие в полости рта и кишечнике, производят липиды, которые попадают в кровь и откладываются на внутренних стенках артерий, участвуют в образовании атеросклероза.

Сосудистая жесткость является предиктором развития будущих сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: оценить параметры сосудистой жесткости у лиц молодого возраста с учетом их стоматологического статуса

Материалы и методы. Обследовано 52 студента СтГМУ, средний возраст 18 лет.

Проведено стоматологическое обследование по стандартному протоколу: сбор анамнеза, осмотр полости рта, зондирование, перкуссия, пальпация, определение интенсивности поражения зубов кариесом, оценка гигиенического состояния полости рта.

Показатели сосудистой жесткости оценивались с помощью диагностического комплекса BPLab (ООО «Петр Телегин», Н-Новгород) в рамках программного обеспечения Vasotens Office. Анализировались такие показатели, как скорость пульсовой волны (PWVпо, м/с), индекс аугментации (Aix, %), индекс аугментации аорты (Aix ао, %). С учетом интенсивности поражения зубов кариесом были выделены 3 группы. 1 группу составили студенты, имеющих компенсированную форму течения кариеса – 14 человек. 2 группа – лица с субкомпенсированной формой - 25 человек. 3 группа - декомпенсированная форма - 13 человек.

Статистическая обработка проводилась с использованием программы для работы с электронными таблицами Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования:

Выделенные группы достоверно различались по показателям сосудистой жесткости. Так, скорость пульсовой волны (PWVao) в 1 группе составила 7,2 м/с, во 2 группе – 8.36 м/с, в 3 – 10,2 м/с.

Вывод:

Таким образом, студенты с неудовлетворительным состоянием полости рта характеризовались достоверно более высокими значениями скорости пульсовой волны (PWVao). При чем, по мере увеличения интенсивности поражения зубов кариесом, возрастали параметры жесткости сосудистой стенки. Таким образом, стоматологический статус и интенсивность поражения зубов кариесом могут быть использованы в программах молодежного скрининга для формирования групп риска.

Список литературы

1. Евсевьева М.Е., Ерёмин М.В., Итальянцева Е.В., Ростовцева М.В., Сергеева О.В. Очаги хронической инфекции и сосудистая ригидность у лиц призывного возраста Вестник Российской военно-медицинской академии. 2018. № 1 (61). С. 149-153.
2. Evseveva M.E., Eremin M.V., Koshel V.I., Sergeeva O.V., Rusidi A.V., Fursova E.N. The syndrome of early vascular aging in students and their risk factors Clinical Cardiology. 2018. Т. 41. № S1. С. 12-13.
3. Евсевьева М.Е., Сергеева О.В., Муравьев К.А., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Харченко М.Н. Результаты инструментального скрининга сосудистого возраста среди студентов Ставропольского государственного медицинского университета Профилактическая медицина. 2018. Т. 21. № 2-2. С. 70-71.
4. Леонтьев В.К., Банченко Г.В., Боровский Е.В., Вагнер В.Д., Григорьянц Л.А., Иванов В.С. Терапевтическая стоматология. Москва, 2007 https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_2_terstom/karies.pdf

СТРЕСС КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, ПРИВОДЯЩИЙ К ДЕПРЕССИИ

Хмаро Н.И., Денисов А.А.

Научный руководитель: Григорьян М.Ф.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность исследования состоит в том, что заболеваемость как сердечно-сосудистыми, так и многими другими заболеваниями опосредованно связана с проявлениями стресса. Определение понятия «стресс» включает в себя совокупность неспецифических адаптогенных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов или стрессоров [1]. При развитии данного состояния клинической значимостью обладает общий адаптационный синдром (ОАС), описанный Гансом Селье. Согласно его классификации ОАС протекает в три стадии. Первая стадия – реакция тревоги. Для нее характерна максимальная реактивность макроорганизма на стрессор путем мобилизации компенсаторных механизмов. Стоит отметить, что продолжительность реакции напрямую зависит от интенсивности воздействующих неблагоприятных факторов, а также от физиологических ресурсов и возможностей организма. Следом за ней развивается стадия сопротивления, в ходе которой адаптационный потенциал организма позволяет поддерживать его на уровне, мало отличающемся от функционирования вне стресса. Однако, компенсаторные возможности в эту стадию становятся несостоятельными, возникает истощение, которая является наиболее опасным для пациента. Она является одним из ключевых рисков развития соматических патологий, а также может послужить причиной декомпенсации уже имеющихся хронически протекающих заболеваний [2].

Одним из осложнений общего адаптационного синдрома может послужить его переход в депрессивный синдром, который относится к психопатологическим расстройствам и требует незамедлительного проведения лечебных мероприятий [3].

Для научного обоснования и поиска эффективных мер профилактики, направленных на своевременное выявление уровня стрессочувствительности, а также начальных стадий общего адаптационного синдрома и его купирование, многими авторами было предложено большое количество различных психометрических опросников и шкал, позволяющих оценить уровень стресса и стрессочувствительности [4].

Целью исследования является проведение скрининговой оценки уровня стрессочувствительности, приводящей к депрессии, в группе пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы: в качестве материала исследования использовались анкеты 62 пациентов пожилого возраста ОКУСОКО «Областной медико-социальный реабилитационный центр им. преп. Феодосия Печерского» (средний возраст $61 \pm 1,6$ года). Предложенная анкета включает в себя гериатрическую шкалу депрессии: (Geriatric Depression Screening Scale), а также тест на индивидуальную чувствительность к стрессу, ответы на вопросы которого интерпретировались по десятибалльной шкале (Щербатых Ю.В., 2006 год). Исследование проводилось при информированном согласии на обработку персональных данных каждого из респондентов выделенной группы. Полученные результаты оценивались при помощи параметрических методов описательной статистики, о достоверности различий между сравниваемыми группами судили по критерию Стьюдента, которые признавались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. Согласно полученным данным базовых показателей у 56,7% пациентов найден высокий уровень стрессочувствительности ($119 \pm 16,4$ баллов, $p < 0,05$), у 41,2% из которых выявлена тяжелая степень депрессивного синдрома. ($23 \pm 1,5$ балла, $p < 0,05$). По остальным результатам получены следующие значения: низкий уровень стрессочувствительности у 3% респондентов ($43 \pm 0,01$ балла, $p < 0,05$), средний уровень у 40% опрошенных ($85 \pm 8,7$ баллов, $p < 0,05$). Что касается степени проявления

депрессивного синдрома, то низкая ее степень выявлена у 43% участников группы исследования ($6 \pm 2,7$ балла, $p < 0,05$), средняя у 33% ($14,9 \pm 3,1$ балла, $p < 0,05$).

После обработки динамических показателей стрессочувствительности выявленный низкий уровень составил 3% от общей выборки, что полностью совпадает с таковыми данными базовых показателей. Средний уровень определен у 60% ($61 \pm 11,6$ баллов, $p < 0,05$), высокий показатель стрессочувствительности у 37% ($100 \pm 12,3$ баллов, $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, при оценке уровня стрессочувствительности у исследуемой группы респондентов выявлены очевидные закономерности. Согласно базовым и динамическим показателям между высокой стрессочувствительностью и тяжелой депрессией определена высокая прямая корреляционная зависимость ($r = 0,9$; $p < 0,05$).

Список литературы

1. Налётова О.С., Титиевский С.В., Белевцова Э.Л. Распространенность депрессии и жизненного истощения у больных гипертонической болезнью, проживающих на территории Донбасса // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2018. № 3. С. 4-9.
2. Погосов А.В., Севостьянова А.О., Богушевская Ю.В. Клинико-психологические особенности больных на донозологическом этапе течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2013. № 1. С. 11-125.
3. Григорьян М.Ф. Депрессия и тревога людей старческого возраста // Клиническая геронтология. 2018. № Т. 24. № 9-10. С. 16-17.
4. Григорьян М.Ф. Взаимосвязь выраженности депрессивных нарушений, стрессочувствительности и активации белков стресса у людей пожилого возраста // Клиническая геронтология. 2016. № Т. 22. № 9-10. С. 20-21.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ К ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Хызырова К.А.

Научный руководитель: Кнышова Л.П.

Волгоградский государственный медицинский университет

На сегодняшний день основой борьбы с инфекционной патологией является иммунопрофилактика. По данным ВОЗ, за последние годы выявлено более 30 новых болезнетворных микроорганизмов, начиная от особо опасного вируса геморрагической лихорадки Эбола до ротавируса – наиболее распространенного возбудителя диареи у детей. В тоже время по подсчетам специалистов ВОЗ за последнее 100 лет продолжительность жизни человека увеличилась в среднем на 30 лет, из них на 25 лет - благодаря иммунизации населения [3-7]. Исследования, проведенные группой ученых Гарвардского университета, показали, что поддержание здоровья школьников с помощью иммунизации закладывает основу для роста продолжительности активной жизни [3]. Экономическая эффективность иммунопрофилактики доказана в работах целого ряда зарубежных и отечественных авторов по отдельным инфекциям (R.N. Henderson, 1988; Н.В Медуницын, 2004; Т.Э. Ильченко, 2005). В условиях объявленной пару лет назад ВОЗ пандемии гриппа, вызванной новым вирусом А(Н1N1)/04/09/Калифорния, в стране ежегодно проводится расширенная кампания по иммунизации вакциной из нового штамма вируса, в первую очередь вакцинации подлежат лица, входящих в группы риска [2].

Целью работы явилось изучение уровня приверженности населения Волгоградской области к иммунопрофилактике и меры для ее улучшения.

Материалы и методы: обработка аналитическим методом материалов открытых источников информации в интернете, информационных данных Управления Роспотребнадзора по Волгоградской области.

Результаты и обсуждения. По итогам эпидемического сезона гриппа и ОРВИ 2018-2019 гг. в Волгоградской области против гриппа было привито 45,62% от численности населения Волгоградской области, иммунизацией в группах риска в целом охвачено 84,8%. Вакцинация успешно показала свою безопасность – не зарегистрировано случаев поствакцинальных осложнений и нежелательных побочных явлений после её применения. Интенсивный показатель заболеваемости гриппом среди привитых против гриппа составил 0,86 на 100 тысяч привитых, по сравнению с показателем в РФ – 2,6 [1]. Высокий охват иммунизацией, своевременно способствовал сдерживанию темпов и интенсивности заболеваемости гриппом и ОРВИ в Волгоградской области. В проведении масштабной информационной кампании по формированию у населения приверженности к иммунопрофилактике гриппа и ОРВИ играют волонтеры медицинских образовательных учреждений города Волгограда (ГАПОУ «Волгоградский медицинский колледж» и ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России).

На начало октября текущего года прививками против гриппа охвачено 20% населения, привито полмиллиона жителей области, из них 120 тысяч детей. Из них медицинские работники - 92% от планового количества, педагоги - 77% от числа подлежащих вакцинации, работники транспорта, сферы обслуживания и коммунальной сферы - 47%, детское население привито на 38% от планируемого количества [1]. Как известно, на сегодняшний день, в Российской Федерации действует закон об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний (ФЗ от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»), который определяет порядок проведения иммунопрофилактики, оговаривает последствия отказа от проведения иммунопрофилактики, а также предусматривает компенсационные выплаты в случае развития осложнений после проведенной иммунизации.

Закключение. Постоянно эволюционирующие вирусы гриппа меняют характер течения заболевания и подходы к тактике лечения, при этом вакцинопрофилактика остается наиболее эффективным методом борьбы с заболеваемостью гриппом и развитием тяжелых осложнений.

Список литературы

1. Сайт Управления Роспотребнадзора по Волгоградской области [Электронный ресурс] <http://34.rospotrebnadzor.ru/>
2. Яковлева, Т.В. Вакцинопрофилактика: достижения и проблемы / Т.В. Яковлева // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – Москва. – 2009. – № 6(49). – С. 36-39.
3. WHO, UNICEF, World Bank. State of the World's Vaccines and Immunization, 3rd ed Geneva, World Health Organization, 2009.
4. WHO: <http://www.who.int/immunization/newsroom/en/>
5. WHO: <http://www.euro.who.int/vaccine/eiw/>
6. WHO: <http://www.euro.who.int/vaccine/safe/>
7. www.gavialliance.org.

ИТ-ТЕХНОЛОГИИ И СИСТЕМА МОЛОДЁЖНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
Чертков Н.В., Ульбашев М.А., Фурсова Е.Н., Русиди А.В., Евсеева М.Е.
Научный руководитель: Евсеева М.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Профилактическое направление, провозглашённое приоритетным для развития российского здравоохранения, требует для своего успешного развития современного технологического сопровождения. В первую очередь речь идёт о цифровизации данных [1]. С этих позиций особого внимания требует молодёжная профилактика, так как практически все социально значимые заболевания признаны по своим механизмам развития возраст-ориентированными [2]. Это означает, что их развитие начинается за несколько десятилетий до своей клинической манифестации, то есть в молодые годы жизни. Поэтому скрининг факторов риска (ФР) должен начинаться в молодости и проводить его следует опираясь на современные цифровые технологии [3].

Цель - разработать интерактивное тестирование и автоматизировать подсчет данных при опросе студентов на предмет оценки их профиля ФР.

Материал и методы. Обследованы в ручном и интерактивном формате 200 студентов СтГМУ (77 юношей и 123 девушки) на базе университетского центра здоровья в рамках Национального профилактического проекта «Вуз здорового образа жизни». Для автоматизированного скрининга факторов риска создана страниц web-сайта MEDICAL TESTER по макету дизайна PSD-файла при помощи кода специального языка разметки (HTML, XHTML), состоящего из подключенных к ней каскадных таблиц стилей (CSS) и подключаемых дополнительных скриптов (JavaScript и др.) и объектов (Flash-анимация и др.). Язык HTML и стили интерпретировались интернет-браузерами и отображались в виде документа (страницы сайта) в удобной для восприятия форме. Для написания системы использовались языки PHP, CSS и JavaScript. Для написания сайта MEDICAL TESTER использовалась программа Adobe Dreamweaver CC 2018. С целью определения проблем психо-эмоционального статуса использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Результаты. В соответствии с результатами автоматизированного получения и обчёта данных личностного профиля студентов СтГМУ в представленной выборке оказалось, что тревога субклиническая и клиническая отмечена у 15% и 67%, а депрессия субклиническая и клиническая – у 44% и 27% обследованных лиц. Дифференцированный анализ указанных показателей психо-эмоционального статуса студенческой молодёжи с учётом пола показал, что субклиническая тревога и субклиническая депрессия чаще встречались у девушек по сравнению с юношами – 37% против 30% и 60% против 47%. Клиническая депрессия также чаще отмечена среди девушек – 27% против 20%. Вместе с тем, Клинически явная тревога чаще фиксировалась у юношей по сравнению с девушками – 41% против 25%.

Закключение. Опыт практического использования сайта MEDICAL TESTER в процессе массового превентивного обследования студенческой молодёжи показал наличие его несомненных положительных моментов – исключение человеческого фактора и значительное ускорение процесса обработки данных. Опыт ручной верстки сайта демонстрирует следующие преимущества: 1. четкое представление исходного кода страницы и сайта — верстальщик совершенно четко понимает ЧТО он делает и КАК; 2. отсутствие мусора в коде страницы — код получается правильный, легкий и не нагроможденный лишними тегами и символами; 3. быстрое усвоение языка разметки — постоянно набираются повторяющиеся элементы разметки и стилей. К недостаткам же ручной верстки относятся: большие временные затраты на написание кода — все необходимые изменения производятся вручную. Относительно непосредственных данных скрининга обсуждаемого ФР, то следует подчеркнуть факт достаточно высокой

встречаемости тревожно-депрессивных расстройств среди студенческой молодёжи и присутствия несомненных гендерных особенностей в проявлении этих расстройств у лиц молодого возраста.

Список литературы

1. Evseyeva M., Eremin M., Sergeeva O., Gal'kova I., Rusidi A., Fursova E. Place of electronic questionnaire in the youth prevention system. European Congress on eCardiology and eHealth (ecardiohealth2018.confreg.org). Российский кардиологический журнал. 2018. Т. 23. № 10. С. 165b
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet 2017; 389(10064): 37–55
3. Nilsson P.M. Hemodynamic aging as the consequence of structural changes associated with Early Vascular Aging (EVA). Aging Dis 2014; 5(2): 109–113.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОМАНИИ И НОВЫЙ МЕТОД БОРЬБЫ С НЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ИНГУШЕТИЯ

Эжиева Л.Х., Алиева Х.У., Дорсигова П.М.

Ингушский государственный университет

Наркомания – патологическое влечение к употреблению наркотических средств, вызывающих в малых дозах эйфорию, а в больших оглушение и наркотический сон[1]. На сегодняшний день она идет наравне с сердечно-сосудистыми заболеваниями и является одной из ведущих причин смерти.

Цель:

1. анализ информированности студентов об наркотических и психотропных препаратах;
2. провести анализ распространенности наркозависимости в республике Ингушетия (РИ);
3. оценка деятельности добровольческого движения по борьбе с наркоманией в РИ.

Материалы и методы:

1. статистические данные, зарегистрированные в ГБУЗ Республиканском Психоневрологическом и Наркологическом Диспансере (РПНиНД).
2. Анонимное анкетирование среди 70 студентов ингушского государственного университета.
3. Данные, предоставленные руководителем добровольческого движения «Антилирика».

Результаты и обсуждение. По данным статистики ГБУЗ РПНиНД в 2019 году всего на учете стоит 1537 человек, из них 91% (1411) мужчины и 9% (126) женщины. Число лиц, зарегистрированных с диагнозом «Наркомания» 243 человек, что составляет 15,8%. Остальные 84,2 % (1294 ч) зарегистрированы с диагнозом «Потребление наркотических средств и психотропных веществ с вредными последствиями».

Из 243 зарегистрированных больных, 95 человек в возрасте 18-39 лет, и 148 человек старше 40 лет, что составляет 39,09% и 60,9% соответственно.

По данным анкетирования 57% опрошенных студентов считают, что нет наркотиков, которые не вызывали бы привыкание, 28% ответили что таковые существуют, 15% - не знают. На вопрос есть ли среди их друзей и знакомых употребляющие наркотические средства 67% были уверены что таких нет, остальные были под сомнением. Также 30%

студентов ответили, что причиной, побуждающей молодых людей начать употреблять наркотические или психотропные средства, является влияние друзей и компании, 35% - из-за любопытства; из-за отсутствия внешнего контроля взрослых и это модно, престижно ответили 20% и 16% соответственно.

Исследование ученых и практика работы с молодежью аддиктивного поведения показывают, что употребляют психотропные вещества дети из неблагополучной и благополучной семей, люди имеющие высшее образование и люди не окончившие даже общеобразовательную школу.[1]

По сравнению с 2017-2018 годами, зарегистрированное количество лиц, употребляющих наркотические вещества составляло 1440, и в 2019 году увеличилось на 6,7% (97ч), что связано с ростом аптечной наркомании. На ее рост влияют два фактора - своеобразная наркотическая мода и доступность. Количество лиц с диагнозом «наркомания» за период с 2017-2018 годов составляло 290 человек, и 1150 человек «с вредными последствиями».

Аптечная наркомания широко распространена среди подростков и юношей в возрасте 15-28 лет. Одним из самых распространенных препаратов, воздействующим на психику человека является лирика. С медицинской точки зрения, препарат «Лирика» используется для лечения нейропатической боли у взрослых пациентов, эпилепсии, генерализованного тревожного расстройства. При употреблении лирики в больших дозах возникают такие внешние симптомы как расширенные или суженные зрачки, покрасневшие глаза, замедленная речь, плохая координация движений, ухудшение памяти, невозможность сосредоточиться, частая и резкая смена настроения[2].

Для борьбы с аптечной наркоманией, и не только, более полтора года назад на территории республики Ингушетия появилось движение «Антилирика». Это добровольческое общественное движение, которое есть практически в каждом городе республики. В ее состав входят, в основном, молодые парни в возрасте от 18 до 35 лет, и старше. Они работают при поддержке городской и районной администрации, а также сотрудничают с правоохранительными органами. Методы борьбы с этим злом они разработали, изучив схему ввоза и распространения наркотических средств. За время своей деятельности было выявлено около 600 случаев хранения и распространения наркотических и психотропных препаратов. По предоставленным ими данным, наиболее часто выявляемыми препаратами являются: лирика, тропикамид, марихуана, героин. В каждой отдельной группе около 25 участников, которые круглосуточно борются с наркоманией, и при этом они делают это абсолютно бескорыстно, не получая за это никакие вознаграждения или какие-то преимущества. Главной целью общественного движения «Антилирика» является очистить свою республику от этого зла, как наркомания, которая забирает будущее нашей нации – молодежь. И благодаря упорной работе активистов вовлекаемость молодежи к употреблению аптечных препаратов снизилась, и употребление лирики перестает быть «модной» наркоманией.

Выводы:

1.Количество зарегистрированных лиц с диагнозом «наркомания» в 2017-2018 году составляло 290 ч (29,9% от общего числа), а в 2019 году это число равняется 243 (15,8%), что говорит о снижении наркозависимых людей. Но число пациентов с «вредными последствиями» увеличилось на 4,3% (144ч), что может быть связано с ростом аптечной наркомании.

2.Из опрошенных студентов 28% считают, что есть легкие наркотики, которые не вызывают привыкание. Это говорит о недостаточности информированности молодежи о пагубном воздействии этих препаратов.

3.Наиболее частой причиной, заставляющей принимать наркотики это любопытство, а также влияние компании.

4.Основным методом борьбы с наркоманией является профилактика, ведь легче предупредить эту болезнь, чем вылечить.

5.Необходимо проводить профилактическо-просветительские работы с населением по поводу негативного влияния наркотиков на организм, особенно в общеобразовательных школах и учебных заведениях.

Список литературы

- 1.Видякова З.В., Краснощеченко И.П., Афанасьева Т.А. Наркомания: в поисках выхода из тупика. Нравственное воспитание в системе реабилитации наркозависимой молодежи. – Калуга, 2012. -162с. -21-22с
- 2.Пискунов В.А., Максинаева М.Р., Тупицына Л.П. Здоровый образ жизни: Учебное пособие./ - М.: МПГУ, 2012. -86с. -25с

Раздел 10. Проблемы социально-гигиенических наук

ЗАГРЯЗНЕНИЕ КАДМИЕМ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аметова Э.И.

Научные руководители: Кряжев Д.А., Щетинина Ю.С.

Оренбургский государственный медицинский университет

За последние полвека заболеваемость раком молочной железы увеличилась во всем мире. В зарождении и прогрессировании этого заболевания участвовали различные факторы-генетические и экологические. Одним из потенциальных факторов экологического риска, которому не уделяется большого внимания, является воздействие тяжелых металлов.

Хроническое воздействие различных тяжелых металлов почти неизбежно в повседневной жизни, например, от частиц воздуха, почвы, воды и впоследствии продуктов питания. В последнее время промышленные применения, лекарственные препараты, пищевые добавки, производство полупроводников, горнодобывающая промышленность, плавка, переработка металлических руд, цементные заводы, гальванические установки, бензиновые и дизельные транспортные средства и частицы, возникающие в результате износа шин, приводят к выпуску различных тяжелых металлов в окружающую среду.

Цель исследования: Определить связь между уровнем загрязнения атмосферного воздуха кадмием и заболеваемостью злокачественными новообразованиями молочной железы на территории Оренбургской области.

Материалы и методы: Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями населения проведен на основании отчетных форм № 7 "Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями" и № 35 "Сведения о больных со злокачественными новообразованиями" за 2003-2015 гг. Предметом исследования явились данные лабораторных исследований атмосферного воздуха по уровню загрязнения кадмием за 2005-2013 гг.

Анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ в среде EXCEL-2010.

В результате исследования были получены следующие данные, анализ структуры онкологической заболеваемости в Оренбургской области по средним показателям за 12 лет установил, что максимальная доля приходится на ЗНО молочной железы (18%), рак кожи и меланому (15%) в общей структуре. Третье место в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями занимает рак легкого 12%.

Всего было изучено 41 муниципальное образование: при этом обособлено 7 городов, остальные являются либо сельскими территориями, либо городами, объединенными с районами. Самый высокий показатель онкологической заболеваемости наблюдается в Шарлыкском (477,2 на 100 тыс. населения), Новосергиевском (468,5 на 100 тыс. населения) районах и г. Медногорск (431,6 на 100 тыс. населения). Низкая встречаемость рака в Абдулинском (248,4), Адамовском (263,6 на 100 тыс. населения) и Домбаровском (274,4 на 100 тыс. населения) районах.

Анализ загрязнения атмосферного воздуха кадмием показал, что уровень загрязнения на различных территориях Оренбургской области имеет большой диапазон: от $8,9 \cdot 10^{-7}$ мг/л до $2,7 \cdot 10^{-4}$ мг/л. При этом стоит отметить, что средний уровень загрязнения атмосферного воздуха кадмием составил $1,9 \cdot 10^{-5}$ мг/л. Самыми

загрязненными территориями оказались Гайский, Сорочинский, Переволоцкий, Илекский районы. Самыми «чистыми от кадмия территориями» оказались Домбаровский, Светлинский, Ясенский районы.

Проведенный корреляционный анализ показал, заболеваемость раком груди имеет прямую статистически значимую связь слабой силы с концентрацией кадмия как в атмосферном воздухе (Спирмена $R = 0,2$). Проведенный корреляционный анализ подтверждает ранее проведенные исследования другими авторами.

Проведенное исследование, позволило выявить территории риска по заболеваемости раком молочной железы на территории Оренбургской области. Проведенный корреляционный анализ установил достоверную связь заболеваемости раком с уровнем контаминации кадмия в окружающей среде. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки плана профилактических мероприятий по снижению и предупреждению онкологической заболеваемости, с учетом других факторов риска, и, в особенности, кадмия.

ИССЛЕДОВАНИЕ САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Оренбургский государственный медицинский университет

Рациональное питание-основа здоровья. Такой принцип уже давно считается одним из главных составляющих здорового образа жизни. В понятие рациональности питания входят несколько составляющих, сформулированных в принципы и нормы такого питания, но, несомненно, важнейшим принципом является безопасность пищи в санитарно-химическом и эпидемиологическом отношении. 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.

Материал и методы: использованы данные лабораторных исследований за 2013-2018 года по концентрациям тяжелых металлов в молочных продуктах РИФ СГМ по Оренбургской области. Для оценки результатов определялось среднее значение (M) каждого оцениваемого признака и стандартная ошибка среднего (m).

Результаты и обсуждение: Нами был проведен анализ проб на выявление концентрации основных тяжелых металлов (свинца, мышьяка, кадмия и ртути) в молоке и молочных продуктах в городах Оренбургской области. Были изучены результаты 484 проб молока разных производителей и разной локализации в Оренбурге и 6 городах области (Бугуруслан, Бузулук, Медногорск, Новотроицк, Орск, Гай). Все исследуемые продукты распределили на группы: йогурт, кисломолочные продукты, масло, молоко, сметана, сыр, творог. Для каждой группы рассчитали средние значения по основным тяжелым металлам в каждой группе. Самое высокое среднее содержание свинца ($0,08 \pm 0,05$), мышьяка ($0,03 \pm 0,002$) и кадмия ($0,009 \pm 0,006$) в масле, а ртути ($0,001 \pm 0,0009$) в йогуртах. Наименьшее содержание свинца ($0,0006 \pm 0,0004$) и кадмия ($0,0005 \pm 0,0004$) в сыре, мышьяка ($0,007 \pm 0,0007$) в молоке, а ртути в масле (0). Средние значения

концентрации тяжелых металлов в пробах не превышают установленную ПДК.[2] Самым часто встречаемым тяжелым металлом в пробах является мышьяк.

Выводы: выявленные случаи несоответствия санитарным нормам показывают, что нужно предпринимать дополнительные меры по безопасности молочных продуктов в Оренбургской области. Предположительно, основной путь попадания токсических веществ в молоко в данных пробах - корма для коров (обработка пестицидами, заражение токсическими грибами). 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. Людям, употребляющим в пищу молочные продукты, в особенности жителям данных городов рекомендуется выполнять несколько простых советов: употреблять в пищу пектино- и крахмалосодержащие продукты- они способствуют выведению тяжелых металлов, употреблять в пищу продукты- пребиотики (лук, зерновые, зеленые листовые овощи, спаржа и другие) – они способствуют разрушению соединений тяжелых металлов в организме нашей микрофлорой, выбирать только известных и сертифицированных производителей.

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, 2011. - 270 с

РИСК РАЗВИТИЯ ВРЕДНЫХ ЭФФЕКТОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ В СВЯЗИ С ЗАГРЯЗНЕНИЕМ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НИТРАТАМИ

Гордиевич А.В.

Научный руководитель: Кейс Г. Д.

Белорусский государственный медицинский университет

Обеспечение населения питьевой водой, отвечающей гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям, является важной целью принятия природоохранных управленческих решений. При численности жителей Копыльского района Минской области на текущий момент 27901 человек, почти четверть населения (23,1%) получает питьевую воду из колодцев общего пользования. Это объясняет высокую значимость контроля уровня содержания в колодезной воде аниона NO₃⁻ как загрязнителя питьевой воды в связи с сельскохозяйственной деятельностью людей (ВОЗ, 2017).

Цель: оценить риски развития вредных эффектов от содержащихся в колодезной питьевой воде нитратов для здоровья жителей Копыльского района.

Материалы и методы. Изучены ретроспективные данные квартального мониторинга аккредитованной лабораторией ГУ “Копыльский районный центр гигиены и эпидемиологии” воды колодцев общего пользования Копыльского района с 2013 по 2018 гг. Изучены фактические данные анализа 24 проб воды. Уровень нитратов определялся колориметрическим методом с салициловокислым натрием. Расчёты выполнены в соответствии с Инструкцией Министерства здравоохранения Республики Беларусь 2.1.4.10-11-2-2005 «Оценка риска здоровью населения от воздействия химических веществ, загрязняющих питьевую воду». Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью программы Microsoft Office Excel 2016.

Результаты и их обсуждение. Уровень содержания в колодезной воде нитратов составил $92,53 \pm 5,17$ мг/л при предельной допустимой концентрации 45 мг/л (СанПиН 10-124 РБ 99). Коэффициент опасности (HQ) в связи с установленным уровнем содержания нитратов для мужчин оказался равным $1,12 \pm 0,06$; для женщины - $1,36 \pm 0,08$; для детей до 6 лет - $2,63 \pm 0,15$. Это даёт основание заключить о существовании у всех рассмотренных групп населения риска развития вредных эффектов в критических при поступлении с питьевой водой нитратов системах (сердечно-сосудистая система, кровь). Вредные эффекты состоят в нарушении транспортной и регуляторной функций эритроцитов, развитии гемолиза, аритмии, брадикардии и даже сердечной недостаточности (С.А. Куценко, 2002; L. Fewtrell, 2004). Полученный нами высокий коэффициент опасности для детского населения вызывает особую тревогу ввиду незрелости механизмов регуляции указанных критических систем у детей и возрастающей нагрузки на ткани в связи развивающейся гипоксией. Потенциальный риск неспецифических токсических эффектов, связанных с хроническим потреблением питьевой воды при установленном уровне содержания нитратов, составляет 3.52 ± 0.20 % – приемлем, неблагоприятные медико-экологические тенденции отсутствуют. Т.е. манифестацией изменений, происходящих в критических органах вследствие хронического воздействия нитратов, могут быть различные состояния дискомфорта без признаков специфической патологии с присущей ей клинической симптоматикой.

Выводы. Для жителей Копыльского района, употребляющих колодезную питьевую воду, существует высокий риск развития вредных эффектов в системе крови и сердечно-сосудистой системе ввиду высокого уровня содержания в воде нитратов. В группе наибольшего риска находится детское население до 6 лет. Данные результаты требуют принятия адекватных мер для устранения установленных рисков.

Список литературы

1. Василенко Н. М. Действие ксенобиотиков на систему крови. Общая токсикология /Н.М.Василенко. — М.: Медицина, 2002 г.— С. 266.
2. Lorna Fewtrell. Drinking-Water Nitrate, Methemoglobinemia, and Global Burden of Disease/ Lorna Fewtrell// Environmental Health Perspectives. – 2004. – Number 12. – С.1371-1374.
3. Куценко С.А.. Основы токсикологии/ С.А.Куценко. – Санкт-Петербург, 2002 г. – С.119
4. Ellenhom M. J., Barceloux D. J. Nitrates, nitrites and methemoglobinemia. Medikal toxicology, Diagnosis and Treatment of Human Poisoning/ M. J. Ellenhom, D. J.Barceloux - New York, NY: Elsevier Scientific Publ, 1988.
5. Проданчук Г.Н., Балан Г.М. Токсические метгемоглобинемии: механизмы формирования и пути оптимизации лечения/ Г.Н.Проданчук, Г.М. Балан//Современные проблемы токсикологии - 2007 - №1.- С.38-45
6. Леонова, Е.В. Патофизиология системы крови : учеб. пособие / Е. В. Леонова, А. В. Чантурия, Ф. И. Висмонт ; Белорус. гос. мед. ун-т, Каф. патолог. физиологии. - Минск : БГМУ, 2009. – 45-52 с.
7. Ward MH. Drinking-water nitrate and health--recent findings and research needs [Pubmed]/ Ward MH , deKok TM, Levallois P, Brender J, Gulis G, Nolan BT, VanDerslice J. – Режим доступа <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (Дата обращения: 25.02.2019)
8. Avery A.A. Infantile Methemoglobinemia: Reexamining the Role of Drinking Water Nitrates/ Alexander Austin Avery// Environmental Health Perspectives - July 1999 – С.583-586
9. WHO. Guideliens for drinkinh-water quility. Fourth edition incorporating the first addendum/WHO - 2017 - С.398-403
10. Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь 2.1.4.10-11-2-2005 «Оценка риска здоровью населения от воздействия химических веществ, загрязняющих

питьевую воду»: принята постановлением Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь 22.02.2005 №19

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ, ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Крюкова А.Д., Юрченко Ю.В.

Научный руководитель: Голодников Ю.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Профессиональное или эмоционального выгорание» - это синдром, развивающийся на фоне хронического стресса и ведущий к истощению эмоционально-энергетических и личностных ресурсов человека. Чаще всего наблюдается среди педагогов и медицинских работников. Синдром «профессионального выгорания» определяют как состояние физического, эмоционального и умственного истощения, включающее в себя развитие отрицательной самооценки, негативного отношения к работе, утрату сочувствия, сострадания и понимания по отношению к пациентам и их близким.

Проблема эмоционального выгорания у врачей в настоящее время актуальна, как никогда. Чем выше квалификация врача, тем ответственнее он относится к выполнению своих обязанностей, и тем чаще появляются симптомы профессионального выгорания.

Вопросами профилактики эмоционального выгорания занимается психогигиена – это раздел гигиены, касающийся обеспечения нервно-психического здоровья людей, целью изучения которого является установление влияния среды на психику человека, разработка норм труда, отдыха и быта. В связи с этим становится понятно, что изучение гигиены, как науки и её отдельных разделов играет немаловажную роль в развитии студентов как врача и специалиста. Важно, чтобы студент медицинского вуза уже с первого курса понимал трудности будущей профессии, с которыми ему придется сталкиваться ежедневно.

Материалы и методы. Для того, чтобы оценить знания студентов о причинах возникновения и профилактике профессионального выгорания, был проведен онлайн – опрос среди студентов лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов, а также среди студентов факультета гуманитарного и медико-биологического образования. В анкетировании приняли участие студенты Ставропольского, Ростовского, Краснодарского, Саратовского медицинских вузов, а также студенты медицинских вузов из Чеченской Республики и Республики Северная Осетия, всего 212 человек. Из них студенты 1, 2 и 3 курса составили – 66%, старшекурсники – 34%. (78% - девушки, 22% - юноши). Математическая обработка данных проводилась методом описательной статистики и расчетом относительной частоты встречаемого признака.

Результаты. Установлено, что большинству респондентов знакомо понятие «профессиональное выгорание» (87,7%). По вопросу о возможно имеющейся гендерной специфичности выгорания мнения студентов разделились. Половина опрошенных (52,5%), считает, что данному синдрому наиболее подвержены женщины, а 47,5% считают, что это мужчины. Таким образом, гендерные отличия не выявлены. Кроме того, большинство респондентов считает, что возникновение данного синдрома напрямую связано со специализацией медицинского работника. По мнению респондентов наиболее подвержены стрессам и, следовательно, эмоциональному выгоранию, врачи онкологи, далее по убывающей идут хирурги, терапевты, реаниматологи/анестезиологи, психиатры и замыкают список патологоанатомы. Однако в доступных литературных источниках на первое место поставлены врачи-психиатры, на второе место – онкологи, далее – врачи

хирургического профиля, анестезиологи/реаниматологи, и замыкают пятерку стоматологи.

С учетом того, чтобы большинство студентов всё-таки имеют представление о «профессиональном выгорании», в анкеты был включен вопрос: какие способы (меры), профилактики помогают снизить, и даже предупредить негативное влияние факторов обуславливающих возникновение данного синдрома. Полноценный отдых, в том числе занятие любимым делом предложили соответственно 39% и 10% респондентов. Интересно заметить, что на второе место выходит всё то, что непосредственно касается работы. Это, прежде всего, комфортные условия работы так считают 11% респондентов, изменение сферы деятельности - 5,8%, повышение заработной платы - 5,2%, повышение квалификации - 4% и, наконец, радикальное решение - сменить коллектив 1,3%. Всего 27,3%. Как показал опрос, респонденты рекомендуют использовать и элементы психогигиены: советуют посещение психолога 9% опрошенных.

Наиболее эффективным при профилактике эмоционального выгорания считается полноценный сон: достаточно продолжительный и глубокий. Парадоксальный результат показали наши респонденты: сон оказался у них на последнем месте. Всего 1,3%. Уменьшить влияние стрессов, усилить положительные эмоции по 5,2% и больше времени проводить с семьей советуют 3,0%.

Несмотря на то, что студентам известно врачи каких специальностей наиболее подвержены эмоциональному выгоранию, 44% будущих врачей выбирают для себя хирургию.

Исследование показало, что студенты медики прекрасно сознают, насколько условия их труда могут быть вредны для здоровья, однако, они не отступают и учатся, готовят себя к тому, что однажды им придется бороться с болезнями людей, даже во вред своему здоровью. Не случайно первой эмблемой врачей была горящая свеча, то есть: «светя другим, сгораю сам».

НУТРИЕНТНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ КАК МАРКЕР РАЗВИТИЯ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИИ

Мрясова Ж.К., Сетко И.А.

Оренбургский государственный медицинский университет

Одним из ключевых факторов, направленных на поддержание состояния здоровья детей, является организация рационального питания[4]. В последние годы на территории Российской Федерации среди детского населения отмечается рост распространенности алиментарно-зависимых заболеваний, связанных с нерациональным и неадекватным питанием, в частности, таких как анемии, болезни органов желудочно-кишечного тракта и желчевыводящей системы, обмена веществ, эндокринной системы, в том числе ожирение, сахарный диабет, болезни щитовидной железы[1]. По данным официальной статистики, рационы питания детского населения характеризуются недостаточным содержанием и несбалансированностью макро- и микронутриентов, что приводит, в свою очередь, к снижению их содержания в организме. Вместе с этим, необходимость адекватного поступления отдельных нутриентов для оптимального функционирования различных органов и систем детей и подростков доказана многими научными работами [2, 3]. В свою очередь дети, имеющие алиментарно-зависимые заболевания, остающиеся под воздействием фактора питания являются актуальной целевой группой, требующей постоянного мониторинга и коррекции.

Целью работы явилась оценка фактического питания и нутриентной обеспеченности организма 100 детей в возрасте 3-11 лет с официально установленными диагнозами функциональная диспепсия, хронический гастрит, классифицируемыми как алиментарно-зависимые заболевания.

Материалы и методы. Фактическое питание, его соответствие принципам рационального и адекватного питания оценивалось методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания с использованием таблиц по химическому составу и калорийности российских продуктов питания с учетом потерь при термической и кулинарной обработке [4]. Полученные данные сравнивались с Нормами физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ (МР 2.3.1.2432-08).

Оценка микронутриентной обеспеченности организма детей проводилась путем определения содержания водорастворимых (тиамин, рибофлавин, пиридоксин, аскорбиновая кислота) и жирорастворимых (ретинол, токоферол) витаминов в моче и сыворотке крови. Обеспеченность организма аскорбиновой кислотой определяли методом визуального титрования реактивом Тильманса. Содержание тиамина, рибофлавина и пиридоксина в моче, а также витаминов А и Е в сыворотке крови определяли флуориметрическим методом на анализаторе «Флюорат-02-АБЛФ-Т».

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных методов вариационной статистики. Для выявления статистически значимых различий между исследуемыми группами был использован критерий Стьюдента. Для компьютерной статистической обработки применены программные средства: «Microsoft Office 10 Excel» 2007 и универсальный статистический пакет «Statistica» версия 10.0 в среде Windows.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что питание детей исследуемых групп не соответствует принципу количественной характеристики рациона питания: энергетическая ценность была выше физиологической нормы для детей 3-7 лет на 81,4%, 7-11 лет – на 55,6%.

Принцип качественной характеристики также не был соблюден: содержание белков было выше нормы для детей 3-7 лет на 87,4%; 7-11 лет – на 60,6%; жиров – на 166,0% и 118,0%; углеводов – на 62,6% и 39,2% соответственно.

Рационы питания детей исследуемых групп избыточны по содержанию кальция на 35,3% и 10,7%; магния – на 151,8% и 101,4%; фосфора – на 139,1% и 73,9%; железа – на 166,0% и 121,7%.

При анализе обеспеченности витаминами рационов питания установлен избыток витамина В1 – на 100,0% и 63,6%; витамина В2 - на 120,0% и 83,3%; витамина РР – на 180,0% и 105,3%; витамина С – на 130,2% и 91,8% соответственно.

Выявлено, что рационы питания детей несбалансированны по основным нутриентам и их соотношению: белки: жиры: углеводы, кальций: магний, кальций: фосфор, белок: витамин С.

Однако, анализ обеспеченности организма водорастворимыми витаминами выявил, что содержание тиамина в моче ниже физиологической нормы на 16%, рибофлавина –на 46%, пиридоксина –на 21%, витамина С – на 51%. Содержание витамина Е в сыворотке крови исследуемых детей было ниже физиологической нормы на 25%, витамина А - на 57%.

При распределении детей по степени обеспеченности водо- и жирорастворимыми витаминами установлено, что у большинства из них наблюдался дефицит данных витаминов. Так, обеспеченность витамином В1 снижена у 68%, витаминами В2 и В6 у 100%, витамином С у 96%, витамином А у 100% и витамином Е у 91% детей.

Выводы. Таким образом, установлен дефицит нутриентной обеспеченности организма на фоне нерационального и неадекватного питания, характеризующегося

избыточной энергетической ценностью и повышенным поступлением в организм макро- и микронутриентов, что, вероятно, является следствием наличия алиментарно-зависимой патологии у детей.

Список литературы

1. Баранов, А.А. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.А. Иванова и соавт. // Российский педиатрический журнал. - 2012. - №6. - С.4-9.
2. Сетко Н.П. Гигиеническая характеристика питания учащихся общеобразовательных учреждений города и села / Н.П. Сетко, Е.С. Бородина, А.Я. Валова // Гигиена и санитария. - №3. - 2012. - С. 46-48.
3. Тутельян, В.А. Гигиена питания: современные проблемы / В.А. Тутельян // Здравоохранение РФ.- 2008.- №1.- С. 8-9.
4. Тутельян, В.А. Химический состав и калорийность российских продуктов питания. Справочник. - М.: ДеЛи Плюс, 2012.-284 с.

ОЦЕНКА САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2014-2018 ГГ. НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Пирогова С.О., Никулин Е.А., Ильин М.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Среди множества факторов, влияющих на здоровье населения, огромное значение имеет состояние окружающей среды, характер питания, состояние системы водообеспечения в регионе. Окружающая среда вместе с поведенческими привычками определяет продолжительность жизни и её качество. Наиболее явным и интегральным показателем, объединяющим состояние продовольственной сферы и сферы водоснабжения, а также уровень медицинской помощи в регионе является уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ).

Материалы и методы. Были проанализированы данные государственных докладов управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Курской области за 5 лет в период с 2014 по 2018 гг., а также Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» за тот же отчетный период. Статистическая обработка цифровых данных произведена с применением стандартного пакета прикладных программ Microsoft Excel, с использованием общепринятых методов математического анализа, произведено построение динамических рядов, рассчитаны коэффициенты, отражающие динамику показателей: абсолютный прирост, темп прироста.

Результаты и обсуждение. Рассматривались показатели заболеваемости ОКИ без учета шигеллеза в расчете на 100000 населения. Анализируя показатели по Курской области за период с 2014 по 2018 можно сделать выводы: за 5 лет заболеваемость снизилась на 18,83% (96,2 случая) с 510,8 случаев в 2014 году до 414,6 зарегистрированных случаев ОКИ в 2018 году. Это, вероятно, связано с улучшением работы санитарно-эпидемиологических служб Курской области и совершенствованием работы ОБУЗ «Областная клиническая инфекционная больница им. Н. А. Семашко» города Курска в направлении проверки лиц, контактировавших с больными ОКИ и их изоляции. Колебания заболеваемости ОКИ по РФ разнонаправлены и статистически не достоверны, от 545, 89 до 555,71 зарегистрированных случаев. Таким образом, можно

говорить об относительной стагнации данных показателей по всей РФ, что говорит о необходимости совершенствования методов контроля над соблюдением санитарных норм.

В Курской области за исследуемый период наблюдается отрицательный абсолютный прирост по всем ОКИ с установленной этиологией. При этом наблюдается положительный абсолютный прирост ОКИ с неустановленным этиологическим фактором, с 61 до 74,5 случаев на 100000 населения, темп прироста колеблется от 4,93 до 8,41. Обратная ситуация регистрируется на всей территории РФ, на фоне положительного абсолютного прироста ОКИ с установленной этиологией выявляется отрицательный прирост ОКИ с неустановленным этиологическим характером. ОКИ по РФ с неизвестным возбудителем колеблется от 346,31 до 369,32 случая, колебания показателей недостоверны. Отрицательный прирост за изучаемый период разнонаправленно изменяется от 9,93 до 15,8.

Заключение. Уровень заболеваемости ОКИ с установленным этиологическим фактором по Курской области не высокий, с тенденцией к снижению, в отличие от уровня заболеваемости ОКИ по России, где наблюдается относительная стагнация показателей с тенденцией к росту. Это может говорить об эффективных методах контроля за санитарно-эпидемиологическим состоянием Курской области. Рост заболеваемости ОКИ с неустановленной этиологией в Курской области, на фоне общей тенденции к её снижению по РФ, может свидетельствовать о проблемах с идентификацией возбудителя, связанных с изменением антигенной структуры возбудителя и появлением нового штамма в пределах Курской области, а так же о неудовлетворительных условиях обработки и хранения пищевых продуктов.

Список литературы

1. Кулаев, Ю.А. Санитарно-эпидемиологическая деятельность по надзору за состоянием окружающей среды / Ю.А. Кулаев, В.А. Егоров, Е.П. Гладунова, А.Ю. Савчук // Известия Самарского научного центра РАН. - №1. - 2011. – С. 1886 – 1889.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие / И.В. Тарасенко, В.А. Лопухова, Н.В. Шестакина, Г.А. Сидоров. - Курск: Редакционно-издательский совет ФГБОУ ВО КГМУ. - 2015. – С.60-89.
3. Халявина, А. А. Эпидемиология острых кишечных инфекций / А.А. Халявина, М.В. Савиных // Вятский медицинский вестник. - №1. - 2009. – С.62-65.

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Сайнароева М.М., Степанян Т.О.

Научный руководитель: Голодников Ю.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Курение отбирает в среднем 14 лет жизни (по исследованию американских Центров по контролю и профилактике заболеваний, CDC), а в год от курения в мире умирает около шесть миллионов человек. Поэтому нет ничего странного, что 70% курящих людей хотят избавиться от пагубной привычки. Но далеко не всем это удаётся. Рецептов, как избавиться от дурной привычки великое множество. В последнее время появились новые способы курения, которые так же используются для отказа от данной привычки.

Целью данного исследования явилось изучение степени популярности этих видов курения среди молодежи и причин перехода от табакокурения к ним.

Материалы и методы. Был проведен соц. опрос в форме онлайн-анкеты, которая проводилась среди студентов различных ВУЗов (СтГМУ-39%, СтГАУ-10 %, СКФУ-19%). Всего приняли участие более 300 человек, из них 27% юноши и 73% девушки. Математическая обработка данных проводилась методом описательной статистики и расчетом относительной частоты встречаемого признака.

Результат и обсуждение. Через холинорецепторы никотин воздействует на мозг, на систему вознаграждения. Эта система повышает уровень выброса дофамина, что приводит к ощущению счастья. Таким образом, необходимость в постоянном поступлении никотина возникает вследствие снижения чувствительности холинорецепторов к нему и его требуется больше. Так возникает физиологическая зависимость.

Анкетирование выявило, что на первое место среди мотивов продолжать курение вышла его способность снятия стресса и нервно-психического напряжения. Её отметили 33% респондентов. На втором месте оказалось приятное ощущение принадлежности к особенной части общества - покурить в компании или за компанию - 31% респондентов. Несколько насторожил такой ответ, как курение от скуки и бездействия -25% респондентов. Одиннадцать процентов указали другие причины, такие как отсутствие силы воли, то есть человек не способен отказаться от курения именно и только из-за этого. Ритуал: курение как символ успеха, значимости человека (дорогой табак, дорогие сигареты, шикарные пепельницы и т.д.). Положительные ассоциации: возникает ощущение, что при курении легче живётся, всё решается, нервы успокаиваются

На данный момент в мире помимо обычных сигарет пользуются высоким спросом вейпы и кальяны. Курение кальянов в России стало популярным способом расслабиться. Благодаря своей доступности и распространенному мнению о его безвредности по сравнению с табакокурением, такой вид отдыха стал очень популярен.

Распространенность кальянов поспособствовала популяризации так называемых вейпов. Это портативная электронная сигарета, она же «вапорайзер» (от английского vapourizer). В ней происходит испарение ароматизированной жидкости, в составе которой может быть никотин, правда концентрация его значительно ниже чем в сигаретах и трубочном табаке.

Популяризация «парения»- одна из причин снижения курения табачных сигарет. Согласно данным анкеты получены следующие результаты: среди курильщиков предпочтение курению кальяна отдали 51 % (54 чел.), свой голос вейпам отдали 15% (16 чел.), сохранили верность табачным сигаретам- 34 % (36чел.). Всего 33% из опрошенных указали, что они используют сигареты, кальян и вейп. Половина из них, около 17 %, считают, что использование кальяна и вейпа не относится к курению. Поэтому они ответили, что не являются курящими людьми. Более того, зачастую, «парение» используется ими в качестве метода борьбы с данной пагубной привычкой.

Однако, это нельзя считать отказом от курения, так как согласно данным многих исследований, бездымный табак является канцерогеном, вызывая рак полости рта и поджелудочной железы, вызывает серьезные заболевания мочеполовой системы, то есть не является безвредным. Сложившееся представление о безопасности такого курения связано с маркетинговыми рекламами, которые активно пропагандируют «парение» как фактически безвредную альтернативу курения табачных сигарет. При всём этом большинство анкетированных имеет сомнения о безопасности вейпайзинга. Среди опрошенных 77% считают, что вейп наносит вред организму, 21%- считает его безвредным. При этом 57% (172) опрошенных не имеют сведений о компонентах вейпа, а 90% решили, что не допустили бы своих детей к его употреблению. То есть сомнения в таком способе отказа от курения все-таки возникают, что можно объяснить сравнительно недавней его популяризацией, противоречивостью информации представляемой в СМИ и частичной осведомленностью респондентов о результатах исследований, проведенных на сегодняшний день.

Данная работа показала, что среди молодежи курить вейп или кальян более престижно, популярно, чем сигареты. Увеличится ли количество молодежи использующих кальян и вейп, тем самым курящих станет больше или снизится из-за перехода от табакокурения в область новых форм снятия стресса пока еще неясно, так как они сравнительно недавно массово используются. Сами по себе электронные сигареты и кальяны не безопасны и не изучены в достаточной мере, но они безопаснее обычных сигарет: приносят меньший вред окружающим и производят меньше токсичных компонентов табачного дыма.

ВЛИЯНИЕ ХВОСТОХРАНИЛИЩА МИХАЙЛОВСКОГО ГОРНО-ОБОГАТИТЕЛЬНОГО КОМБИНАТА НА ВОЗДУШНЫЙ БАССЕЙН ЖЕЛЕЗНОГОРСКОГО РАЙОНА

Смоляков М.В.

Научный руководитель: Шепелева О. М.

Курский государственный медицинский университет

Промышленные предприятия часто создают отрицательный спектр воздействия на природу, вызывая значительные неблагоприятные изменения окружающей среды, нарушают гомеостатическое равновесие, изменяя состояние баланса экосистемы. На территории Железнодорожного района Курской области расположены предприятия ОАО «Михайловский ГОК» - главного градообразующего предприятия и главного загрязнителя окружающей среды.

Материалы и методы. При проведении исследования выполнена выкипировка данных из отчетов экологической службы ОАО «Михайловский ГОК» и годовых отчетов по заболеваемости с последующим анализом, метод санитарного описания, метод санитарной экспертизы, статистическая обработка данных.

Для измерения концентрации загрязняющих веществ в контрольных точках применяется гравиметрический метод определения взвешенных частиц пыли, основанный на установлении массы искомого компонента исследуемого образца (ГОСТ 17.2.4.05-83(СТ СЭВ 3846-82)). Исследования проводятся на базе передвижного экологического поста, который представляет собой комплекс технических средств, включающих в себя: автомобиль «Газель» как транспортное средство, средства электроснабжения и жизнеобеспечения, средства отбора и подготовки проб воздуха, систему автоматизированного контроля и регистрации концентрации вредных веществ в атмосфере. В лаборатории находится автоматическая выдвижная метеостанция, пробоотборный зонд «ОЗОН», приборная стойка с газоанализаторами измеряющими концентрацию SiO_2 , NO_2 , блоком питания к которому подключается компьютер обрабатывающий данные метеостанции и газоанализаторов, аспиратор. Мониторинг проводится в п. Бырдинка (контрольная точка №9) и п. Сафрошинский (контрольная точка №11).

Результаты и обсуждения. При анализе отчетов экологической службы ОАО «Михайловский ГОК» установлено, что фактическая среднегодовая концентрация оксида кремния и оксида азота в атмосфере в контрольных точках №9 и №11 за 2015-2016гг. не превышала установленных ПДК (SiO_2 – 0,3мг/м³, NO_2 – 0,2мг/м³).

В ходе годового ежемесячного мониторинга, проведенного совместно с сотрудниками ЦТЛ, за 2017г. были получены следующие данные: среднегодовая концентрация SiO_2 в населенных пунктах п. Бырдинка и п. Сафрошинский составила 0.06мг/м³ и 0.04мг/м³ (значения колебались в пределах 0,03-0,06 мг/м³ и 0,03-0,09 мг/м³

соответственно), что не превышает ПДК. Превышения концентрации NO₂ также не обнаружено.

Вдыхаемый воздух, содержащий в себе загрязняющие вещества в газообразном и кристаллическом виде, способен провоцировать повреждение эпителия респираторного тракта организма, вызывая воспаление бронхолегочной системы [1, 2].

Исходя из вышесказанного, была проанализирована заболеваемость рабочего персонала МГОКа болезнями дыхательной системы (острый бронхит и обострение хронического бронхит). При анализе данных заболеваемости установлено, что в 2016 году наблюдалось двукратное увеличение числа случаев обострения хронического бронхита у рабочих по сравнению с предыдущим годом, также произошло увеличение количества дней течения болезни (в среднем 14 дней на 1 рабочего). В 2017 наблюдалось снижение уровня обострений в 2 раза, таким образом, вернувшись к показателям 2015 года, но при этом количество нетрудоспособных дней на одного человека возросло и составило среднестатистических 22,8 дня.

В 2016 году заболеваемость острым бронхитом уменьшилась в 3 раза и составила 24 случая на 100 рабочих против 74 случаев в 2015 г. В 2017 году отмечалось незначительное увеличение заболеваемости (26 случаев на 100 рабочих). Продолжительность нетрудоспособного периода времени имеет тенденцию к снижению: в 2015г. - 721д., в 2016г. - 249д., и в 2017г. - 215 д., таким образом, уменьшение составило 3,3 раза за указанный период.

Среди населения района в 2017 году численность зарегистрированных случаев заболевших острым бронхитом составила 578,2 на 100 тыс. человек, что на 26% выше показателей 2016 года (458,9 на 100 тыс.), и на 84% выше уровня 2015г. (313,5 на 100 тыс). Показатели 2017 стали самыми высокими за данный трехлетний период, взятый для исследования. На фоне роста заболеваемости острым бронхитом, увеличилось количество людей, у которых было выявлено обострение хронического бронхита. Так в 2017 году было зафиксировано 192,7 на 100 тысяч человек случая обострения, что в 1,2 раза больше показателей 2016г. и в 1,3 раза больше значений 2015 г. Можно заключить, что происходит стабильное увеличение заболеваемости острым бронхитом и обострение хронического бронхита в течение трехлетнего промежутка времени.

Выводы. В ходе работы были проанализированы отчеты экологической службы ОАО «Михайловский ГОК» за 2 года по контролю над состоянием воздушного бассейна и изучалось его состояние в течение года. Установлено, что концентрация загрязняющих веществ в атмосфере не превышает ПДК и в большинстве случаев в несколько раз ниже нормы, тем самым соответствуя гигиеническому нормативу - следовательно, не наносит значительного ущерба экологической обстановке. В результате анализа заболеваемости рабочего персонала МГОКа бронхитами не было установлено тенденции к снижению или к ее увеличению, однако заболеваемость среди населения Железнодорожска имеет динамику к положительному росту, что может быть вызвано иными причинами как инфекционной, так и неинфекционной природы. В ходе работы мы убедились в том, что цех хвостового хозяйства соблюдает все нормативы качества атмосферного воздуха, и поэтому вредное воздействие на воздушный бассейн данного предприятия минимально.

Список литературы

1. Влияние двуокиси кремния на легкие. Классификация пневмокониозов [Электронный ресурс] / URL: https://meduniver.com/Medical/gigiena_truda/97.html (дата обращения: 25.12.2018)
2. Чайковская М.А., Бортновский В.Н., Сушко С.Н. и др. Оценка влияния диоксидов азота и серы на гемопозитическую и дыхательную системы // Здоровье и окружающая среда. 2012. № 21. С. 479-490.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАРИАНСТВА КАК ВИДА АЛЬТЕРНАТИВНОГО ПИТАНИЯ

Черкасов М.А., Трухачева А.В.

Научный руководитель: Голодников Ю. Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Вегетарианство — образ жизни, характеризующийся в первую очередь питанием, исключающим употребление плоти любых животных. Последователи строгого вегетарианства, отказываются от использования всех продуктов животного происхождения не только в питании, но и в быту (мех, кожа и т.п.).

Эта тема широко обсуждается в мировой общественности уже около 40 лет. Многие люди на сегодняшний день переходят на вегетарианский образ жизни, информация о таком питании встречается повсюду, знаменитости наперебой заявляют, как хорошо они стали себя чувствовать, когда отказались от мяса. Блуждая по просторам интернета, можно встретить разнообразные статьи, посвященные вегетарианству, причем часто их авторы сами не придерживаются его. Они лишь преследуют экономическую выгоду — хотят прорекламировать ту или иную продукцию. Нас заинтересовала данная тема, поэтому мы решили узнать, насколько студенты просвещены в ней, и насколько она актуальна для них в наше время.

В современном мире люди нечасто задумываются над тем, что они едят. Вокруг постоянная спешка и абсолютно не хватает времени, чтобы задуматься о пользе того что мы едим. Особенно эта проблема выражена у студентов. Во время занятий им часто не хватает времени, чтобы зайти в столовую и нормально поесть. И уж тем более нет времени, чтобы задуматься, полезна ли та еда, которую они употребляют.

Целью нашего исследования состояла в том, чтобы установить насколько студенческая молодежь осведомлена в основных направлениях питания и вегетарианства в частности и сравнить полученные результаты с общемировой статистикой

Материалы и методы. Было проведено анкетирование среди студентов 2 курса медицинских университетов разных городов: Ставрополя, Санкт-Петербурга и Оренбурга. Всего приняли участие 280 человек, из них 28% юноши и 72% девушки. Математическая обработка данных проводилась методом описательной статистики и расчетом относительной частоты встречаемого признака.

Результаты. В ходе анкетирования мы выяснили, что вегетарианцами являются всего 3% (9 человек) респондентов. Пятьдесят процентов оказались яркими противниками данного образа жизни, остальные не видят в нем ничего плохого, хотя сами его не придерживаются. Таких оказалось 47%.

Установлено, что всего 2,8% респондентов считают, что имеют основательные представления о вегетарианстве. Эта цифра вполне коррелирует с количеством студентов, придерживающихся такого вида питания. Хотя значительная часть опрошенных (41,7%) считают себя достаточно информированными в этом вопросе. Остальные респонденты знают об этом недостаточно (27,8%), а почти 30% не знают об этом ничего!!!

Тем не менее, 63,9% опрошенных указали, что причиной, по которой люди становятся вегетарианцами, является жалость к животным. Респонденты так же отметили, что вегетарианцами становятся последователи определенных религий (5,6%). Несколько странно звучит утверждение респондентов, что вегетарианцами являются просто те, кто не любит мясо (12,4%). С этим вполне согласуются данные о том, что 18% опрошенных указали в качестве причины перехода к вегетарианству желание чем-то выделиться среди других, что является достаточно свойственным для молодежи.

Семь процентов отметили, что вегетарианство полезно для здоровья, с учетом того, что из этого числа 3% являются вегетарианцами и в пользу данного вида питания не сомневаются. Что вегетарианство является полезным при определенных заболеваниях,

отметили 57% опрошенных, что оно вредно для здоровья считают 24%, никак не отражается на здоровье 12%.

Что касается вопроса о полезности вегетарианства для детей, 44,4% из опрошенных считают, что для них это вредно. Ранее отмечалось, что 30% респондентов не знают о вегетарианстве ничего, поэтому, не удивительно, что 27,8% принимают за вегетарианство употребление детьми растительной пищи в сочетании с обычным питанием (как способ разнообразить рацион). Всего 1,4% считают, что именно так и надо питаться детям.

Так как большинство респондентов (75%) почерпнули информацию о вегетарианстве из СМИ, можно сделать такой вывод: они не в полной мере осознают, что оно из себя представляет. Несмотря на большое количество посвященных вегетарианству публикаций в интернете, студенты не интересуются этой информацией, не придают ей должного значения. Их отношение к собственному питанию достаточно несерьезное. В связи с этим возникает необходимость в просвещении молодежи в области не только вегетарианства, но и питания в целом.

Как видно из результатов опроса, студенты медицинских вузов осведомлены о вегетарианстве, знают о его плюсах и минусах. Но несмотря на это, процент вегетарианцев среди них (3%) отличается от такового по всему миру (12,9%). Подавляющее большинство студентов предпочитает смешанное питание, так как оно в большей степени способно удовлетворить все их потребности.

Раздел 11. Регенеративная медицина и ИМПЛАНТОЛОГИЯ

STEM CELLS AS SOURCE OF NEW OPPORTUNITIES FOR DISEASE MODELING AND DRUG DISCOVERY

Poliakova M.V.

*Center for Data-Intensive Biomedicine and Biotechnology of Skolkovo
Institute of Science and Technology*

Stem cells and their derivatives have become an important tool for researching disease mechanisms. It is hoped that they could be used to discover new therapies by providing the most reliable and relevant human in vitro disease models for drug discovery. One of the major obstacles hindering the drug developmental process is lack of screening systems based on normal human functional models. It is not surprising that many clinically approved compounds after trials fail at patient therapy due to either their inefficiency or unanticipated toxicity or side-effects arising during clinical practice.

Conventionally, biopharmaceutical research relies on animal cells or immortalized human cell lines representing human system to test drug efficacy or toxicity. From target identification to library screening, lead optimization and drug selection, various functional assays are conducted for drug discovery and development [1, 2].

Spermatogonial stem cells (SSCs)–derived functional cells are expected to be a powerful tool for drug discovery through their ability to act as in vitro models of functional systems. Development of a simple and reliable differentiation method is a key issue for enabling rapid production of relatively large numbers of SSC -derived functional cells that have the same genetic background. Therefore, the preservation of SSC cells is a clinical necessity.

The aim of our research is to optimize the process of cryopreservation of SSCs obtained from testicles of animal models by a selection some concentrations of components of cryoprotective media in order to reduce their negative impact on cells.

Materials and methods

Testicles from 5-day-old boars were used to obtain SSCs. The cryoprotective medium included of fetal bovine serum (FBS), DMEM medium (Dulbecco modified Eagle medium) with high glucose content (4,5 g/L), dimethyl sulfoxide as cryoprotector (DMSO). The influence of DMSO and FBS content in cryoprotective medium on the viability of SSCs was studied. To this aim, the cells were frozen in cryoprotective media of the following composition: (No. 1) 90% FBS +10% DMSO, (No. 2) 70% FBS + 20% DMEM + 10% DMSO, (No. 3) 70% FBS + 30% DMEM, respectively. To identify SSCs in cell suspension before freezing and after defrosting during subsequent cultivation, the marker SSC - UCHL-1 (Ubiquitin Carboxyl-Terminal Esterase L1) was used. Cell viability during isolation, cryopreservation and thawing was determined by using 0,4% solution of trypan blue. To confirm the viability of SSC, short-term (one week) cultivation on feeder layers represented by Sertoli cells was used. Cultured cells were periodically observed under the immunofluorescence microscope (BX 50; Olympus, Tokyo, Japan) to evaluate the presence of UCHL-1 –expressing cells. Experimental outcomes were analysed using a Student's t-test. Levels of significance were set at $p \leq 0,05$.

Results and discussion

When using cryoprotective medium No. 2 after thawing there was a high percentage of living cells (~78%). But during cultivation, their proliferation slowed. When using cryoprotective medium No. 3, about 22% of cells survived. The combination 1 increased the survival of SSCs in the cultivation process. The number of viable cells after thawing was less

(~70%), but when they were cultured the cells retained the ability to proliferate and formed cell colonies.

Conclusion

Due to the limited availability of precise human cell or tissue models in vitro, drug toxicity investigations are preferentially carried out in other animal models which typically lead to inaccurate results or misinterpreted toxicology outcomes. Despite the fact there has been tremendous progress in our understanding of stem cells in the past few years, stem cell therapeutics is still a young field such that there are many intriguing aspects of stem cells are still remain to be elucidated to fully understand the therapeutic potential of stem cells.

In this study was showed that the viability of SSCs preserved by cryopreservation is directly dependent on the composition of the cryoprotective environment. Thus, we have demonstrated that SSCs subjected to cryopreservation can survive and then reproduce in vitro. It can be assumed that the presented SSCs after cryoconservation will be useful as enhanced platforms for drug investigations.

References

1. Rowe, R.G. Induced pluripotent stem cells in disease modeling and drug discovery / R.G. Rowe, G.Q. Daley// Nat Rev Genet. – 2019. – № 20(7). P. 377–388. doi: 10.1038/s41576-019-0100-z.
2. Dutta, D. Disease modeling in stem cell-derived 3D organoid systems / D. Dutta, L. Heo, H. Clevers // Trends Mol. Med. – 2017. – № 23. P. 393–410. doi: 10.1016/j.molmed.2017.02.007.

ОРГАНОМЕТРИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ И ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 1-Й СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕГЕНЕРАТА

Борщ Д.В., Соловьева И.В., Лалова М.Ю.

Научный руководитель: Лузин В.И.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Одними из наиболее перспективных развивающихся направлений современной биомедицины является использование клеточных технологий и тканевой инженерии для разработки методов регенерации костной ткани [1, 3, 5]. Использование мезенхимальных стволовых клеток (МСК) позволит сократить сроки и улучшить лечение больных с нарушениями восстановления целостности костной ткани данными патологиями [2, 4].

Таким образом, целью нашего исследования было изучение динамики органометрических показателей надпочечников у зрелых белых крыс после нанесения сквозного дефекта в области проксимального метадиафиза большеберцовой кости (ББК) и внутривенного введения мезенхимальных стволовых клеток (МСК) на 1-й стадии формирования костного регенерата ББК.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 120 белых крысах-самцах исходной массой 190-225 г, распределенных на 3 группы: 1-я группа – интактные животные (контроль), 2-я группа – крысы, которым наносили сквозной дефект диаметром 2,2 мм на границе проксимального метафиза и диафиза обеих ББК. В 3-й группе животным на 3-и сутки после нанесения костного дефекта в хвостовую вену вводили по 5 млн. МСК, что соответствует 1-й стадии формирования костного регенерата [5]. Клетки костного мозга из полостей ББК взрослых животных помещали в питательную среду ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиком,

культивировали 14 суток при температуре 37°C в атмосфере 5% CO₂ в HF151UV CO₂-инкубаторе со сменой среды 1 раз в неделю.

Культуру фенотипировали непрямим иммунофлюоресцентным методом с помощью специфических маркеров к МСК. Через 7, 15, 30, 60 и 90 суток после нанесения дефекта ББК животных выводили из эксперимента путем декапитации под эфирным наркозом. Надпочечники извлекали с последующим определением их массы на торсионных весах WT-1000 с точностью до 1 мг и проводили органомерию штангенциркулем ШЦ-1 с точностью до 0,1 мм, расчет относительной массы и объема органа.

Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ. Использовали t-критерии Стьюдента с поправкой Бонфферони, статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У интактных животных прирост массы тела и массы надпочечников в зрелом возрасте происходил равномерно, относительная масса также статистически значимо не изменялась. Вместе с массой надпочечников в ходе наблюдения у интактных крыс увеличивались и линейные размеры надпочечников, что отражалось и в увеличении их объема.

Нанесение дефекта в области проксимального метадиафиза ББК сопровождалось изменениями органометрических параметров надпочечников. Абсолютная масса надпочечников к 7, 15 и 90-м суткам была больше, чем у интактных животных, на 14,74%, 15,90% и 7,92%, а абсолютная масса надпочечников к тем же срокам - на 15,74%, 17,75% и 9,32% соответственно (все приведенные здесь и далее цифровые отличия являются статистически значимыми, $p \leq 0,05$). Линейные размеры надпочечников также были больше, чем у интактных животных: длина к 7-м и 15-м суткам - на 4,59% и 4,68%, а ширина и толщина с 7-х по 30-е сутки - на 6,45%, 9,95% и 4,49% и на 12,16%, 11,40% и 6,48% соответственно. В результате и объем надпочечников был больше, чем у интактных крыс, с 7-х по 30-е сутки - на 24,83%, 28,43% и 14,22%.

Внутривенное введение МСК на 3-и сутки после нанесения дефекта ББК в ранние сроки эксперимента также сопровождалось усилением явлений компенсаторной гипертрофии надпочечников: к 7-м и 15-м суткам после операции абсолютная и относительная масса надпочечников были больше, чем во 2-й группе, на 11,97% и 15,52% и на 11,62% и 10,66%, а длина и объем надпочечников к 7-м суткам - на 4,49% и 10,62%. Позже, к 30-м суткам толщина и объем надпочечников были меньше, чем во 2-й группе, на 4,87% и 7,06%, а абсолютная масса к 90-м суткам - на 3,83%.

Выводы. Нанесение сквозного дефекта диаметром 2,2 мм в обеих ББК сопровождается признаками компенсаторной гипертрофией надпочечников, выраженными преимущественно в период с 7-х по 30-е сутки эксперимента и имеющими максимальные проявления к 15-м суткам. Внутривенное введение МСК на 3-и сутки после нанесения дефекта ББК сопровождается усугублением компенсаторной гипертрофией надпочечников к 7-м суткам и более быстрым восстановлением с 15-х суток после операции.

Список литературы

1. Голуб, И. Е. Морфофункциональные изменения в надпочечниках экспериментальных животных при хроническом иммобилизационном стрессе / И. Е. Голуб, В. Ю. Лебединский, А. В. Изатулин // Журнал Современные наукоемкие технологии. - 2009. - Вып. № 9. - С. 82-84.
2. Гринь, В. К. Клинические возможности клеточно-тканевых технологий при нарушениях репаративного остеогенеза / В.К. Гринь, В.М. Оксимец, В.Г. Климовицкий // Журнал НАМНУ. - 2013. - 19 (3). - С. 331-338.

3. Капланский, А. С. Исследование функционального состояния надпочечников крыс при гипокинезии / А. С.Капланский, Е. В. Воротникова // Бюлл. Эксп. Биол. Мед. – 1985. – № 12. – С. 70-73.
4. Паюшина, О. В. Гетерогенность и возможная структура популяции мезенхимальных стромальных клеток / О. В. Паюшина, Е. И. Домарацкая // Цитология. – 2015. – Том 57. – № 1. – С. 31-38.
5. Arinze, T. L. Allogeneic mesenchymal stem cells regenerate bone in a critical-sized canine segmental defect / T. L. Arinze, S. J. Peter, M. P. Archambault // J. Bone Joint Surg. Am. – 2003. – 85-A (10). – P. 1927-1935.

БИОДЕГРАДИРУЕМЫЙ ПОЛИМЕР ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСТТРЕПАНАЦИОННОГО ДЕФЕКТА ЧЕРЕПА

Кошелев И.Г., Гусейнов Р.А, Шилин В.А.

Научный руководитель: Поляков П.П.

Кубанский государственный медицинский университет

В настоящее время в медицине остро стоит проблема лечения больных с посттрепанационными дефектами черепа. Ежедневно во всем мире выполняется большое количество резекционных и костно-пластических трепанаций черепной коробки [2]. Для коррекции данных дефектов применяется установка имплантов. Общим недостатком существующих имплантов является невозможность их замещения костной тканью организма.

Цель работы. Разработать биodeградируемый имплант для пластики посттрепанационного дефекта черепа, способный стать основой для развития собственной костной ткани.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 20 нелинейных крысах массой – 282±25гр. Использован золетил-ксилазиновый наркоз [1]. В качестве полимера мы использовали альгинатный гель с полимером кремниевой кислоты (биогель). Характеристика групп животных: группа №1 (сравнения) – из 10 крыс, которым на место дефекта теменной кости ввели биогель; группа №2 (опытная) – из 10 крыс, которым на место дефекта ввели имплант из биогеля с добавкой D-аспарагина. После эвтаназии, фрагмент теменной кости подвергался фиксации в 4% нейтральном растворе параформальдегида, далее провели декальцификацию раствором по Evans&Krajan. Проводка образцов проводилась через изопропанол с последующей заливкой в парафин. Микропрепараты окрашивали гематоксилин-эозином. Для фотографии микропрепаратов использовали микроскоп Микмед-5 (Россия) и окулярную камеру Levenhuk-230 (США).

Результаты и обсуждения. При изучении образцов теменных костей группы №1 мы видели однородную просвечивающуюся пластинку костной ткани с затемнением в центре на месте импланта, а в группе №2 изучаемый образец на свету выглядел однородным. При исследовании микропрепаратов крыс из группы №1 по периферии образца мы видим строение характерное для кости черепа в поперечном срезе (губчатое вещество, лежащее между двух слоев компактной костной ткани), ближе к центру выявляется фиброзная оболочка ограничивающая гомогенное, эозинофильное вещество (имплант), признаков его деградации не выявлено. При исследовании микропрепаратов от крыс из группы №2 по периферии образца мы видим строение характерное для кости черепа в поперечном срезе, а в центре располагается вещество импланта с неравномерно врастающими в него скоплениями клеток.

Заключение. Использование полимера без D-аспарагина для закрытия посттравматического дефекта черепа к 40 суткам эксперимента показывает – виден имплантат, окруженный фиброзной капсулой, признаков его деградации и прорастания клеток не обнаружено. Использование полимера с D-аспарагином сопровождается прорастанием в область имплантата клеток (предположительно хондробласты).

Список литературы

1. Трофименко А.И. Моделирование церебральной ишемии посредством коагуляции средней мозговой артерии у крыс / А.И. Трофименко, А.Х. Каде, В.П. Лебедев, и др. // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – №2. – Ч.1. – С. 215 – 218
2. Берченко Г.Н. Сравнительное экспериментально-морфологическое исследование влияния некоторых используемых в травматолого-ортопедической практике кальций-фосфатных материалов на активацию репаративного остеогенеза / Г.Н. Берченко, Г.А. Кесян, Р.З. Уразильдеев, и др. // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН* №4 (50). – 2006. – С. 327-332.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ АНАЛИЗА КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Муртазалиева Б.М.

Научные руководители: Абакаров Т.А., Гафуров К.А.

Дагестанский государственный медицинский университет

В современной стоматологической практике существует большой арсенал технических средств и инструментов, позволяющих сделать работу врача-специалиста более эффективной и надежной. Одним из бурно развивающихся направлений современной хирургической стоматологии является имплантология. Возможность проведения процедуры замены удаленного зуба имплантом позволяет получить комфортный для пациента зубочелюстной аппарат, без установки металлокерамических протезов, мостов и т.д. Технология установки зубных имплантов совершенствуется уже не первый год, и на сегодня является отлаженным технологическим процессом в стоматологической практике. Каждый этап проведения разработки и установки зубного импланта подробно описан в специальной литературе. При этом, вопросы, связанные с толщиной челюстной кости, ее прочностью, рыхлостью и возможности установки в нее зубного импланта являются открытыми и требуют более глубокой проработки. Существующие на сегодняшний день методы ультразвукового зондирования, различные механические приспособления являются либо дорогостоящими, либо не обладают высокой точностью:

- эхоостеометрия. Принцип основан на исчислении скорости, с которой УЗИ – волны распространяются по костным структурам. Этот метод носит малую информативность и при значительных потерях костной массы неэффективен. Его недостатком также является то, что для оценки характеристик нужен прямолинейный участок не менее 4 см, поэтому применяют эхоостеометрию только на нижней челюсти.

- количественная компьютерная томография. Достоинством является точность измерения и возможность получить трехмерную картинку структурной плотности костных элементов. Но лучевое облучение при данной методике очень высокое, поэтому ее используют крайне редко.

- магнитно-резонансная томография. Структура кости определяется ясно, но высокая стоимость ограничивает применение данного метода.

• рентгенография. Метод сильно уступает по качеству всем остальным. Рентгеновские снимки позволяют выявить патологию только когда потеряна уже 1/3 костной массы и данные полученные по ним недостаточны при дентальной имплантации.

• DXA – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия. Является самым актуальным и популярным на сегодняшний день методом исследования костной ткани. Принцип основан на высчитывании количества абсорбции, обусловленное плотностью костей с помощью двух лучей разной интенсивности, направленных через скелет. Таким образом, целью исследования является получение более усовершенствованного метода изучения плотности костной ткани, который основан на прохождении, анализе и измерении теплового потока через костную ткань.

Материал и методы. Для разработки методики внутриротового зондирования толщины и прочности челюстной кости в месте установки зубного импланта нами была выбрана методика анализа внутреннего состояния материалов посредством измерения и анализа теплового потока, проходящего через кость. Для этого с передней стороны челюсти в месте установки зубного импланта устанавливаются высокоточные термопреобразователи, преобразующие электрическое напряжение в тепловой поток. Данные элементы представляют собой полупроводниковые термоэлектрические преобразователи, работающие на эффекте Пельтье. На внутренней стороне челюстной кости противоположно установке термопреобразователей устанавливаются высокоточные датчики регистрации теплового потока, работающие на эффекте Зеебека.

Результаты исследования. Таким образом, мы получаем четкую картину теплового поля, прошедшего сквозь костную ткань и по скорости прохождения теплового потока регистрируем области с более плотным наполнением костной ткани.

Заключение. Проведение экспериментальных исследований позволит разработать методические рекомендации по применению предлагаемой методики в хирургической стоматологии при проведении имплантации.

Список литературы

1. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. - 2-е изд. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. - 400 с.
2. Хирургическая стоматология: учебник для студентов, обучающихся по специальности «Стоматология» / Т. Г. Робустова, В. В. Афанасьев [и др.] ; ред. Т. Г. Робустова. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : Медицина, 2010. - 688 с.
3. Хирургическая стоматология: учебник / [Афанасьев В. В. И др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. – М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 880 с. :цв. ил. + CD.
4. ХоббекДж.А. Руководство по дентальной имплантологии / Хоббек Джон А., Уотсон Роджер М., Сизн Ллойд Дж.Дж.; Пер. с англ.; Под общ. ред. М.З. Миргазизова. - М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 224 с.

**ИЗМЕНЕНИЕ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕК ПРИ
НАНЕСЕНИИ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ И ВВЕДЕНИИ
МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК РАЗЛИЧНЫМИ СПОСОБАМИ**

Платонова Е.О., Серкина А.Н., Шевчук Я.В.

Научный руководитель: Лузин В.И.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

В современной травматологии и ортопедии проблемы, связанные с переломами костей, являются одними из актуальных и не до конца решенных. Большое количество неудачных результатов лечения и большой процент инвалидности стали причиной поиска новых методов лечения и восстановления поврежденной костной ткани [5]. С этой целью на современных этапах лечения все большее распространение приобретает использование мезенхимальных стволовых клеток (МСК) [1,2,4]. Компенсаторные изменения в организме в ответ на травму приводят к нарушению работы почек. Введение стволовых клеток может способствовать более быстрой нормализации их функции в условиях травмы, однако в литературе сведений о таком влиянии МСК, а также о наиболее эффективных способах их введения довольно мало.

Цель исследования. Изучение влияния различных способов введения МСК на динамику органомерических показателей почек белых зрелых крыс после нанесения дефекта большеберцовой кости (ББК).

Материалы и методы исследования. В эксперименте принимало участие 120 белых беспородных крыс-самцов с массой тела 190–225 г, которые были распределены на 4 группы: 1-я группа - контрольные животные, 2-я группа - крысы, которым наносили дефект обеих ББК. 3-й группе животных на 3 сутки после нанесения костного дефекта в хвостовую вену вводили по 5 млн. МСК; 4-й группе 5 млн. МСК вводили в область нанесенного дефекта. Нанесение дефекта осуществляли стоматологическим бором диаметром 2 мм в метаэпифизарной части ББК. Стволовые клетки получали из костного мозга ББК взрослых животных в результате промывания их питательной средой, помещали в среду ИГЛА-МЕМ с L-глутамином, 10% телячьей эмбриональной сывороткой и антибиотиком, культивировали 14 суток при температуре 37° в атмосфере 5% CO₂ в HF151UV CO₂-инкубаторе со сменой среды 1 раз в неделю. Животных выводили из эксперимента на 7-е, 15-е, 30-е, 60-е и 90-е сутки после операции путем декапитации под эфирным наркозом. Почки взвешивали на весах с точностью до 1 мг и измеряли штангенциркулем ШЦ-1с с точностью до 0,1 мм. Полученные данные обрабатывали помощью программы «Statistica 10.0». Использовали t-критерий Стьюдента с поправкой Бонфферони; достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты. У животных контрольной группы в ходе эксперимента масса тела увеличилась с $188,50 \pm 6,77$ г до $223,83 \pm 7,02$ г, абсолютная масса правой почки – с $0,482 \pm 0,006$ г до $0,581 \pm 0,009$ г, длина почки – с $15,27 \pm 0,19$ мм до $16,95 \pm 0,22$ мм, ширина – с $9,82 \pm 0,11$ мм до $10,40 \pm 0,17$ мм и толщина – с $7,27 \pm 0,08$ мм до $8,00 \pm 0,10$ мм, объем – с $569,27 \pm 7,66$ мм³ до $738,76 \pm 25,21$ мм³. Эти данные соответствуют возрастным изменениям органомерических показателей почек крыс [3]. После нанесения дефекта наблюдали явления гипертрофии почек: увеличение абсолютной массы правой почки наблюдалось на 7-е, 15-е и 90-е сутки исследования на 14,74%, 15,90% и 7,92%, относительной массы на те же сутки – на 15,75%, 17,75% и 9,32% соответственно. Так же увеличивались линейные параметры и объем: длина – на 4,59% (7-е сутки) и 4,68% (15-е сутки); ширина и толщина – на 6,45%, 9,95%, 4,49% и на 12,16%, 11,40%, 6,48%, объем – на 24,83%, 28,43% и 14,22% соответственно (с 7-х по 30-е сутки). Сравнение проводили с животными группы контроля.

В 3-й группе животных после введения стволовых клеток усиливалась гипертрофия почек: абсолютная масса правой почки была больше на 8,86%, 12,89% и 8,87% с 7-х по 30-

е сутки наблюдения. Объем почки увеличивался только на 7-е сутки на 3,89%. На 15-е и 30-е сутки объем и ширина правой почки уменьшались на 5,15% и 4,46% и на 7,52% и 9,92% соответственно, толщина уменьшалась к 30 суткам – на 6,09%. Абсолютная и относительная масса почек снижались к 90-м суткам на 7,18% и 11,70%. Сравнение проводили с аналогичными показателями крыс 2 группы.

В 4 группе животных также наблюдались явления гипертрофии почек. С 7-х по 30-е сутки абсолютная масса почек была выше на 11,97%, 15,52% и 5,76%, относительная – на 11,62% и 10,66% (на 7-е и 15-е сутки) чем у животных 2 группы. Длина и объем правой почки увеличивались на 4,49% и 10,62% к 7-м суткам. К 30-м суткам уменьшались толщина и объем правой почки на 4,87% и 7,06%, а к 90-м суткам – и абсолютная масса правой почки на 3,83% по сравнению со 2 группой животных.

Заключение. После нанесения дефекта наблюдаются признаки гипертрофии почек с 7 по 30 сутки исследования с максимумом на 15 сутки, что очевидно связано с компенсаторной реакцией данного органа. После внутривенного введения стволовых клеток происходит усугубление гипертрофии на 7-е сутки и более быстрое восстановление с 15-х суток после нанесения дефекта. При местном введении стволовых клеток также происходит усугубление гипертрофии на 7-е и 15-е сутки и более быстрое восстановление с 30-х суток после операции.

Список литературы

1. Ankrum, J. Mesenchymal stem cell therapy: two steps forward, one step back / J. Ankrum, J. M. Karp // Trends Mol Med. – 2010. – Vol.16. – №5. – P.203–209.
2. Bianco, P. The meaning, the sense and the significance: translating the science of mesenchymal stem cells into medicine / P. Bianco, X. Cao, P. S. Frenette, J. J. Mao, P. G. Robey, P. J. Simmons, C. Y. Wang // Nat Med. – 2013. – Vol.19, №1. – P. 35–42.
3. Абрашова, Т. В. Физиологические, биохимические и биометрические показатели нормы экспериментальных животных. – СПб.: Изд-во «ЛЕМА», 2013. – 116 с.
4. Калинина, Н. И. Мезенхимальные стволовые клетки в процессах роста и репарации тканей / Н. И. Калинина, В. Ю. Сыроева, К. А. Рубина, Е. В. Парфенова, В. А. Ткачук // Acta Naturae (русскаяязычная версия). – 2011. – Т. 3. – № 4 (11). – С. 32-39.
5. Калинин, О. Г. Травматическая болезнь / О. Г. Калинин // Травма. – 2013. – Т. 14. – № 3. – С. 59 – 65.

ПРИМЕНЕНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ

Рахимов А.А., Шкезова С.М., Богатырева Л.Р.

Майкопский Государственный Технологический Университет

Стволовые клетки (СК) - недифференцированные, способные к самообновлению и дифференцировке в различные специализированные клетки. Различают эмбриональные (ЭСК) или мезенхимальные, фетальные (ФСК) из плодного материала и плюропотентные постнатальные (ППСК), присутствующие в тканях (органах) взрослого человека. СК используют для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сахарного диабета, цирроза печени и других нозологий.

В проводимых исследованиях, ученые сталкивались с проблемой получения и стабильной работы СК. Были выделены разные виды СК, но они не дают необходимого результата; они нестабильны, начинают разрушаться или дифференцироваться в соматические, из которых они выращены.

Цель. Перспектива использования СК для лечения заболеваний, их эффективность и риски.

Материал и методы. Проведенные ранее исследования и их анализ.

Новое направление в лечении - индуцированные ППСК. В 2006 г. Такахаша и Яманака разработали первые иППСК путем ретровирусов -опосредованной трансдукции четырех специфических факторов транскрипции (Oct3/4, Sox2, c-Мус, и Klf4, известные как факторы Яманака).

Клинические исследования иППСК (США, 2015г.) продемонстрировали у 25% больных ССЗ восстановление поврежденных тканей, улучшение насосной функции сердца.

В России клеточные технологии используют для восстановления функций органов при ишемической болезни сердца и мозга. Внутривенно введенные ППСК нейтрализуют хроническое воспаление очага ишемии при инфаркте и инсульте. В 30% случаев уменьшается область ишемии перинфарктной области, полосатого тела, сохраняется большинство нейронов в гиппокампе.

Для повышения эффективности клеточной терапии пациентов с сердечной патологией разработаны методы инкапсулирования СК (США, 2015). При помещении СК в капсулу из альгината, представляющего собой гелеобразную массу, клетки остаются в области введения, где начинают высвобождать факторы, способствующие регенерации поврежденной ткани. Клетки, помещенные в гель, способны стать частью сердечной ткани и заместить погибшие клетки.

За открытие перепрограммирования стволовых клеток взрослого организма в ППСК Джон Гёрдон и Синъя Яманака стали лауреатами Нобелевской премии 2012 года по физиологии и медицине.

Результаты.

Проведенные научно-исследовательские работы доказывают возможность использования СК для лечения заболеваний, в том числе, врожденных патологий. Специалисты отмечают высокую эффективность применения ППСК, что связано с выделяемыми ими гормонами и ростовыми факторами, которые способствуют регенерации кровеносных сосудов.

Выводы.

Использование СК является инновацией в сфере здравоохранения, позволяющее вывести медицину на новый уровень. На данный момент, проводятся попытки выращивания стабильных СК в большом количестве, проводятся попытки использования их в практике.

Список литературы

1. Голухова Е.З., Какучая Т.Т. Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева (дир. – академик РАМН Л. А. Бокерия) РАМН, Москва Раздел: Актуальные вопросы кардиологии и смежных дисциплин. Креативная кардиология. 2007;
2. Acosta S.A., Tajiri N., Hoover J., Kaneko Y., Borlongan C.V. Intravenous Bone Marrow Stem Cell Grafts Preferentially Migrate to Spleen and Abrogate Chronic Inflammation in Stroke [abstract] // Stroke. 2015. Vol. 46. № 9. P. 2616–27
3. Lecia Bushak. FDA Approves Stem Cell Treatment For Heart Disease: Mayo Clinic To Test Technique In Human Trial.
4. <http://www.medicaldaily.com/fda-approves-stem-cell-treatmentheart-disease-mayo-clinic-test-technique-human-trial-267408>
5. R. D. Levit, N. Landazuri, E. A. Phelps, M. E. Brown, A. J. Garcia, M. E. Davis, G. Joseph, R. Long, S. A. Safley, J. D. Suever, A. N. Lyle, C. J. Weber, W. R. Taylor. Cellular Encapsulation Enhances Cardiac Repair. Journal of the American Heart Association, 2013.

ВЛИЯНИЕ МУЛЬТИПОТЕНТНЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ КЛЕТОК НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕЗЕКЦИИ

Рябухина Т.В., Исакова А. А.

Научный руководитель: Маклакова И.Ю.

Уральский государственный медицинский университет

Несмотря на достижения современной медицины, смертность от различных хронических и острых заболеваний печени остается на уровне 80-90% ввиду использования стандартных методов лечения, как пересадка органа или его части. При этом специалисты часто сталкиваются с множеством проблем, таких как нехватка донорского материала, сложность транспортировки и хранения.

В связи с этими трудностями рассматривают другие возможности лечения патологий печени. Одной из таких возможностей стала клеточная терапия, которая использует уникальную способность печени к самообновлению.

Цель – выявить влияние мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток на регенерацию печени лабораторных мышей после ее резекции.

Материалы и методы

Эксперимент проводили на 24 белых лабораторных беспородных мышах-самцах возраста 2–3 месяцев, массой 25–30 г. Животные содержались в стандартных условиях лабораторного вивария при естественном освещении и сбалансированном рационе. Эксперименты по получению культуры ММСК (мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки) выполнены из хориона плаценты лабораторных животных мышей-самок возраста 3–4 месяца, массой 22–27 г, на сроке гестации 14 дней.

Мононуклеарная фракция клеток была получена путем последовательной механической и ферментативной (раствор аккумуля – Milipore, США) обработки ткани плаценты. С целью получения первичной культуры ММСК осуществлялся пассаж мононуклеарной фракции клеток, выделенной из ткани плаценты, в специализированной среде для культивирования ММСК в чашках Петри в концентрации 1×10^5 клеток на 1 см^2 . Культивирование ММСК проводилось в условиях CO_2 – инкубатора (Termo Scientific) при температуре 37°C с содержанием углекислого газа 5% и влажностью 90%. [1]

Влияние ММСК на биохимические показатели крови и морфометрические показатели печени исследовали в физиологических условиях и в условиях печеночной недостаточности на 1, 3, 7 сутки после введения ММСК. Печеночную недостаточность вызывали путем резекции $2/3$ печени. Трансплантация клеток осуществлялась в хвостовую вену через 1 час после резекции однократно.

Животным опытной группы в хвостовую вену вводилась суспензия ММСК в дозе 4 млн. кл/кг массы тела, суспензированных в 0,3 мл NaCl, контрольной группе вводили 0,9 % раствор NaCl – 0,3 мл.

Производилась оценка следующих биохимических показателей крови: содержание аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), щелочной фосфатазы, общего билирубина, глюкозы, мочевины, общего белка, альбумина. Затем проводили изготовление гистологических препаратов печени. Оценивали следующие морфометрические показатели: количество гепатоцитов на 1 мм^2 , площадь гепатоцитов, площадь ядра и цитоплазмы гепатоцитов, ядерно-цитоплазматический индекс (ЯЦИ), количество двухядерных гепатоцитов на мм^2 , среднее расстояние между портальными трактами, митотический индекс (МИ).

Полученные в ходе исследования данные статистически обработаны с помощью программного пакета Statistica 10.0. При анализе результатов был использован Т-критерий Стьюдента. За критический уровень значимости был принят $p=0,05$, вероятность ошибки составляет 5%, вероятность отсутствия ошибки равна 95%. Различия между этапами результатов группы можно считать статистически значимыми если $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

В физиологических условиях введение ММСК не привело к значимым изменениям биохимических и морфометрических показателей печени относительно контрольной группы.

Значения биохимических показателей крови лабораторных мышей, которым вводили ММСК после резекции печени не имели значительных изменений по содержанию общего белка, альбумина, мочевины, глюкозы, общего билирубина по сравнению с контролем. При этом уровень АСТ, АЛТ и щелочной фосфатазы у опытной группы, были ниже, что свидетельствует о меньшем повреждении печени. Данные по мочеvine оказались увеличены на 7 сутки после резекции печени на фоне введения ММСК, по сравнению с контрольной группой, что говорит о восстановлении механизмов обезвреживания аммиака в орнитинном цикле.

Через 7 суток после резекции печени на фоне введения ММСК выявлено увеличение количества двуядерных гепатоцитов, площади ядра гепатоцитов, ЯЦИ, МИ по сравнению с контрольной группой.

Вывод

Таким образом, из полученных данных можно предположить, что снижение содержания таких ферментов, как АСТ, АЛТ и щелочной фосфатазы говорит о положительном воздействии ММСК на восстановление функции печени после ее резекции. Введение аутологичных ММСК позволило активизировать механизмы клеточной и внутриклеточной регенерации печени в перипортальных зонах по сравнению с контрольными животными.

Список литературы

1. Патент РФ №2639404С, 24.08.2016. Способ восстановления лимфоидной ткани селезенки лабораторных животных [Электронный ресурс]/ Маклакова И.Ю., Гребнев Д.Ю., Ястребов А. П.; Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Центр специализированных видов медицинской помощи «Институт медицинских клеточных технологий». - № 2016134692; заявл. 24.08.2016; опубл. 21.12.2017 Бюл. № 36. – Электрон. версия печ. публ. – Доступ с сайта ФГУ ФИПС

ОЦЕНКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА 3-И СУТКИ ПОСЛЕ НАНЕСЕНИЯ ДЕФЕКТОВ В БОЛЬШЕБЕРЦОВЫХ КОСТЯХ

Свинарева И.В., Демьяненко Е.В., Лузин В.И.

Научный руководитель: Бойченко П.К.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Известно, что в ответ на травму в организме активизируются различные компенсаторные механизмы с вовлечением различных органов и систем [1, 2]. Системные реакции на травму можно условно разделить на сердечнососудистые, иммунологические и метаболические. Сердечно-сосудистые изменения являются наиболее ранними и степень их выраженности зависит от характера повреждения. Иммунологические и воспалительные ответы на травму, возникающие от нескольких часов до суток от момента повреждения, играют значение в развитии полиорганной недостаточности, а метаболические реакции имеют особое значение в восстановительном периоде после травмы [1, 2]. В настоящее время перспективным направлением лечения различных состояний является применение мезенхимальных стволовых клеток (МСК) [3, 4]. Однако

практически отсутствуют литературные данные о влиянии МСК на состояние различных тканей, в том числе и миокарда, в посттравматическом периоде. Таким образом, целью нашего исследования было изучение влияния внутривенного введения МСК на 3-и сутки после нанесения дефектов в большеберцовых костях на некоторые органомерические показатели сердца крыс – массово-объемного соотношения (МОС), объема миокарда (ОМ), условной плотности миокарда (УПМ).

Материалы и методы. Исследование проведено на 90 половозрелых крысах-самцах. Крыс разделили на 15 групп по 6 животных. В I серии эксперимента изучали указанные показатели контрольных животных на 7-е, 15-е, 30-е, 60-е и 90-е сутки наблюдения. Во II серии эксперимента изучали указанные показатели в аналогичные сроки после нанесения сквозного дефекта диаметром 2,2 мм на границе проксимального метафиза и диафиза обеих большеберцовых костей крыс (группа сравнения). В III серии эксперимента изучали влияние внутривенного введения 5 млн аллогенных МСК на 3-е сутки после нанесения дефектов большеберцовых костей на органомерические показатели миокарда и активность КФК и ЛДГ в сыворотке крови в аналогичные сроки наблюдения. Культуру МСК получали культивированием клеток костного мозга, извлекаемых промыванием питательной средой полостей бедренных и большеберцовых костей, в течение 14 суток в питательной среде ИГЛА-МЕМ в условиях CO₂-инкубатора. После выведения животных из эксперимента извлекали сердце, которое взвешивали на весах с точностью до 1 мг, морфометрические параметры измеряли штангенциркулем ШЦ-1с с точностью до 0,1 мм и рассчитывали по формулам по методике Волкова В.П. [5]. Данные обрабатывали программой «Statistica 10.0» с использованием критерия Манна-Уитни. Достоверно значимыми считали отклонения при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в группе сравнения с 7-х по 30-е сутки наблюдения значения УПМ до 30 суток были ниже показателей контрольной группы на 7-е, 15-е и 30-е сутки соответственно на 11,11%, 3,23% и 16,67%, на 60-е сутки повышались на 37,93%, а на 90-е сутки снижались на 9,09%. Показатели МОС в ранние сроки наблюдения достоверно снижались относительно контрольных цифр, достигая минимума на 30-е сутки (на 15,15%), а в дальнейшем увеличивались, на 60-е сутки превышая показатели группы контроля на 12,90%. При этом значения ОМ увеличивались 15-е и 30-е сутки соответственно на 3,77% и 8,49%, а с 30-х суток наблюдалось их постепенное снижение и на 60-е сутки цифры изучаемого показателя были меньше контрольных значений на 29,53%, после чего вновь наблюдалось повышение и на 90-е сутки показатели группы сравнения были ниже контроля на 6,23%. У животных, получавших клеточную терапию, значения УПМ на 15-е и 30-е сутки превышали показатели группы сравнения на 23,33% и 36,67% соответственно, на 60-е сутки снижались на 15,00%, а на 90-е сутки наблюдения статистически от них не отличались. МОС у крыс, леченных МСК, на 15-е и 30-е сутки по отношению к группе сравнения увеличивался соответственно на 20,69% и 28,57%, а на 60-е и 90-е сутки снижались на 14,29% и 7,17% соответственно. Значения ОМ в экспериментальной группе на 15-е и 30-е сутки снизились относительно показателей животных II серии исследования соответственно на 20,86% и 11,98%, а на 60-е сутки превышали их в аналогичные сроки наблюдения на 40,26%.

Выводы. Установлено, что нанесения дефектов в большеберцовых костях сопровождается увеличением объема миокарда, а также снижением массово-объемного соотношения и удельной плотности миокарда с 7-х по 30-е сутки наблюдения. Внутривенное введение аллогенных МСК на 3-и сутки посттравматического периода сопровождалось более быстрым восстановлением органомерических показателей сердца с 15-х суток исследования.

Список литературы

1. Калинин, О. Г. Травматическая болезнь / О. Г. Калинин // Травма. – 2013 – Т.14, № 3. – С. 59 – 65
2. Лукин, С. Ю. Иммунные, метаболические и гемостатические изменения у пациентов с тяжелой травмой в посттравматическом периоде / С. Ю. Лукин // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26322>
3. Spees, J. L., Mechanisms of mesenchymal stem/stromal cell function / J. L. Spees, R. H. Lee, C. A. Gregory // Stem Cell Research & Therapy. – 2016. – 7. P. – 125. DOI: 10.1186/s13287-016-0363-7
4. Burdon, T. J. Bone marrow stem cell derived paracrine factors for regenerative medicine: current perspectives and therapeutic potential / T. J. Burdon, A. Paul, N. Noiseux, S. Prakash, D. Shum-Tim // Journal of Bone Marrow Research. – 2011. – 11. – P. 1–14.
5. Волков, В. П. Новые подходы к органометрии сердца / В. П. Волков // Современная медицина: актуальные вопросы: материалы XXII международной заочной научно-практической конференции (26 августа 2013 г.). —2013. — С. 29 – 39.

ПРИМЕНЕНИЕ МАТРИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ В СОВРЕМЕННОЙ РЕГЕНЕРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Шматько И.А., Цымбалюк В.В., Милицкая М.А.

Научный руководитель: Затолокина М.А.

Курский государственный медицинский университет

Еще со времен древних войн, человек задумывался над возможностью восстановления поврежденных тканей, органов, конечностей. Раненые и искалеченные обращались к знахарям, но у тех было все еще недостаточно знаний и опыта для того, чтобы осуществить заживление и восстановление поврежденных тканей должным образом. Как результат - оставшуюся часть жизни человек носил на себе отметины былых травм. Но времена меняются, и если раньше шрамы были показателем храбрости и смелости носителя, то сейчас же наоборот - считаются чем-то некрасивым и уродующим человека, вызывая у носителя только всевозможные психологические комплексы и переживания.

На современном этапе развития человеческих знаний, у врачей и ученых сложились эффективные принципы лечения и минимизации внешних остаточных проявлений травматизации мягких и твердых тканей. Однако даже современные методы не могут полностью восстановить поврежденные участки человеческого организма до первоначального вида, и единственная надежда остается на принципиально новые и усовершенствованные методики регенераторной медицины.

Целью данной работы является анализ, существующих на современном этапе развития, матричных технологий и продуктов регенераторной медицины, направленных на восстановление поврежденных тканей.

Материалы и методы: Нами были собраны и проанализированы продукты, в основе которых лежит матричный принцип регенерации поврежденной живой ткани, рассмотрены преимущества и недостатки имеющиеся у конкретных технологий.

Результаты и обсуждения: Матричная технология подразумевает в себе, что на созданном человеком искусственном каркасе (матрице) происходит рост новой, молодой ткани, которая нарастает не беспорядочно, как было бы при заживлении естественным путем, а строго структурировано. Похожий способ регенерации присутствует и в самой живой природе - так, кожа рогов оленя-самца, поврежденная в период спаривания при

сражениях с другими самцами, полностью восстанавливается вплоть до волосяных фолликулов и желез, нарастая на своеобразный костный каркас. [1]

Продуктами представителями матричной регенерации на сегодняшний день являются, например, «Гиаматрикс», «Grafskin», «OrCel-matrix», «Гистографт», «Integra». [2;3] Всё из перечисленных материалов используется современными специалистами в клинике для регенерации после травм, повреждений целостности покровов и мягких тканей. После применения матричных технологий для восстановления повреждений, внешние проявления сглаживаются и в сравнении с тем, как если бы ткань зарастала естественным путем, выглядит более эстетично. Восстанавливаются функциональные свойства поврежденной органической структуры. Правда функционирование все же снижено, по сравнению с исходными показателями, так как соединительная ткань в большей или меньшей степени замещает поврежденные участки наравне с нарастающей молодой функционирующей тканью. Усилить эффект действия матрицы призваны различные вещества, вносимые на поверхность и в состав каркаса последней. Для этого используются матричные белки, факторы роста, цитокины, хондроитин-6-сульфат, противомикробные вещества.

Как и у всего созданного человеком, есть у данных средств и обратная сторона медали. Первое что стоит отметить - не всегда материалы, из которых сделаны матрицы биodeградируемы. Так, например, «Гистографт» применяется только в заместительной терапии повреждений костной ткани, не рассасывается, и не применим для регенерации мягких тканей. Коллагеновая матрица «Integra» не рассасывается в ране, из-за чего производят последовательные перевязки, что является стрессовым фактором. К тому же применение матриц содержащих в своем составе коллаген противопоказано пациентам с гиперчувствительностью к данному компоненту. Гиалауриновая кислота, так же применяемая в данной отрасли технологий, проходит процедуру полимеризации для полноценного применения. Эта процедура происходит только под влиянием дополнительного реагента, что изменяет ее химическую модификацию. Это в свою очередь может стать пусковым фактором для сенсibilизации иммунных клеток организма и запуску механизма гиперчувствительности. Помимо всего вышеперечисленного, имея в своем составе дорогостоящие компоненты, матричный материал порой имеет достаточно высокую цену, что снижает его возможность применения в широкой врачебной практике.

Выводы: После анализа существующих на современном этапе развития регенеративной медицины матричных материалов для заживления поврежденных тканей, становится понятно, что идеального и универсального средства, пригодного для применения у любого человека с любым повреждением целостности тканей - нет. Данная отрасль только начинает активно развиваться, что открывает путь для новых исследований и разработок на пути к созданию матричного материала, способного с минимальными противопоказаниями и отрицательными эффектами произвести надлежащий заживляющий эффект, минимизирующий отрицательные явления после заживления в виде неэстетического внешнего вида рубца и сниженной функциональности восстановленной ткани.

Список литературы

1. Аксёнова, Л. А. Особенности национальной регенерации / Л. А. Аксёнова // Наука и жизнь. – 2012. – № 2. – С.76-82.
2. Ермуханова, Г. Т. Современные клеточные технологии и регенеративная медицина / Г. Т. Ермуханова, Л. С. Раманкулова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2010. – № 3. – С. 117-120

3. Люндуп, А. В. Методы тканевой инженерии и костной ткани в челюстно-лицевой хирургии / А. В. Люндуп, Ю. А. Медведев, К. В. Баласанова, Н. М. Золопуп // Актуальные вопросы клеточной трансплантологии и тканевой инженерии. – 2013. – № 5. – С. 10-15.

Раздел 12. Стоматология

ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТИКАЛЬНОЙ И МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Али А.Э., Мохамад И.С.

Научный руководитель: Водолацкий В. М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Лечение больных детского возраста с вертикальной и мезиальной окклюзией зубных рядов представляет значительную сложность в детской стоматологической практике.

Сочетание зубочелюстной деформации в сагиттальной и вертикальной плоскостях у подобных пациентов приводит к отсутствию артикуляционного соотношения между резцами, клыками и премолярами, что вызывает нарушения функции жевания и речи, представляя значительную сложность для лечебных этапов.

Целью исследования явилось совершенствование лечения вертикальной и мезиальной окклюзии зубных рядов в детском возрасте.

Материалы и методы. На кафедре стоматологии детского возраста СтГМУ было обследовано 119 детей и подростков в возрасте 7-17 лет. На лечение взято 9 (7,56%) обследованных с вертикальной и мезиальной окклюзией зубных рядов.

Проводимое обследование у детей и подростков включало клиническое, лабораторное, морфометрическое и рентгенологическое методы исследования.

Клиническое исследование включало детализацию жалоб больных с аномалией окклюзии зубных рядов по разработанной схеме, в которой учитывались претензии к своему заболеванию со стороны самих больных, а также уточнения и дополнения, вносимые в этот раздел исследования их родителями.

Результаты проведенных наблюдений установили у 2 пациентов наследственную передачу деформации ребенку от одного из родителей. Приобретенная форма вертикальной дизокклюзии зубных рядов отмечалась у 7 обследованных. Причиной ее развития являлись нарушения функции дыхания и глотания в процессе формирования зубочелюстной системы, а также вредные привычки ребенка, такие, как сосание пальца, карандаша, языка, длительное пользование соской-пустышкой.

Ортодонтическое аппаратное лечение больных с вертикальной и мезиальной окклюзией зубных рядов заключалось в устранении аномалии расположения отдельных зубов, зубоальвеолярного укорочения во фронтальном участке верхнего и нижнего зубных рядов, зубоальвеолярного удлинения в боковых сегментах верхнего зубного ряда.

В процессе аппаратного лечения больных с вертикальной и мезиальной окклюзией зубных рядов разделили на две группы в зависимости от возраста и наличия сменного или постоянного прикуса.

Пациентам из 1 группы (3) применялись съемные пластиночные аппараты на верхней челюсти с целью увеличения ее размера.

А у пациентов второй группы (6) с вертикальной и мезиальной окклюзией зубных рядов в постоянном прикусе использовались несъемные аппараты механического действия с пружинящей проволочной дугой, межчелюстной резиновой тягой. Наряду с традиционными ортодонтическими аппаратами в процессе лечения больных с постоянным прикусом применялась Эджуайс-техника.

Прослеженные на протяжении 2 лет результаты проведенного лечения подтвердили эффективность проведенного хирургического вмешательства.

Удержание достигнутого результата лечения у больных осуществлялось в течение 6-9 месяцев с помощью ретенционного аппарата собственной конструкции.

Эффективность проведенного комплексного лечения подтверждалась восстановлением у всех находящихся под наблюдением больных окклюзионных контактов между зубными рядами и перекрытием нижними резцами верхних на 2/3 высоты коронки.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования 119 детей и подростков 7-17 лет у 9 из них выявлена вертикальная и мезиальная окклюзия зубных рядов. В зависимости от возраста и наличия сменного или постоянного прикуса пациенты были поделены на 2 группы. Пациентам 1 группы (3) со сменным прикусом сочетанная патология зубочелюстной системы устранялась с помощью ортодонтических и хирургических методов лечения. Данным пациентам применялись съемные пластиночные аппараты с целью исправления размера и формы верхней и нижней зубных дуг в комбинации с подбородочной пращей. Пациентам 2 группы (6) с постоянным прикусом с целью устранения вертикальной и мезиальной окклюзии ставилась брекет-система с реверсионными дугами и межчелюстной резиновой тягой. 2-м детям из этой группы удалялись нижние зубы мудрости с целью сокращения длины нижнего зубного ряда.

Для стабилизации достигнутого лечебного результата в ретенционном периоде применялись съемные пластиночные аппараты, ретейнеры и подбородочная прача. Средний срок ретенционного периода у пациентов со сменным и постоянным прикусом составил 9-12 месяцев.

Удержание достигнутого результата лечения у больных с вертикальной дизокклюзией зубных рядов осуществлялось в течение 6-9 месяцев с помощью ретенционного аппарата, пращевидной повязки, головной шапочки и вертикальной резиновой тяги.

Заключение. Результаты проведенного исследования подтверждают эффективность комплексного устранения вертикальной и мезиальной окклюзии зубных рядов в детском возрасте, включающего мероприятия по устранению причинного фактора развития деформации, ортодонтического и хирургического этапов лечения. Эффективность проведенного комплексного лечения подтверждалась восстановлением у всех больных окклюзионных контактов между зубными рядами и перекрытием нижними резцами верхних на 2/3 высоты коронки.

Список литературы

1. Али, А. Э. Лечение вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени у детей / А. Э. Али, В. М. Водолацкий // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. науч. работ. – Ставрополь, 2016. – С. 219-221.
2. Водолацкий, В. М. Клиника и лечение больных с мезиальной окклюзией зубных рядов III степени / В. М. Водолацкий, С. М. Туманян // Стоматология для всех. – 2015. – № 1. – С. 46-49
3. Ивашенко С. В. Лечение вертикальных зубоальвеолярных деформаций / С. В. Ивашенко // Современная стоматология. – 2016. – № 1 (62). – С. 32-34

ДИАГНОСТИКА ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Байрамукова Л. А., Савельева С.М.

Научный руководитель: Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Успех ортодонтического лечения дистальной окклюзии зубных рядов зависит от установки диагноза, учитывающего эстетические, функциональные, морфологические, этиопатогенетические и общие нарушения в детском организме.

Следовательно, только лишь установив полный симптомокомплекс морфологических и функциональных изменений зубочелюстной системы ребенка, можно переходить к проведению ортодонтического лечения.

Для составления оптимального плана ортодонтического лечения и минимизации осложнений в ходе терапии, надлежит учитывать каждое звено общепринятых методов исследования - антропометрическое измерение лица, изучение моделей челюстей, фотометрия, ортопантомография, телерентгенография, 3д диагностика

Многообразие причинных факторов дистальной окклюзии и трудности ортодонтического лечения, являются актуальными для оптимизации алгоритма методов исследований при диагностике дистальной окклюзии зубных рядов у детей.

Цель исследования - совершенствование методов диагностики дистальной окклюзии зубных рядов у детей с помощью современных методов исследования.

Материалы и методы исследования. Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста на диагностику дистальной окклюзии зубных рядов взято 26 пациентов, в возрастной категории от 6 до 17 лет. Все пациенты были поделены на 2 группы. Первая исследовательская группа представлена 16 пациентами, вторая группа 10 пациентами.

Для первой группы применен традиционный алгоритм исследования - ортопантомограмма, антропометрическое исследование (метод Изара), анализ гипсовых моделей по методу Пона и Герлаха.

Ортопантомограмма -стандартный метод двухмерного рентгенологического исследования, позволил точно оценить структуру зубочелюстной системы и в дальнейшем контролировать динамику лечения.

Антропометрическое исследование (метод Изара)- 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 Орh (точка офрион) и Gn(точка гнатион). Затем измерялась ширина лица между наиболее выступающими точками на скуловых дугах (zy). На последнем этапе производилось вычисление индекса с использованием формулы: $IFM = (oph - gn \times 100) / zy - zy$

Анализ гипсовых моделей по методу Пона и Герлаха, использован для определения зависимости индивидуальной нормы ширины верхних и нижних зубных дуг относительно мезио-дистальных размеров зубов в трансверсальной плоскости и соответственно выявляет их сужение или расширение.

Второй группе пациентов мы применяли современные и более информативные методы исследования. Проводилось исследование боковой трг с компьютерным анализом патологии, конусно-лучевая томография зубочелюстной системы.

На базе стоматологической поликлиники СтГМУ проводилась телерентгенография с использованием ортопантомографа ORTHOPOS XG 5 DS . С помощью данного метода диагностики мы изучили особенности строения лицевого и мозгового скелета пациентов, проводили оценку положения зубов относительно базисов челюстей, оценивали мягкие

ткани лица. ТРГ в боковой проекции, наиболее корректно определяет отношение и расстояние отдельных точек черепа во взаимосвязи, пропорциональность площади отдельных участков черепа к костям лицевой части скелета

Конусно-лучевая компьютерная томография обеспечила возможность визуализировать костные и мягкотканые структуры головы в реальном размере. Одно из основных преимуществ - это способность единовременного качественного и количественного анализа анатомических структур. Использование КЛКТ позволило провести оценку дыхательных путей, определение количества и положения зубов, анализ окклюзии, соотношение толщины и высоты кортикальной пластинки вокруг зубов, 3D цефалометрический анализ.

Результаты исследования. Для 16 пациентов из первой исследовательской группы в которой мы применили стандартные методы исследования -ортопантограмма, антропометрическое исследование (метод Изара), анализ гипсовых моделей по методу Пона и Герлаха, в 3 случаях полученные диагностические данные были недостаточны для подтверждения клинического диагноза и составления программы ортодонтического лечения.

Во всех 10 случаях у второй группы пациентов получены достоверные данные, которые позволили поставить им окончательный диагноз на основании проведенных современных методов исследования. У 2 пациентов из второй исследовательской группы при проведение трехмерной диагностики был выявлен бессимптомный хронический периодонтит в области фронтальных зубов (этот участок хуже всего просматривается на ОПТГ),который необходимо было выявить до начала ортодонтического лечения.

Выводы. Использование современных методов дополнительного исследования у детей с дистальной окклюзией зубных рядов позволило полностью оценить патологию прикуса, выяснить этиологические факторы и со 100% уверенностью поставить окончательный диагноз, который является ведущим в планировании ортодонтического лечения

Список литературы

1. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных 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. ; подред. 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.

ПЛАНИРОВАНИЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ

Водолацкий В.В., Шутова Е.Е., Беков Т.П.

Научный руководитель: Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Патология зубочелюстной системы у детей в виде зубочелюстных аномалий и деформаций имеет настоящее время большое распространение (до 75%). Врач-ортодонт не всегда может сформировать ортогнатический прикус у детей при недоразвитии верхней и нижней челюстей, которые имеют свои ограниченные возможности по передвижению

зубов в альвеолярном отростке. В таком случае у детей планируются избирательное хирургическое удаление интактных зубов для полной постановки зубов в зубном ряду и создание ортогнатического прикуса.

Материал и методы: совместно с сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста Ставропольского государственного медицинского университета проанализированы 37 историй болезни пациентов ортодонтического отделения детской стоматологической поликлиники СтГМУ (18 мальчиков, 19 девочек), у которых проводилось удаление постоянных зубов во время ортодонтического лечения.

Все 37 пациентов были разделены на 2 группы в зависимости от возраста. В 1 группу вошли 14 пациентов в возрасте 7-13 лет, 2 группу составили 23 пациента в возрасте 13-18 лет.

У 14 пациентов из 1 группы удаление зубов осуществлялось по следующим показаниям: сверхкомплектные зубы – 3 ($21,43 \pm 5,11\%$), полное отсутствие места с невозможностью постановки зуба в зубной ряд – 2 ($14,28 \pm 6,54\%$), удаление интактных зубов в области премоляров (первые премоляры – 7 ($50,0 \pm 2,67\%$), вторые премоляры – 1 ($7,14 \pm 9,63\%$), удаление зубов мудрости – 1 ($7,14 \pm 9,63\%$).

У 23 пациентов из 2 группы удаление зубов осуществлялось по следующим показаниям: сверхкомплектные зубы – 5 ($21,73 \pm 3,95\%$), полное отсутствие места с невозможностью постановки зуба в зубной ряд – 4 ($17,39 \pm 4,54\%$), удаление интактных зубов в области премоляров (первые премоляры – 5 ($21,73 \pm 3,95\%$), вторые премоляры – 1 ($4,34 \pm 9,78\%$), удаление зубов мудрости – 8 ($34,78 \pm 2,85\%$).

Результаты и обсуждение: при проведении научного исследования был проведен анализ 37 историй болезни пациентов, которым во время ортодонтического лечения удалялись зубы.

Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от возраста. В 1 группу вошли 14 пациентов в возрасте 7-14 лет, 2 группу составили 23 пациента в возрасте 14-19 лет.

Причины удаления зубов при ортодонтическом лечении:

- наличие сверхкомплектных зубов препятствовало ортодонтическому лечению ввиду невозможности постановки комплектных зубов из-за недостатка места (1 группа – $21,43 \pm 5,11\%$), (2 группа – $21,73 \pm 3,95\%$);

- при полном отсутствии места в зубном ряду возникает необходимость удаления зубов из-за нехватки места и отсутствия показаний для расширения челюсти (1 группа – $14,28 \pm 6,54\%$), 2 группа – $17,39 \pm 4,54\%$);

- удаление интактных зубов в области премоляров позволяет врачу-ортодонту эффективно поставить фронтальные зубы с соблюдением их ангуляции и торка (1 группа – первые премоляры – $50,0 \pm 2,67\%$, вторые премоляры – $7,14 \pm 9,63\%$, 2 группа – первые премоляры – $21,73 \pm 3,95\%$, вторые премоляры – $4,34 \pm 9,78\%$);

- удаление зубов мудрости врачи-ортодонты аргументировали тем, что при отсутствии для них места или их неправильном расположении зачатков их дальнейшее прорезывание приведет к деформации зубов в зубном ряду (1 группа – $7,14 \pm 9,63\%$), 2 группа – $34,78 \pm 2,85\%$);.

Выводы: проанализировав 37 историй болезни пациентов ортодонтического отделения детской стоматологической поликлиники СтГМУ, мы пришли к выводу, что в настоящее время удаление постоянных зубов у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями является необходимой и целесообразной лечебной процедурой, позволяющей освободить дополнительное место в зубном ряду и привести в соответствие длины альвеолярного отростка и зубного ряда.

Список литературы

1. Акуленко Л.В., Алпатова В.Г., Анисимова Е.Н. Детская стоматология. Учебник для ВУЗов. ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 744 с.
2. Водолацкий В.М., Христофорандо Ю.Д. Ортодонтия. Учебное пособие. – Ставрополь. СтГМУ, 2017. – 204 с.
3. Леонтьев В.К. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 952 с.
4. Персин Л.С., Слабковская А.Б., Картон Е.А. Ортодонтия. Современные методы диагностики аномалий зубов, зубных рядов и окклюзии. ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с.
5. Иванов А.С., Лесит А.И., Солдатова Л.Н. Основы ортодонтии. СпецЛит, 2017. - 223 с.
6. Янушевич О.О., Сохов С.Т., Арутюнов С.Д. Формирование стоматологических умений и навыков на учебном тренажере-симуляторе. Практическая медицина, 2017. – 88 с.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ СТОМАТИТА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ АКРИЛОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Ворожко А.А.

Научные руководители: Клемин В. А., Майлян Э. А.

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Одной из задач современной стоматологии является поиск предикторов протезных стоматитов и разработка алгоритмов, позволяющих выявлять у пациентов склонность к развитию непереносимости протезных материалов еще до изготовления ортопедических конструкций (1,2).

Цель исследования Создать математическую модель для прогноза риска развития стоматита на съемные акриловые протезы, основываясь на комплексной оценке клинических и иммунологических особенностей пациента.

Объекты и методы исследования Обследовано 38 женщин и 16 мужчин в возрасте от 42 до 88 лет, которым были установлены зубные съемные протезы из акрилового полимера. Перед протезированием изучались стоматологический анамнез, состояние полости рта, наличие сопутствующей патологии, наличие аллергической патологии, профессиональных вредностей, вредных привычек. Через 1 месяц после установки протеза все пациенты проходили клиническое обследование, лабораторные исследования выполнялись непосредственно перед протезированием и через 1 месяц. В сыворотке крови пациентов определялись концентрации интерлейкина-4, фактора некроза опухоли альфа, секреторного иммуноглобулина класса А, общего иммуноглобулина класса Е, общего иммуноглобулина класса G4, специфические к акрилу антитела классов IgE и IgG. В ротовой жидкости исследовалось содержание IL-4, TNF- α и sIgA.

Математическую обработку полученных результатов выполняли с помощью статистической программы «IBM SPSS Statistics» (version 22). Наличие клинко-анамнестического показателя обозначалось значением «1», а его отсутствие – «0». Для определения характера и тесноты связей между изученными показателями использовался метод ранговой корреляции Кендалла (τ). Статистически значимыми отличия считались при $p < 0,05$. Для создания модели прогнозирования развития протезного стоматита использовали метод бинарной логистической регрессии. Вероятность заболевания рассчитывали по формуле: $P = 1 / (1 + e^{-z})$,

где P – вероятность того, что произойдет интересующее событие; e – основание натуральных логарифмов 2,718...; Z – стандартное уравнение регрессии, значение Z определяли по формуле:

$$Z = B_1 \cdot X_1 + B_2 \cdot X_2 + \dots + B_n \cdot X_n + A,$$

где $X_1...X_n$ – значения независимых переменных (предикторы); $B_1...B_n$ – коэффициенты, полученные в результате выполнения бинарной логистической регрессии; A – константа.

Показатель P выражали в процентах (от 0,0 до 100,0). Если в результате расчета значение P меньше 50,0 %, то можно предположить, что заболевание не наступит, в противном случае ($P > 50,0$ %) предполагается развитие стоматита.

Результаты и их обсуждение Проведенными исследованиями установлено, что из 54 больных, которым были установлены съемные протезы из акриловых полимеров, у 16 пациентов (29,6 %) спустя 1 месяц наблюдения были выявлены симптомы стоматита.

На первом этапе была произведена оценка корреляционных связей между развитием стоматита через 1 месяц после протезирования и данными, полученными у пациентов до протезирования. Развитие протезного стоматита имело положительную связь ($p < 0,05$) с наличием у пациентов аллергического заболевания ($\tau = 0,32$), химических неблагоприятных факторов на работе ($\tau = 0,20$) и патологии щитовидной железы ($\tau = 0,20$). Кроме того, установлены корреляции ($p < 0,05$) между наличием стоматита и исходными уровнями в сыворотке крови IL-4 ($\tau = 0,31$) и IgE общего ($\tau = 0,24$).

На втором этапе в качестве независимых переменных выступали изученные до протезирования клиничко-анамнестические данные и лабораторные показатели. Пошаговое включение и исключение предикторов позволило отобрать независимые переменные, использование которых дает возможность наиболее эффективно определять риск развития протезного стоматита у пациентов спустя 1 месяц после протезирования. Предсказательная эффективность была наиболее высокой при использовании в качестве предикторов данных аллергологического анамнеза и концентрации IL-4 в сыворотке крови.

На основании полученных данных была составлена формула для расчета значения Z :
 $Z = 1,674 \times AA + 0,151 \times IL-4 - 2,078$,

где AA – аллергологический анамнез (наличие аллергии в анамнезе обозначается цифрой «1», а отсутствие ее – «0»), IL-4 – концентрация IL-4 в сыворотке крови в пг/мл.

Полученная модель показала достаточно высокую диагностическую эффективность. Общая доля правильно предсказанных результатов – 78,4 %. Проведение корреляционного анализа позволило установить наличие положительных связей ($p < 0,05$) протезного стоматита с отдельными клиничко-лабораторными показателями, определенными у пациентов до протезирования (профессиональные химические вредности, заболевания щитовидной железы, аллергическая патология и наличие отягощенного аллергологического анамнеза, IL-4 и IgE общий в сыворотке крови)(3).

Выводы Математическая модель для расчета риска развития протезного стоматита, созданная при помощи метода бинарной логистической регрессии, включает использование в качестве предикторов данных аллергологического анамнеза и концентраций IL-4 в сыворотке крови. Прогностическая эффективность разработанной математической модели составляет 78,4 %. Модель целесообразно использовать в практическом здравоохранении для прогнозирования развития протезных стоматитов и индивидуализации лечебно-профилактических мероприятий.

Список литературы

1. Лебедев, К. А. Непереносимость зубопротезных материалов./ К. А. Лебедев, А. В. Митронин, И. Д. Понякина// – Изд. 2-е. – Москва : Ленанд, 2018. – 208 с.
2. Шемонаев, В.И. К вопросу непереносимости конструкционных материалов в клинике ортопедической стоматологии / В.И. Шемонаев, Е.И. Губанова, О.А. Кузнецова // Вестник РУДН.– 2011.– №2.– С. 94–97.

3. Campbell, S. D. Removable partial dentures: The clinical need for innovation/ S.D. Campbell, L. Cooper, H. Craddock, T. P. Hyde, B. Nattress, S. H. Pavitt, D. W. Seymour// J. Prosthet. Dent. - 2017. – 118(3). – P. 273-280. doi: 10.1016/j.prosdent.2017.01.008

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОЙ ПАТОЛОГИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕФЕКТОМ ЗУБНОГО РЯДА ВРОЖДЕННОГО ЭТИОПАТОГЕНЕЗА

Григоренко М.П.

Научные руководители: Вакушина Е.А., Брагин А.Е.

Ставропольский государственный медицинский университет

Основопологающим клиническим признаком, определяющим гармоничное развитие и характер смыкания зубных рядов в центральном положении, является физиологическая окклюзия или ортогнатический прикус. С позиций современной статистики аномалии окклюзии относятся к группе часто встречаемых стоматологических заболеваний.

Междисциплинарное взаимодействие дает возможность достичь окклюзии, максимально приближенной к физиологической, получить приемлемые морфо-функциональные и стабильные результаты лечения. Комплексный способ реабилитации пациентов с окклюзионной патологией может обеспечить восстановление функции вне зависимости от возраста, что является безусловным требованием по завершению лечения.

В доступной современной литературе еще нет данных, посвященных алгоритмам комплексного лечения пациентов с сочетанными формами окклюзионных нарушений с применением современных несъемных дуговых аппаратов и рационально замещающих ортопедических конструкций. Совокупность этих проблем, делает проведение исследований достаточно актуальными.

Целью явилось повышение эффективности диагностики и лечения аномалий окклюзии, осложненных дефектом зубного ряда врожденного этиопатогенеза.

В задачи входило:

1. Изучить частоту встречаемости аномалий окклюзии, осложненных дефектом зубного ряда врожденного этиопатогенеза.
2. Определить последовательность диагностических методов у пациентов с данными нарушениями.
3. Предложить протокол комплексного лечения взрослых пациентов.
4. Определить эффективность предложенного протокола по основным клиническим характеристикам морфологического состояния челюстно-лицевой области.

Для проведения успешной реабилитации пациентов на первое место выступает прецизионная диагностика. Клинические особенности аномалий окклюзии, осложненных дефектом зубного ряда, определяли по этиологическим факторами по данным рентгенологических методов.

Было проведено обследование 510 пациентов первого периода зрелого возраста от 21 до 35 лет, составивших рабочую группу. В группу контроля вошло 210 респондентов без выраженных окклюзионных нарушений с целостными зубными рядами. Рентгенологически адентия была подтверждена более чем у 27 % обследованных, а ретенция у 25 % респондентов. Аномалии с дефектом зубного ряда, обусловленным адентией, диагностировались по всем плоскостям. Чаще адентия постоянных зубов сочеталась с аномалиями их положения. Аномалии окклюзии с дефектом зубного ряда, обусловленные ретенцией, диагностировалась по всем плоскостям. Чаще ретенция сопровождалась аномалиями положения зубов и аномалиями пар зубов-антагонистов. Реже адентию и ретенцию постоянных зубов сопровождали аномалии окклюзии в

сагиттальной плоскости, чаще при различных вариантах дистальной окклюзии, затем мезиальной, перекрестной и в завершении вертикальной резцовой дизокклюзии.

Для совершенствования методов диагностики и лечения пациентов с сочетанной патологией взято на лечение 180 человек, составивших основную группу и 2 подгруппы сравнения.

В работе для постановки окончательного диагноза всем пациентам основных подгрупп и подгрупп сравнения был проведен единый пакет диагностических методов: клинических, биометрических, рентгенологических с завершающей статистической обработкой.

Предложенный алгоритм показал высокую эффективность и снизил количество рецидивов. Всем пациентам двух основных подгрупп были проведены междисциплинарные методы лечения в одинаковом объеме. Всем пациентам двух подгрупп сравнения было проведено лечение по методу выбора. Результаты работы позволили предложить в качестве клинических рекомендаций схемы лечения с соответствующими демонстрациями.

Результаты исследования ОПТГ пациентов обеих подгрупп сравнения выявили, что дефекты зубных рядов сопровождались конвергенцией коронок, окружавших дефект, у 22 % пациентов, корпусным смещением зубов в сторону дефекта у 14 %, экстррузией зубов-антагонистов у 8 % и мезиальным наклоном моляров у 17 %. Эффективность лечения пациентов двух основных подгрупп оценивали с результатами лечения пациентов двух подгрупп сравнения, которым проводили лечение по методу выбора.

В процессе лечения по методу выбора у пациентов 2 подгруппы сравнения были устранены только дефекты зубных рядов. При этом сохранялись дивергенция корней зубов, мезиальный наклон моляров. Зубы, подвергшиеся экстррузии, были удалены у 5 пациентов. В результате лечения было получено незначительное улучшение эстетических, морфологических и функциональных параметров. В процессе лечения пациентов подгруппы сравнения с ретенцией зубов данные зубы не были установлены в зубные ряды и остались в толще челюстных костей. На ортопантограмме и компьютерной томограмме конвергенция и дивергенция зубов сохранялась.

Проведение лечения пациентов подгруппы сравнения с адентией постоянных зубов с отступлением от алгоритма, не обеспечило восстановление морфо-функционально-эстетического оптимума, не изменило осевой наклон зубов, пространственное взаимоотношение челюстных костей. Лишь искусственно исправило положение зубов и восстановило целостность зубных рядов. Проведение тотального одонтопрепарирования по эстетическим показаниям здоровых зубов не явилось зубосохраняющей терапией.

Таким образом, предложенный алгоритм комплексного лечения пациентов с окклюзионной патологией, осложненной дефектом зубного ряда вражденного этиопатогенеза, с применением современных диагностических и лечебных технологий показал его высокую клиническую эффективность, позволил обеспечить получение окклюзии, максимально приближенной к физиологической.

АНАЛИЗ СКОРОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Григорьян Э.Г., Гаджиисмаилов В.И.

Научный руководитель: Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность. Совершенствование ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий и деформаций в детском возрасте диктует необходимость анализа скорости перемещения зубов. Применяемые в настоящее время ортодонтические аппараты являются высокоэффективными и способны в течение короткого времени достигать необходимого лечебного результата. Существует несколько мнений о периодичности активации съемных ортодонтических аппаратов и ее зависимости от времени суток.

Целью исследования является анализ временного спектра активации съемных ортодонтических аппаратов у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями.

Материал и методы. Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста на ортодонтическое лечение взято 43 пациента от 5 до 13 лет с зубочелюстными аномалиями и деформациями. Из 43 пациентов – 14 мальчиков и 29 девочек. У всех пациентов отмечалась недоразвитость верхних и нижних челюстей, которое сопровождалось скученным положением фронтальных зубов, а также отсутствием места в зубном ряду для клыков и отсутствием места для премоляров. Пациенты были поделены на 3 группы. Всем пациентам, находящимся на лечении, осуществлялась активация съемных пластиночных аппаратов механического, функционального и комбинированного действий, которые фиксировались на верхних и нижних челюстях. У 2 пациентов из первой группы, у 4 пациентов из второй группы и у 1 пациента из третьей группы к ортодонтическому лечению прибавлялось использование эластичных резиновых тяг. 14 пациентам из первой группы активация съемных ортодонтических аппаратов проводилась с частотой 1 раз в 3-5 дней в утреннее время, 15 пациентам из второй группы активация съемных ортодонтических аппаратов проводилась 1 раз в 3-5 дней в дневное время, а 14 пациентам третьей группы активация проводилась 1 раз в 3-5 дней в вечернее время.

Результаты и обсуждение. Все 43 пациента детского возраста от 5 до 13 лет с зубочелюстными аномалиями и деформациями были поделены на 3 группы в зависимости от времени суток активации съемных ортодонтических аппаратов. В первую группу вошли 14 пациентов, которым активация проводилась в утреннее время. 15 пациентам второй группы активация съемных ортодонтических аппаратов проводилась в дневное время, а 14 пациентам третьей группы активация проводилась в вечернее время. Быстрее всех лечебный результат получался у пациентов из первой группы, у которых активация ортодонтических аппаратов проводилась с частотой 1 раз в 3-5 дней в утреннее время. Срок лечения в среднем составлял 6 месяцев. У 15 пациентов второй группы срок лечения получался дольше на 1,5-2 месяца и достигал 7,5-8 месяцев. У 14 пациентов третьей группы, активация ортодонтических аппаратов которых проходила в вечернее время 1 раз в 3-5 месяцев, лечебный результат был самым продолжительным и составлял от 12 до 14 месяцев.

Выводы. Мы отмечаем, что у пациентов третьей группы полученный лечебный результат получался дольше, а у пациентов с утренней активацией лечебный эффект достигался быстрее. Также отмечено, что после ортодонтического лечения, которое в среднем у всех пациентов трех групп длилось в течение 6-14 месяцев, достигнут положительный лечебный результат.

Список литературы

Слабковская, А.Б. Диагностика трансверсальных аномалий окклюзии по данным телерентгенографии / А.Б. Слабковская // Ортодонтия. - 2003. - № 3. - С. 17 - 21.

- Степанов, Г.В. Комплексное лечение мезиоокклюзии при зубоальвеолярном укорочении / Г.В. Степанов // Стоматология. - 2008. - № 5. - С. 65 - 67.
3. Трезубов, В.Н. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями / В.Н. Трезубов, Р.А. Фадеев. - М., 2005. - 224 с.
4. Федотов, С.Н. Хирургическое лечение нижнеймакрогнатии / С.Н. Федотов, О.С. Федотов. - Архангельск, 2006. - 262 с.

КЛИНИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ СЪЕМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО АППАРАТА И ЧАСТИЧНОЙ БРЕКЕТ - СИСТЕМЫ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Григорянц А.К., Томбулова Х.В., Леонова П.М., Киселева Н.О., Харатокова Р. М., Евлоева Э.И.

Научный руководитель: Макатов Р.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Аномалия положения отдельных зубов во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти является частой причиной обращения пациентов за ортодонтической помощью. При этом ширина верхней и нижней зубной дуги может быть нормальной и не требовать расширения с помощью съёмных ортодонтических аппаратов. В некоторых случаях, после проведенного ортодонтического лечения на съёмной технике, положение фронтальных зубов требует дополнительной коррекции. Частичная брекет система наиболее актуальна в тех ситуациях, когда проблема заключается во фронтальном отделе верхней или нижней челюсти. Данный вид конструкций может быть использован для устранения невыраженного нарушения прикуса, коррекции положения одного или нескольких зубов.

Цель: Клиническое сравнение частичной брекет – системы и съёмного пластиночного аппарата при лечении аномалий расположения фронтальных зубов верхней и нижней челюсти.

Материалы и методы: Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста на ортодонтическое лечение было взято 8 пациентов в возрасте 8 до 10 лет с аномалией расположения отдельных зубов, групп зубов во фронтальном отделе верхней и нижней челюсти. У всех пациентов была диагностирована скученность центральных и боковых резцов, недостаток места для прорезывания постоянных клыков.

Пациентов разделили на 2 группы по 4 человека. Детям из первой группы для исправления аномалии положения зубов были зафиксированы съёмные пластиночные аппараты механического действия, которые имели в своем составе вестибулярную дугу, выталкиватели и винты для создания дополнительного места для устранения скученного положения зубов. Пациентам из второй группы была зафиксирована частичная брекет – система.

Частичная брекет - система (аппарат 2×4; 2×6)применяется для раннего лечения детей и подростков в сменном и постоянном прикусе. Аппарат состоит из 4 или 6 брекетов для центральных и латеральных резцов и клыков верхней или нижней челюсти и ортодонтических замков для первых моляров (отсюда такое название брекет - системы).

Возраст для установки данной системы – 8-13 лет. В этом возрасте у ребенка уже прорезались все постоянные резцы и первые постоянные моляры. Аппарат может устанавливаться на верхнюю или нижнюю челюсти, а также на обе челюсти сразу.

Преимущества аппарата 2х4:

- Обеспечивает быстрое привыкание и минимальный дискомфорт при использовании;
- В результате постоянного ношения улучшает положение зубов за короткий срок

- Не искажает и не затрудняет речь;
- Не снимается на время еды, носится на зубах постоянно;
- Доступная стоимость по сравнению с обычными полными брекет - системами.

Показания для использования частичной брекет-системы:

- Неправильное положение одного и более фронтальных зубов;
- Недостаток места для прорезывания постоянных зубов;
- Диастема

• Раннее удаление молочных зубов, которое впоследствии может привести к асимметрии или формированию патологии прикуса.

Результаты и обсуждение. Срок лечения пациентов I группы составил от 7 до 24 месяцев. При этом двоим пациентам, в процессе ортодонтического лечения, потребовалось изготавливать несколько аппаратов различной конструкции для устранения ортодонтической патологии. Для удержания достигнутого результата применялись лечебные ортодонтические аппараты в инактивированном состоянии, а также специально изготовленные съемные пластиночные ретенционные аппараты.

Срок лечения пациентов II группы составил от 3 до 7 месяцев. В ретенционном периоде применялись несъемные проволочные ретейнеры, зафиксированные на оральную поверхность центральных и боковых резцов, в одном случае и клыков.

Лечение пациентов I группы заняло в 2-3 раза больше времени, однако оптимальное эстетическое и функциональное расположение зубов по отношению к друг другу удалось достигнуть только у 2 пациентов данной группы. Дети из II группы за короткий промежуток времени получили качественную ортодонтическую коррекцию зубочелюстной аномалии, при этом эстетика расположения фронтальных зубов у них была сопоставима с пациентами, которые используют в лечении полные брекет – системы.

Заключение: Частичная брекет – система является более эффективным аппаратным методом коррекции некоторых патологий зубочелюстной системы, по сравнению со съемными пластиночными аппаратами, позволяя добиться более высокой эстетики за короткий срок.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ. РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Джангирова Р.Р, Гузик А.С, Абакаров Б.Ш.

Научный руководитель: Угимова А. М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность темы :

В России кариозное поражение зубов является самой распространенной проблемой в области терапевтической стоматологии и встречается у 65-95% населения по разным данным. Эта патология, сопровождающаяся нарушением целостности тканей зубов, приносит ощутимый ущерб эстетическому и функциональному состоянию зубочелюстной системы. Традиционно лечение кариеса сводится к препарированию пораженных твердых тканей зуба с последующим восстановлением анатомической формы.

Цель исследования:

Изучить сравнительные методы профилактики зубов с использованием реминерализующих растворов. Предупредить развитие кариеса, начав его лечение на стадии белого пятна.

Материалы и методы:

Были исследованы следующие препараты и их действие на эмаль зуба:

1. «R.O.C.S. Medical Minerals» фирмы R.O.C.S. (Швейцария-Россия).
2. «Tooth Mousse» фирмы GC (страна изготовитель США).

Выбор препаратов обусловлен различными формами выпуска и составом.

Для изучения были выбраны следующие критерии:

1. Повышение кислотоустойчивости эмали после полного курса реминерализующей терапии.
2. Скорость реминерализации.

В исследовании приняли участие 21 человек обоего пола – 10 девочек и 11 мальчиков без общесоматической патологии и вредных привычек в возрасте от 6 до 9 лет. Все участники были обследованы. В ходе осмотра оценили гигиеническое состояние полости рта, а также интенсивность кариозного процесса, путем определения индекса КПУ+кп. Получены следующие показатели: уровень гигиены – удовлетворительный, индекс КПУ+кп у 13 обследуемых составил не более 5 (компенсированная форма), у 7 участников от 6 до 8 (субкомпенсированная форма). Формы кариозного процесса определены ссылаясь на данные Т.Ф.Виноградовой – степень компенсации кариозного процесса.

В процессе исследования были сформированы две группы, одна из которых являлась контрольной. Для контрольной группы были выбраны участники с компенсированной формой заболевания. Все они были проинформированы о предстоящих лечебных мероприятиях и дали на них своё согласие.

Результаты исследования:

Результат изменения уровня кислотоустойчивости после курса реминерализующей терапии показал, что максимальное снижение показателя тэр-метода составило 2,4 балла в группе «Tooth Mousse». Это на 0,4 балла выше, «R.O.C.S. Medical Minerals».

Рис.1. Клинические показатели всех исследуемых препаратов по выбранным критериям после курса реминерализующей терапии.

Максимальная скорость полной реминерализации искусственно деминерализованного участка составила 5 дней препаратом «Rocs» на 3 дня быстрее, чем скорость реминерализации в группе «Tooth Mousse». Надо отметить, что все препараты уложились в сроки курса реминерализации. После двух недель аппликаций не отмечалось прокрашивания очага ни у одного пациента

Выводы:

Изучив сравнительные методы профилактики зубов с использованием реминерализующих растворов «R.O.C.S. Medical Minerals» фирмы R.O.C.S. (Швейцария-Россия) и «Tooth Mousse» фирмы GC (страна изготовитель США), мы пришли к выводу, что в целом существенно достоверных различий между клинической эффективностью исследуемых препаратов выявлено не было. Современные препараты на основе кальция и фтора достаточно эффективно влияют на скорость минерализации.

Список литературы

1. В.М. Водолацкий, А.А. Павлов, А.М. Угимова, А.В. Баландина, Ю.Д. Христофорандо: учеб.пособие / Профилактика и эпидемиология стоматологических заболеваний - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017, стр. 89-94
2. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. – М. Тонга-Принт. 2009. 236 с.
3. Леонтьева Е.Ю., Ткачук О.Е., Нектаревская И.Б. Реминерализующая терапия с использованием Tooth Mousse и MI Paste Plus // Проблемы стоматологии. Екатеринбург. 2013. N 1. С. 31-35.
4. Маланьин И.В., Дударева Е.Г. Сравнительная характеристика эффективности препаратов на основе кальция «GS Tooth Mousse» и «Remars Gel» для реминерализующей

терапии при лечении кариеса в стадии белого пятна // Международный журнал экспериментального образования. Пенза. 2015. N 5-1. С. 135-136.

5. Окушко В.Р. Фундаментальная одонтология и кариозная болезнь // ДентАрт. 2010. N 3. С. 31-34.

6. Сысоева О.В., Бондаренко О.В., Токмакова С.И., Дударева Е.Г. Оценка эффективности средств для реминерализующей терапии // Проблемы стоматологии. 2013. N 3. С. 32-36.

7. Фатталь Р.К., Соловьева Ж.В. Сравнительная оценка клинических препаратов для реминерализующей терапии // Современные проблемы науки и образования. Пенза. 2014. N 4. С. 327.

8. Акулович А.В., Суетенков Д.Е., Ялышев Р.К., Коновалова А.Ю., Новак М.О. Оценка эффективности использования средств гигиены на основе гидроксиапатита кальция для снижения чувствительности эмали зубов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2015. Т. 14. № 4 (55). С. 41-44.

9. Харитонов Т.Л., Лебедева С.Н., Казакова Л.Н. Ранняя профилактика кариеса зубов у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1. С. 260-262.

10. Махонова Е.В., Казакова Л.Н., Олейникова Н.М., Погосян М.А. Обоснование целесообразности использования фторид – содержащих средств гигиены на этапе вторичной минерализации // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1-1. С. 1344.

РИСКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Джафаров Э.М., Чагаров Арс.А., Чагаров Арт.А.

Научный руководитель: Письменова Н. Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

К 2040 году доля людей в возрасте от 65 лет и старше составит до 1/4 всего населения Земли. На их лечение будет израсходовано 50% бюджета здравоохранения. Примерно половине из них потребуется операция, а их сопутствующая патология трехкратно увеличит риск периоперационных осложнений. Преимущественно, это патология сердечно-сосудистой системы. Основную ее структуру, составляют: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, поражение клапанного аппарата, недавно перенесенный инфаркт миокарда или инфаркт в анамнезе, сердечная недостаточность, аритмии. По данным В.А. Briggs (1980), у 6,6% больных, перенесших в прошлом инфаркт миокарда, в течение 1-й недели после операции возникал повторный инфаркт. Из числа тех, кто был оперирован в течение первых 3 месяцев от начала инфаркта, повторный инфаркт развился у 37%.

Потребность в оказании стоматологической хирургической помощи непрерывно растет, в том числе и у больных заболеваниями сердечно-сосудистой систем. Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств во много раз повышает риск непосредственных осложнений у больных, что немаловажно для людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель

Исследовать риски возникновения осложнений у пациентов с болезнями сердечно-сосудистой системы при хирургическом приеме в условиях амбулатория.

Задачи

- Оценить состояние пациентов во время приема;

- Сделать выводы на основе исследования.

Материалы и методы

Нами было исследовано 47 медицинских карт пациентов, проходивших лечение на базе стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО СтГМУ. Пациенты были разделены на 4 группы: страдающие гипертонической болезнью, имеющие ИБС, перенесшие инфаркт и перенесшие инсульт.

В первой группе пациентов, страдающих гипертонической болезнью, риск возможных осложнений зависел от стадии заболевания. У пациентов с повышенным АД до 140/90 мм.рт. ст. (ASA I) не было ограничений в лечении. Больным с АД 140/90 – 160/95 (ASA II) была применена премедикация, содержащая анксиолитик и спазмолитик. В качестве анестетика применялись анестетики без вазоконстриктора. Пациенты с АД от 160/95 мм.рт. ст. до 200/165 мм. рт. ст. (ASA III) перед вмешательством принимали 1 таблетку капотена (50 мг) и легкий анксиолитик. В случае невозможности снизить давление прием откладывали и отправляли пациента на консультацию к терапевту. При повышении АД выше 200/115 мм.рт. ст. (ASA IV) был показан вызов бригады «скорой помощи».

Риск:

- возникновение гипертонического криза может провоцироваться нервно-психической травмой, резкими колебаниями атмосферного давления и др.;
- при повышенной секреции или назначении катехоламинов возможно нарушение мозгового кровообращения.

Во вторую группу входили пациенты с сердечной недостаточностью (ИБС) У пациентов с недостаточностью в покое (ASA IV) или при физической нагрузке (ASA III) был повышен риск передозировки анестетика вследствие снижения кровотока и повышения концентрации препарата в крови. Перед вмешательством у пациента купировали тревогу при помощи приема анксиолитика. По показаниям: коронаролитики. Необходимо применение анестетика без вазоконстриктора (целесообразно использовать мепивакаин). При понижении АД возможно использование ультракаин DS. При компенсированном состоянии больного (ASA II) лечение возможно после проведения седативной подготовки. При субкомпенсированном состоянии (ASA III) необходима предварительная консультация кардиолога.

Риск:

- повышение секреции адреналина, а также использование адреналина в составе местноанестезирующих растворов могут привести к острой декомпенсации сердечной деятельности;
- у пациентов, принимающих сердечные гликозиды, катехоламины могут спровоцировать развитие сердечной аритмии.

Третья группа включала пациентов, перенесших инфаркт миокарда (менее 6 месяцев назад), или повторный инфаркт (ASA IV), что резко повышало риск осложнений. Такие больные должны получать помощь в условиях стационара. После 6-месячной реабилитации риск снижается до ASA III, и становится возможным стоматологическое лечение с премедикацией, составленной совместно с кардиологом. Пациентам ASA I, II, III допускается введение артикаина с вазоконстриктором 1:200000 в минимальных дозировках.

Риск

Страх или боль во время стоматологического вмешательства либо использование адреналина в растворах местных анестетиков могут инициировать приступ стенокардии и способствовать развитию инфаркта миокарда.

Пациентам, перенесшим инсульт необходимо осуществлять мониторинг АД и контролировать болевые ощущения в процессе стоматологического лечения. Также следует использовать минимальное количество анестетика, концентрация добавляемого

адреналина должна быть очень низкой (1 : 200 тыс.). Перед началом стоматологических манипуляций проводят премедикацию, в ходе которой вводят анксиолитик и спазмолитик. При брадикардии применяют холинолитики, а при тахикардии они противопоказаны. Следует воздержаться от назначения антибиотиков и бактериостатических средств, влияющих на свертывающую систему крови (тетрацилин, метронидазол). Если у пациента возникают признаки нарушения мозгового кровообращения, необходимо прекратить стоматологическое лечение и как можно скорее госпитализировать его в стационар.

Риск

Увеличение секреции адреналина в результате стресса, а также наличие катехоламинов в местноанестезирующем растворе могут усиливать ишемию мозга и инициировать развитие инсульта.

Выводы:

-при лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы следует применять местноанестезирующие средства с вазоконстрикторами в малой концентрации, либо же без него;

-премедикация очень важна. Для больных с гипертонической болезнью применяют в первую очередь препараты для снижения АД, пациентам с ИБС и перенесшим инфаркт миокарда и инсульт следует вводить анксиолитики для устранения тревожности и предотвращения возникновения стресса;

-следует проводить стоматологические манипуляции в спокойной обстановке, в лечебном кабинете со свободным доступом воздуха.

ВОПРОСЫ ДЕНТОФОБИИ ИЛИ «БОЯЗНЬ СТОМАТОЛОГА»

Дмитриева Ю.Р.

Научный руководитель: Журбенко В.А.

Курский государственный медицинский университет

Дентофобия – это боязнь проведения любой стоматологической манипуляции. Несмотря на то, что многие современные зубоврачебные процедуры совершенно безболезненны сейчас, большое количество людей все же боятся похода к стоматологу. Особенно выражена данная проблема у детей. Поэтому тема весьма актуальна [2].

Почему дети так бояться похода к стоматологу? Всё сводится к тому, что ребёнка в стоматологическом кабинете будут окружать большое количество раздражителей, мало того, что обстановка для него будет чужой, неизвестной и пугающей, так и работа стоматологической установки и врачебные манипуляции могут вызвать физический дискомфорт. Поэтому предвидеть, как поведет себя ребёнок на приёме довольно трудно, ведь его поведение будет складываться из многих факторов: начиная от характера ребёнка и его настроения в данный момент, уровнем пороговой чувствительности ребенка к раздражителям и заканчивая эффективностью психологической защиты ребенка и его самоконтроля [1].

Цель исследования: определение эмоционального статуса пациентов школьного и дошкольного возраста, а также выявление причин, которые вызывают дентофобию у детей.

Материал и методы: был проведен анализ научной литературы по исследуемой теме, проведен опрос с использованием рейтинговой шкалы Франкла и анкетирование в период 20.02.2019 по 20.03.2019 гг. среди 85 пациентов консультативной стоматологической поликлиники КГМУ по адресу г. Курск ул. Ямская, 6. По окончании исследования были

проанализированы полученные результаты, определены преобладающие степени дентофобии, даны рекомендации по особенностям стоматологического приема у детей.

В ходе исследования была использована поведенческая шкала Франкла, которая позволяет рассчитать объективную оценку тревожного поведения ребенка на стоматологическом приеме у врача-стоматолога. По данной шкале выделяют четыре типа поведения детей: F1 – полностью негативное, ребенок отказывается от лечения; F2 – негативное, ребенок с трудом принимает лечение; F3 – позитивное, ребенок принимает лечение, с настороженностью, но выполняет требования врача; F4 – полностью позитивное: хороший контакт с врачом, ребенок проявляет интерес к проводимым процедурам, он спокоен.

По результатам опроса к типу F1 по Франклу относятся 50 детей (из них 90% – до двух лет); к типу F2 – 25 детей (большинство старше 2 лет); к типу F3 – 8 детей (из них 80% – дети до 4 лет); к типу F4 – 2 ребёнка (дети в возрасте 6-7 лет).

Также было проведен метод анкетирования. Анкета состояла из одного вопроса – «Чего больше всего вы боитесь при посещении врача-стоматолога?» и 5 вариантов ответов: А) Боли; Б) Уколов; В) Звук стоматологической установки; Г) Другое; Д) Не испытываю страх

При анализировании данных анкеты было выявлено, что 50% опрошенных детей отмечали страх причинения боли, 25% детей бояться уколов, 10% детей бояться звука стоматологической установки и 15% отметили, что бояться стоматологов по другим причинам.

После того, как было выявлено, чего же больше бояться дети на приёме стоматолога, остаётся не раскрытым ещё один вопрос: «А в чём же причина данных страхов?». Многие психологи полагают, что одной из причин является неудачный, болезненный опыт при предыдущих стоматологических манипуляциях. Также большое влияние на формирование фобий у детей оказывают их родители. Ведь зачастую именно родители пугают своих детей врачами, что за непослушание им будет сделан укол. Несомненно, вид стоматологических инструментов, игл, звуков исходящих от стоматологической установки также могут испугать ребёнка и настроить его негативно. И завершает цепочку этиологических факторов – сам врач-стоматолог. Серьёзный, сосредоточенный и грозный вид врача тоже может повлиять на психику ребёнка. В большинстве случаев дети начинают плакать, зажиматься и не дают открыть рот. Всё это затрудняет проведение лечения. Поэтому детский врач-стоматолог должен быть в первую очередь хорошим психологом, он должен тонко чувствовать своего «маленького пациента». Неплохо в первые минуты общения расположить ребёнка к себе: познакомиться, рассказать о себе, провести экскурсию по кабинету – одним словом сделать так, чтобы ребёнок освоился в данной обстановке и немного привык к врачу. Он должен адаптироваться. Желательно, чтобы посещение врача-стоматолога проходило до появления у ребенка какой-либо патологии, когда ребенок еще не знает, что такое зубная боль. Поэтому многие детские врачи-стоматологи предлагают родителям как можно чаще приводить своих детей на профилактические осмотры. Нужно донести до родителей ребенка значимость первого посещения [3].

Таким образом, данные нашего исследования доказывают, что это тема весьма обострена в стоматологии. И вывод можно сделать следующий: очень важно, чтобы врач-стоматолог со всей серьёзностью подходил к данной проблеме, развивал в себе качество хорошего психолога, умение общаться с детьми и их родителями, только тогда будет возможно проведение качественного лечения, безболезненного как в физическом плане, так и в моральном.

Список литературы

1. Власова Д.С., Лестева М.Ф. «Методы определения тревожности и страха у детей при посещении врача-стоматолога» // сборник научных трудов Волгоград: ООО «Бланк», 2009. – 432 с.
2. Степанян Т.Б., Горячева Т.П. Психоэмоциональный статус пациентов до и после стоматологического вмешательства // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 5-7.
3. Терехова Т.Н., Леонович О.М. Методы профилактики стоматофобии и адаптации детей с разными уровнями тревоги к стоматологическим вмешательствам // УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2013. – С.6-7.

ОПЕРАЦИОННЫЙ СТРЕСС ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ХИРУРГИЧЕСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ СТАНДАРТНОЙ МЕТОДИКОЙ И С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Журавлев А.Н., Тарасенко С.В.

Научный руководитель: Тарасенко С.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова*

Проблема высокой стоматологической заболеваемости населения России остается одной из наиболее актуальных проблем. Качество и эффективность оказания стоматологической помощи зависит от качества обеспечения лечебного процесса. Одной из основных причин послеоперационных осложнений рассматривается хирургический стресс-ответ, который становится основной причиной периоперационной дисфункции различных органов и систем, что требует поиска методов его коррекции. Медицинские технологии не стоят на месте, так достаточно широкое развитие получили малоинвазивные хирургические методы, направленные на минимизацию травмирующих воздействий и снижение риска возникновения послеоперационных осложнений. Альтернативным решением режущим и ротационным инструментам в хирургической стоматологии является высокоинтенсивное лазерное излучение, которое по литературным данным многих авторов оказывает высокий гемостатический эффект, бактерицидное действие, минимальное травмирование тканей.

Для определения хирургического стресс-ответа на амбулаторном хирургическом приеме при оперативных вмешательствах стандартной методикой и с использованием лазерного излучения проводили стандартные клинические методы обследования, а также оценивали послеоперационный болевой синдром с учетом субъективных болевых ощущений пациента по вербальной рейтинговой шкале, степень выраженности коллатерального отека определяли по визуальным показателям, изучали заживления операционной раны, а для определения уровня гормонов, отвечающих за стресс-ответ (кортизол и АКТГ), проводили биохимическое исследование крови.

Проведено обследование и хирургическое лечение 87 пациентов с заболеваниями мягких и твердых тканей полости рта.

При клиническом обследовании раны в раннем послеоперационном периоде было выявлено, что эпителизацию послеоперационной раны наблюдали на $7,0 \pm 0,5$ сутки у пациентов, оперированных лазером с последующим наложением швов, и к 10 суткам у пациентов без наложения швов. У пациентов, оперированных скальпелем с наложением швов, эпителизация наступала к 8 суткам, тогда как с наложением тампона с 8-х суток рану вели открытым способом, и к $14,0 \pm 0,5$ суткам раневая поверхность была покрыта

молодой соединительной тканью. При этом интенсивность болевого синдрома у пациентов, которым лечение проводили с помощью лазерного излучения, была ниже и купировалась в более короткие сроки, чем при традиционном лечении.

Все показатели биохимических исследований до оперативного вмешательства были в пределах нормы. Во время оперативного вмешательства происходила ответная реакция организма на оперативное вмешательство и выражалась изменением уровня гормонов в крови. Сразу после оперативного вмешательства выявили, что уровень кортизола в обеих группах снизился, но у пациентов, оперированных с помощью лазерного излучения, уровень гормона остался в пределах нижней границы нормы, а у пациентов, оперированных с помощью скальпеля, он стал заметно ниже нормальных показателей. Также установили, что уровень АКТГ сразу после оперативного вмешательства снизился в большей степени у пациентов, оперированных с помощью скальпеля. Через 5 суток после оперативного вмешательства у пациентов обеих групп уровни АКТГ и кортизола восстановились до показателей, которые были получены до оперативного вмешательства.

По данным биохимических исследований установлено, что изменения количественных показателей гормонов АКТГ и кортизола зависят напрямую от инструмента альтерации во время операции: лазерное излучение оказывает минимальное влияние на уровень стрессорных гормонов.

Таким образом, использование лазерного излучения позволяет повысить эффективность комплексного лечения пациентов с заболеваниями мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области, что подтверждается данными клинических и биохимических методов исследования.

ИЗУЧЕНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Журбенко В.А., Мурашова А.А.

Научный руководитель: Журбенко В.А.

Курский государственный медицинский университет

Индивидуальная гигиена полости рта является основной частью профилактики большинства стоматологических заболеваний. Очень важно сформировать у ребенка привычку чистки зубов с раннего возраста. Начинать чистку зубов необходимо с первого прорезывающегося зуба, а главное донести до ребенка важность и необходимость данной процедуры. Чтобы избежать большинство стоматологических недугов, гигиена полости рта должна стать обязательной процедурой в жизни ребенка.

В три года дети имеют уже полный набор молочных зубов, и уход за ними должен происходить ничуть не меньше, чем за постоянными. Именно в детском возрасте вероятность возникновения кариеса существенно возрастает. Это зависит от неспособности детского организма в полной мере противостоять бактериям, и уязвимости структуры строения самого зуба. Пораженные молочные зубы могут существенно повлиять на зачатки постоянных, и в дальнейшем это приведет к серьезным проблемам.

Профилактическая гигиена полости рта – это комплекс мероприятий, включающий в себя ежедневную чистку зубов, и посещение врача-гигиениста раз в полгода. Качественный уход является залогом крепких зубов и десен. Поэтому специалист педиатрического профиля должен обязательно направлять родителей и ребенка к детскому врачу стоматологу, для контроля качества чистки зубов и постоянному совершенствованию навыков гигиены.

Цель. Оценить эффективность индивидуальной гигиены полости рта у детей (85 дошкольников) в возрасте от 2 до 7 лет.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 85 детей в возрасте от 2 до 7 лет с применением основных методов обследования стоматологического больного: опрос пациента; осмотр пациента; пальпация мягких тканей лица и полости рта; зондирование; перкуссия.

А также была проведена индексная оценка эффективности индивидуальной гигиены полости рта (индекс Фёдорова-Володкиной в модификации Пахомова Г.Н. и Кадниковой Г.И.). Определение уровня сформированных гигиенических навыков по уходу за полостью рта проводилось путём проведения контролируемой чистки зубов.

Результаты: В результате проведенного стоматологического обследования было выявлено следующие показатели: у 52% детей дошкольного возраста уровень индивидуальной гигиены полости рта неудовлетворительный, у 20% - плохой, у 6% - очень плохой, а у 18% и 4% удовлетворительный и хороший уровень соответственно. Лишь у 20% детей были правильно сформированы гигиенические навыки.

Выводы. По результатам проведенного исследования можно сделать выводы о том, что дети дошкольного возраста недостаточно информированы в вопросах индивидуальной гигиены, а навыки чистки зубов не сформированы. У маленьких пациентов развитие кариеса молочных зубов происходит, как правило, более стремительно, чем у взрослых, причем очень часто разрушение затрагивает сразу несколько зубов. Основной и наиболее распространенной причиной развития кариеса и его осложнений у дошкольников остается несоблюдение правил индивидуальной гигиены полости рта. Привитие основных навыков по уходу за полостью рта в данном возрасте ложится на плечи родителей, воспитателей детских дошкольных учреждений, а также медицинских работников, которые проводят регулярные плановые осмотры. Гигиена полости рта должна проходить под родительским контролем, несмотря на то, что ребенок в этом возрасте способен и самостоятельно провести такую процедуру. Как правило, большинство детей имеют неправильное представление о гигиенических мероприятиях полости рта, это обусловлено отсутствием мотивации к чистке зубов, а также дефицитом информации от взрослых. Поэтому, стоит отдельно уделять внимание правильной технике чистки зубов. А также, заинтересовать ребенка к данной процедуре. Необходимо выработать систематичность, как минимум, чистка зубов должна проводиться два раза в день, и осуществлять регулярные полоскания ротовой полости водой после каждого приёма пищи.

Исходя из выше представленной информации, можно сделать следующие выводы:

1. необходимо создание у родителей мотивации регулярного посещения стоматолога (1 раз в полгода) с 6-месячного возраста ребенка и уходу за зубами детей с момента их прорезывания;
2. обучение родителей индивидуальному гигиеническому уходу за полостью рта детей, начиная с момента прорезывания первых молочных зубов;
3. постоянный контроль за осуществлением гигиенических мероприятий у детей;
4. проведение бесед, лекций, семинаров, игр и уроков здоровья для родителей и детей;
5. размещение средств просвещения в дошкольных учреждениях, поликлиниках и больницах;
6. обучение воспитателей детских дошкольных учреждений основным правилам гигиены полости рта.

Таким образом, неудовлетворительная индивидуальная гигиена полости рта является важнейшим фактором риска возникновения кариеса зубов у детей, особенно у дошкольников, потому что дети данной возрастной группы не могут самостоятельно следить за качеством проведения процедуры.

В наши дни имеется много современных интерактивных методов, чтобы облегчить обучение и помочь более комфортно освоить правильную технику чистки зубов. Но самое эффективное обучение – это личный пример родителей. Живой пример и желание

подражать является одним из важнейших механизмов воздействия на ребёнка. Все эти привычки станут залогом здоровья полости рта.

И всегда необходимо помнить, что проще предотвратить заболевание, чем лечить его. В наши дни одним из наиболее эффективных и простых способов по профилактике стоматологических заболеваний является правильная и регулярная гигиена зубов и полости рта.

Список литературы

1. Леонтьев, В.К., Кисельникова, Л.П. Детская терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 896с.
2. Янушевич О.О., Кисельникова Л.П., Топольницкий О.З. Детская стоматология. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 350 с.
3. Кисельникова Л.П. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний у детей.-М.: МГМСУ, 2008. – 27 с.

ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ В ОБЛАСТИ ОТСУТСТВУЮЩИХ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Захаров А.Н.

Научный руководитель: Утюж А.С.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Интерес стоматологов к протезированию зубных рядов с помощью имплантатов существенно вырос в последние годы. Применение современных конструкций позволяет обеспечить положительный результат, что подтверждается несколькими десятилетиями клинических испытаний. По данным R.J. Branemark (1983), успех применения имплантатов на верхней челюсти составляет 90%, а на нижней – 99%. Наличие отечественных имплантатов существенно расширило доступность для населения данного вида помощи.

Любая система дентальных имплантатов должна представлять различные способы фиксации зубных протезов. Одна из задач системы заключается в том, чтобы ограничить количество компонентов и при этом обеспечить максимальную вариабельность и высокое протезированиях.

Система имплантатов должна быть сконструирована таким образом, чтобы обеспечить оптимальные результаты протезирования у пациентов с полностью или частично отсутствующими зубами.

Планирование конструкции зубного протеза, в том числе и способа его фиксации, основывается на клиническом и рентгенографическом обследовании, которые дают информацию о фактическом состоянии кости, при этом необходимо принимать во внимание функциональные, эстетические и гигиенические требования.

Материал и методы. Нами произведена имплантация в области отсутствующих моляров нижней челюсти у 12 человек в возрасте 22-47 лет с использованием 24 винтовых имплантатов марки «Astra Tech», Швеция. У всех пациентов отсутствовали первый, второй и третий моляры – II класс по Кеннеди.

Общим показанием к имплантации считали здоровье пациента, что подтверждалось им документально, а также достаточные качественные и количественные характеристики костной ткани и слизистой оболочки в области расположения имплантата; забота пациента о гигиене полости рта.

Состояние костной ткани оценивали на прицельных и обзорных рентгенограммах с помощью денситометра, совмещенного с компьютером. Определяли плотность костной ткани в месте предполагаемой имплантации относительно плотности дентина рядом стоящего премоляра.

Операцию имплантации производили под местным обезболиванием по двухфазной методике, описанной в руководстве по применению системы дентальных имплантатов «Astra Tech».

Второй этап осуществляли через 3-4 месяца.

Протезировали металлокерамическими протезами, которые укрепляли на головках имплантатов с помощью винтов на головках имплантатов и на

опорном зубе с помощью цемента. Форму жевательной поверхности зубов моделировали в виде премоляров. При наличии малого протезного пространства, протезы фиксировали на цемент с использованием «минидама» MiniDam DMG, Германия.

Результаты и обсуждение. Наблюдали пациентов в течение 12-16 месяцев. Помимо жалоб, осмотра оценивали состояние слизистой оболочки с помощью пробы Шиллера-Писарева. Воспаление слизистой оболочки вокруг шеек имплантатов объективно отсутствовало, что вероятно объясняется использованием специальных щеток-ершиков («Scheu-Dental», Германия).

На контрольных рентгенограммах (спустя 12 месяцев после имплантации) патологических изменений в области имплантатов не выявили. Микроподвижность имплантатов, определенная с помощью прибора «Периотест» фирмы «Сименс», свидетельствовала о положительной остеоинтеграции имплантата с окружающей костью.

Закключение. Таким образом, предварительные положительные результаты лечения свидетельствуют о возможности применения винтовых имплантатов при замещении отсутствующих моляров нижней челюсти.

Список литературы

1. Алимский А.В., Долгоаршинных А.Я. Дентальная имплантация как лучшая альтернатива традиционным методам ортопедического лечения. Стоматология детского возраста и профилактика. 2008. Т. 7. № 3 (26). С. 52-54.
2. Утюж А.С., Юмашев А.В., Загорский В.В. и др. Клинические аспекты биомеханики включенных в блок имплантатов // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. -2016. -№ 7. -С. 92-97.
3. Ряховский А.Н., Левицкий В.В., Карапетян А.А. и др. Сравнительная оценка методов трехмерного сканирования лица. -Панорама ортопедической стоматологии. -2007; 4: 10-3.
4. Ряховский А.Н., Рассадин М.А., Левицкий В.В. и др. Объективная методика оценки изменений топографии объектов полости рта. -Панорама ортопедической стоматологии. - 2006; 1: 8-10.
5. Севбитов А.В., Борисов В.В., Канукоева Е.Ю. и др. Исследование ретенционной способности индивидуальных защитных зубных шин относительно границ их базиса//Труды международного симпозиума «Надежность и качество». Пензенский государственный университет (Пенза) -2015. -Т. 2. -С. 363-364.
6. Loktionova M.V., Zhakhbarov A.G., Yumashev A.V., Utyuzh A.S., Nefedova I.V. Rehabilitation of patients with total mandible defects. // The USA Journal of Applied Sciences. 2016. № 2. С. 10-12.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММОБИЛИЗОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПАРОДОНТЕ

**Ильина Е.Е., Хубаев Т.С., Хачатуров С.С., Хубаева Ф.С., Байчоров К.М.,
Гришилова Е.Н.**

Научный руководитель: Гаража С.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Лечение воспалительных заболеваний пародонта требует применения широкого спектра лекарственных средств, что приводит к длительному курсу лечения и развитию лекарственных осложнений. Значительную перспективу представляет применение нестероидного противовоспалительного препарата эторикоксиб, иммобилизованного на кремнеземных сорбентах [1-3]. Повышенный интерес к нестероидным противовоспалительным препаратам у в последние годы вызван их многогранной биологической активностью и возможностью местного использования. Иммобилизованный препарат, оказываясь в области применения, легко высвобождается в тканях, а на его место сорбируются токсины, микроорганизмы. Одним из ценных, в плане практического использования, являются антимикробные и противовоспалительные свойства эторикоксиба. Также в исследование включен оралсепт в контрольной группе, однако иммобилизацию препарат не проводили [4].

Целью настоящего исследования явилось клиническое изучение эффективности применения иммобилизованных препаратов при лечении воспалительных процессов в тканях пародонта.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники СтГМА. Было проведено лечение 30 пациентов обоего пола, в возрасте от 18 до 30 лет с хроническим генерализованным катаральным гингивитом средней тяжести. Все пациенты были разделены на две группы: основную в составе 25 человек и контрольную – 15 человек. У больных контрольной группы местно применялся препарат оралсепт путем аппликаций в течение 20 минут. Больные основной группы получали лечение ежедневно с использованием эторикоксиба, иммобилизованного на полисорбе (ЭИП).

Препарат, иммобилизованный на полисорбе, готовился *ex tempore* по методике, предложенной Киевским институтом химии поверхностей. Методика заключалась в следующем. На десневой край наносился препарат, иммобилизованный на полисорбе, с вестибулярной поверхности накладывались ватные тампоны, смоченные 5% взвесью того же состава на 20 минут.

Обследование пациентов проводилось по традиционной схеме с определением индексов гигиены Федорова-Володкиной (ИГ), ПМА и ПИ в день обращения, по окончании лечения и через месяц после начала лечения. Перед началом лечения каждый больной обучался правильной гигиене полости рта, удалялись зубные отложения. Пациенты с сопутствующей патологией направлялись на консультацию к соответствующим специалистам и параллельно с лечением гингивита получали курс лечения сопутствующего заболевания.

Результаты и их обсуждение.

До лечения у всех пациентов отмечалась кровоточивость, воспаление сосочковой и маргинальной десны около некоторых зубов. Значение показателей индексов составило: ИГ – $1,82 \pm 0,14$; ПМА – $36,81 \pm 2,55$; ПИ – $1,09 \pm 0,07$.

Для полной ликвидации воспалительных явлений в пародонте у пациентов основной группы потребовалось пять посещений. После пятой процедуры практически у всех пролеченных основной группы воспалительные явления купировались полностью, за исключением двоих пациентов с сахарным диабетом и одного пациента с гипертонической болезнью, у которых сохранялась незначительная отечность и

кровоточивость сосочков. Этим пациентам потребовалось семь процедур для полного снятия воспалительного процесса. Непосредственно после лечения в основной группе значение показателей индексов составило: ИГ – $1,09 \pm 0,04$; ПМА – $1,15 \pm 0,3$; ПИ – $0,04 \pm 0,01$.

У пациентов контрольной группы первые достоверные признаки стихания воспалительного процесса были выявлены только на пятые сутки. Полностью воспалительные явления в десне при гингивите средней тяжести у большинства пациентов контрольной группы купировались на десятые сутки. У некоторых больных незначительные признаки воспаления десны сохранялись еще в течение трех-пяти суток. Значения показателей индексов непосредственно после лечения составляли: ИГ – $1,29 \pm 0,03$; ПМА – $6,98 \pm 0,75$; ПИ – $0,33 \pm 0,01$.

Через один месяц после лечения было установлено, что ни у одного из пациентов основной группы воспалительный процесс не возобновился. В контрольной группе отмечался рецидив воспалительного процесса у двух больных гингивитом. Данные показателей индексов были следующими: ИГ – $1,23 \pm 0,03$; ПМА – $11,83 \pm 1,16$; ПИ – $0,41 \pm 0,41$.

Анализ полученных результатов показывает, что использованный нами при лечении хронического генерализованного гингивита средней степени эторикоксиб, иммобилизованный на полисорбе, после первой процедуры вызывает достоверное ослабление воспалительного процесса. Для полного снятия воспалительного процесса потребовалось пять процедур. Снижение кровоточивости, уменьшение отека происходит за счет уменьшения количества экссудата, содержащего множество факторов воспаления и повреждения тканей, перераспределения жидкости в капиллярном и лимфатическом русле.

Данные исследования позволяют сделать вывод о том, что применение иммобилизованных препаратов позволяет быстро добиться купирования воспалительного процесса в тканях пародонта.

Список литературы

1. Влияние лечения пародонтита иммобилизованными противовоспалительными препаратами на гемодинамику в тканях пародонта / Гаража С.Н. [и др.]//Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №5. С. 281-285.
2. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с использованием иммобилизованного нимесулида. / Гаража С.Н. [и др.]// Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2013. – №2. – С. 79-80.
3. Моргоева, З.З. Применение иммобилизованного фторида олова в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степени тяжести/ Моргоева З.З., Гаража С.Н., Гришилова Е.Н., Гаража Н.Н.//Современные проблемы науки и образования. 2014. № 1. С. 140-143.

ИССЛЕДОВАНИЕ АДГЕЗИИ И ГЕРМЕТИЧНОСТИ ВРЕМЕННЫХ ЦЕМЕНТОВ В ОРИГИНАЛЬНОМ ИМИТАЦИОННОМ КОМПЛЕКСЕ

Илясов В.В.

Научный руководитель: Мишин Д.Н.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Временная фиксация зубных протезов стала обязательным и неотъемлемым клиническим этапом при изготовлении большинства несъемных ортопедических

конструкций (временных и постоянных)[1]. Осуществление данной методики позволяет избегать серьезных последствий и дополнительных материальных затрат со стороны пациента. Реализации данного этапа стала возможной после создания фиксационных материалов, обладающими особыми, отличительными свойствами. В настоящее время разработано несколько групп временных цемента, различающихся по своей химической структуре, что и легло в основу их классификации: цинкокси-эвгенольные, цинкоксидные без эвгенола, на основе гидроксида кальция, цинк-сульфатные, цинкполикарбоксилатные, композитные[2]. Данные материалы рассчитаны на кратковременное пребывание во рту пациента, поэтому главные свойства для них – хорошая адгезия к твердым тканям зуба и ортопедической конструкции, простота снятия реставрации, легкость удаления цемента с поверхности культи зуба и абатмента имплантата[3]. Адгезия, а в следствие и герметичность, играют важную роль в предотвращении развития деминерализации тканей зуба. Именно на данные характеристики направлено наше исследование.

Материалы и методы. Для комплексного изучения данной темы нами был создан оригинальный аппарат, позволяющий моделировать третью фазу жевательного цикла, прием горячей пищи, регистрацию жевательного давления. Исследование проводилось *in vitro* на биопрепаратах зубов, в качестве ортопедических конструкций – штампованные колпачки. В качестве временного фиксационного материала были использованы различные стоматологические цементы, которые широко распространены на стоматологическом рынке: TempoCem NE (DMG), Repin (SofaDental) и Водный Дентин (ВладМиВа). Индивидуальные штампованные колпачки были зафиксированы на данные временные материалы, затем подвергались механическим и температурным воздействиям. Определение нарушения герметичности осуществлялась наличием красителя (метиленового синего) на продольных распилах зубов.

Результаты и обсуждение. TempoCem NE (DMG), Repin (SofaDental) показали хорошие результаты. Цементы удерживали индивидуальные штампованные колпачки в течение двухнедельного цикла. Предварительные распилы в конце первой недели, а также окончательные распилы в конце второй недели не показали изменений (наличие метиленового синего на границе цемент-дентин и цемент-металл, а также окрашивание самого цемента). Предварительные распилы биопрепаратов зубов с зафиксированными колпачками на Водный Дентин (ВладМиВа) не показали изменений. В конце второй недели были выявлены подтекания раствора метиленового синего.

Вывод. Таким образом, моделирование жевательной нагрузки в имитационном комплексе показало, что TempoCem NE (DMG), Repin (SofaDental) подходят для двухнедельной фиксации несъемной ортопедической конструкции. Несмотря на отрицательные результаты в конце второй недели, Водный Дентин (ВладМиВа) можно использовать на кратковременные перспективы.

Список литературы

1. Жулев Е.Н. Ортопедическая стоматология. Фантомный курс / Е.Н. Жулев, Н.В. Курякина, Н.Е. Митин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 715 с.
2. Коновалов А.П. Фантомный курс ортопедической стоматологии / А.П.Коновалов, Н.В. Курякина, Н.Е. Митин. – Нижний Новгород: Медицинская книга, 2001. – 341 с.
3. Митин Н.Е. Исследование мотивационных предпосылок к стоматологическому лечению для улучшения качества жизни / Н.Е. Митин, В.Э. Тихонов, М.И. Гришин // Стоматология для всех.- 2015.- №4.- С. 46-47

СПОСОБЫ ИЗБАВЛЕНИЕ ОТ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ И ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Йулдошев А.А.С., Раимжонов Р.Р., Мадумарова М.М.

Научный руководитель: Раимжанов Р.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Появление зубных камней, зубных налётов и особенно кариеса нарушают эстетичность и гигиеничность ротовой полости. И чаще нет возможности обратиться к врачу стоматологу.

Зубные отложения в начале представляют собой мягкий зубной налёт, и со временем они превращаются в зубной камень. Различают два вида зубного камня: наддесневой и поддесневой. Отложение зубного камня наблюдаются у 80% людей со здоровым пародонтом. Наддесневой камень наблюдается у 37-70% детей в возрасте 9-15 лет, в возрасте 16-22 лет обнаруживается в 44-88% случаев, у взрослых старше 40 лет обнаруживается в 86-100% случаев. Распространённость поддесневого камня несколько ниже, чем наддесневого, но в возрасте старше 40 лет поддесневой камень наблюдается почти у всех людей.

Если не беречь эмаль зуба от повреждения, вовремя не очищать зубы от зубного налёта и камней накопившихся на них, то может развиваться пародонтоз и периодонтит. При пародонтозе ткани, удерживающие зубы ослабевают и зубы становятся подвижными, а при несвоевременном лечении пародонтоза даже здоровые зубы из-за их высокой подвижности приходится удалять. При периодонтите инфекция по корневому каналу проходит к зубу и оно становится причиной простужения зуба и окружающих его дёсен.

Используемые инструменты для удаления зубного камня в стоматологии (ультразвуковые аппараты, экскаваторы, крючки, эмалевые ножи, кюретажные ложки) наносят определённый вред зубам и окружающим их тканям.

При отбеливании у стоматолога часто применяется пероксид водорода в качестве отбеливающего агента, и очень часто бывает риск «переотбеливания» – осложнённое состояние, когда начинается разрушение эмалевого матрикса. Переотбеленные зубы становятся тусклыми, меловидными, пористыми, исчезает характерный для сухой эмали блеск, возникает шероховатость и пористость эмали.

Именно в этих случаях есть простой естественный метод предупреждения и избавления от этого неприятного заболевания.

Материалы и методы.

Для применения предлагаемой методики были отобраны 10 студентов стоматологического факультета, которые согласились участвовать в эксперименте с применением следующих методов в течение двух недель.

Метод избавления от зубных отложений:

Для этого понадобится следующее: 40 грамм кожуры ореха, 1 стакан воды.

Кожуру ореха 20 минут кипятят на низком огне. Потом убирают с огня, охлаждают, процеживают через марлю.

Зубную щётку замачивают в отваре кожуры ореха в течение 10 минут. Затем зубной щёткой хорошо протирают зубы.

Метод применяют 3 раза в день, зубы должны протираться до блеска.

После двухнедельного применения этого метода результат превзойдёт все ваши ожидания.

Кожура ореха обладает сильным антибактериальным действием. Помогает очищать остатки пищи на эмали зубов и неприятные вещества, превращающиеся в зубные камни. Этот метод также полезен лицам, у кого кровоточат дёсны, при этом прекращается простуда, которая является причиной кровоточивости.

Метод отбеливания зубов:

Две таблетки активированного угля измельчают в порошок и, нанося порошок на зубную щётку, в течение пяти минут чистят зубы. После этого надо почистить зубы простой зубной пастой и промыть рот тёплой водой. Эту процедуру надо повторять один раз в 10 дней в течение одного месяца.

Результаты

Исследования показали, что после курса лечения этим методом у исследуемых студентов значительно улучшилось состояние зубов и полости рта. До применения метода у участников исследования определяли индекс гигиены полости рта по Грина-Вермиллиону. Они составляли: у трёх участников 0,7 (удовлетворительная гигиена полости рта); у двух – 0,4 (хорошая); у трёх – 1,1 (удовлетворительная); у одного – 1,7 (неудовлетворительная); у одного – 0,6 (хорошая). После применения этих методов показатель индекса гигиены полости рта в среднем снизился на 0,4 пункта: у 0,7 снизился до 0,4 (хорошая); у 0,4 до 0,1 (хорошая); у 1,1 до 0,6 (хорошая); у 1,7 до 1,2 (удовлетворительная); у 0,6 до 0,3 (хорошая). Итак, в результате исследования было доказано эффективность предлагаемых методов по избавлению от зубных отложений.

Закключение. Особенно важную роль играет в профилактике заболеваний пародонта своевременное удаление зубного камня. Зубной камень раздражает и сдавливает десневой край, что приводит к его травме, воспалению. Зубные отложения следует рассматривать как местный инфекционный очаг, способный вызывать ряд патологических процессов в полости рта и общую интоксикацию организма, поэтому своевременное удаление зубных отложений является основным аспектом лечения и профилактики заболеваний полости рта.

Список литературы

1. Максимовский Ю.М., Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – Зубные отложения. – 2002. – 718 с.
2. Нечай Е.С., Платова Т.С. Отбеливание зубов. – Пародонтология. – 1999. – № 2. – С. 57.
3. Кролль Т.П. Лечение эмали зубов с помощью микроабразии. – «Квинтессенция». – 1995. – 102 с.
4. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – Отбеливание зубов. – 2004. – 351 с.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Калашникова Д.Р., Султанова Л.С., Темирбиева М.М.

Научный руководитель: Елисеева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

С появлением большого количества антибактериальных и противовоспалительных препаратов, ростом резистентности микрофлоры к антибиотикам, их бесконтрольным применением, усложняется процесс лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ). Тем не менее, антибиотики (АБ) и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) являются важными и необходимыми в лечении данных патологий[1,3].

Целью исследования является оптимизация выбора превентивной антибиотико- и противовоспалительной терапий у пациентов с ГВЗ челюстно-лицевой области (ЧЛО) на основании этиотропного и патогенетического подходов.

Материалы и методы. Исследование выполнено на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии СтГМУ, на базе стоматологической поликлиники СтГМУ и отделения ЧЛХ ГKB СМП г. Ставрополя. На 1 этапе был проведен анализ 500 архивных историй болезни стационара и амбулаторных карт пациентов поликлиники с ГВЗ ЧЛО с 2013 по 2018 год. На 2 этапе было проведено анкетирование врачей на предмет назначения АБ и НПВС пациентам с ГВЗ ЧЛО. На 3 этапе обследованы 100 пациентов с ГВЗ ЧЛО обоих полов, в возрасте от 18 до 50 лет. Первую группу составили 50 амбулаторных пациентов, вторую - 50 пациентов стационара. Обследование проводили по общепринятой методике с последующей статистической обработкой результатов (Microsoft OfficeExcel 2007 IBM® SPSS® Statistics) [1,2,3,4].

Результаты и обсуждение. На 1 тапе анализ данных архивных историй болезни и амбулаторных карт выявил, что: основную роль в развитии острых ГВЗ ЧЛО играли условно-патогенные микроорганизмы, которые входят в состав постоянной аэробной и анаэробной микрофлоры полости рта и кожи; возбудителями воспалительных заболеваний ЧЛО были: зеленыящие и негемолитические стрептококки, энтерококки, золотистые стафилококки и гемолитические стрептококки, а при гнилостных процессах - пептострептококки, вейлонеллы, бактероиды, палочка протей, клостридии; чаще микрофлора в очаге воспаления была представлена смешанной, включающей в себя 3-5 микроорганизмов.

На 2 этапе анкетные данные показали(%): 1. Среди возбудителей ГВЗ ЧЛО отмечали *Staphylococcus aureus* (56,7), *Bacteroides* spp .(20), *Streptococcus pyogenes* (13,3), реже *Neisseria* (3,3) и кишечную палочку(3,3); 2. На амбулаторном приеме наиболее часто врачи назначали монотерапию АБ(84,6). Препаратами выбора являлись «Амоксиклав» (60%), «Линкомицин» (26,7%) и реже - АБ группы макролидов (13,3%); 3. Врачи стационара назначали АБ пациентам на основании бакпосева из очага. Комбинированная и монотерапия АБ встречались одинаково часто. Препаратами выбора были цефалоспорины (46,7%), пенициллины (33,3%), фторхинолоны (13,3%) и реже-макролиды (6,7%); 4. Дополнительно к АБ чаще назначали НПВС: «Нимесил» (50%), «Найз» (33,4%), реже «Кеторол» (10%), «Дексалгин» (3,3%) и «Ибуклин» (3,3%)[1,2,3].

На 3 этапе на основании бакпосевов выделили часто высеваемых возбудителей и их чувствительность к АБ: семейства стрептококков и стафилококков 100% были чувствительны к полусинтетическим пенициллинам, цефалоспорином I, III поколений, макролидам и тетрациклинам, а эффективность «Линкомицина» и «Эритромицина» в отношении стрептококков была несколько ниже; энтеробактерии были чувствительны к карбапенемам и фторхинолонам; анаэробная флора проявила чувствительность к «Метронидазолу». Терапия назначалась индивидуально, либо по результатам ретроспективного анализа предыдущей практики применения АБ. Учитывалось и патогенетическое звено течения ГВЗ ЧЛО. Для выявления интенсивности боли применяли визуально-аналоговую шкалу интенсивности боли. Установлено: резко выраженные болевые ощущения выявлены в 50,2%, выраженные - в 42,7%, и в 6,5% случаев были - умеренные болевые ощущения. Для купирования болевого синдрома пациенты получали НПВС: «Кеторол», «Кеторолак», «Найз», «Нимесил», «Анальгин», «Аркоксиа», «Ибуклин» [1,4].

Выводы.

1. Препаратами выбора при лечении ГВЗ ЧЛО на современном этапе должны быть следующие АБ: полусинтетические (ингибиторозащищенные) пенициллины, аминогликозиды, фторхинолоны, реже макролиды и тетрациклины; метронидазол для усиления антианаэробной активности; назначение АБ целесообразно проводить с учетом данных бакпосева и чувствительности микрофлоры к ним.

2. В связи с ассоциацией микрофлоры в очаге АБ необходимо применять комбинированно.

3. Широкое применение НПВС обусловлено спектром их действия: противовоспалительным, болеутоляющим, жаропонижающим, антиагрегантным; следует отдавать предпочтение НПВС, которые избирательно блокируют ЦОГ-2.

4. Превентивная АБ - терапия в сочетании с НПВС направленного действия может стать одним из способов повышения эффективности лечения и предупреждения развития осложнений у больных с ГВЗ ЧЛО .

Список литературы

1. Елисеева, Е.В. Выбор антибактериальных препаратов для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области/ Е.В. Елисеева, К.С. Гандылян, Д.Р. Калашникова// Вестник молодого ученого.- 2019.- Т.8. № 2.- С. 54 – 56.
2. Конев, С.С. Клиническое течение одонтогенных флегмон с учетом количества пространств, вовлеченных в воспалительный процесс/ С.С. Конев, К.С. Гандылян, В.Н. Ивенский, Е.В. Елисеева// Клиническая неврология. – 2016. – № 4. – С. 15 – 17.
3. Письменова, Н.Н. Обоснование выбора антибактериальных средств и контроль их эффективности при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области: Дис. ...кан д. мед.наук: 14.00.21.- Ставрополь, 2006.– 147 с.
4. Романенко, И.П. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и болевые феномены [Электронный ресурс]/ И.П. Романенко И.П., С.С. Конев, К.С. Гандылян, Е.В. Елисеева, М.А. Лысенко, А.Э. Апагуни, С.В. Крохмаль //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. Доступно по: <http://www.science-education.ru/article/view?id=26217>

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ВЕРТИКАЛЬНОЙ ДИЗОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

Келигова З.М., Наухатько А.А., Фейзуллаева З.Э.

Научный руководитель: Водолацкий В. М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Вертикальная дизокклюзия зубных рядов представляет собой деформацию (аномалию) зубочелюстной системы в орбитальной (вертикальной) плоскости. Вертикальная дизокклюзия характеризуется разобщением и отсутствием смыкания зубов в области резцов, клыков иногда премоляров и совсем редко – моляров и является одной из наиболее сложных зубочелюстных аномалий (деформаций), плохо поддающейся лечению. Из этиологических факторов открытого прикуса можно выделить наследственность и генетические факторы, анатомические особенности языка и парафункции, нарушение нейромышечной активности жевательных мышц, ротовое дыхание и др.

Цель исследования: Изучение особенностей строения лица у пациентов детского возраста с вертикальной дизокклюзией зубных рядов.

Материалы и методы исследования

Совместно с сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста СтГМУ проведен клинический осмотр 26 пациентов с патологией зубочелюстной системы, среди которых - 11 мальчиков и 15 девочек в возрасте от 9 до 16 лет. Проведено рентгенологическое исследование и осуществлен анализ ортопантограмм и боковых телерентгенограмм, а также фотометрическое обследование респондентов. При клиническом осмотре оценивали лицо пациента фас и профиль, изучали соотношение средней и нижней трети лица; увеличение высоты нижней трети лица оценивали по наличию вертикального пространства между фронтальными зубами антагонистами.

Определяли выраженность носогубных и супраментальных складок у подобных пациентов.

У 8 пациентов (3 мальчика и 5 девочек) отмечалось наличие вертикальной дизокклюзии зубных рядов, что составляет 30% от общего числа обследуемых. У 5 обследуемых наблюдалось нейтральное соотношение зубных рядов. У 2 респондентов с вертикальной дизокклюзией зубных рядов отмечалась сочетанная форма аномалии прикуса в комбинации с мезиальным соотношением зубных рядов, у 1 пациента - сочетанная форма аномалии прикуса в комбинации с дистальным соотношением зубных рядов. У 4 обследуемых была выявлена I степень тяжести вертикальной резцовой дизокклюзии, у 3 – II степень тяжести, у 1 – III степень тяжести.

Результаты и обсуждение

Из 26 пациентов с патологией зубочелюстной системы у 8 (3 мальчика и 5 девочек) отмечалось наличие вертикальной дизокклюзии зубных рядов, что составляет 30% от общего числа обследуемых.

При этом частота встречаемости данной аномалии у пациентов с нейтральным, дистальным и мезиальным соотношением зубных рядов составила 8,9%, 1,7% и 3,5% соответственно. По степени тяжести: у 50% пациентов (с данной патологией) – I степень тяжести вертикальной дизокклюзии зубных рядов, у 38% - II степень тяжести и у 12% наблюдалась III степень тяжести. Определены особенности строения лица у пациентов детского возраста с вертикальной дизокклюзией зубных рядов.

Лицевые признаки по данным фотометрического обследования у пациентов с вертикальной дизокклюзией зубных рядов: нарушена форма лица в виде его удлинения, увеличена нижняя высота лица, сглажена супраментальная складка, губы не сомкнуты, верхняя губа укорочена, из-под края верхней губы видны нижние края передних зубов и язык, имеется увеличение нижнечелюстных углов (гонимальных). При смыкании губ отмечается их напряженность, а лицо имеет удивленный вид. При сочетании патологии с аномалиями прикуса в сагиттальной плоскости клинические проявления усугубляются, наблюдается асимметрия относительно косметического центра.

По данным клинического осмотра: наличие вертикальной щели, сужение верхней зубной дуги, тесное расположение зубов. Имеется повышенное отложение минерализованных зубных отложений. При исследовании функции можно установить затрудненное откусывание пищи, нарушение функции жевания, глотания. Имеется нарушение произношения отдельных звуков в виде неправильного произношения свистящих (с, з) и шипящих звуков (ш, щ, ж).

По данным профильной ТРГ и ОПТГ: высота лица значительно увеличена за счет увеличения высоты нижней части; высота ветви нижней челюсти увеличена; угол нижней челюсти (Go) значительно увеличен; плоскость SpP смещена книзу и назад по отношению к франкфуртской горизонтали (FH), угол между ними отрицательный; высота альвеолярного отростка верхней челюсти в боковых отделах значительно снижена; в сагиттальном направлении положение челюстей относительно основания черепа не изменено, в вертикальной плоскости отмечается увеличение угла наклона нижней челюсти; вертикальная дизокклюзия зубных рядов во фронтальном отделе.

Выводы

В результате проведенного научного исследования по изучению особенностей строения лица пациентов детского возраста с вертикальной дизокклюзией зубных рядов выявлены существенные клинические нарушения, как внешнего характера, так и в полости рта. Внешние проявления на лице выражаются в увеличении высоты нижней трети лица, выраженности подбородочного отдела нижней трети лица, увеличении угла нижней челюсти, выдвижении нижней челюсти и нижней губы вперед. В полости рта отмечается как изолированная форма вертикальной дизокклюзии с нейтральным соотношением 6 зубов, так и комбинация с формированием сочетанной патологии в

сагиттальной плоскости. У подобных детей с вертикальной дизокклюзией зубных рядов отмечается существенное нарушение основных функций зубочелюстной системы – жевания, дыхания, глотания и речи.

Список литературы

1. Али, А. Э. Лечение вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени у детей / А. Э. Али, В. М. Водолацкий // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. науч. работ. – Ставрополь, 2016. – С. 219-221.
2. Водолацкий, В. М. Клиника и лечение больных с мезиальной окклюзией зубных рядов III степени / В. М. Водолацкий, С. М. Туманян // Стоматология для всех. – 2015. – № 1. – С. 46-49.
3. Ивашенко С. В. Лечение вертикальных зубоальвеолярных деформаций / С. В. Ивашенко // Соврем. стоматология. – 2016. – № 1 (62). – С. 32-34.

СТРУКТУРА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Колбасников Д.С., Коркунова А.А., Пеняюскас И.Я.

Научный руководитель: Пеняюскас И.Я.

Тверской государственный медицинский университет

Введение: диагностика и ведение пациентов с коморбидной патологией остаётся одной из наиболее сложных задач в клинической практике. Одной из задач Программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2021 года является обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи. Установлено, что смертность и заболеваемость среди сельского населения в Российской Федерации выше, чем среди городского. Так, по данным статистических материалов [1], опубликованных за 2016 год ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России показатель смертности (на 100 тысяч населения) среди городских жителей в Российской Федерации составил 1244,8, сельских жителей – 1417,1; в центральном федеральном округе соответственно 1272,1 и 1680,9. Эпидемиологические исследования, проведенные в последние годы, свидетельствуют не только в высокой распространенности среди жителей села соматической патологии, но и стоматологических заболеваний. В Федеральной государственной программе первичной профилактики наиболее распространенных стоматологических заболеваний кариеса зубов и болезней пародонта среди населения России [2] определены долгосрочные цели по основным параметрам стоматологического здоровья. Выявлению распространенности заболеваний, факторов риска, их стратификации придается особое значение, поскольку это позволяет получить представление о некоторых патогенетических механизмах, лежащих не только в основе развития хронических заболеваний и их осложнений, а также более конкретно планировать и осуществлять лечебно-профилактические мероприятия на сельском врачебном участке. Однако в литературе имеются немногочисленные работы о распространенности стоматологических заболеваний среди жителей сельского врачебного участка. Данное обстоятельство обуславливает необходимость прицельного изучения распространенности стоматологических и соматических заболеваний среди жителей села. Цель исследования – изучить структуру стоматологических заболеваний, их взаимосвязь с различными патологическими состояниями у лиц, проживающих в сельской местности.

Материалы и методы: обследован 91 больной (35 мужчин, 56 женщин; возраст – $48 \pm 0,8$ лет) сельского врачебного участка, находившийся на плановом осмотре и лечении в кабинете врача-стоматолога села Мелково Конаковского района Тверской области. С помощью разработанной анкеты, а также при анализе медицинской документации (медицинская карта стоматологического больного, контрольная карта диспансерного наблюдения) изучалась структура стоматологических заболеваний и их связь (взаимосвязь) с другими соматическими состояниями.

Результаты и обсуждение: среди стоматологических заболеваний у жителей сельского врачебного участка выявлялись следующие патологические состояния: пульпит (28; 30,8%), хронический апикальный периодонтит (27; 29,7%), зубные отложения (21; 23%), кариес эмали (15; 16,5%). При детальном изучении оказалось, что пульпит одинаково встречался среди мужчин и женщин; средний возраст соответственно составил $48 \pm 3,1$ лет и $52 \pm 4,4$ года. Хронический апикальный периодонтит выявлялся у 11 мужчин и 16 женщин; средний возраст соответственно составил $51 \pm 6,5$ год и $44 \pm 4,5$ года. Зубные отложения регистрировались у 7 мужчин и 14 женщин; средний возраст соответственно составил $39 \pm 5,5$ лет и $41 \pm 4,6$ год. Кариес эмали обнаруживался у 3 мужчин и 12 женщин, возраст соответственно составил $47 \pm 8,4$ лет и $45 \pm 6,3$ лет. Следовательно, среди жителей, проживающих в сельской местности, стоматологические заболевания чаще встречаются у женщин в возрастной группе 40 лет и более. Среди обследованных соматические заболевания встречались у 40 (44%) человек (мужчин – 21, женщин – 19). При детальном изучении коморбидных состояний установлено, что наиболее часто стоматологическим заболеваниям сопутствовали: артериальная гипертония (12; 13,2%), хронические сосудистые заболевания головного мозга (12; 13,2%), заболевания суставов и позвоночника (8; 8,8%), ишемическая болезнь сердца (3; 3,3%), онкологическая патология (2; 2,2%), сахарный диабет (1; 1,1%), бронхиальная астма (1; 1,1%). Пульпиту чаще сопутствовали хроническая ишемия головного мозга, артериальная гипертония, кариесу – ишемическая болезнь сердца, хроническая ишемия головного мозга; при зубных отложениях – артериальная гипертония, хроническом апикальном периодонтите – хроническая ишемия головного мозга. Обращает на себя внимание, что в нашем исследовании распространенность стоматологической патологии среди сельских жителей оказалась ниже, чем статистические данные других исследователей. По нашему мнению, такое расхождение предъявляет дополнительные требования для проведения скрининговых исследований в сельской местности диагностике состояния зубов и пародонта.

Выводы: среди жителей Мелковского сельского врачебного участка Конаковского района Тверской области в структуре стоматологических заболеваний преобладает пульпит, затем хронический апикальный периодонтит, реже зубные отложения и кариес эмали, причем у женщин чаще, чем у мужчин. Поражению тканей зуба и периодонта наиболее часто сопутствует артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая ишемия головного мозга. Учитывая распространенность заболеваний зубов и пародонта, их сопряженность с различными сосудистыми патологическими состояниями, необходимо организовать совместную работу врача-терапевта и стоматолога для проведения своевременной ранней диагностики патологических состояний и осуществления активных лечебно-профилактических мероприятий на сельском врачебном участке.

Список литературы

1. Медико-демографические показатели Российской Федерации 2016 г; статистические материалы ФГБУ “ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения.” Минздрава Росси, Москва, 2017.

2. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения. – Москва, 2011. – 32 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПАСТЫ И ГУТТАПЕРЧИ

Кулумбегова И.Р., Кулумбегов Г.Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Качественное эндодонтическое лечение является одним из самых важных этапов при лечении пульпитов и периодонтитов. Большое значение имеет не только медикаментозная и механическая обработка, но и качественная obturation корневых каналов. Целью obturation корневых каналов постоянных зубов, согласно основным показателям качества Европейского эндодонтического общества (ESE), является предотвращение проникновения микроорганизмов и жидкостей в корневой канал, пломбирование всей системы каналов [2]. При этом, имеется необходимость пломбирования не только области выхода в периодонт, но также дентинных канальцев и дополнительных каналов [1].

В настоящее время стоматологи используют для пломбирования пасту или гуттаперчу. Оба материала широко распространены в работе стоматологов. Пломбирование пастой является технически более простым способом, занимает меньше времени. Гуттаперча требует больших усилий и времени [3]. Оценить качество пломбирования корневых каналов возможно лишь в отдаленные сроки. В настоящей статье приводится сравнение отдаленных результатов пломбирования при использовании пасты и холодной гуттаперчи.

Целью нашего исследования явилось изучение качества obturation корневых каналов у пациентов от 30 до 45 лет сразу после эндодонтического лечения, а также спустя 2 года после него. Результаты оценивались клинически, микробиологически и с помощью прицельных рентгенологических снимков.

Материалы и методы. В группу исследования были включены 30 пациентов, которым было проведено эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов. Все пациенты были разделены на 2 группы, в каждой по 15 человек: первой группе была осуществлена obturation каналов пастой, второй группе проводилось лечение гуттаперчей методом латеральной конденсации. Сразу после лечения пациентам были сделаны прицельные рентгенологические снимки. Спустя два года пациентам произвели повторные снимки и оценили отдаленные результаты лечения. Оценка проводилась по нескольким параметрам, среди них – плотность obturation, степень рассасывания материала, наличие или отсутствие периапикальных изменений, а также наличие субъективных жалоб пациента. При микробиологическом исследовании оценивалось наличие патогенных микроорганизмов в корневом канале. Статистическая обработка результатов исследования производилась с использованием пакета программ Statistica 10.

Результаты и обсуждение. При изучении снимков сразу после пломбирования в 100% случаев в обеих группах отмечалась плотная obturation каналов, материал не выходил за верхушку корня. Клинически не отмечалось постпломбировочных болей. При изучении снимков спустя 2 года после пломбирования рентгенологическая картина изменилась. В первой группе пациентов, прошедших лечение с помощью пасты, в 67% случаев отмечалось незначительное рассасывание материала за счет снижения плотности obturation, при этом у 20% пациентов отмечалось расширение периодонтальной щели, начало резорбтивного процесса. Клинически пациенты не предъявляли жалоб. При

микробиологическом исследовании в канале обнаружались *Streptococcus mutans*, *Streptococcus mitis*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium*. Эти микроорганизмы являются патогенными и могут вызвать повторное воспаление.

Во второй группе пациентов, прошедших пломбирование с помощью гуттаперчи методом латеральной конденсации, в 100% случаев на прицельных снимках не отмечалось никаких изменений, плотность obturation не изменилась, отсутствовали периапикальные изменения. Клинически жалоб не наблюдалось. Иными словами, с течением времени гуттаперча не потеряла своей герметичности. При микробиологическом исследовании в мазках обнаружались только *Streptococcus mutans* и *Streptococcus mitis* в достаточно малых количествах. Таким образом, удалось выяснить, что гуттаперча имеет лучшие отдаленные результаты лечения, так как не изменяет своих свойств в канале. Паста же подвергается рассасыванию с течением времени, плотность заполнения канала снижается, создаются условия для размножения бактерий, что может привести к развитию апикального периодонтита.

На основании проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Паста для пломбирования и гуттаперча обеспечивают плотную obturation корневых каналов непосредственно после окончания лечения.
2. Спустя 2 года при использовании пасты возможно ее рассасывание и развитие периапикальных изменений.
3. Гуттаперча практически не подвергается изменениям спустя 2 года, обеспечивая плотную герметизацию корневого канала, поэтому для лучших отдаленных результатов лечения рекомендуется пломбирование гуттаперчей методом латеральной конденсации.

Список литературы

1. Бекмурадов Б.А. Современные материалы и методы obturation системы корневых каналов зубов / Б.А. Бекмурадов, Ш.Ф. Джураева // Вестник Авиценны. – 2013. – № 3. – С. 111-116.
2. Проскурякова Е.А. Сравнительный анализ методов obturation корневых каналов / Е.А. Проскурякова, Г.К. Бурда, Ю.А. Шухорова // Управление качеством медицинской помощи. – 2014. – № 2. – С. 76-83.
3. Федоринчик О.В. Клинико-лабораторное обоснование выбора силера для пломбирования корневых каналов зубов / О.В. Федоринчик // Весці нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2012. – № 3. – С. 68-76.

КОМБИНИРОВАНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО–ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Махмудов Ж.К.

Бухарский государственный медицинский институт

Известно, что острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстно–лицевой области (ЧЛЮ) представляют собой важную медицинскую проблему в хирургической стоматологии [1]. Воспалительные процессы ЧЛЮ составляют 55-65%, а в структуре острых гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ достигают 69,5% [2]. Характерным для них является агрессивное течение воспалительного процесса и поражение глубоких клетчаточных пространств, сопровождающееся выраженной эндогенной интоксикацией [3,4]. Несмотря на большое количество исследований, проводимых в данной области, и

внедрение современных методов, результаты лечения этой категории пациентов оказываются малоэффективными [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния ступенчатой антибактериальной терапии препаратами цефазолин и комбинированного лечения антибактериальными препаратами широкого спектра действия – амоксицилинна и клавулановой кислоты на течение острых гнойных воспалительных заболеваний (ОГВЗ) ЧЛО.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 55 больных с ОГВЗ ЧЛО, в возрасте 17-55 лет, 30 мужчин, и 25 женщин. Все больные с воспалительными процессами в ЧЛО поступали в клинику по экстренным показаниям и после постановки диагноза получали адекватное комплексное лечение в первые часы госпитализации. Больные были разделены на две группы: контрольную и основную. В состав контрольной группы вошло 25 пациентов, лечившихся традиционным способом: хирургическое лечение с последующим внутримышечным назначением антибиотика цефазолина (по 1 грамму 3 раза в сутки через каждые 8 часов), витаминотерапии с целью общеукрепляющей терапии и профилактики дисбактериоза, частых полосканий полости рта растворами антисептиков. Пациентам основной группы (30 пациентов) параллельно с вышеописанным традиционным лечением на вторые сутки после оперативного вмешательства был назначен комбинированный антибактериальный препарат широкого спектра действия – амоксицилин и клавулановая кислота. (Кламок 625) в таблетированной форме (по 1 таблетке каждые 8 часов во время еды).

Полученные результаты. При анализе данных, полученных у больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛО, у всех пациентов были выявлены локальные и общие признаки, характеризующие течение патологического состояния организма. Общая реакция организма была выражена пропорционально распространению и характеру местного гнойного процесса. Во всех случаях клиническая картина различных вариантов течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний сопровождалась общей воспалительной реакцией и интоксикацией с резким подъёмом температуры, диффузной головной болью, выраженной общей слабостью, нарушением аппетита и диссомнией, а также воспалительными изменениями крови с наличием лейкоцитоза со сдвигом влево, высокой СОЭ и т.д.

Основными местными симптомами при поступлении больных были признаки гиперемии мягких тканей в области воспаления и наличие их отека, флюктуация и резкая болезненность окружающих мягких тканей, затруднение пережёвывания пищи, у значительной части больных отмечалась воспалительная контрактура полости рта и боль при глотании.

Проведенные исследования показали, что у 97,5 % больных основной группы (30 пациентов) уже к концу первых суток после начала лечения болевой синдром, гноеотделение из раны, гиперемия и отек мягких тканей в зоне воспаления значительно уменьшались. В контрольной группе (25 пациентов), леченных традиционными методами, купирование указанных симптомов у 88,3 % больных наблюдалось, в среднем, на $2,3 \pm 1,05$ суток позже, чем в основной группе, причем у 11,7 % больных потребовалось еще на $2,9 \pm 1,3$ суток больше времени для купирования данных клинических признаков.

Таким образом, включение в состав комплексной терапии острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области с комбинированным применением антибактериальных препаратов широкого спектра действия – амоксицилинна и клавулановой кислоты, способствует быстрому регрессу общих и местных признаков воспаления, что сокращает сроки временной нетрудоспособности пациентов и их пребывания в стационаре. Приемлемый профиль переносимости и значительный опыт использования комбинированных антибактериальных препаратов широкого спектра действия – амоксицилинна и клавулановой кислоты еще сильнее

укрепляют его позиции в качестве одного из препаратов выбора для комплексного лечения данной категории пациентов.

Список литературы

1. Байприков, И.М. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно – лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета / И.М. Байприков, В.А.Монаков, А.Л.Савельев, Д.В.Монаков // Международной журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №11. – С. 100-104.
2. Карпов, С.М. Структура и особенности диагностики неврологических проявлений у пациентов с челюстно-лицевой травмой по данным челюстно-лицевого отделения Ставрополя. / Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю., Семенов Р.Р., Хатуаева А.А. – Стоматология. – 2014. – №(93). – С. 27-29.
3. Порфириадис, М. Обоснование иммуномодулирующей терапии при вялотекущих одонтогенных флегмонах. / Порфириадис М. И др. // Врач. – 2010. – №7. – С. 72-74.
4. Тер – Асатуров, Г.П. Некоторые вопросы патогенеза одонтогенных флегмон / Г.П. Тер – Асатуров // Стоматология. – 2005. – 84, №1.– С. 20-27.
5. Карпов, С.М. Иммунологическая реактивность у больных с острыми одонтогенными заболеваниями / С.М. Карпов, Е.М. Мосиенко // Клиническая неврология. – 2009. – №2. – С. 3-5.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИММОБИЛИЗАЦИИ И ШИНИРОВАНИЮ ЧЕЛЮСТЕЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Митин Н.Е., Золотова М.И.

Научный руководитель: Митин Н.Е.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Проблема травматизма челюстно-лицевой области в условиях роста локальных войн, в связи с неблагоприятными экологическими и социальными факторами, участвовавшими в чрезвычайных ситуациях всегда оставалась актуальной проблемой хирургической стоматологии и оказания первой медицинской помощи. В настоящее время, к травматизму зачастую приводит небрежность и несоблюдение техники безопасности в процессе занятия активными видами спорта, туризмом, авто- и мотоспортом, что подчеркивает ее актуальность в настоящее время. Основопологающей целью при лечении больных с переломами нижней челюсти является вовремя оказанная неотложная помощь.[1] Ее составляют следующие мероприятия: репозиция, иммобилизация, медикаментозное лечение и физические методы. В практике стационаров на данный момент применяют лечебные и оперативные методы лечения переломов. [3]

Материалы и методы.

1.Общеклиническое стоматологическое исследование. 2. Рентгенологические, эмпирические методы исследования.3.Экспериментальные модели челюстей с имитацией различных форм переломов нижней челюсти. (Денто-модель ПО “Зарница”).

Результаты и обсуждение.

Основопологающей целью при лечении больных с переломами нижней челюсти является вовремя оказанная неотложная помощь. Различают временные и лечебные (постоянные) консервативные методы им-мобилизации. Временные (транспортные) методы разделяют на внеротовые (бинтовая повязка, подбородочная праща и др.) и внутриротовые (межчелюстное лигатурное скрепление и др.).[2] Временную

иммобилизацию необходимо проводить в случаях, когда отсутствуют необходимые условия, время и специализированные кадры для проведения лечебной иммобилизации. Тяжелое общесоматическое состояние пациента также является относительным противопоказанием для проведения лечебной иммобилизации и тем самым происходит удлинение сроков для ее осуществления.[5]

Однако, несмотря на актуальность рассматриваемой темы, за последние годы не предлагалось новых методик иммобилизации, либо предложенные лечебные и оперативные мероприятия применяются исключительно в стационаре и непригодны для оказания первой медицинской помощи. Причиной, увеличивающей длительность послеоперационного периода лечения при переломах нижней челюсти, а также способствующими возникновению осложнений, являются позднее обращение пострадавших за специализированной помощью, диагностические ошибки на догоспитальном этапе, неточная репозиция и недостаточная фиксация отломков.[6] Успех мероприятий стационара, т.е. оказание специализированной помощи, зависит от качественного и быстрого проведения первой медицинской помощи. Кроме того, в своей работе А. Амро, В.В. Самсонов, Г.А. Гребнев, А.К. Иорданишвили установили, что переломы нижней челюсти чаще диагностируются у людей 1-го зрелого (36,4% случаев) и юношеского возраста (26,9% случаев), реже – старческого (6,3% случаев) и пожилого (12,6% случаев) возраста. Таким образом, пациенты трудоспособного возраста требуют более четкой диагностики и лечения для полноценного восстановления социального статуса.[4]

Таким образом, остается актуальной проблема совершенствования вариантов временной иммобилизации и разработка новых методик шинирования при переломах нижней челюсти.

Одним из предлагаемых вариантов является разработанная нами стандартная шина, которая представляет собой жесткую полимерную конструкцию с направляющими каналами, соответствующими форме зубных рядов. Шина позволяет разобщить зубные ряды на величину физиологического покоя при соотношении зубных рядов в переднем положении нижней челюсти, тем самым достигается расслабление жевательной и передней поверхности височной мышцы. Спазматических изменений в мышцах не наблюдается, а также сокращаются послеоперационные сроки реабилитации пострадавших.

Данная конструкция подразумевает применение эластических твердеющих материалов, заполняющих направляющие каналы, что после их затвердевания позволит применять предлагаемый аппарат на более длительный срок в сочетании с обязательной противовоспалительной терапией. Кроме того, для облегчения дыхания, гигиенического ухода, а также для кормления в конструкции предусмотрены специальные приспособления в виде отверстий для трубок. Оказание первой помощи при использовании данной шины может осуществляться врачами на этапе первой и квалифицированной помощи.

Закключение (выводы). В результате исследований проанализировано достаточно большое число методик временного внеротового и внутриротового шинирования. Многие из них в настоящее время представляют лишь исторический или познавательный интерес и имеют множество недостатков. Применение новых методов временной иммобилизации позволяет значительно снизить количество осложнений в послеоперационном периоде и оптимизировать сроки оказания первой врачебной и квалифицированной помощи при переломах нижней челюсти.

Список литературы

1. Гуйтер О.С., Митин Н.Е., Устюгова А.Е., Сорокина М.А. Этиологические факторы, способствующие возникновению дефектов и деформаций челюстно-лицевой области //Наука молодых (Eruditio Juvenium). —2015. — № 4. С. — 91-97.
2. Дацко, А.А. Реализация современных принципов лечения повреждений челюстно-лицевой области / А.А. Дацко, Д.В. Тетюхин // Стоматология. — 2003. — № 1. — С. 17—21.
3. Жулев Е.Н., Курякина Н.В., Митин Н.Е. /Ортопедическая стоматология. фантомный курс//Учебник для студентов, обучающихся по специальности 060105 (040400) - «Стоматология» / Жулев Е. Н., Курякина Н. В., Митин Н. Е.// под редакцией Е. Н. Жулева. Москва —2011.
4. Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Васильева Т.А., Гришин М.И. /Современные критерии оценки эстетического результата стоматологического лечения (обзор литературы) //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. — 2015. —№ 2. — С. 37.
5. Робустова Т.Г. Обследование хирургического стоматологического больного // Хирургическая стоматология. М.: Медицина. —2003. —С. — 21—34.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии/ А.А. Тимофеев.—2011г. — С. — 17.

СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГАЛЬВАНОЗА

Михайлова М.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Диагнозы частичной и полной вторичной адентии остаются наиболее распространенными для пациентов в современной клинической ортопедической практике, направленной на восстановление естественной окклюзии с использованием технологий протезирования. Однако, в то же самое время, процесс лечения, а также процесс последующей адаптации пациента к протезу, могут иметь в числе своих последствий возникновение ряда патологических эффектов, к одним из которых относятся эффекты гальванизма. Внутренняя среда полости рта человека является сложной биохимической системой, и общий химизм процессов, протекающих внутри нее, направлен на динамическое поддержание баланса основных биохимических характеристик этой среды, внесение в которую извне протезной конструкции, изготовленной из чуждого для организма материала, может нарушить этот хрупкий баланс, что представляет собой весьма существенную клиническую проблему, определившую актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы. Материалы и оборудование, использованные в процессе исследования –аппаратура определения и фиксации разности электропотенциалов в полости рта стоматологического пациента, лабораторный спектрометр для определения показателя рН внутриротовой жидкости и наличия в ней примесей. Методы –метод измерения и фиксации разницы биопотенциалов в различных точках полости рта ортопедического пациента, в том числе – близкорасположенных к установленной протезной конструкции, метод спектрохроматографии для определения показателей кислотности и наличия примесей, метод опроса ортопедических пациентов. Результаты и их обсуждения. С целью организации настоящего исследования была сформирована исследуемая выборка пациентов, срок установки протезных конструкций, в полости рта которых превышал полтора месяца от даты установки. Типичные в выборке субъективно предъявляемые симптомы: постоянное ощущение во рту металлического привкуса, ощущение «химической» горечи или солоноватого привкуса, периодическое ощущение

жжения в антральной зоне языка, дискомфорт при прямом контакте протеза с металлическими столовыми приборами, повышенная сухость во рту, изменение вкусовых ощущений. По данным объективного осмотра: очаговая гиперемия слизистой оболочки и языка, гипосаливация. Численность выборки – 19 пациентов, по результатам парной фиксации биопотенциалов внутри полости рта – от 83 до 159 мВ. (норма: 50 – 60 мВ.) Диагностируемое превышение: 51 – 189%% (превышение нормы более чем на 30% указывает на наличие гальванических токов внутри ротовой полости и является объективным основанием для постановки диагноза гальваноза обследуемому пациенту). В результате спектрохроматографического исследования жидкости ротовой полости обследуемых пациентов установлено значение pH 6,52 – 6,88 (норма 7,0). Диагностируемое отклонение: 2,9 – 9,7%%. pH статус – повышенная (умеренно или средней степени выраженности) кислотность внутриротовой жидкости. Определение наличия примесей в спектре – зафиксированы микропримеси: титан, марганец, никель, хром. Дополнительные факторы риска возникновения феноменов гальванизма по данным объективного осмотра полости рта: наличие металлических коронок зубов (до установки протезной конструкции), бюгельных протезов, пломб из металлосодержащих составов (11 из 19 пациентов). Отмеченные факторы развития гальванических токов в полости рта ортопедических пациентов: изготовление установленного протеза из разных материалов (образование биметаллических электролитных пар – 7 из 19 пациентов), наличие окисной пленки на коронках и металлических пломбах, повреждение целостности покрытия как установленного, так и уже имевшихся ранее зубных протезов, наличие на протезе напыления с содержанием Na или Ti, изношенность установленных протезов, олигосаливация на фоне нарушения pH слюны.

Выводы. Возникновение феноменов гальванизма в период после установки протезной конструкции фиксируется у определенного количества ортопедических пациентов и приводит к развитию патологии гальваноза, следствием которой является нарушение кислотно-щелочного баланса внутренней среды в полости рта пациента, нарушение процессов синтеза и отделения слюны, возникновение субъективно воспринимаемых aberrаций вкусовых ощущений, дискомфорта во рту, создания условий для присоединения инфекции и развития в ротовой полости пациента патогенной микрофлоры. В случае предъявления ортопедическим пациентом множественной субъективной симптоматики, которая может указывать на развитие внутриротовой патологии вследствие действия этиологических факторов, связанных с установкой протезов. Для проведения диагностики и назначения лечения должен быть проведен полный комплекс обследования по объективным показаниям, включающим лабораторное исследование величины разницы парных биопотенциалов внутри ротовой полости пациента.

Список литературы

1. Борисова Э.Г., Комова А.А., Вербитский Е.С., Идрис А.Я. Гальваноз полости рта // Проблемы стоматологии. 2019. Т. 15. № 1. С. 5-9.
2. Гожая Л., Талалай Т., Мирзоян А., Исакова Т., Арунов Т. Гальваноз - показатель нарушения стоматологического здоровья // Cathedra - кафедра. Стоматологическое образование. 2011. № 38. С. 30-33.
3. Утюж А., Юмашев А., Михайлова М. Ортопедические конструкции из сплавов титана при непереносимости традиционных зубных протезов // Врач. - 2016. - № 7. - С. 62-64.
4. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г., Михайлова М.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. - 2012. - Т. 14. - № 2. - С. 26.
5. Юмашев А.В., Ряховский А.Н. Варианты использования CAD/CAM систем в ортопедической стоматологии // Стоматология. - 1999. - Т. 78. - № 4. - С. 56-58.

ДИАГНОСТИКА ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Михайлюта А.Г., Тхакохова С.М.

Научный руководитель: Скрыль А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время диагностика окклюзионных взаимоотношений является одной из основных задач в современной стоматологии. Неполное обследование пациента может быть причиной диагностических ошибок и составления ошибочного плана лечения. В связи с этим актуальной задачей в ортопедической стоматологии является точная диагностика окклюзии зубных рядов с применением современных методов. В работе ставится цель: проанализировать отечественную и зарубежную литературу, сделать вывод о наиболее современных методах диагностики окклюзионных нарушений в клинике ортопедической стоматологии.

Материалы и методы.

В ходе проведения работы было обследовано 10 пациентов, среди которых 50% - мужчины, 50%- женщины, все пациенты в возрасте 18-25 лет. Были проведены следующие методы обследования: окклюдодиагностика при помощи восковой пластины, окклюзионной бумаги; применение артикулятора с использованием разборных гипсовых моделей, измерительные плёнки Fuji Prescale, окклюдодиагностика.

Результаты и обсуждение.

В ходе проведения окклюдодиагностики при помощи восковой пластины были выявлены следующие минусы: преждевременные контакты выявились только в положении центральной окклюзии, длительность и неудобство при хранении, так как необходимо сохранять первую и последнюю окклюдодиаграммы. При использовании окклюзионной бумаги мы обнаружили следующие положительные моменты: отпечатки на бумаге легко и долго хранятся в стоматологической карте пациента, отражают динамику регистрации. Использование артикулятора позволяет установить гипсовые модели в положении центрального соотношения, что способствует диагностировать принужденное (в обход окклюзионного препятствия) смещение нижней челюсти пациента и провести адекватное стоматологическое лечение с созданием должной центральной окклюзии. Измерительные плёнки Fuji Prescale содержат микрокапсулы с красителем, которые при действии жевательного давления разрушаются, что в свою очередь приводит к образованию устойчивой красной окраски в месте контакта. Для окклюдодиагностики мы применили материал Futar D, с помощью которого получили адекватный обзор окклюзионных соотношений.

Проблема нарушения окклюзионных взаимоотношений в настоящее время является наиболее актуальной в ортопедической стоматологии. Использование устаревших методов диагностики окклюзионных взаимоотношений грозит развитию травматической окклюзии, при которой развиваются нарушения со стороны мышечного и суставного аппарата зубочелюстной системы с развитием мышечно-суставной дисфункции.

Заключение.

Изучив отечественную и зарубежную литературу, можно сделать вывод, что необходимо использовать современные методы диагностики окклюзии зубных рядов с целью профилактики и лечения нарушения межокклюзионных взаимоотношений. Это благоприятно скажется на исходе лечения, при этом повысится эффективность лечения, снизится количество осложнений, вызванных нарушениями окклюзии.

Список литературы

1. Клинеберг И., Джагер Р. «Окклюзия и клиническая практика».- М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 200с.

2. Хватова В.А. «Функциональная диагностика и лечение в стоматологии». – М.: МЕД. Книга. 2009. – 293с.
3. Bausch J. «Средства для проверки артикуляции и окклюзии».- Кельн. 2007.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мохамад И.С., Водолацкая А.В.

Научный руководитель: Водолацкий В.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Высокая частота аномалий зубочелюстной системы в детском возрасте (62-77%) и тяжесть клинических и функциональных нарушений выделяют данную категорию пациентов в одну из самых сложных в детской стоматологии. Наиболее тяжелую форму деформации зубочелюстной системы представляют больные с аномалиями окклюзии зубных рядов (аномалиями прикуса). Выявление среди детей и подростков пациентов с различными формами аномалий и деформаций зубочелюстной системы позволяет эффективно планировать и осуществлять ортодонтическое лечение.

Цель исследования: изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей и подростков.

Материал и методы: сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста проведен клинический осмотр 718 детей средних школ г. Ставрополя (СШ № 1, 4, 5, 25, 30). У 442 - 61,55 % (мальчиков - 183 - 41,40%, девочек - 259 – 58,59%) из них выявлена патология зубочелюстной системы. Статистическая обработка полученных данных производилась с помощью программы Statistica 6.

Все исследуемые дети были поделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 231 детей (52,26%) с аномалией отдельных зубов – 107 (24,20%) и зубных рядов -124 (28,05 %), 2-ю группу составили 211 детей (47,73%) с патологией окклюзии зубных рядов.

Аномалии отдельных зубов выявлены у 107 (24,20%) детей. В данную категорию входили дети с нарушением количества зубов (адентия – 6 (1,36%), сверхкомплектными зубами – 4 (0,90%), аномалиями размеров и формы зубов - 11 (2,48%), аномалиями положения отдельных зубов – 86 (19,45%). Аномалии размеров и формы зубных рядов выявлены у 124 детей – 28,05%.

Среди нарушения количества зубов адентия-частичная и полная (гиподонтия) встречалась чаще, чем сверхкомплектные зубы (гиперодонтия), соответственно - 1,36% и 0,90%.

Аномалии размеров и формы зубов (гигантские зубы, шиповидные и атипичные зубы) выявлены в 2,48% случаев.

Из аномалии положения отдельных зубов чаще отмечались высокое положение зубов (супраокклюзия) - 2,94% и небно-язычное прорезывание зубов - 2,71%. Меньше всего наблюдались транспозиция зубов - 0,45% и тремы между зубами - 0,67%.

Среди аномалии формы зубных рядов самой высокой частоты достигало сужение зубного ряда - 17,87%. Реже определялась V-образная форма зубного ряда - 1,13%.

Распространенность патологии окклюзии зубных рядов у детей и подростков (211) анализировалась с учетом имеющегося патологического вида прикуса.

Из патологии окклюзии зубных рядов у детей и подростков самой высокой частоты распространенности достигал дистальный прикус - 25,56%. Меньше всего встречался перекрестный прикус - 1,58%.

Результаты и их обсуждение

Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста проведен клинический осмотр 718 детей средних школ г. Ставрополя (СШ № 1, 4, 5, 25, 30). У 442 - 61,55 % (мальчиков - 183 - 41,40%, девочек - 259 - 58,59%) из них выявлена патология зубочелюстной системы. Все исследуемые дети были поделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 231 детей (52,26%) с аномалией отдельных зубов - 107 (24,20 %) и зубных рядов - 124 (28,05 %), 2-ю группу составили 211 детей (47,73%) с патологией окклюзии зубных рядов.

Дети из 1-й группы (231 - 52,26%) имели нарушение количества зубов (адентия - 6 (1,36%), сверхкомплектные зубы - 4 (0,90%), аномалии размеров и формы зубов (гигантские зубы, шиповидные и атипичные зубы - 11 (2,48%), аномалии положения отдельных зубов (вестибулярное, небное, язычное, дистопия, ретенция, тортоаномалия, транспозиция, диастема, трема, протрузия, ретрузия) - 86 (19,45%). Аномалии размеров и формы зубных рядов выявлены у 124 детей - 28,05%.

Среди нарушения количества зубов адентия-частичная и полная (гиподонтия) встречалась чаще, чем сверхкомплектные зубы (гиперодонтия), соответственно - 1,36% и 0,90%.

Аномалии размеров и формы зубов (гигантские зубы, шиповидные и атипичные зубы) выявлены в 2,48% случаев.

Из аномалии положения отдельных зубов чаще отмечались высокое положение зубов (супраокклюзия) - 2,94% и небно-язычное прорезывание зубов - 2,71%. Меньше всего наблюдались транспозиция зубов - 0,45% и тремы между зубами - 0,67%.

Среди аномалии формы зубных рядов самой высокой частоты достигало сужение зубного ряда - 17,87%. Реже находилась V-образная форма зубного ряда - 1,13%.

Распространённость патологии окклюзии зубных рядов у детей и подростков (211) анализировалась с учетом имеющегося патологического вида прикуса.

Из патологии окклюзии зубных рядов у детей и подростков самой высокой частоты распространённости достигал дистальный прикус - 25,56%. Меньше всего встречался перекрестный прикус - 1,58%.

Выводы

Из 718 детей г. Ставрополя у 442 - 61,55% выявлена патология зубочелюстной системы. У детей отмечались аномалии размеров и формы зубов (гигантские зубы, шиповидные и атипичные зубы - 11 (2,48%), аномалии положения отдельных зубов (вестибулярное, небное, язычное, дистопия, ретенция, тортоаномалия, транспозиция, диастема, трема, протрузия, ретрузия) - 86 (19,45%). Аномалии размеров и формы зубных рядов выявлены у 124 детей - 28,05%.

Среди аномалии формы зубных рядов самой высокой частоты достигало сужение зубного ряда, встречающееся у 17,87% обследованных.

Из патологии окклюзии зубных рядов у детей и подростков самой высокой частоты распространённости достигал дистальный прикус - 25,56%.

Список литературы

1. Бишарян, М. С. Исследование аномалий зубочелюстной системы у жителей Республики Армения с целью идентификации личности / М. С. Бишарян, М. А. Саркисян // Dental Forum . - 2013. - № 2. - С. 26-28.
2. Гонтарев, С. Н. Геоинформационно-наследственные связи в лечении детей и подростков в ортодонтической практике / С. Н. Гонтарев, Ю. А. Чернышова, И. С. Гонтарева // Вестн. новых мед. технологий. Электронное издание. - 2013. - № 1. - С.48.
3. Дрок, В. А. Распространенность зубочелюстных аномалий и заболеваний пародонта у детей со сколиозом / В. А. Дрок // Соврем. стоматология. - 2012. - № 3. - С. 82-82.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА И ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ ПАТОЛОГИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Мушкина Т. А., Абидова Э. А.

Научный руководитель: Павлов А. А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Исходя из результатов многочисленных исследований, проведенных в различных регионах нашей страны, у детей с самого раннего возраста обнаруживается и прогрессирует кариес временных зубов, приводящий к их разрушению и ранней потере до физиологических сроков.

Взаимосвязь кариозного процесса и зубочелюстных аномалий является злободневной и актуальной проблемой. Кариес зубов и его последствия приводят к разрушению коронок, изменениям в периапикальных тканях, ранней потере зубов. Перечисленные нарушения приводят к смещениям зубов в сторону дефекта, изменениям формы зубных дуг, альвеолярных отростков и нарушениям прикуса. В детском возрасте в связи с бурным ростом организма отклонения в развитии зубочелюстной системы наступают в короткие промежутки времени и бывают резко выраженными.

Цель

Оценить распространенность и интенсивность кариеса в детском возрасте, выявить взаимосвязь кариозного процесса и зубочелюстной патологии в детском возрасте.

Материалы и методы

Совместно с сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста г. Ставрополь было проведено обследование 25 пациентов в возрасте от 6 до 15 лет, из которых взято на лечение 17 пациентов. Было обследовано 2 пациента – 4 лет, 4 пациента – 6 лет, 2 – 7 лет, 3 – 9 лет, 6 – 12 лет, 8 – 15 лет. В каждой группе оценивалось состояние зубов и зубных рядов. Проводилась статистическая обработка результатов исследования.

Был собран тщательный анамнез с учетом особенности протекания беременности у матери, токсикоза, наличия внутриутробных инфекций, течения родов, характера вскармливания.

Изучены морфометрические показатели зубочелюстной системы при физиологической окклюзии у детей в постоянном прикусе зубов.

Результаты

У 23 детей (92%) выявлен кариес и его осложнения, являющиеся основной причиной раннего удаления зубов.

У детей дошкольного возраста (4-6 лет) осложнения кариеса временных зубов отмечались в 46,6 % случаев, в младшем школьном возрасте (7-9 лет) - в 53,3%. Почти каждый ребенок в возрасте от 4 до 9 лет имеет по 4-6 пораженных кариесом зубов.

Из 23 детей с ранним удалением зубов без своевременного замещения дефектов зубных рядов у 6 детей (26%) не было отмечено морфологических изменений зубочелюстной системы. У 7 детей (30,4%) имели место нарушения зубочелюстной системы, в виде смещения соседних зубов в сторону дефекта и зубоальвеолярного удлинения зубов-антагонистов. У 10 детей (43,5%) ранняя потеря временных зубов сочеталась с выраженными зубочелюстными аномалиями. Из них у 2 детей нами выявлена мезиальная окклюзия, у 5 детей – дистальная окклюзия, осложненная глубокой резцовой дизокклюзией. У 3 детей – перекрестная окклюзия.

Выводы

В ходе проделанного нами исследования мы оценили распространенность и интенсивность кариеса зубов и его осложнения, являющиеся главной причиной ранней потери зубов у детей, выявили взаимосвязь кариозного процесса и зубочелюстной патологии в детском возрасте.

Проследив взаимосвязь между кариозным процессом и зубочелюстными аномалиями в детском возрасте, мы понимаем как важно верно спланировать лечебно-профилактические мероприятия для создания оптимальных условий для гармоничного роста и развития ребенка и, в частности, его зубочелюстной системы, что может быть обеспечено только совместными усилиями родителей и врачей-стоматологов.

Список литературы

1. Васильев В.Г., Матвеева Е.А. Взаимосвязь кариеса, преждевременного удаления временных зубов и зубочелюстных аномалий у детей 6-11 лет г. Читы. // Сибирский медицинский журнал – 2015 – № 3. С. 65
2. Добровольская П.Э., Ковалёва А.С. Профилактика стоматологических заболеваний в современном обществе // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-6. – С. 840-847.
3. Ипполитов Ю.А., Татринцев М.М., Коваленко М.М., Золотарева Е.Ю., Анисимова Н.А., Леонов М.В. Оценка эпидемиологической картины зубочелюстных аномалий и деформаций у детей дошкольного возраста с ранней потерей временных зубов. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание – 2013– № 1. С. 232.
4. Ред. У.Р. Проффита; пер. с англ. под ред. Л.С. Персина – 3-е изд., перераб. Современная ортодонтия / и доп. – М.: Медпресс-информ, 2015.– 560с.
5. Яхина З.Х., Ширяк Т.Ю., Камальдинова А.Р. Влияние ранней потери зубов на формирование зубочелюстных аномалий // Современные проблемы науки и образования. – 2018

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Нефедова И.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Ортопедическое лечение больных с полной адентией и выраженной атрофией альвеолярной части на нижней челюсти съёмными протезами малоэффективно. Для повышения эффективности лечения и улучшения фиксации съёмных протезов применяют стоматологические имплантаты.

Цель нашего исследования — оценить клиническое состояние околоимплантатных тканей при применении различных конструкций пластиночных протезов, их сопряжение и взаимодействие с имплантатами.

Материал и методы. В качестве фиксирующих элементов пластиночного протеза, обеспечивающих сопряжение и взаимодействие с имплантатами, использовались три системы крепления.

1. Шариковый аттачмен на аббатменте, ось которого совпадает с осью имплантата при наличии 2 имплантатов. Шариковый аттачмен под углом к оси имплантата при несоосной установке имплантатов.
2. Лок - аттачмен на аббатменте имплантата при наличии 2 имплантатов.
3. Балочная система с замковыми креплениями, объединяющая несколько имплантатов и обеспечивающая сопряжение со съёмным бюгельным протезом.

Все пациенты по способу фиксации протеза поделены на 2 гр. В первой группе применялись съёмные протезы с фиксацией на 2 не связанных между собой имплантата, расположенных в области 34 - 44, и шариковые или лок - аттачмены на аббатментах. Во

второй группе 3 имплантата во фронтальном отделе объединялись между собой балкой с аттачментами для фиксации бюгельного протеза.

Результаты. Было установлено, что в первой группе пациентов периодически наблюдаются случаи воспаления десны вокруг имплантатов, прогрессирующая убыль костной ткани и появление подвижности самих имплантатов. Во второй группе подобных осложнений за период исследования не наблюдалось.

Выводы. Для эффективного, стабильного результата лечения при выраженной атрофии альвеолярной части необходимо применять во фронтальном участке от 3 имплантатов для возможного их балочного скрепления, обеспечивая стабилизацию имплантатов и эффективное укрепление съемных протезов.

Список литературы

1. Ревякин А.В., Никольский В.Ю., Попов В.Ф. Исследование напряженно-деформированного состояния в системе протез - нижняя челюсть при протезировании на имплантатах // Маэстро стоматологии. — 2007. — № 1. — С. 11-20.
2. Ряховский А.Н., Левицкий В.В., Карапетян А.А. и др. — Сравнительная оценка методов трехмерного сканирования лица // Панорама ортопедической стоматологии. — 2007. — № 4. — С. 10-13.
3. Ряховский А.Н., Дегтярев В.М., Юмашев А.В., Ahlering A. Автоматизированная система протезирования зубов «DENTAL». -В сб. тезисов докладов «Информатизация регионов России». -СПб., -1995. -С. 33-37.
4. Утюж А.С., Юмашев А.В., Загорский В.В. и др. Клинические аспекты биомеханики включенных в блок имплантатов // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2016. № 7. С. 92-97.
5. Ряховский А.Н., Рассадин М.А., Левицкий В.В. и др. Объективная методика оценки изменений топографии объектов полости рта//Панорама ортопедической стоматологии. 2006. № 1. С. 8-10
6. Loktionova M.V., Zhakhbarov A.G., Yumashev A.V., Utyuzh A.S., Nefedova I.V. Rehabilitation of patients with total mandible defects. // The USA Journal of Applied Sciences. 2016. № 2. С. 10-12.

СОЧЕТАННЫЙ МЕТОД ПЕРЕМЕЩЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ

Нефедова И.В., Кристаль Е.А.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Ретенция постоянных зубов - довольно часто встречающаяся аномалия. По данным литературы, обращаемость больных с ретенцией зубов за ортодонтической и ортопедической помощью составляет от 4 до 17% от общего числа обратившихся. Чаще всего наблюдается ретенция клыков (70,7 %), реже - ретенция центральных резцов (22,4 %) и еще реже - боковых резцов.

Материалы и методы: Комплексное лечение пациентов с ретенрованными зубами заключалось в хирургическом обнажении коронки ретенрованного зуба и последующем аппаратурном вытяжении зуба, постановке его в зубной ряд.

Лечение пациентов с ретенрованными зубами должно проводиться с учетом: индивидуальных морфологических и топокометрических нарушений величины, формы, расположения резецированных зубов; возраста пациентов: степени формирования прикуса и вершины корней ретенрованных зубов; наличия места в зубном ряду или его недостатка, наличия сверхкомплектных зубов, одонтом или других причин, вызвавших

ретенцию зуба. Подобное вмешательство требует применения местных анестетиков с содержанием вазоконстриктора, который вызывает ишемию в месте инъекции, и тем самым уменьшает кровоточивость раны, создавая условия для фиксации ортодонтических элементов.

Результаты и обсуждение. Оперативный доступ мы осуществляли иссечением слизисто-надкостичного лоскута над проекцией коронки ретенированного зуба с вестибулярной или небной стороны. Коронка зуба открывалась на участке, необходимом для фиксации элементов для вытяжения, как правило, это нижняя треть или режущий край у резцов и рвущий бугор у клыка. Затем зуб тщательно освобождался от фолликулярной оболочки, осуществлялся гемостаз с помощью аппарата ЭХВЧ-1. В послеоперационном периоде пациент получал противовоспалительную терапию и анальгетики.

За хирургическим этапом следовал этап фиксации элементов для вытяжения. Для выведения ретенированных зубов в зубной ряд мы использовали брекететы, лингвальные кнопки, эластики, цепочки, съемную и несъемную ортодонтическую технику. По окончании активного ортодонтического лечения брекет- систему снимали.

Результаты и выводы. Результаты наших клинических наблюдений позволяют сделать вывод о необходимости использования комбинированного хирургического и ортодонтического методов лечения для перемещения ретенированных зубов и восстановления функциональной целостности зубного ряда.

Список литературы

1. Арсенина О.И., Проскокова С.В., Сапежникова С.А. Современные методы обследования пациентов с ретинированными зубами // Ортодонтия. 2010; 1 (49): 20-21.
2. Ряховский А.Н., Рассадин М.А., Левицкий В.В. и др. Объективная методика оценки изменений топографии объектов полости рта // Панорама ортопедической стоматологии. 2006. № 1. С. 8-10.
3. Рыбак В.А., Фесенко Е.И., Климентьев В.Г. Применение имплантатов с немедленной нагрузкой и кортикальной остеоинтеграцией в участках челюстей с ретенированными дистопированными зубами. // Современная стоматология. 2013. № 4 (68). С. 143.
4. Ряховский А.Н., Левицкий В.В., Карапетян А.А. и др. Сравнительная оценка методов трехмерного сканирования лица. -Панорама ортопедической стоматологии. -2007; 4: 10-3.
5. Севбитов А.В., Борисов В.В., Канукоева Е.Ю. и др. Исследование ретенционной способности индивидуальных защитных зубных шин относительно границ их базиса // Труды Международного симпозиума Надежность и качество. -2015. -Т. 2. -С. 363-364.
6. Утюж А.С. Показания и методы коррекции мелкого преддверия рта у детей. // Автореферат диссертации на соискание кандидата медицинских наук/Смоленский государственный медицинский университет. Смоленск, 2000, -24 с.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ У
ПАЦИЕНТОВ С ОБШИРНЫМИ ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ В
ПРОЦЕССЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Олейников А.А., Митина Е.Н.

Научный руководитель: Гуйтер О.С.

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Лечение злокачественных новообразований челюстно-лицевой области в большинстве случаев приводит к неизбежному хирургическому вмешательству, в ходе которого производится резекция верхней челюсти. Это влечет за собой появление обширного постоперационного дефекта, создается сообщение между полостью рта и полостью носа. У пациентов после оперативного вмешательства возникают физиологические ограничения, нарушаются акты жевания, глотания, речи. Ортопедическое лечение с помощью obtурирующих протезов является методом выбора при данной патологии [1]. Возмещение дефектов назофарингеальной зоны с помощью челюстно-лицевого протезирования позволяет закрыть полость дефекта и восстановить функции жевания, глотания, дыхания, речи. Своевременное протезирование и объективный анализ эффективности obtурирующих протезов позволяет ускорить срок реабилитации пациентов с дефектами средней зоны лица. Для оценки эффективности степени пережевывания пищи принято использовать понятие «жевательная эффективность», которое характеризуется степенью измельчения пищи зубочелюстной системой во время выполнения функции жевания. Данное исследование демонстрирует, как изменяется жевательная эффективность у пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти после хирургического вмешательства по поводу новообразований челюстно-лицевой области с учетом времени начала использования obtурирующих протезов.

Цель исследования – объективная оценка динамики жевательной эффективности у пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти в зависимости от времени начала ортопедической реабилитации с помощью obtурирующих протезов.

Материалы и методы.

На кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний РязГМУ было проведено клиническое исследование с участием пациентов, перенесших операции резекции верхней челюсти в связи с хирургическим лечением онкозаболевания назофарингеальной зоны. Ортопедическая реабилитация больных была проведена с закрытием дефекта челюсти полым obtурирующим акриловым протезом. Общепринятая технология с применением модифицированной методики получения функционального оттиска (Патент РФ на изобретение №2650588) [2] явилась основой для клинико-лабораторных этапов изготовления акрилового obtурирующего протеза. В исследовании приняло участие 14 пациентов, разделенных на 2 группы по 7 человек. Средний возраст больных в каждой группе составил 62,5 лет. В первую группу (А) вошли пациенты, перенесшие резекцию верхней челюсти 1 год назад, во вторую группу (Б) вошли пациенты, перенесшие резекцию верхней челюсти 2 месяца назад. В обеих группах на нижней челюсти пациенты использовали частичные съемные акриловые протезы и одиночные цельнолитые коронки. Исследуемым была проведена оценка жевательной эффективности спустя 1 и 3 месяца использования ортопедической конструкции с помощью жевательной пробы В.Н. Трезубова. В процессе клинического исследования использовались поправочные коэффициенты на возраст, состояние зубных рядов, а также тип замещающего аппарата. С

помощью формулы на основании полученных данных рассчитана уточненная эффективность жевания.

Результаты и обсуждение.

После проведения жевательной пробы и теоретических расчетов по предложенной методике были получены следующие результаты:

- в группе А на здоровой стороне челюсти спустя 3 мес — остался неизменным и составил 100%;
- в группе Б на здоровой стороне челюсти спустя 3 мес прирост жевательной эффективности составил 21,2%;
- в группе А на стороне с приобретенным дефектом челюсти спустя 3 мес прирост жевательной эффективности составил 7,1%;
- в группе Б на стороне с приобретенным дефектом челюсти спустя 3 мес прирост жевательной эффективности составил 15,3%.

Отставание в динамике прироста жевательной эффективности на здоровой стороне челюсти, выявленной у второй группы (Б) пациентов, обусловлено тяжестью и высокой инвазивностью операции, образующей обширную полость раны, процессом длительного формирования дефекта верхней челюсти путем вторичного натяжения мягких тканей.

Выводы.

Отмечаемый в ходе исследования положительный прирост степени жевательной эффективности с течением времени у пациентов группы Б говорит об эффективности своевременной ортопедической реабилитации. Аналогичный показатель в группе пациентов А на стороне челюсти с приобретенным дефектом гораздо ниже (ортопедическая реабилитация в данной группе была начата спустя 1 год после операции). Это объясняется более ранним началом ортопедической реабилитации пациентов группы Б (спустя 2 месяца после операции) с помощью obturating протеза. Выявленное повышение жевательной эффективности на стороне челюсти с дефектом при условии раннего стоматологического ортопедического лечения напрямую влияет на ход последующей реабилитации и благотворно сказывается на общем статусе здоровья, а также физическом и психологическом комфорте пациентов.

Список литературы

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. — М.: Практическая медицина, 2013. — 478 с.
2. Митин Н.Е., Гуйтер О.С. Применение модифицированной методики изготовления замещающих протезов пациенту с дезоморфиновым остеонекрозом челюстей / Н.Е. Митин, О.С. Гуйтер // Наука молодых (Eruditio Juvenium). — 2018. — № 3. — С. 394-399.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПАТОЛОГИИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Петровский А.Э., Сергеев Ю.А., Иванюта С.О.

Научный руководитель: Баландина А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Согласно данным Европейского регистра врождённых аномалий, частота патологии челюстно-лицевой области в 2012-2016 гг. составила в среднем 8,55 на 10 000 новорожденных и по частоте встречаемости заняла 4 место среди врождённых пороков развития.

Цель исследования: оценить частоту распространенности патологии челюстно-лицевой области у новорожденных Ставропольского края и сопоставить полученные данные с данными статистики по России и зарубежными странами.

Материал и методы: был произведён обзор литературы и статистический анализ 4747 историй болезней беременных II/III триместров беременности за период с 2016 по 2019 годы.

Результаты: при ретроспективном исследовании историй болезней было выявлено 5 случаев патологии челюстно-лицевой области. При обзоре литературы было определено, что частота возникновения врождённого порока развития челюстно-лицевой области в России составляет 10,2:10 000, в Норвегии – 11,3:10 000, во Франции – 7,42:10 000.

Вывод: частота возникновения патологии ЧЛО у новорожденных в СК составила 10,5:10 000, что ниже данных по Норвегии, но выше, чем во Франции и России.

АНАЛИЗ АДГЕЗИВНЫХ СИСТЕМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ФИКСАЦИЮ ПЛОМБИРОВОЧНОГО МАТЕРИАЛА

Полюшков П.А.

Научный руководитель: Кондрашина О.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет

Стоматологический композит – это материал, используемый для реставрации и установки пломб на предварительно обработанные полости зубов. Его преимуществами над другими является прочность и гибкость. Такие свойства позволяют использовать материалы на резцах, коренных зубах, а также манипулировать блеском и цветом результата. С целью улучшения сцепления материала с тканями зуба в последние годы особое внимание уделяется адгезивным средствам, улучшающим фиксацию пломбировочного материала не только с поверхностью эмали, но и дентина. [2]

Цель нашего исследования- изучение свойств пломбировочных материалов разных поколений и предъявляемых к ним требований для понимания процессов адгезии при эстетической реставрации и постановки пломб.

Необходимо отметить, что сила адгезии к эмали и дентину существенно отличается! Таким образом, главная проблема обеспечения эффективной адгезии к твердым тканям зуба заключается в различном анатомическом строении эмали и дентина.

Материалы и методы

Термин «адгезивная система» в дентальной терминологии характеризует материалы, которые при наложении на поверхность могут соединяться вместе, сопротивляясь разъединению и передавая нагрузку через поверхность связывания. Сила адгезии измеряется силой, которую способен выдержать адгезив без разрушения. Механическая адгезия протекает за счет микромеханического сцепления материала с тканями зуба, механической ретенции с участием микромеханических пор и шероховатостей на их поверхности. Химической адгезией обладают только СИЦ за счет образования химической связи материала с дентином и эмалью. Все остальные материалы, используемые в стоматологии, обладают механической и микромеханической адгезией. [3]

Эмаль зуба состоит в основном из неорганических веществ: гидроксиапатит — $\text{Ca}_8(\text{PO}_4)_6(\text{OH})$ 275%; карбонатный апатит — $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_5(\text{CO}_3)_2\text{OH}$ 19%; хлорапатит — $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6\text{Cl}$ 24,4%; стронцевый апатит — $\text{Ca}_8\text{Sr}_2(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ 0,9%; минеральные вещества — в неапатитной форме 2% [1]

Результаты и обсуждение

Благодаря такому составу эмаль можно высушить, что обеспечивает хорошую адгезию гидрофобного органического компонента композита. Для увеличения

эффективности сцепления эмали и композита техника пломбирования (реставрации) предусматривает предварительное кислотное протравливание эмали протравливающим составом на основе фосфорной (10-37%) или малеиновой (10%) кислоты.

Протравливающий состав - это органическая или не органическая кислота. Она нужна чтобы убрать всю органику с обрабатываемой поверхности, а также создает специальные микропоры за счет растворения участков эмалевых призм и веществ межпризменного пространства на глубину около 40 мкм. Процесс травления длится от 30 до 60 секунд, если передержать кислоту, это скажется на структуре эмали и ослабит сцепление. Удаляется кислота струей воды, столько же по времени сколько ее держали.

После вымывания кислоты и просушки полости зуба гидрофобные и вязкие адгезивы медленно проникают на всю глубину протравленной эмали. Полимеризация адгезива образует в межпризменных участках отростки, сцепляющиеся механически с поверхностью эмали и способствующие, микроретенционному сцеплению композита.[1]

Основной же проблемой при обеспечении эффективной адгезии к дентину является его структура. Диакрилаты, входящие в состав композитов, обладают достаточно высокой адгезивностью к эмали зуба, однако по отношению к дентину они ведут себя как гидрофобные вещества, плохо прилипающие к его поверхности, что связано с особенностями структуры дентина. Благодаря своему строению дентиновая ткань зуба значительно прочнее костной и цементной тканей, но примерно в пять раз мягче зубной эмали. Это ткань с прозрачной или склерозированной структурой. В отличие от эмали, дентин менее обызвествлен: 70% массы дентина составляет неорганическое вещество, 20% массы - органическое, остальная часть — вода.

Природа живого дентина такова, что его поверхность всегда влажная, а высушивание в клинических условиях практически невыполнимо. Из-за скорости движения жидкости в дентинных канальцах на поверхности дентина постоянно происходит полное обновление влаги. В связи с этим дентинные адгезивные системы должны быть гидрофильными, т.е. водосовместимыми. [1]

Анализируя различные адгезивные системы для дентина и их механизмы сцепления, принципиально различают два подхода. В первом случае смазанный слой полностью сохраняется на поверхности дентина, пропитывается гидрофильными маловязкими мономерами и непосредственно используется как связующий слой между дентином и композитом. Во втором подходе (кондиционировании дентина) — идет химическое изменение поверхности дентина с помощью кислот. При этом смазанный слой удаляется, раскрываются дентинные канальцы и происходит деминерализация поверхностного слоя дентина с последующим обнажением коллагеновых волокон. Этот подход является наиболее распространенным в настоящее время.

Заключение

Таким образом, мы сопоставили адгезивные способности пломбировочных материалов разных поколений, предъявляемые к ним требования, и изучили методы обработки твердых тканей зуба во время эстетической реставрации и постановки пломб. Опираясь на проведенные исследования и опыт работы стоматологов, можно сделать вывод, что в настоящее время наилучшие результаты при эстетической реставрации и постановке пломб демонстрируют адгезивные системы 5-ого поколения.

Список литературы

1. О.В. Остолоповская, А.В. Анохина, Г.Р. Рувинская. Современные адгезивные системы в клинической стоматологии / ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. – Казань, 2013. - № 4 (72). - С. 15-20
2. Б.Р. Шумилов, Д.А. Кунин, В.Н. Красавин. Новые аспекты изучения ультраструктур эмали и решения проблемы краевого прилегания композитов / ВЕСТНИК НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ. - Воронеж, 2013. - № 2. – С. 330-333

3. Ю.Г. Богданова. АДГЕЗИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОЧНОСТИ ПОЛИМЕРНЫХ КОМПОЗИТОВ / Учебное пособие для студентов по специальности «Композиционные наноматериалы» . - Москва, 2010, - 68 с.

БИСФОСФОНАТНЫЙ ОСТЕОНЕКРОЗ ЧЕЛЮСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, ПРИНЦИПЫ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сергеев Ю.А., Михайлюта А.Г.

Научный руководитель: Конев С.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

На сегодняшний день онкология занимает лидирующие позиции по отношению к остальным нозологическим формам, в последнее время для облегчения симптомов и осложнений, связанных с костными метастазами злокачественных новообразований (распространением рака в кости), а также для предотвращения и лечения хрупкости костей при остеопорозе используются бисфосфонаты. Выявлено, что наиболее часто метастазируют в кости опухоли молочной железы, простаты, лёгких, щитовидной железы, почек. Установлено, что пятилетняя выживаемость таких больных достигает 22%. Активное применение данных препаратов приводит к формированию остеонекроза. Таким образом, на сегодня бисфосфонатный остеонекроз челюстей (далее БОНЧ) рассматривается с множества точек зрения, часто не совпадающих друг с другом, что приводит к неоднозначным выводам и серьезно отражается на качестве жизни пациентов. Ввиду широкого применения бисфосфонатов в рутинной химиотерапевтической практике, увеличения онкозаболеваемости, проблема БОНЧ не потеряет своей актуальности.

Обсуждение.

Согласно современным данным, бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – осложнение антирезорбтивной терапии, характеризующееся омертвением и оголением участка кости, которое сохраняется более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса, при условии отсутствия лучевой терапии на область головы в анамнезе. Частота остеонекроза составляет от 6,5% до 12,5% при внутривенном введении. При пероральном приеме бисфосфонатов остеонекроз практически не встречается.

В настоящее время для лечения БОНЧ челюсти применяются различные методы лечения. Они могут быть разделены на неинвазивные или консервативные (назначение пациентам курсовой антибактериальной, симптоматической терапии, ежедневной обработки очагов поражения костной ткани растворами антисептиков, а также тщательное соблюдение гигиены полости рта), но такая терапия является основой лечения в комбинации с хирургическим методом, поскольку без ее принципов благоприятное течение БОНЧ сомнительно, и собственно хирургические и дополнительные методы лечения, используемые, как дополнение к обычному уходу (например, озонотерапия или использование плазмы крови, обогащённой тромбоцитами). Хирургические методы в настоящее время стали применяться более широко, поскольку появляются сообщения о накопленных положительных результатах радикального лечения по сравнению с ограниченной хирургической обработкой дефектов и/или неинвазивным лечением.

Сегодня разными авторами при БОНЧ рекомендуются разные варианты лечения: кюретаж лунок удаленных зубов, секвестрэктомия, резекция альвеолярного отростка, резекция нижней челюсти без и с реконструкцией с помощью свободного лоскута малоберцовой кости, в том числе паллиативное лечение - вскрытие и дренирование гнойных очагов, выполнение иммобилизации при патологических переломах челюстей.

Заключение.

В профилактике данной патологии основной упор сделан на санацию полости рта и попытку предотвратить необходимость лечения и удаления зубов во время последующего приема бисфосфонатов. При этом большинством авторов рекомендуется ожидать полного гранулирования лунки и послеоперационной раны перед началом терапии, а также обязательное превентивное использование антибиотиков даже при минимальных вмешательствах. Однако резкое угнетение иммунитета онкобольных даже при удовлетворительной гигиене полости рта рано или поздно сталкивает врача с необходимостью оказания ургентной стоматологической помощи, и возникает, таким образом, порочный круг. Также много говорится о необходимом информировании пациентов и врачей о возможности подобного осложнения, большая роль отводится профилактическим осмотрам. Однако на практике эта схема редко приносит свои плоды.

Список литературы

1. Жабина А.С. Роль бисфосфонатов для профилактики и лечения метастазов в кости. *Практ. Онкол.* 2015; 12 (3): 124-131. [Zhabina A.S. The role of bisphosphonates in the prevention and treatment of bone metastases. *Prakticheskaya onkologiya*. 2015; 12(3): 124-131. (In Russ.)]
2. Заславская Н.А., Дробышев А.Ю., Волков А.Г. Опыт лечения остеонекрозов челюстей у пациентов, получающих антирезорбтивную терапию (бисфосфонаты, «Деносумаб»). 2014; (47): 32-34.
3. А.М. Сулейманов, Г.Г. Мингазов, Г.А. Саяхова; Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей; журнал Медицинский вестник Башкортостана 2012г; 112-115 стр.
4. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей; Е.В. Фомичев, М.В. Кирпичников, Е.Н. Ярыгина, В.В. Подольский, А.А. Нестеров; Журнал Вестник Волгоградского государственного медицинского университета 2019; 3-8 стр.
5. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей: факторы риска и особенности лечения; Алеева М.М., Уракова Е.В., Лексин Р.В.; Журнал Практическая медицина 2017; 13-17 стр.

3D-ПЕЧАТЬ ПРОТИВ CAD/CAM-СИСТЕМЫ В ИЗГОТОВЛЕНИИ ПРОВИЗОРНЫХ КОРОНОК

Сланова М.К., Цагараева Т. Г.

Научный руководитель: Хетагуров С.К.

Северо-осетинская государственная медицинская академия

В стоматологии в области протезирования большое распространение получили временные коронки. Временные конструкции решают целый ряд задач: обточенный зуб защищен от давления, термического влияния, а также воздействия бактерий, позволяют обеспечить комфортный жевательный процесс, устранить дефекты дикции, а также в некоторой степени решить проблему эстетики. Современные технологии позволяют изготовить их быстро и качественно, что достигается при помощи 3 d -печати и CAD/CAM-системы. И именно от вида выбранной врачом провизорной коронки, которая должна удовлетворять всем клиническим требованиям, зависит качество лечения.

Цель исследования: Сравнить конструкционные материалы для изготовления провизорных коронок при помощи 3d-печати и cad/cam-системы и выбрать из них технически наиболее универсальный.

Материал и Методы: «NextDent C&B MFH» - используют для изготовления временных коронок при помощи 3D-печати и «Re-Fine Acrylic» - в CAD/CAM-системе.

Данные конструкционные материалы сравнивались по следующим показателям: микротвердость поверхности материала, прочность материала на излом, стабильность цвета, степень адгезии микроорганизмов к материалам. А также был проведен анонимный опрос среди стоматологов-ортопедов для того, чтобы выяснить какой способ изготовления провизорных коронок технически наиболее универсальный. Для вычисления микротвердости и прочности на излом исследования проводилось на базе СКГМИ РСО-Алания. Микротвердость поверхности материала мы вычисляли при помощи микротвердомера «ЛОМО ПМТ-3», который предназначен для оценки структуры непрозрачных объектов по микротвердости методом вдавливания в испытуемый материал алмазных наконечников (Виккерса). Для вычисления прочности на излом образцы материалов изготавливались при помощи специальной формы. Она позволяет получать образцы конструкционных материалов в виде брусков длиной 25 миллиметров и сечением 2 на 2 миллиметра. Применяли устройство, которое представляет собой две линейных опоры для образца. Расстояние между ними – 20 миллиметров. На середину образца действует постоянно увеличивающаяся нагрузка. В процессе исследования сначала происходит обратимая эластическая деформация материала. После достижения предела эластичности начинается необратимая пластическая деформация, а затем образец ломается. Сила, необходимая для перелома образца, называется пределом прочности материала на излом. Стабильность цвета мы определяли следующим образом: помещали образцы материалов в высококонцентрированный раствор кофе и вычисляли данные исследования спустя неделю, затем месяц и в конце спустя 3 месяца.

Результаты и Обсуждение: При вычислении микротвердости были получены следующие результаты: «NextDent C&B MFH»- $10,6 \text{ кг/ [мм]}^2$; «Re-Fine Acrylic» – $21,4 \text{ кг/ [мм]}^2$. Наибольшей прочностью на изгиб-117 МПа обладает образец №2 – «Re-Fine Acrylic», значительно уступает ему образец №1 – «NextDent C&B MFH», прочность на излом у которого равен 60 МПа. Наилучшей стабильностью цвета обладает «Re-Fine Acrylic», который практически никак не изменился, чего нельзя сказать о материале «NextDent C&B MFH», став на несколько тонов темнее, таким образом, данная коронка с течением времени под действием красителей в пищевых продуктах и ротовой жидкости, может стать сероватым, блеклым. Но большего всего мы удивились следующему: «NextDent C&B MFH» обладает бактерицидными свойствами и при исследовании зона лизиса микроорганизмов составила 5 мм, - являющийся, пожалуй, единственным плюсом данного материала. Наибольшее предпочтение стоматологи-ортопеды отдают способу изготовления провизорных коронок с помощью CAD/CAM-системы (более 80% проголосовавших).

Заключение : Лучшим конструкционным материалом для изготовления провизорных коронок оказался «Re-Fine Acrylic» фирмы Yamahachi Dental, применяемый в CAD/CAM-системе, так как по трем критериям превосходит другой материал.

Список литературы

Лебеденко И.Ю. Ортопедическая стоматология / под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С.Каливрадзияна. - Moscow , 2012,стр. 98-100; Ортопедическая стоматология - Копейкин В.Н., Миргазизов М.З. - Moscow , 2001, стр 156; Ортопедическая стоматология - Аболмасов Н.Г. Аболмасов Н.Н. Бычков В.А. . - Moscow , 2007, стр 156

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Соприкина К.В.

Научный руководитель: Журбенко В.А.

Курский государственный медицинский университет

Среди профилактических мероприятий, направленных на улучшение здоровья организма, профессиональная гигиена полости рта занимает значимое место [1]. Контроль состояния зубов и своевременное удаление зубного налета может предотвратить появление кариеса, камня, а также развития пародонтита и кровоточивости десен.

Актуальность: По данным ВОЗ кариес зубов, на сегодняшний день, является самым распространенным стоматологическим заболеванием населения земного шара. Особенно часто заболевание кариесом встречается в детском возрасте [2,3]. Уход за зубами ребенка требует внимательного отношения в связи с последующим формированием постоянных зубов. Проведение профессиональной гигиены полости рта у детей является важным методом профилактики кариеса [5,6,7].

Цель: Оценить уровень осведомленности родителей по вопросам гигиены полости рта и определить частоту проведения профессиональной гигиены у детей и подростков. Изучить динамику изменения показателей гигиенического состояния ротовой полости при проведении гигиенической процедуры.

Материалы и методы: Была разработана анкета, состоящая из вопросов, позволяющая оценить уровень знаний родителей по вопросам гигиены полости рта у детей. В анкетировании приняли участие родители 50-ти пациентов в возрасте от 3 до 14 лет. Каждый ребенок был осмотрен врачом-стоматологом: определен стоматологический статус, получены данные о проводимой ранее профессиональной гигиене полости рта. Был проведен анализ данных, который представляли в виде долей с 95% доверительными интервалами (ДИ), рассчитанными по методу Уилсона. Бивариантный анализ связи между частотой проведения профессиональной гигиены и исходами изучали с помощью критерия χ^2 Пирсона [4].

Результаты: В ходе анкетирования было выяснено, что о необходимости профилактики кариеса зубов не знают 38% опрошенных родителей. Обучались правильной чистке зубов 56% опрошенных. 86% детей чистят зубы 1 раз в день по 1-2 минуты. В ходе анализа медицинских карт установлено, что индекс интенсивности кариеса зубов у детей, проводивших профессиональную гигиену полости рта, ниже, по сравнению с детьми, которые ее не проводили.

Выводы: 1. Недостаточный уровень стоматологического просвещения среди данной категории пациентов. 2. Необходимо внедрять в практику уроки гигиены полости рта. 3. Регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта у детей снижает риск развития кариеса и может способствовать его редукции.

Таким образом, из вышеперечисленного можно сделать выводы, что основная цель стоматологии - максимально сохранить эстетическое, фонетическое здоровье полости рта и полноценную полноценность зубов [8,9,10]. Чтобы эта цель была достигнута, нужно проводить ряд мероприятий: профилактика, лечение и обучение пациента к ответственному отношению к своему здоровью.

Список литературы

1. Соколова И.И., Прокопова М.В. Динамика Изменения Состояния Гигиены Полости Рта, У Детей С Врожденной Глухотой Под Воздействием Лечебно-Профилактических Мероприятий // Современная Медицина: Актуальные Вопросы: Сб. Ст. По Матер. XI Междунар. Науч.-Практ. Конф. № 2(38). – Новосибирск: Сибак, 2015.

2. Аксамит Л.А. Диагностика начальной стадии деминерализации эмали методом прокрашивания // М., 1973. - С. 4-5.
3. Нагайцева Е.А. Гигиена Полости Рта Как Профилактика Стоматологических Заболеваний. // Международный Студенческий Научный Вестник. – 2016. – № 2.;
4. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс / А. Банержи. – М. : Практическая медицина, 2007. – 287 с.
5. Казарина Л.Н., Гущина О.О., Самаркина А.Н. Влияние Комплексной Терапии На Резистентность Эмали Зубов И Гигиеническое Состояние Полости Рта У Детей С Флюорозом // Современные Проблемы Науки И Образования. – 2015. – № 2-1.;
6. Добровольская П.Э., Ковалёва А.С. Профилактика Стоматологических Заболеваний В Современном Обществе // Международный Журнал Экспериментального Образования. – 2015. – № 11-6. – С. 840-847;
7. Барковский Е.В., Бувиловский А.В., Кармалькова И.С. Химические основы деминерализации и реминерализации эмали зубов // Вестник ВГМУ 2011. №1 (10). С. 143.
8. Морозов С.А. Особенности профилактики кариеса зубов у детей с задержкой внутриутробного развития: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Одесса, 2014. - 20 с.
9. Авраменко Е. В. Профилактика кариеса у детей на современном этапе развития стоматологии // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и Технические Науки. -2017. -№12/2. -С. 62-64.
10. https://babysmiledent.ru/detskaya-stomatologiya/profilaktika-kariesa/index.php?option=com_content&Itemid=380&id=334&lang=ru&view=article?option=com_content&Itemid=380&id=334&lang=ru&view=article .

ОСОБЕННОСТИ ОБНАРУЖЕНИЯ ДРОЖЖЕПОДОБНЫХ ГРИБКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Пастухов Д.М., Яковлев М.В.

Научный руководитель: Годовалов А.П.

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

На сегодняшний день носителями микроскопических грибов является 25% населения. С другой стороны есть сведения, что все население земли хоть раз сталкивалось с грибами [2].

В современной стоматологии этиологию воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и пародонта отдают не конкретному микроорганизму, а их ассоциациям, принимающим участие в формировании бактериальной бляшки. В её составе, как правило, обнаруживают большое количество сосуществующих бактерий, вирусов и грибов, связанных друг с другом разнообразными связями. Наиболее часто в них выделяют *Streptococcus mutans*, *Actinobacillus actinomycetencomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella intermedia* и *Carnocytophaga* [7]. Все эти микроорганизмы составляют нормофлору, как правило, не вызывая клинических проявлений. Однако, при дисбиотических состояниях в полости рта, могут проявляться различные воспалительные заболевания, как на СОПР, так и на пародонте. Дисбиоз – микробиологический диагноз, причиной которого является изменение качественного и количественного состава микрофлоры, в сторону преобладания микроорганизмов, которые в норме не встречаются или встречаются в минимальных количествах. Появление дрожжеподобных грибов в составе микрофлоры полости рта, можно обнаружить при декомпенсированном дисбиозе [4,8].

Предрасполагающими факторами, вызывающими кандидоз могут быть длительные курсы антибиотиков, цитостатиков, глюкокортикоидов, хроническая травма, вызванная, к примеру, неправильно изготовленным съемным протезом, ксеростомия, а также плохая гигиена полости рта [8].

Клиническим проявлением дисбиоза, ассоциированного с активацией грибов *Candida albicans* является появление белесоватого налета, который покрывает небо, язык, щёки, небные миндалины и вызывает зуд [5]. Особую группу риска составляют больные ВИЧ-инфекцией, сахарным диабетом, опухолевыми заболеваниями, находящиеся на лечении химио- и лучевой терапией, так как кандидоз у них принимает генерализованную форму и поражает не только полость рта, но и пищеварительный тракт и слизистую оболочку дыхательных путей [6].

К сожалению, лабораторная диагностика микозов представляет определенные сложности, обусловленные трудностями культивирования таких микроорганизмов, присутствием их в окружающей среде (в том числе в воздухе) [3].

Целью исследования является изучение частоты встречаемости грибов рода *Candida* при интактной слизистой оболочке полости рта, а также у лиц с воспалительными заболеваниями.

Материалы и методы. Первую (основную) группу составили пациенты с клиническими признаками воспалительного процесса слизистой оболочки полости рта. В группу сравнения включили 32 практически здоровых добровольца с интактной слизистой оболочкой полости рта. Для отбора проб для микробиологического исследования использовали транспортные системы со средой Стюарта. Посев осуществляли на среду Сабуро. Идентификацию микроорганизмов осуществляли по тинкториальным и культурально-биохимическим признакам. Для оценки влияния качественных признаков рассчитывали показатель отношения шансов (OR) с расчетом 95% доверительного интервала (95% CI). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования показано, что в основной группе грибки при помощи культурального метода обнаружены в 25%, а при помощи микроскопического – в 75% случаев. В группе сравнения грибки обнаружены только при помощи культурального метода в 6% случаев.

Показано, что шанс обнаружения грибов при наличии клинических признаков воспаления в 45 раз выше (95% CI 3,09-654,93), чем при интактной слизистой оболочке.

Можно предположить, что в силу ряда причин часть клеток микроскопических грибов находится в неактивном состоянии и не дает видимых колоний на агаризованных средах, хотя в тоже время обнаруживается при микроскопическом исследовании образцов. С другой стороны, культуральный метод имеет ряд ограничений, как по составу сред, так и по условиям культивирования. Более того, ранее показано, что свойства *Candida spp.* могут меняться в зависимости от состава микробных ассоциаций [1].

Заключение. При проведении лабораторной диагностики микоинфекций необходимо использовать комплекс культуральных и микроскопических методов. При лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта важно учитывать присутствие грибов у большинства пациентов.

Список литературы

1. Борисов Л.Б., Медицинская микробиология, вирусология, микология: учебник. - М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – С. 705-707.
2. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина. – 2001. – С. 553-562.
3. Годовалов А.П., Быкова Л.П. Особенности *Candida sp.* из микробных ассоциаций при воспалительных заболеваниях дыхательных путей // Успехи медицинской микологии. – 2013. – Т. 11. – С. 84-87.

4. Годовалов А.П., Пастухов Д.М. Особенности влияния лизоцима на кинетику роста грибов *Candida albicans* // Пермский медицинский журнал. 2019. Т. 36. № 3. С. 67-71
5. Молоков В.Д., Гальченко В.М. Кандидоз полости рта: учебное пособие. – Иркутский государственный медицинский институт.: Иркутск. – 2009. – С. 4-7.
6. Оборин Д.А., Варецкая Т.А., Быкова Л.П., Трапезников Я.П., Годовалов А.П. Встречаемость грибов рода *Candida* в разных биотопах у ВИЧ-инфицированных // Материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции». – 2016. – С. 128-129.
7. Пастухов Д.М. Особенности влияния *Candida spp.* на бактерии полости рта // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 1. – С. 31.
8. Сахарук Н. А. Микробная флора полости рта в норме и патологии. Морфология грибов рода *Candida*. - Вестник ВГМУ, 2008, Том 7, №2. – С. 32-38.

ПРОВЕДЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА РУЧНОЙ И МАШИННОЙ ТЕХНИКИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Узловенко В.А., Сафонова А.Г., Рамазанова Л.М., Заровный Н.Н.

Научный руководитель: Шилова С.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность: Эндодонтическое лечение является одной из самых прогрессивных стоматологических манипуляций. У врача должна быть уверенность в том, что он использует наиболее оптимальные продукты, все доступные вспомогательные средства и новейшие технологические разработки, соответствующие не только высоким требованиям и стандартам качества, но и следуют концепции «Эффективной Эргономичной Эндодонтии».

Цель исследования: провести анализ данных по хронометрированию и 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 «Эндоэст-мотор» («Геософт-Дент»). Обработка корневых каналов проводилась согласно техники «Step Back». Конусность файлов для ручной обработки – 02, то есть диаметр равномерного расширения канала составляет всего лишь 0,02 мм на каждый миллиметр продвижения инструмента. Конусность роторных файлов Mtwo – 4, 5, 6% . Инструмент гибкий и прочный за счет характеристик NiTi-сплава (эффект памяти, сохранение формы, устойчивость на излом). Вертикальные лезвия с увеличивающимся шагом между витками от верхушки к основанию и неагрессивная апикальная часть обеспечивают создание оптимальной формы канала. Происходит одновременное формирование корневого канала без нарушения его морфологии. Два режущих лезвия на рабочей части файла обеспечивают увеличенное пространство для эффективной рекапитуляции дентина при минимальном радиальном трении. Это уменьшает нагрузку на инструмент и позволяет контролировать ситуацию, обеспечивая безопасность в работе. Уникальность роторной системы заключается в одной базовой последовательности с использованием четырех инструментов для всех типов каналов на полную рабочую длину. Укороченный хвостовик (11мм) облегчает доступ к молярам.

Результаты: Для безопасного препарирования канала ручными К-файлами использовались возвратно-поступательные движения. Время, затраченное на последовательное расширение канала от 015 номера до 025 согласно международной стандартизации ISO составило 30 минут.

При препарировании корневых каналов Mtwo NiTi файлами применялась следующая базовая последовательность инструментов: 10.04 (инструмент размер 10 по ISO с конусностью 4%) – 15.05 (инструмент размер 15 по ISO с конусностью 5%) – 20.06 (20 размер, конусность – 6%) – 25.06 (файл 25 размера с конусностью 6%) после предварительного определения рабочей длины канала К-файлом 10 размера по ISO (создание «ковровой дорожки»). Скорость вращения – 280 об/мин и торке 1,3 – 2,3 Нсм. Движения «пассивного опилования» (срезание материала автоматически по мере продвижения к апексу) чередовались с естественным поступательным расширением. При продвижении с трудом и усилием в изогнутом участке корневого канала, инструмент извлекался на 1-2 мм с последующим возвратом к методу «пассивного опилования». Время на обработку каждым номером при минимизированном воздействии на стенки канала составило чуть более двух минут.

Кроме того, 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 машинной техники препарирования корневых каналов: просто – одна последовательность для всех каналов; техника одной длины – все инструменты работают на полную рабочую длину; одновременное формирование канала – Mtwo режет автоматически при продвижении к апикальной области, а также в боковой плоскости при совершении щеточных движений файлом; система эффективной проходимости – каждый инструмент создает «ковровую дорожку» для последующего; без излишней потери зубных тканей – файл удаляет ровно столько тканей, сколько необходимо. Данная система роторных инструментов обеспечивает эффективное формирование и безопасное препарирование каналов любой анатомии при минимальной энергоемкости процесса, что значительно сокращает рабочее время врача и время пациента и делает эндодонтическое лечение менее утомительным.

Список литературы

1. П. Кифнер «Современные решения для эффективного и предсказуемого эндодонтического лечения». - Фармгеоком Информ, №6, 2013. - С.10-14.
2. В. Маланино «Не соглашайтесь на меньшее! Пришло время Mtwo!». - Фармгеоком Информ, №6, 2013. - С.14-17.
3. Эндодонтия. Практическое руководство./ И.К. Луцкая, И.Г. Чухрай, Н.В. Новак. - М.: Мед. лит., 2009. - 208 с.: ил.

ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТМЈ – ТРЕЙНЕРА

Утюж А.С., Нефедова И.В.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

"Проблема лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) остается актуальной в работе врача - стоматолога. Причинами, приводящими к дисфункции ВНЧС,

являются: нарушение окклюзионных поверхностей зубных рядов; реверсивное глотание; бруксизм; ротовое дыхание; патологическая стираемость зубов.

Цель исследования - определение эффективности TMJ - трейнера в лечении пациентов с патологией в области ВНЧС.

Материалы и методы. На базе отделения ортопедической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проведено обследование и лечение 18 пациентов с нарушением экскурсии нижней челюсти, возрастом от 45 до 56 лет, с жалобами на боль при открывании рта, при откусывании, при жевании, боль в ушной, жевательной височной областях, крепитацию при открывании рта, некоторое снижение слуха. После обследования был поставлен диагноз: двухсторонний подвывих ВНЧС. Лечение было произведено при помощи съемной техники - релаксирующей каппой TMJ Appliances, Myofunctional Research Co. (MRC) Australia. Мягкий TMJ - трейнер (суставная шина) разработан для устранения миофасциального болевого синдрома при дисфункции ВНЧС. Благодаря крыловидной форме основания шины создается эффект мягкой декомпрессии и релаксации мышц челюстно-лицевой и шейной области. Данная конструкция легко адаптируется, не вызывая дискомфорта у пациентов. Длительное применение аппарата приводит к разобщению прикуса. TMJ - трейнер как самостоятельный лечебный аппарат рекомендовался к использованию один час днем и всю ночь. В нашем случае пациенты пользовались аппаратом фактически постоянно, снимая их только во время еды и проведения гигиены полости рта.

Результаты: у четырех пациентов на 5, у трех на 7, а у остальных на 9 день использования капп отмечалось явное улучшение состояния в области ВНЧС, снятие болевого синдрома, отсутствие или уменьшение крепитации и улучшение функции жевания.

Выводы. Аппарат TMJ - трейнер эффективен при лечении патологий височно-нижнечелюстного сустава, так как он способствует декомпрессии и релаксации мышц челюстно-лицевой и шейной областей.

Список литературы

1. Петрикас И.В., Жирков А.М., Краснов А.А. Комплексный междисциплинарный подход к профилактике и лечению дисфункции ВНЧС // Проблемы стоматологии. 2016. Т. 12. № 1. С. 97-102.
2. Ряховский А.Н., Левицкий В.В., Карапетян А.А. и др. Сравнительная оценка методов трехмерного сканирования лица. -Панорама ортопедической стоматологии. -2007; 4: 10-3.
3. Севбитов А.В., Борисов В.В., Канукоева Е.Ю. и др. Исследование ретенционной способности индивидуальных защитных зубных шин относительно границ их базиса. Труды Международного симпозиума Надежность и качество. -2015. -Т. 2. -С. 363-364.
4. Юмашев А.В., Ряховский А.Н. Варианты использования CAD/CAM систем в ортопедической стоматологии. -Стоматология. -1999; 4 (78): 56-8.
5. Ряховский А.Н., Рассадин М.А., Левицкий В.В. и др. Объективная методика оценки изменений топографии объектов полости рта/Панорама ортопедической стоматологии. 2006. № 1. С. 8-10
6. Гоман М.В., Азиев Т.В., Матаев З.А. Влияние окклюзионных шин на изменение положения мышечков ВНЧС, определяемое Arcusdigma (KAVO) // Кубанский научный медицинский вестник. 2008. № 3-4 (102-103). С. 19-21.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ПЛАНИРОВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Фатталь М.А., Варданян М.Г.

Научный руководитель: Волобуев В.В.

Кубанский Государственный Медицинский университет

У детей с врожденной и наследственной патологией практически постоянно присутствует гипоксический синдром, провоцирующий патологические изменения в тканях растущего организма [2], которые приводят к метаболическим сдвигам, способствуют снижению общей и специфической реактивности организма, что сопровождается дисбалансом компенсаторноадаптивных механизмов и ведёт к формированию стойкой полиорганной патологии. Снижение pH ротовой жидкости запускает «окислительный стресс» на фоне клеточного дисбаланса антиоксидантной системы (АОС), что повышает проницаемость эмали и нарушает процессы минерализации зубов [7]. При исследовании ротовой жидкости детей с различными формами психоневрологических расстройств (ПНР) отмечается снижение скорости слюноотделения и pH, нарушение очищающей и минерализующей функций [3], изменяются показатели антиоксидантной системы повышается уровень ферментов антирадикальной защиты и активации перекисного окисления липидов [1,4,6]. Поэтому ротовая жидкость представляет интерес для оценки гомеостаза, а также для диагностики ряда заболеваний полости рта и других органов и систем организма. Данная диагностика не является инвазивной, что расширяет показания для ее применения в педиатрической практике [4,5].

Цель работы: проанализировать показатели «окислительного стресса» у детей с ПНР для разработки индивидуальных схем стоматологического лечения.

Материалы и методы. На базе детского отделения стоматологической поликлиники КубГМУ проведено клинко-лабораторное обследование 189 детей в возрасте 7-12 лет. Опытную группу составили 96 детей с ПНР, учащиеся профильной коррекционной школы VIII типа. Контрольную – 93 соматически здоровых ребенка.

Стоматологическое обследование проводили согласно рекомендациям ВОЗ. Забор исследуемого материала (смешанная слюна) осуществляли в утренние часы натощак. Биохимические исследования осуществлялись в соответствии с этико-правовыми аспектами клинических исследований (с получением информированного согласия родителей) и включали определение состояния ферментативного (супероксиддисмутаза (СОД) и каталазы) и неферментативного (SH-групп) звеньев АОС, а также состояние процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (по количеству вторичных продуктов липопероксидации, вступающих в реакцию с тиобарбитуровой кислотой (ТБКРП)). Статистическую обработку данных проводили с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Хорошая гигиена полости рта (индекс ОНІ-S) выявлена у 18,7% детей основной группы и у 36,5% детей контрольной. Распространенность кариеса временных зубов в исследуемых группах достигала 97,4±2,4% и 86,67±4,5%, постоянных – 46,0±6,4% и 28,3±5,3% соответственно. Суммарный индекс интенсивности кариеса в основной группе имел значение 7,35±1,4, в контрольной – 4,57±0,5. Признаки заболеваний пародонта выявлены у всех детей, имеющих ПНР, и у 36,56% здоровых детей. Среди заболеваний пародонта преобладал гингивит различной степени тяжести.

Активность ферментов антирадикальной защиты у детей в контроле составила: СОД 24,3±4,8 усл.ед./г. белка и каталазы 36,5±4,2 ммоль/(мин*г.*1 мг белка) соответственно. Уровень перекисного окисления липидов составил 0,61-0,73 мкмоль/г белка. В ротовой жидкости детей опытной группы концентрация сульфгидрильных групп снижалась на

23,4% ($p < 0,05$) по сравнению с контролем. Изменения активности ферментов СОД и каталазы носили однонаправленный характер и были выше показателей контроля на 14,8% ($p < 0,05$) и 19,6% ($p < 0,05$) соответственно, что можно рассматривать как адаптивную реакцию организма в ответ на «окислительный стресс», вызванный множественным кариесом. В ротовой жидкости детей с ПНР наблюдался более выраженный процесс активации перекисного окисления липидов: содержание ТБК-РП в смешанной слюне увеличилось на 63,7% ($p < 0,01$) по сравнению с контролем.

Выводы. При обследовании была выявлена прямая зависимость биохимических параметров «окислительного стресса» в полости рта детей с ПНР и степени проявления стоматологических заболеваний. Полученные данные учитываются в разработке персонализированных коррекционных схем лечения стоматологической патологии для детей, имеющих психоневрологические нарушения (ежедневное использование рекомендованных зубных паст, содержащие антиоксиданты; разработка индивидуальных схем применения антиоксидантов внутрь в зависимости от степени выраженности «окислительного стресса»).

Список литературы

1. Гуленко, О.В. Клинико-биохимическая оценка «окислительного стресса» при кариесе зубов у детей с психоневрологическими расстройствами / О.В. Гуленко, В.В. Волобуев, С.Б. Хагурова, Е.А. Фарапонова, Н.И. Быкова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2015. – Т.14. – №1 (52). – С. 3-6.
2. Леонтьев, В. К. Гипоксический синдром в полости рта и его влияние на основные стоматологические заболевания у детей с кислородной недостаточностью / В. К. Леонтьев, Е. Е. Яцкевич // Институт стоматологии. – 2007. – № 4. – С. 96-99.
3. Чуйкин, С.В. Изучение физико-химических показателей ротовой жидкости у детей с детским церебральным параличом / С.В. Чуйкин, Ф.Х. Камилов, Р.Р. Галеева // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2014. – №2. – С. 12-14.
4. Badanjak, S. M. An overview of salivaomics: Oral biomarkers of disease / S. M. Badanjak // Can. J. Dent. Hygiene. – 2013. – №47 (4). – P. 167-175.
5. Radulescu, R. Salivary biomarkers - a tool for the non-invasive diagnosis of oral diseases / R. Radulescu, M. Greabu, A. Totan, D. Miricescu // Balk. J. Stom. – 2009. – №3 (13). – P. 146-149.
6. Rashid, M. H. Assessment of serum and salivary oxidative stress biomarkers with evaluation of oral health status in a sample of autistic male children / M. H. Rashid, R. H. Al-Jubouri // J. Bagh. College Dentistry. – 2011. – Vol. 23(3). – P. 56-60.
7. Sierant, M. L. Stress Response Pathways in Ameloblasts: Implications for Amelogenesis and Dental Fluorosis / M. L. Sierant, J. D. Bartlett // Cells. – 2012. – №1. – P. 631-645.

ВЛИЯНИЕ СЛЮНЫ НА КАРИЕС-РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЭМАЛИ

Хубиева А.Д., Хатагов В.А.

Научный руководитель: Кубанова А.Б.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность работы заключается в том, что в настоящее время, распространённость кариеса среди населения составляет 98%. Способность зубов противостоять кариозному процессу зависит от ряда факторов, важнейшими из которых является химический состав и структура эмали, на которые оказывают влияние биохимические параметры слюны. В свою очередь, слюна осуществляет трофику эмали, а также имеет огромное значение в

возникновении кариеса, отражает характер течения воспалительных процессов в тканях и органах полости рта.

Кариес зуба – патологический процесс, проявляющийся деминерализацией и прогрессирующей деструкцией твердых тканей зуба с образованием дефекта в виде полости. По характеру клинико-морфологических проявлений выделяют 4 стадии развития кариеса:

Стадия пятна – ранняя стадия кариеса. Начало кариеса выражается появлением на фоне блестящей поверхности эмали белого непрозрачного пятна, напоминающего по цвету мел (меловое пятно).

Поверхностный кариес – процесс продолжающейся деминерализации, характеризующийся разрушением эмали в пределах эмалево-дентинного соединения.

Средний кариес – стадия прогрессирования кариеса, при которой разрушаются дентиноэмалевые соединения и процесс переходит на дентин.

Глубокий кариес – представляет собой дальнейшее прогрессирование процесса с образованием каверны в размягченном дентине.

Слюна представляет собой мутную, вязкую жидкость, плотность которой составляет 1,002-1,017. Вязкость слюны колеблется в пределах 1,2-2,4 ед. Химический состав слюны определяет состояние и функционирование зубов и слизистой оболочки полости рта, где она вырабатывается специализированными железами.

Целью работы является выяснение факторов слюны, влияющих на формирование и поддержание кариесрезистентности зубной эмали.

Материалы и методы. Данные микрорентгенографии пораженных кариесом зубов показывают, что во всех стадиях его развития можно наблюдать чередование зон деминерализации и реминерализации эмали и дентина. Слюна на 98-99% состоит из воды; 1-2% приходится на сухой остаток, около 2/3 которого составляют органические вещества, 1/3-минеральные. К минеральным компонентам слюны относятся: кальций, калий, натрий, магний, кремний, алюминий, цинк, железо, медь, хлориды, фториды, иодиды, бромиды. В слюне обнаружен целый ряд биологически активных веществ. К ним относятся витамины: С, В1, В2, В6, Н, РР, пантотеновая кислота и др.; гормоны: катехоламины, кортизол, кортизон, эстрогены, прогестерон, тестостерон, простагландины, биогенные амины и другие вещества. В смешанной слюне открыто более 100 ферментов (лизоцим, амилаза, мальтаза, сахараза, ферменты гликолиза, цикла трикарбоновых кислот и другие). Уровень рН слюны колеблется в пределах 6,5 – 7,5, т.е. показатель близок к нейтральному значению. В развитии кариеса важную роль играет кислая среда. По мере развития кариозного процесса, когда рН = 4.5 – 5 начинаются процессы деминерализации эмали.

Результаты. Снижение рН и увеличение вязкости слюны снижает ее очищающие свойства и минерализующую способность. Начинают преобладать процессы деминерализации – растворение кристаллов гидроксиапатита поверхностных слоёв эмали; повышение проницаемости эмали; в дентинные трубочки проникают кислоты; их дезорганизации; скопление в них микробных масс; нарушение трофики твердых тканей; размягчение дентина. Буферная емкость слюны – это способность нейтрализовать кислоты и щелочи. Установлено, что прием в течение длительного времени углеводистой пищи снижает, а прием высокобелковой – повышает буферную емкость слюны. Высокая буферная емкость слюны – фактор, повышающий устойчивость зубов к кариесу. Содержание белков в слюне варьирует в пределах 0,95-2,32г/л, что в 40-70 раз ниже, чем в плазме крови. Более половины всего содержания белков слюны составляют муцины. Муцины смазывают слизистые оболочки полости рта и поверхности зубов, защищая их от различных повреждений, связывают кальций слюны, а также участвуют в поддержании постоянства рН. Антибактериальное действие лизоцима связано с его способностью гидролизовать β-1,4-гликозидные связи гликозаминогликанов и гликопротеинов

клеточных мембран некоторых видов бактерий. Ферменты кислая и щелочная фосфатазы, расщепляя моноэфиры фосфорной кислоты, Участвуют в фосфорно-кальциевом обмене, в частности, в процессах минерализации костей и зубов. Изменение количества слюны связано, в большей степени, с заболеваниями и повреждениями слюнных желёз. В клинической практике нередко наблюдают дистрофические процессы слюнных желёз, так называемые сиалозы, или сиалоаденозы, и воспалительные заболевания – острый и хронический сиалоадениты. Опухоли слюнных желёз занимают особое место среди всех онкологических заболеваний. Несколько реже встречаются больные с врожденными пороками развития и травмой слюнных желёз.

По данным Стоматологической поликлиники СтГМУ статистика заболеваний кариесом у лиц старше 18 лет с 2016 года по октябрь 2018 года показала, что:

– в 2016 году количество людей с кариесом, прошедших лечение в поликлинике составило 5,5% – 24602 чел. (население за 2016г. – 429571 чел.);

– в 2017 году количество людей с кариесом, прошедших лечение в поликлинике составило 8,7% – 38100 чел. (население за 2017г. – 433577 чел.);

– в 2018 году (до октября включительно) количество людей с кариесом, прошедших лечение в поликлинике составило 6,1% – 26891 чел. (население за 2018г. – 433931 чел.)

Выводы. Рассматривая основные механизмы развития кариеса, ещё раз хотелось бы подчеркнуть ведущую роль функциональной активности слюнных желёз, биохимических показателей слюны, изменение которых, под действием эндогенных и экзогенных механизмов, является важнейшим фактором развития кариозного процесса. Таким образом, слюна оказывает непосредственное воздействие на кариесрезистентность эмали и может, как препятствовать, так и способствовать возникновению кариеса.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПУЛЬПЫ ЗУБА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Шавлакова Д.В., Токбулатова А.В., Кокаян Л.В.

Научный руководитель: Григорова А.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Пульпа, или мякоть зуба (*pulpa dentis*), по морфологическому строению пульпа представлена рыхлой соединительной тканью, которая содержит много клеток, межклеточного вещества, кровеносных сосудов и нервных волокон. Среди большого разнообразия стоматологических заболеваний воспаление пульпы зуба занимает от 14 до 25%. Воспалительный процесс в пульпе возникает в ответ на раздражители, которые влияют на пульпу. При медикаментозной обработке кариозной полости зуба после препарирования применение спирта и эфира может вызвать различные гиперергические реакции пульпы. Возможно воспаление пульпы при неправильном наложении постоянной пломбы из пломбировочных материалов, которые требуют обязательного наложения прокладки.

Цель исследования: Изучить морфологическую картину и особенности компонентов соединительной ткани при разных клинических вариантах течения пульпита

Материалы и методы: 1. Изучить литературные данные о морфологии пульпита.

При остром пульпите определяется расширение сосудов, последние переполнены кровью. Целостность стенок сосудов чаще сохранена. Лишь в отдельных участках иногда выявляются мелкие надрывы и кровоизлияние в ткань пульпы, которая пропитана серозным экссудатом. Местами в ней есть отдельные скопления лейкоцитов. При патологоанатомическом исследовании основным изменением при фиброзном пульпите

является разрастание волокнистой соединительной ткани. Волокна пульпы утолщены. Выявляются гиалиноз коллагеновых волокон, следы бывших кровоизлияний. Клеточный состав пульпы резко изменен. Клеточная реакция при хроническом фиброзном пульпите проявляется вакуолизацией слоя одонтобластов, усилением размножения клеток центрального слоя. В корневой пульпе часто встречаются явления фиброза и петрификации.

Так выделяют гангренозный пульпит и конкрементозный, где при патологоанатомическом исследовании в ткани пульпы определяются дентиклы или петрификаты. Их локализация, количество, форма и величина разнообразны. Ткань пульпы находится

Патологоанатомическая картина обострившегося хронического пульпита определяется той формой, которая предшествовала его развитию. В ткани пульпы на фоне хронического воспаления обнаруживаются кровоизлияния, очаги лейкоцитарной инфильтрации и гнойного расплавления, прогрессируют деструктивные изменения тканевых элементов пульпы.

Заключение. Тем самым роль гистологического исследования при пульпите несомненно важна, как для правильной установки этиологии, так и для выбора дальнейшей тактики врача-стоматолога.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Шихвалиева Э.Х., Темирджанова Н.А.

Научный руководитель: Туманян С.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

В оказании помощи детям с сочетанными кранио-фациальными повреждениями участвуют специалисты разного профиля: нейрохирург, челюстно-лицевой хирург, хирург общего профиля, офтальмолог, оториноларинголог, реаниматолог, специалисты диагностических служб. В связи с этим, возникает проблема правильной организации лечебного процесса. До настоящего времени не выработан порядок проведения лечебных мероприятий, не определены наиболее информативные методы исследования, нет четкости во взаимодействии и очередности работы врачей различных специальностей по лечению детей с кранио-фациальными повреждениями.

Целью исследования является совершенствование лечебной помощи детям с сочетанной кранио-фациальной травмой.

Материалы и методы: На обследование и лечение взято 12 детей с сочетанной травмой костей лица.

Экстренная помощь была оказана 3 детям; у 1-го было остановлено кровотечение, путем прошивания поврежденного сосуда и 2-м детям наложена трахеостома для ликвидации травматической асфиксии. 4-м детям была оказана срочная помощь челюстно-лицевым хирургом, 3-м детям была оказана срочно-отсроченная челюстно-лицевая помощь (от 3-х до 14-ти суток), 2-м показана срочная нейрохирургическая операция.

Для иммобилизации фрагментов перелома лицевого скелета в детском возрасте использовались как хирургические, так и ортопедические методы.

Результаты и обсуждение: На базе ГБУЗ СК Детской краевой клинической больницы было проведено обследование и лечение 12 детей в возрасте от 2 до 16 лет с сочетанной

травмой костей лица. В ходе работы был разработан порядок оказания помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями в детском возрасте:

Экстренная помощь оказывается в момент поступления:

1. При массивном кровотечении из челюстно-лицевой области
2. При травматической асфиксии

Срочная помощь оказывается в первые 24 часа:

1. При легкой черепно-мозговой травме
2. При тяжелой черепно-мозговой травме в случае необходимости срочного нейрохирургического вмешательства.

Срочно-отсроченная оказывается больным со среднетяжелой или тяжелой черепно-мозговой травмой при:

1. ясном сознании
2. положительной неврологической динамике

Экстренная помощь была оказана 3 детям; у 1-го было остановлено кровотечение, путем прошивания поврежденного сосуда и 2-м детям наложена трахеостома для ликвидации травматической асфиксии. В последующем этим детям была оказана срочно-отсроченная помощь челюстно-лицевым хирургом, включающая репозицию и иммобилизацию фрагментов перелома.

4 ребенка поступили в стационар с ЧМТ легкой степени тяжести и им была оказана срочная помощь челюстно-лицевым хирургом, 3 детей поступили в стационар с ЧМТ средней степени тяжести и тяжелой ЧМТ, им была оказана срочно-отсроченная челюстно-лицевая помощь (от 3-х до 14-ти суток), 2 детей поступили в стационар с тяжелой ЧМТ, которым была показана срочная нейрохирургическая операция.

Кроме хирургических и ортопедических мероприятий, направленных на восстановление целостности лицевого черепа и функции, также применяли комплексное терапевтическое лечение, включавшее в зависимости от тяжести повреждения:

- Антибактериальную терапию (профилактика гнойно-воспалительных осложнений);
- Инфузионную терапию (восстановление объема циркулирующей крови, нарушенных параметров гомеостаза);
- Гормонотерапию;
- Гемостатическую терапию;
- Трансфузионную терапию;
- Введение ненаркотических анальгетиков.

Выводы: Порядок оказания помощи пострадавшим с сочетанными кранио-фациальными повреждениями челюстно-лицевым хирургом находится в прямой зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы, уровня сознания пострадавшего. Экстренная помощь челюстно-лицевым хирургом оказывается лишь в случае непроходимости верхних дыхательных путей в результате травмы и массивного кровотечения из сосудов лица и шеи.

Использование алгоритма оказания помощи пострадавшим с сочетанными черепно-лицевыми повреждениями позволяет избежать развития осложнений, сократить сроки лечения, достигнуть оптимальных анатомических и функциональных результатов.

Список литературы

1. Харитонов, Д.Ю. Современные особенности клиники, диагностики и лечения детей с сочетанными кранио-фациальными повреждениями / Д.Ю. Харитонов, А.В. Сущенко // Российский стоматологический журнал. – 2008. – №1. – С. 35-39.
2. Багненко, С. Ф. Стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим с травмами (на примере пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях) / С. Ф. Багненко // Скорая медицинская помощь: российский научно-практический журнал. - 2007. - N 3. - С. 18-21.

3. Матрос-Таранец, И.Н. Принципы ортопедического и хирургического лечения переломов костей лицевого черепа / И.Н. Матрос-Таранец, А.И. Альваамлех, А.Р. Абед Этер, И.Х. Дуфаш, Д.А. Дадонкин // Травма. - 2002. - Т.3, №3. - С.340-347.
4. Бухер, М.М. Современные подходы к хирургическому лечению краниофациальной травмы / М.М. Бухер, В.П. Сакович, Д.В. Цех // Гений ортопедии. – 2011. – № 3. – С. 33–37.

К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА

Шокиров Х., Гладышев А.

Научный руководитель – Худоярова А.Г.

*Андижанский государственный медицинский институт
Ставропольский государственный медицинский университет*

Как известно для всех существующих на земле профессий можно установить профессиональные заболевания. Профессия стоматолога не исключение. При лечении больного для врача стоматолога увеличивается риск заражения инфекционными заболеваниями и особенно воздушно-капельными инфекциями, вирусным гепатитом, ВИЧ инфекцией. Однако не исключается возможность воздействия физических факторов, таких как вибрация и шум, а также химических факторов. Увеличение нагрузки на опорно-двигательный аппарат приводит к развитию искривления позвоночника, сопровождающиеся болями в костях и суставах. Длительное вертикальное положение приводит к нарушению кровообращения. Эти и многие другие изменения в состоянии здоровья врача стоматолога говорят об актуальности рассмотрения вопроса касающегося изучению культуры организации труда и рабочего дня, что должно привести к формированию здорового образа жизни врача.

Цель исследования. Изучить особенности развития профессиональных заболеваний в связи с физическими воздействиями (гиподинамия, вибрация, шум) на организм врача.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 50 врачей стоматологов с различным стажем работы (от 5 до 15 лет). Полученные результаты собранного осмотра и анамнеза статистически обработаны.

Результаты исследования. Нами установлено, что практически у всех врачей со стажем работы более 5 лет имеются в наличии единичные отклонения в здоровье связанные с физическими воздействиями на организм. У врачей со стажем работы от 10 до 15 лет эти отклонения имеют более широкий диапазон. Так среди работников со стажем работы до 5 лет отмечалось только 6% нарушений (из 16 человек). Среди работников со стажем от 5 до 10 лет отмечались отклонения 62,5% (16 человек). В группе врачей со стажем от 10 до 15 лет этот процент был равен 77,7% (18 человек).

Заключение. Таким образом, необходимо отметить, что организация рабочего места врача стоматолога имеет важное значение для увеличения продолжительности его профессиональной деятельности. Необходимо вплотную разрабатывать дизайнерское оформление оборудования и кабинетов для врачей стоматологов и заниматься профилактикой.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВИКАРНОСТИ РАЗВИТИЯ КАРИЕСА ПРИ НАРУШЕНИИ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ

Шокиров Х., Гладышев А.

Научный руководитель – Худоярова А.Г.

*Андижанский государственный медицинский институт
Ставропольский государственный медицинский университет*

По данным ВОЗ, заболеваемость кариесом зубов в разных странах и среди разного контингента, колеблется от 80% до 98%. Известно, что 90% населения земного шара на протяжении своей жизни страдают от заболеваний полости рта, начиная от кариеса и заболеваний тканей пародонта до раковых опухолей. Однако только 60% населения земного шара имеют доступ к уходу за полостью рта.

Основные факторы риска: курение, снижение физической активности и высокое потребление сахара и соли вносят свой вклад в развитие различных хронических заболеваний, включая заболевания полости рта. Известно, что заболевания полости рта тесно связаны с диабетом, сердечно - сосудистой патологией, преждевременными родами, низким весом новорожденных и другими состояниями.

Нарушение обменных процессов связанные с нарушением культуры питания и конкретным нарушением эндокринной регуляции обмена веществ значительно отражается на состоянии органов ротовой полости. Учитывая характерную актуальность, перед нами стояла следующая цель исследования: - изучить статистические показатели зависимости развития кариесного поражения зубов у лиц с нарушением обменных процессов различного генеза.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 100 человек, из них 25 человек были в контрольной группе, а 75 это пациенты опытной группы. В гендерном распределении контрольная группа составила 18 женщины и 7 мужчин. В опытной группе было 49 женщин и 44 мужчины. Возрастной диапазон обследованных составил 19 лет – 60 лет. Исследования проводились на базе стоматологических поликлиник города Андижана и эндокринного диспансера города. Стоматологическое исследование заключалось в клиническом осмотре ротовой полости с расчетом индексов, отражающих состояние ротовой полости. Индекс интенсивности кариеса (КПУ), упрощенный индекс гигиены рта Грина - Вермиллиона.

Результаты исследования. Результаты показали, что среди женского контингента распространенность кариесом превышает распространенность кариеса у мужчин на 5%. Однако если сравнить обращаемость и интенсивность лечения кариеса у мужчин составила на 7% больше. Из всего объема обследованных женщин почти 73% имели сопутствующие изменения функций щитовидной и других эндокринных желез. Среди мужчин нарушения функции щитовидной железы составили 12%.

Заключение. Полученные результаты позволяют заключить тот факт, что нарушение обменных процессов значительно отражаются на состоянии органов полости рта. Данная зависимость ещё больше бывает выраженной, если у обследуемого есть эндокринное нарушение в регуляции обмена веществ. Кроме того нами было замечено гендерное превалирование среди женщин, что по-видимому связано с наличием изменений гормонального статуса в фертильном возрасте. Данные полученные нами подтверждают необходимость пропаганды здоровья полости рта.

**ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ.
ПЕРИИМПЛАНТИТ. ПЕРИИМПЛАНТАТНЫЙ МУКОЗИТ**

Шорова Д.З., Меремкулов Р. А.

Научный руководитель: Саркисов А. Я.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель нашего исследования: провести сравнительный анализ осложнений при дентальной имплантации на основании данных клинико-рентгенологической диагностики

Метод дентальной имплантации занял достойное место в реабилитации пациентов, нуждающихся в зубном протезировании.

С увеличением срока функционирования дентальных внутрикостных имплантатов стоматолог-имплантолог неизбежно будет сталкиваться с сопутствующими осложнениями, а так же периимплантатными воспалительно-деструктивными заболеваниями, о которых и пойдет речь в нашей работе. При всем разнообразии современных видов имплантатов, способов их установки и интеграции, вопрос о периимплантите, как об одном из видов осложнений до настоящего времени остается актуальным. Воспалительный процесс, как правило, начинается в мягких тканях периимплантатной зоны (мукозит), распространяется на костную ткань и ведет к ее деструкции (периимплантит), создавая неблагоприятные условия для протезирования.

Материал и методы

Данное исследование выполнено на кафедре хирургической стоматологии на базе стоматологической поликлиники СтГМУ.

Для достижения поставленной цели были обследованы 25 пациентов с имплантатами в возрасте от 21 года до старше 60-ти лет, которые обратились за специализированной стоматологической помощью в связи с появлением жалоб различного характера. Им было ранее инсталлированы 41 дентальный имплантат. Обследование пациентов проводилось по определенной схеме, включающей: клинические, рентгенологические обследования, стоматоскопический метод.

Результаты и обсуждение

Проанализировано состояние периимплантатных тканей в области 41 имплантатов. В области 14 имплантатов установлено наличие воспалительно-деструктивных процессов в мягких или костных тканях.

Плохая гигиена полости рта наблюдалась в 74,5% случаев, что служит реальной предпосылкой к развитию воспалительного процесса периимплантатных тканей.

Кровоточивость при мукозите определялась в 27,8% случаев, при периимплантите 44,8% имели частый характер и 44,8% - постоянный.

При мукозите подвижность имплантатов отсутствовала, при периимплантите в 51,7% подвижность отсутствовала, а 31% случаев показал I степень подвижности.

Периимплантатные карманы при мукозите не определились, при периимплантите в большинстве случаев (55,2%) наблюдалось наличие карманов до 4мм.

При мукозите на рентгенограмме патологические изменения в костной ткани отсутствуют, при периимплантите выявляется остеопороз и деструкция.

Распределив больных с осложнениями имплантации по возрасту. Мы выяснили, что чаще периимплантит встречается у пациентов в возрасте от 31 до 50 лет.

Исследование показало, что данные осложнения у мужчин встречаются чаще, чем у женщин.

Заключение

1. Оценка стоматологического статуса пациентов показала, что из 41 остеointегрированных имплантатов в области периимплантатных тканей 14 имплантатов

диагностировано наличие хронических воспалительно-деструктивных процессов. В 4 случаях установлены периимплантатные мукозиты, в 10 установлены дентальные периимплантиты.

2. Проведенное нами исследование показало, что частота и характер периимплантатных осложнений дентальной имплантации зависит от пола пациентов, так периимплантатный мукозит и периимплантит чаще встречаются у мужчин (66 %), чем у женщин (34%). Данная зависимость обосновывается зачастую неудовлетворительной гигиеной полости рта у лиц мужского пола. Вполне вероятно, что такие факторы как психологический стресс, которому в большей степени подвержена мужская часть населения, может оказывать значительное влияние на поведение пациента, прежде всего с точки зрения гигиены его ротовой полости. Помимо этого, многие пациенты в состоянии психологического стресса склонны к злоупотреблению алкоголем и сигаретами. В результате повышается риск развития периимплантита. Возраст так же имеет немаловажное значение, чаще данная патология встречается у пациентов в возрасте от 31 до 50 лет.

3. Периимплантный мукозит и периимплантит характеризуются воспалительной реакцией в тканях, окружающих дентальный имплантат, способной привести к деструкции околоимплантатных тканей и, в конечном счете, отторжению имплантата.

Для достижения успешных результатов имплантации необходимо учитывать многочисленные ключевые моменты, призванные помочь клиницистам в понимании этих заболеваний, включая анамнез, диагностику, распространенность и уровень заболеваемости, этиологию, патогенез, факторы риска. Определенные местные и общие факторы риска могут повышать риск развития периимплантита. К местным факторам относятся анатомические и клинические условия, способствующие колонизации патогенных бактерий, например, неудовлетворительная гигиена полости рта, глубокие десневые карманы, неблагоприятная конструкция протеза. Общие факторы определяют ответ макроорганизма на микробную нагрузку, например: генетическая предрасположенность, факторы окружающей среды (курение, психологический стресс, злоупотребление алкоголем и др.), а также системные факторы, ухудшающие здоровье пациента в целом. Скопление патогенных микроорганизмов у пациентов с предрасположенностью к периимплантиту значительно повышает риск развития этого заболевания. Чем больше факторов риска отмечается у индивидуума, тем выше риск периимплантита.

Список литературы

1. Лечение и реабилитация пациентов с объемными дефектами нижней челюсти / А.В. Жидовинов [др.] // Клиническая стоматология. - 2016. - №2. (78). С.63-66
2. Перова, М.Д. Реабилитация тканей дентоальвеолярной области. Клинико-теоретические исследования в современной пародонтологии и имплантологии. / М. Д. Перова // Новое в стоматологии. – 2001.- спец. Вып. №3
3. Хирургическая стоматология: учеб. / под общ. ред. В.В. Афанасьева. – 2-е изд. Испр. И доп. – М : ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 792 с.
4. Хирургическая стоматология : учеб. /под ред. Т. Г. Робустовой. – 3-е изд., перераб. И доп. – М.: Медицина, 2003. – 504 с.

**ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЭКЗОГЕННЫМ МОНООКСИДОМ АЗОТА НА
МИКРОБНУЮ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ОЧАГОВ БИСФОСФОНАТНОГО
ОСТЕОНЕКРОЗА ЧЕЛЮСТЕЙ У ОНКОБОЛЬНЫХ**

Эбзеев А.К., Спевак Е.М.

Научный руководитель: Христофорандо Д.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей у онкобольных (БОНЧ) – осложнение антирезорбтивной терапии, которое характеризуется возникновением очага остеонекроза челюстной кости деструктивного характера [4]. Длительное и вялотекущее течение заболевания обуславливает тенденцию к постепенному расширению очага остеонекроза, снижению местного иммунитета полости рта и хронизации воспалительного процесса в окружающих тканях, которое часто обусловлено условно-патогенной микрофлорой [3]. В связи с этим весьма актуальной проблемой становится недостаточная эффективность антисептических и антибактериальных средств при БОНЧ, а также необходимость их многократного применения. Перспективной задачей является разработка немедикаментозных методов санации очагов остеонекроза при БОНЧ [1].

Цель и задачи работы: оценить влияние терапии экзогенным монооксидом азота на обсемененность микрофлорой полости рта очагов бисфосфонатного остеонекроза челюстей у онкологических пациентов.

Материалы и методы. В исследование включили 35 человек с установленным диагнозом БОНЧ, проходившие лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя в период с 2017 по 2018 годы. В основную группу вошло 16 человек, которым проводилась терапия экзогенным монооксидом азота с помощью аппарата «Плазон». Методика: местно на зону остеонекроза выводился воздушно-плазменный NO-поток в терапевтическом режиме с применением манипулятора с диаметром выходного канала 2 мм, с экспозицией 30 секунд на 1см² с расстояния 2 см ежедневно (10 сеансов).

В группу сравнения вошло 19 человек. Пациентам группы сравнения проводили стандартную терапию по рекомендациям Американской ассоциации хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов – обработку очагов остеонекроза и прилегающих мягких тканей раствором антисептика (0,05% р-р хлоргексидина биглюконата) ежедневно (10 процедур).

Пациентам обеих групп до начала лечения по поводу БОНЧ и через 14 дней выполняли бактериологическое исследование отделяемого со слизистой оболочки полости рта, расположенной рядом с очагом остеонекроза. Окончательную идентификацию микроорганизмов и определение чувствительности к антибактериальным препаратам осуществляли масс-спектрометрическим методом с помощью масс-спектрометра MALDI-TOF microflex с системой идентификации микроорганизмов Biotyper, Bruker Daltonics, США [2].

Результаты. Основную группу составили 9 женщин (56,25%) и 7 мужчин (43,75%), средний возраст - 63,75±1,75 года. Группу сравнения составили 11 женщин (57, 89%) и 8 мужчин (42,11%), средний возраст - 64,11±1,91 года.

Проанализированы данные первичного бактериологического исследования пациентов основной и контрольной группы. В 91,43% случаев (у 32 пациентов) посев был положительным. В 65,71% случаев (у 23 пациентов) высеялась малочувствительная и резистентная в отношении стандартных антибактериальных препаратов условно-патогенная и сапрофитная микрофлора: Streptococcus spp. (Str. hominis, Str. mitis), Parviromonas micra, Fusobacterium nucleatum, ассоциированная с Actinomycetes, в титрах, не превышающих 10⁴ КОЕ/тамп. В 25,71% случаев (у 9 человек) высеялся Staphylococcus aureus, малочувствительный к препаратам пенициллинового ряда, фторхинолонам,

Streptococcus constellatus et viridans, чувствительные к левофлоксацину, *Enterococcus faecalis*, чувствительный к большинству антибиотиков, в титрах, превышающих 104 КОЕ/тамп. В 8,57% случаев (у 3 человек) в первом посеве микрофлору высевать не удалось.

При повторном исследовании в основной группе после лечения у 11 человек (68,75%) пришел отрицательный посев. У 2 пациентов (12,5%) произошло снижение титра микрофлоры до 104 КОЕ/тамп. У 3 пациентов (18,75%) повторный посев остался без изменений. В группе сравнения у 14 человек пришел отрицательный посев (73,68%), у 5 пациентов (26,32%) произошло снижение титра микрофлоры до 104 КОЕ/тамп.

Явлений обострения воспалительного процесса на фоне проводимого лечения монооксидом азота и антисептиками зафиксировано не было. Субъективно в обеих группах пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома и неприятного запаха в полости рта, клинически отмечалось уменьшение зоны гиперемии и отечности окружающих очаг остеонекроза мягких тканей, снижение количества гнойного отделяемого из свищевых ходов.

Выводы. Установлено, что терапия экзогенным монооксидом азота не уступает по эффективности антисептической обработке очагов остеонекроза челюстей (68,75% и 73,68% отрицательных посевов соответственно), хорошо переносится больными, приводит к уменьшению субъективных жалоб в полости рта. Поэтому проведение санации очагов остеонекроза у онкопациентов с использованием NO-терапии мы считаем допустимой альтернативой антисептической обработке очагов поражения костной ткани при БОНЧ.

Список литературы

1. Леднев, П.В. Применение воздушно-плазменного потока для лечения послеоперационной стерильной инфекции / П.В. Леднев, Ю.В. Белов, Л.А. Марахонич, А.В. Стоногин [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2017. – Т.10. - № 6. – С. 28-33. DOI: 10.17116/kardio201710628-33.
2. Рындина, Е.С. Перспективы применения MALDI-TOF MS в медицине / Е.С. Рындина // Медицина: теория и практика. – 2018. – Т. 3. – № 5. С. 66-71.
3. Спевак, Е.М. Микробная картина и особенности антибактериальной терапии у пациентов с бисфосфонатными остеонекрозами челюстей / Е.М. Спевак, Д.Ю. Христофорандо, Е.В. Елисеева // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. материалов 52-й всерос. науч.-практ. стом. конф., посвященной 110-летию со дня рождения М.М. Слуцкой и 70-летию основания отделения челюстно-лицевой хирургии в Ставропольском крае – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2017. – С. 206-208.
4. Ruggiero, S.L. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update / S.L. Ruggiero, T.B. Dodson, J. Fantasia [et al.] // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2014. –Vol. 72. – N.10. – P. 1938–1956.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКЗОГЕННОЙ NO-ТЕРАПИИ В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С БИСФОСФОНАТНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

Эбзеев А.К., Спевак Е.М.

Научный руководитель: Христофорандо Д.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – омертвение и оголение костной ткани челюстей, которое сохраняется более 8 недель, у онкопациентов, имеющих в анамнезе прием бисфосфонатов, но не подвергавшихся лучевой терапии на область головы и шеи [4,5].

Использование экзогенного монооксида азота – оригинальный способ лечения острых и хронических воспалительных, деструктивных, склеротических процессов – широко применяется в медицине в последнее десятилетие [1,2,3].

Цель исследования – оценить эффективность экзогенной NO-терапии и стандартного лечения пациентов с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей путем сравнения показателей качества жизни.

Материалы и методы. В исследование включен 31 человек с установленным диагнозом БОНЧ по критериям AAOMS (Американской ассоциации хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов). База: отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Ставрополя. Период: с 2017 по 2018 годы.

Пациенты распределены на две сопоставимые по полу и возрасту группы. Пациенты основной группы получали терапию экзогенным монооксидом азота, синтезированным с помощью аппарата «Плазон». Методика: местно на зону остеонекроза проводилась терапия воздушно-плазменным потоком монооксида азота в терапевтическом режиме с применением манипулятора с диаметром выходного канала 2 мм, с экспозицией 30 секунд на 1см² с расстояния 2 см ежедневно (10 сеансов).

Пациентам группы сравнения проводили стандартную терапию по рекомендациям AAOMS – обработка очагов остеонекроза и прилегающих мягких тканей (промывание и орошение) раствором антисептика (0,05% р-р хлоргексидина биглюконата) ежедневно (10 процедур).

Оценку качества жизни пациентов проводили с помощью специализированного стоматологического опросника ОНПР-14 дважды: при первичном обращении и после проведенного лечения.

Методы статистического анализа: расчет экстенсивных показателей, расчет U-критерия Манна-Уитни для несвязанных выборок с учетом доверительного интервала 95% для $p < 0,05$. Программное обеспечение: Microsoft Excel 2013, IBM SPSS Statistics.

Результаты и обсуждение. В основную группу (15 человек) вошло 9 женщин (60%) и 6 мужчин (40%), средний возраст испытуемых составил $65,13 \pm 1,5$ лет. Вид первичной онкопатологии: рак молочной железы – 7 человек (46,67%), рак простаты – 5 человек (33,33%), множественная миелома – 2 человека (13,33%), рак легкого – 1 человек (6,67%).

В группу сравнения (16 человек) вошло 10 женщин (62,5%) и 6 мужчин (37,5%), средний возраст испытуемых составил $64,44 \pm 1,8$ лет. Вид первичной онкопатологии: рак молочной железы – 7 человек (43,75%), рак простаты – 4 человека (25%), множественная миелома – 2 человека (12,5%), первично-множественный рак, рак легкого и рак шейки матки – по 1 человеку (6,25% каждый).

Среднее количество баллов ОНПР-14 в основной группе до лечения составило $29,33 \pm 0,67$ бала, что соответствует неудовлетворительному уровню качества жизни.

Среднее количество баллов ОНПР-14 в группе сравнения до лечения составило $28,75 \pm 0,62$ бала, что также соответствует неудовлетворительному уровню качества жизни.

Среднее количество баллов ОНП-14 в основной группе после лечения составило $21,47 \pm 0,67$ бала, что соответствует удовлетворительному уровню качества жизни. Проведенное лечение монооксидом азота показало эффективное снижение показателей опросника ОНП-14 во всех доменах. Наиболее показательные изменения в основной группе произошли в домене «проблемы при приеме пищи» (с $14,53 \pm 0,29$ до $9,2 \pm 0,47$ баллов) в связи со значительным уменьшением болевого компонента, неприятного запаха и гноетечения в полости рта после NO-терапии.

Среднее количество баллов ОНП-14 в группе сравнения после лечения составило $24,31 \pm 0,81$ бала, что по-прежнему соответствует неудовлетворительному уровню качества жизни. При лечении по стандартной методике у пациентов группы сравнения произошло незначительное улучшение качества жизни, которое в целом осталось неудовлетворительным, что указывает на неэффективность методики.

Показатели в основной группе и группе сравнения после лечения проанализированы с помощью критерия Манна-Уитни. $U(60.5) \leq U_{кр}(70)$, следовательно, различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы ($p < 0,05$).

Заключение. Определение качества жизни пациентов с БОНЧ – важный клинический этап обследования больных, позволяющий оценивать тяжесть заболевания и эффективность проводимого лечения на разных этапах. Применение экзогенного монооксида азота при БОНЧ положительно влияет на качество жизни онкобольных.

Список литературы

1. Леднев, П.В. Применение воздушно-плазменного потока для лечения послеоперационной стеральной инфекции / П.В. Леднев, Ю.В. Белов, Л.А. Марахонич, А.В. Стоногин [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2017. – Т.10. - № 6. – С. 28-33. DOI: 10.17116/kardio201710628-33.
2. Мартусевич, А.К. Экзогенный оксид азота как модулятор состояния биосистем и основа для создания инновационных медицинских технологий / А.К. Мартусевич, А.Ф. Ванин // Биорадикалы и антиоксиданты. – 2016. – Т.3. - № 3. – С. 206-207.
3. Спевак, Е.М. Применение экзогенного монооксида азота в комплексном лечении бисфосфонатных остеонекрозов челюстей / Е.М. Спевак, Д.Ю. Христофорандо, Е.В. Печенкин // Институт стоматологии. – 2019. - №1 (82). – С. 60-62
4. Khan, A.A. Case-Based Review of Osteonecrosis of the Jaw (ONJ) and Application of the International Recommendations for Management From the International Task Force on ONJ / A.A. Khan, A. Morrison, D.L. Kendler [et al.] / J. Clin. Densitom. – 2017, Jan – Mar. – Vol. 20(1). – P. 8-24. doi: 10.1016/j.jocd.2016.09.005.
5. Ruggiero, S.L. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update / S.L. Ruggiero, T.B. Dodson, J. Fantasia [et al.] // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2014. –Vol. 72. – N.10. – P. 1938–1956.

АНТИБИОПЛЕНОЧНАЯ АКТИВНОСТЬ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Яковлев М.В., Пастухов Д.М.

Научный руководитель: Годовалов А.П.

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

В настоящее время существует множество методик по замещению дефектов зубных рядов, многие из которых требуют достаточно длительного времени до достижения

конечного результата. Такая особенность продиктована клинической ситуацией, продолжительностью технико-лабораторных этапов создания определенной конструкции и, конечно же, желанием пациента. Более того, некоторые ортопедические протезы могут готовиться в течение нескольких месяцев. Однако существуют ситуации, когда человек не готов к длительному пребыванию с дефектом зубного ряда. В таких случаях современная ортопедическая стоматология предлагает выход в виде временных конструкций. Последние изготавливаются из пластмасс или композиционных материалов и направлены на предотвращение смещения обработанных и соседних с дефектом зубов, формирование десневого края, сохранение эстетичного вида ротовой полости, а также выполнение других задач. Недолговременность пребывания протетических конструкций в полости рта не снижает требований к материалам, из которых они изготавливаются. Без строгого соответствия токсикологических, физико-механических, технологических, медико-биологических и эстетических показателей биологическим нормам пластмассы или композиты не могут быть применены в ротовой полости [1].

Помимо вышеизложенных показателей в настоящее время принимает все большие обороты изучение процессов взаимодействия микроорганизмов, населяющих полость рта, с материалами протетических протезов. Такой интерес вызван признанным фактом нестабильности состава микробиоты ротовой полости, которая даже при оптимальных показателях макроорганизма представлена более чем 700 видами микроорганизмов, значительная часть которых относится к условно патогенным таксонам. Большинство из них обладают свойством адгезии, которое, в свою очередь, позволяет прикрепляться к открытым твердым тканям зубов, а также к поверхности стоматологических конструкций. Взаимодействуя между собой микроорганизмы формируют бактериальные пленки, повышая таким образом свою вирулентность и резистентность. Образование биопленки на поверхности протезов обусловлено не только созданием дополнительных ретенционных пунктов, но и различным потенциалом материалов к адгезии бактерий [2]. Требуется исследование микробного биопленкообразования для постановки временной конструкции конкретному пациенту, так как условно патогенные микроорганизмы, входящие в состав зубной бляшки, играют основную роль в возникновении и прогрессировании заболеваний пародонта.

Цель исследования - изучить способность условно патогенных микроорганизмов к формированию биопленок на материалах для временных коронок.

Материалы и методы. В работе использовали штаммы *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Staphylococcus epidermidis* ATCC 28922, *Escherichia coli* K-12. Биопленки формировали в плоскодонных планшетах, куда вносили бульонные культуры тест-штаммов и запolyмеризованные образцы акриловой пластмассы «СИНМА-М» и полимерного композита «LUXATEMP-PLUS HANDMIX», изготовленные в виде цилиндров длиной 5 мм и диаметром 2 мм. В качестве контроля использовали биопленки, сформированные в лунках плоскодонного планшета (полистирол). Планшеты инкубировали при 37°C в течение 48 ч.

Для визуализации биопленок, сформировавшихся на поверхности образцов исследуемых материалов, последние были перенесены в стерильные лунки нового планшета и окрашены генцианвиолетом с последующей спиртовой экстракцией связавшегося красителя. Детекцию окрашенных экстрактов биопленок осуществляли на планшетном ридере PowerWave X (США).

Статистическую обработку данных проводили с использованием парного варианта *t*-критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов первой серии эксперимента, которая предполагала исследование пластмассы «СИНМА-М», было выявлено, что штаммы *S. epidermidis* образуют на нем выраженную биопленку. Биопленкообразующая активность штаммов *S.*

aureus и E. coli оказалась менее выраженной. Минимальная масса биопленки сформирована штаммами E. coli, более чем в полтора раза меньшее в сравнении с S. epidermidis.

Анализ второй серии эксперимента, в которой оценивали количество сформированной бактериальной пленки на композите «LUXATEMP-PLUS HANDMIX», выявил, что наиболее выраженную биопленку на исследуемом материале формирует штамм S. aureus. Количество бактериальной пленки сформированной штаммом E. coli оказалось в 1,3 раза меньше по сравнению с таковой у золотистого стафилококка. Штамм S. epidermidis показал менее выраженную биопленкообразующую активность на композитном полимере.

После сопоставления данных, полученных при исследовании разных материалов, было выявлено, что штаммы E. coli формируют сравнительно одинаковое количество биопленки как на акриловой пластмассе, так и на композиционном полимере. Штамм S. aureus показал более выраженную биопленкообразующую активность на композитном полимере. Акриловая пластмасса оказалась более подвержена формированию биопленки штаммом S. epidermidis, который формировал в 2,5 раз больше бактериальной пленки на «СИНМА-М».

Выводы:

Выявлен высокий уровень формирования биопленки штаммом S. aureus как на акриловой пластмассе «СИНМА-М», так и на полимерном композите «LUXATEMP-PLUS HANDMIX». Композиционный материал проявил свою антибиопленочную активность против штамма S. epidermidis. Акриловая пластмасса, в свою очередь, незначительно ограничила формирование бактериальной пленки штаммом S. aureus. Полученные данные могут влиять на выбор материала для временного протезирования при фиксации конструкции конкретному пациенту. Предварительный сбор информации о составе микрофлоры полости рта необходим для адекватного выбора материала для изготовления протетической конструкции.

Список литературы

1. Лебеденко, И. Ю., С. Д. Арутюнов, А. Н. Ряховский. с соавт. «Ортопедическая стоматология. Национальное руководство». (2016)
2. Larsen, Tove, and Nils&Erik Fiehn. «Dental biofilm infections—an update» Apmis 125.4 (2017): 376-384.

Раздел 13. Фармакология, клиническая фармакология, фармация

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗЛИЧНЫХ ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РАЙОНАХ

Абызбаева А.С., Байкосова Г. К., Буреева С.А.

Научный руководитель: Сердюк С. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП, НПВС) — лекарственные средства, которые обладают обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительным эффектами. Механизм их действия заключается в блокировании определенных ферментов (ЦОГ, циклооксигеназа), они отвечают за выработку из арахидоновой кислоты простагландинов и тромбоксана, которые являются посредниками и регуляторами в развитии воспаления. Данные лекарственные средства нашли широкое применение во многих сферах медицины, в том числе в лечение неврологических заболеваний.

Цель исследования: Сравнить эффективность использования селективных (нимесулид, мелоксикам) и высокоселективных (аркоксиа, целебрекс) ингибиторов ЦОГ-2 для лечения неврологических больных в различных географических зонах Российской Федерации.

Материал методы исследования: На базе психоневрологического отделения ГБУЗ «ООКПГВВ» и неврологического отделения БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Окружная клиническая больница» среди пациентов, имеющих диагноз «остеохондроз позвоночника» и соответствующие неврологические проявления были проведены исследования на 1-й и на 7-й день после начала приема НПВП с помощью опросников PAIN DETECT, для проверки на наличие нейропатического компонента боли.

Результаты и обсуждение. В результате проведения алгометрии было выявлено, что при приеме селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбурге сила боли снижена на 10,3 балла, а при приеме высокоселективных снижение происходило на 4,1 балла. Аналогичные исследования в Ханты-Мансийского автономном округе показали, что сила боли при приеме нимесулида и мелоксикама снизилась на 6,3 балла, а при назначении целебрекса- на 3,8 балла.

Эффективность действия селективных ингибиторов ЦОГ-2 выше, чем высокоселективных ингибиторов ЦОГ-2, так как селективные ингибиторы ЦОГ-2 блокируют рецепторы для ЦОГ- 2, также частично происходит конкурентная блокада рецепторов ЦОГ-1[5]. Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2 блокируют рецепторы ЦОГ-2 и в не действует на ЦОГ-1. Таким образом, способность блокировать рецепторы и ЦОГ-2 и ЦОГ-1 делает нимесулид и мелоксикам более действенными по сравнению с аркоксиа и целебрексом[4].

Эффективность использования селективных ингибиторов ЦОГ-2 в Оренбургской области выше, чем в Ханты-Мансийском автономном округе, что можно объяснить неблагоприятными климатогеографическими особенностями Ханты-Мансийского автономного округа, дисбалансом химических элементов в почве, воде, растениях, недостаточным поступлением в организм витаминов. А в Оренбургской области господствуют более благоприятными географическими условия по сравнению с северными районами, выше доступность необходимых организму витаминов и

микроэлементов, доброкачественность продуктов питания. Также, стоит заметить, что лечение высокоселективными ингибиторами ЦОГ-2, что в Оренбургской области, что в ХМАО находится примерно на одном уровне по выраженности эффекта.

Выводы. Подводя итоги, хочется подчеркнуть, что всестороннее изучение препаратов класса НПВП с учетом их основных фармакокинетических, фармакодинамических свойств, профиля эффективности и безопасности, позволит улучшить прогноз заболевания и качество жизни пациента.

Список литературы

1. Биккинина Г. М., Сафуанов А. Р. Нежелательные лекарственные реакции нестероидных противовоспалительных препаратов // Молодой ученый. — 2015. — №7. — С. 269-272.
2. ВЕСТНИКОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ – 2010 – Т. XVII, No 2 – С. 175
3. Дятчина, Л. И. Нестероидные противовоспалительные препараты. Практические рекомендации по ревматологии (+ вкладыш) / Л.И. Дятчина, А.Г. Ханов. - М.: ИНФРА-М, 2014. - 305 с.
4. Е.Л. Насонов. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине). М.: «Анко». 2000. С.142.
5. Каратеев А.Е., Яхно Н.Н., Лазебник Л.Б. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. – 351-357 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ПЛОДОВ ЛИМОННИКА КИТАЙСКОГО, ВЫРАЩЕННОГО В КУРСКЕ

Анпилогова Н. С.

Научные руководители: Трофимова И.Н., Сысина Л.Ю.

В век скоростей и большого потока информации человеческий организм испытывает огромные нагрузки. Возникает физическая и умственная усталость с которой трудно справиться самостоятельно и поэтому человек прибегает к применению адаптогенов. Врачи отдают предпочтение тонизирующим препаратам растительного происхождения. Общетонизирующие фитосредства имеют ряд преимуществ перед синтетическими препаратами таких как: мягкость действия, возможность длительного использования, минимальная вероятность возникновения привыкания и побочных эффектов.

Тонизирующие средства, психостимуляторы и адаптогены растительного происхождения могут быть использованы для массовой профилактики респираторных инфекций, повышения неспецифической сопротивляемости организма, борьбы с десинхронозами, весенней усталостью, стрессами.

В аптеках частым спросом у населения наряду с другими растительными общетонизирующими средствами пользуется настойка лимонника китайского.

Плоды лимонника содержат много органических кислот. Так, в сухих ягодах содержание лимонной кислоты составляет 11%, яблочной – 7-9%, винной – 0,8%. Содержится в них витамин С – до 580 мг %. В семенах лимонника обнаружено тонизирующее вещество (схизандрин), витамин Е, много жирного масла – до 33,8%, микроэлементы – марганец, медь, цинк, никель. В соке плодов обнаружены титан и серебро. Комплекс этих веществ и обуславливает лечебное действие лимонника.

Произрастает лимонник китайский на Дальнем Востоке, в Приморском и Хабаровском краях, в основном по берегам рек и ручьев. Встречается он также на Сахалине и Курильских островах. На накопление БАВ в плодах лимонника китайского влияют почвенно-климатические факторы. Так низкие температуры способствуют накоплению органических кислот, а особенно аскорбиновой кислоты, достаточное количество влаги в почве, а также свет стимулирует синтез аскорбиновой кислоты.

Целью нашей работы было определить и сравнить содержание органических кислот и схизандрина в плодах лимонника китайского, собранного от растения, произрастающего на приусадебном участке г. Курска, с настойкой лимонника китайского, купленного в аптечной сети.

Материал для исследования: плоды лимонника китайского, выращенного на приусадебном участке г. Курска, настойка лимонника китайского аптечного производства.

Для исследования использовали методы объемного анализа (нейтрализации, иодометрии), спектрофотометрический анализ, статистический анализ методом выборочной средней величины.

Плоды лимонника на приусадебном участке г. Курска мы проверили на содержание органических кислот и действующего вещества схизандрина. Взвесили на аналитических весах 22,0228 плодов лимонника, залили 100мл 95% этилового спирта. В течение 10 мин прокипятили на водяной бане, получили спиртовую настойку. Произвели шесть определений.

Количественное определение процентного содержания аскорбиновой кислоты выполняли иодометрическим методом.

В колбу для титрования отмерили 3,5мл настойки, титровали спиртовым раствором иода. Определение повторяли шесть раз. Содержание аскорбиновой кислоты рассчитывали по формуле:

$$\text{Наск.к.} = (V_{I2} \times N_{I2}) / V_{\text{аск}}; T = (N \times \Xi) / 1000$$

Определение суммы кислот (лимонной, аскорбиновой, яблочной, винной) выполняли методом нейтрализации в присутствии индикатора лакмоида

Ξ суммы кислот = $762/8 = 95,25$ так как, лимонная-3х основная, аскорбиновая-одноосновная, яблочная-2х-основная, винная-2хосновная кислоты.

$$T = (N \times \Xi) / 1000 = (95,25 \times 0,05) / 1000 = 0,0047625 \text{ г/мл}$$

В результате проведенных исследований установлено, что в настойке заводского производства содержание аскорбиновой кислоты 0,5%, суммы органических кислот 19%. В настойке из сырья, выращенного в г. Курске, содержание аскорбиновой кислоты 0,05%, органических кислот 0,47%.

Суммы действующих веществ, в частности схизандрина, определяли спектрофотометрическим методом в сравнении с настойкой, приобретенной в аптеке. Для определения взяли аптечную настойку лимонника, разбавили ее спиртом в 10 раз и определяли на спектрофотометре.

Результаты исследований показали, что содержание:

- аскорбиновой кислоты в настойке из плодов лимонника китайского, собранных в г. Курске в 10 раз меньше по сравнению с заводской настойкой (лето засушливое, полив был нерегулярный);
- органических кислот в 40 раз меньше настойки аптечного производства, полученного из дальневосточного сырья;
- лигнанов в сухом сырье в пересчете на схизандрин по спектрам поглощения, приближается к содержанию в стандартной настойке.

Вывод: В наших климатических условиях при воздействии агротехнических приемов - соблюдение режима полива, оптимальной влажности и освещенности, обеспечение минеральным питанием возможно выращивание лимонника китайского для медицинского применения.

Список литературы

1. Косман В.М., Пожарицкая О.Н., Шиков А.Н., Макаров В.Г. Лигнаны масляного экстракта семян лимонника китайского *Schisandra chinensis* (Turcz.) Ball. Химия растительного сырья.-2014.- №4.С. 131–138.
2. Мальцева А.А., Тамилина И.А., Недосекова М.А. и др. Изучение лигнанов в листьях лимонника методом ТСХ.// Вестник Воронежского государственного института. Серия: Химия. Биология. Фармация, -2015-С.147-151.
3. Сатдарова Ф.Ш., Куркин В.А. и др. ВЭЖХ как метод стандартизации сырья и препаратов лимонника китайского. Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии, 2011; (8): С.17–25.
4. Пьянков Д.Г., Кротова И.В. Специализированные пищевые продукты на основе плодов лимонника китайского.// Вестник Красноярского государственного аграрного университета.- 2014. -№ 4. С. 254-257.
5. Фролова Н.А., Резниченко И.Ю., Иванкина Н.Ф. Разработка технологии и товароведная оценка карамели, обогащенной экстрактами из биологически активного растительного и животного сырья.// Техника и технология пищевых производств. -2012.- № 4. С. 1-6.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ STREPTOCOCCUS AGALACTIAE К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ У ЖЕНЩИН ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Батурин В.А., Бошян Р.О.

Научный руководитель: Батурин В.А.

Ставропольский государственный университет

Европейская сеть по эпиднадзору за устойчивостью к антимикробным препаратам («EARS-Net») ежегодно регистрирует до 400000 случаев развития полирезистентных инфекций, селекция которых вызвана, прежде всего, нерациональным использованием антибиотиков и антисептиков [1]. Многие исследователи отмечают, что если существующие негативные тенденции не изменятся, то медицина столкнется с проблемой полувекковой давности, когда еще отсутствовали антибиотики.

Одним из наиболее частых перинатальных бактериальных заболеваний является *Streptococcus agalactiae*-инфекция (*Str. agalactiae*-инфекция), которая у женщин может проявляться бактериемией, эндометритом, хориоамнионитом, воспалением мочевых и родовых путей, а у новорожденных детей – локализованными поражениями, а также менингитом и сепсисом [2,3,6]. Установление этиологической роли *Str. agalactiae* в развитии тяжелых врожденных инфекций и их высокая частота в популяции, выявленные в результате проведенных исследований, определили необходимость разработки мероприятий по снижению риска внутриутробного *Str. agalactiae*-инфицирования [4,5,7].

Цель исследования: изучение чувствительности *Str. agalactiae* к антибактериальным препаратам и изучение эффективных подходов в терапии женщин репродуктивного возраста с цервицитами, ассоциированными с *Str. agalactiae*.

Материалы и методы. Клинико-лабораторное обследование включило в себя: мазки на флору из урогенитального тракта, ПЦР-диагностика «скрытых» инфекций, бактериальные посевы из урогенитального тракта на микрофлору (с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам классическим методом). Нами было обследовано 153 пациентки репродуктивного возраста, рост микрофлоры при бактериальных посевах наблюдался у 140 женщин, в

частности у 34,2% (n=48) был обнаружен *Str. agalactiae*. Антибактериальная терапия проводилась с учетом полученных результатов бактериальных посевов и согласовано с клиническими рекомендациями терапии воспалительных заболеваний органов малого таза. Степень тяжести инфекционного процесса и клиническая эффективность терапии оценивались по разработанной шкале, включающей в себя клинические и лабораторные критерии. Результаты оценивались по балльной системе: 0-2 балла – инфекционный процесс отсутствовал, 2-6 баллов – инфекционно-воспалительный процесс оценивался как слабой степени тяжести, 7-18 баллов – умеренной степени тяжести, 19-30 баллов – выраженной степени тяжести.

Полученные данные подвергались статистическому анализу с применением критерия Шапиро-Уилка, непарного t-критерия Стьюдента. Различия считались статистически достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. У 83% (n=40) пациенток с цервицитами, ассоциированными с *Str. Agalactiae*, наблюдались выраженные клинические симптомы инфекционно-воспалительного процесса, а у 17% (n=8) — умеренные. Наиболее эффективными в отношении *Str. agalactiae* остаются макролидные препараты (к азитромицину чувствительны 96%, к кларитромицину - 97%), цефалоспорины (к цефотаксиму - 97%, цефтриаксону - 96%), некоторые фторхинолоны (к офлоксацину — 93%). Практически все выделенные штаммы чувствительны к клиндамицину (96%). К амоксициллину, амоксиклаву выявлено 28% резистентных *Str. agalactiae*. Малоэффективным в отношении *Str. agalactiae* оказался ципрофлоксацин (более 20% штаммов были резистентны к препарату) и доксициклин (более 40%).

Этиологическое излечение было у 98% женщин. Клиническая эффективность терапии азитромицином была 87%, кларитромицином - 86%, цефтриаксоном – 87%, цефотаксимом - 85%, клиндамицином – 92%.

Выводы. Цервициты, ассоциированные с *Streptococcus agalactiae*, у женщин репродуктивного возраста сопровождаются в 87% случаев выраженными клиническими симптомами инфекционного процесса. *Str. agalactiae* чувствительна к макролидным антибиотикам, цефалоспорином, некоторым фторхинолонам. При исследовании была определена резистентность к тетрациклинам (43%), ципрофлоксацину (22%), препаратам пенициллинового ряда (28%). Учет результатов бактериальных посевов из урогенитального тракта на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам необходим при данной патологии для профилактики гнойно-септических осложнений воспалительных заболеваний органов малого таза. Также это будет способствовать снижению риска внутриутробного *Str. agalactiae*-инфицирования и развитию тяжелых врожденных инфекций у новорожденных.

Список литературы

1. Козлов, Р. С. Устойчивость к антибиотикам как одна из основных проблем современного здравоохранения. Р. С. Козлов // Вестник Росздравнадзора. — 2017. — №4. — С. 28-33.
2. Колесниченко, А. А. Воспалительные заболевания придатков матки: что нового? / А. А. Колесниченко // Молодой ученый. — 2016. — Т22. — №1. — С. 4-17.
3. Мурашко, А. В. Современные подходы к терапии ВЗОМТ // А. В. Мурашко // Медицинский совет. — 2014. — №9 — С. 103-105.
4. Питиримова, Л. Н. Особенности аллельного полиморфизма генов интерлейкинов и цитокиновый баланс женщин с невынашиванием беременности / Л. Н. Питиримова, Е. А. Загороднева, Б. Ю. Гумилевский // Акушерство и гинекология. — 2014. — №3. — С. 33-38.
5. Тетелютина, Ф. К. Возможности иммунной коррекции при хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза / Ф. К. Тетелютина, О. В. Копьева // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — Т1. — №1. — С. 1370-1371.

6. Хрянин, А. А. Рациональная терапия сочетанных урогенитальных инфекций: анализ свободных тенденций / А. А. Хрянин, О. В. Решетников // Фарматека. — 2016. — №12. — С. 29-36.
7. Sharma H., Tal R., Clark N. A. Microbiota and pelvic inflammatory disease. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2014;32(1):43-49.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА В9 ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ДЕФЕКТОВ ПЛОДА

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

Оренбургский государственный медицинский университет

Дефекты развития нервной трубки - совокупность врожденных пороков, которые сопровождаются нарушением правильного формирования нервной трубки. Статистические данные показывают, что в большинстве развитых и развивающихся стран мира с каждым годом возрастает смертность от врожденных пороков развития. Один из самых высоких показателей отмечен в Ирландии и Шотландии, где дефект нервной трубки диагностируется, по разным источникам, у 0,3 - 9,7 % новорожденных. В России частота выявления дефекта ежегодно составляет 0,6 %; смертность – 46 новорожденных (4 % общей детской смертности). На сегодняшний день сформирован абсолютно новый подход к профилактике и лечению данной патологии – с помощью фолатов, в связи с этим под новым углом взглянули на фармацевтические препараты фолиевой кислоты. Поэтому необходимо пересмотреть их фармакологическое действие и описания для дальнейшего широкого внедрения фолиевой кислоты для лечения дефектов нервной трубки плода.

Цель работы: изучение применения препаратов витамина В9 для профилактики дефектов развития нервной трубки плода.

Материалы и методы: использовались статьи по применению фолиевой кислоты для беременных, контент-анализ, сравнительный анализ препаратов фолиевой кислоты в на фармацевтическом рынке города Оренбург в 2018 году.

Результаты и обсуждение: препараты витамина В9 оказывают охранительное воздействие на беременность, потому что обладают следующими фармакологическими свойствами: участвуют в окислительно-восстановительных реакциях; участвуют в биосинтезе пуриновых и пиримидиновых оснований, нуклеиновых кислот, аминокислот; регулируют функции органов кроветворения, предотвращают преждевременные роды, рождение недоношенных детей и преждевременный прорыв околоплодной оболочки, участвуют в формировании нервной системы плода.

Производители препаратов фолиевой кислоты начали выпуск серии специально для беременных - препарат «9 месяцев Фолиевая кислота». Но при сравнительной характеристике препаратов современного фармацевтического рынка выяснилось, что большинство препаратов фолиевой кислоты, восполняющих ее недостаток, могут быть использованы беременными для профилактики. Мы рассмотрели три известных препарата витамина В9 - «Фолиевая кислота», «Фолацин», «Фолибер». Все препараты имеют сходный состав: фолиевая кислота с добавлением лактозы, целлюлозы, лимонной кислоты и некоторых других веществ, в состав «Фолибера» входит также витамин В12, что делает его более подходящим для лечения анемии. Побочные эффекты препаратов также схожи и обусловлены по большей части вспомогательными веществами. При этом ценовая политика препаратов заметно расходится. Средняя стоимость «Фолацина» по городу Оренбургу - 123 рубля, «Фолибера» - 380 рублей, а «Фолиевой кислоты» - 28 рублей. Поэтому для восполнения дефицита фолиевой кислоты беременным и профилактики

пороков плода можно использовать сравнительно дешевый и достаточно эффективный препарат - «Фолиевая кислота»

Выводы: Таким образом, фолиевая кислота - это чрезвычайно важный и многофункциональный витамин, недостаток которого приводит к отрицательным последствиям. Несмотря на то, что фолиевая кислота содержится в продуктах питания, беременным и планирующим беременность женщинам необходимо принимать лекарственные препараты, содержащие фолиевую кислоту. Препараты достаточно безопасны и эффективны, доступны и легки в использовании, и при этом они позволяют существенно снизить риск развития дефектов нервной трубки и других пороков плода, а также обеспечить хорошее самочувствие и обезопасить здоровье будущей матери. Наиболее подходящим является препаратом по терапевтическому эффекту и ценовой категории является «Фолиевая кислота».

Список литературы

1. Громова, О.А. Витаминные и микроэлементные препараты // Фармацевтический вестник. 2003. – 137 - 143.
2. Григорян, О.Р., Гродницкая, Е.Э. Фолацин (фолиевая кислота) в профилактике врожденных пороков развития у потомства женщин с сахарным диабетом // Акушерство и гинекология. — 2005. — № 5. — С. 47 - 49.
3. Лебедев, А. Г. Витаминизация рациона беременных и патология детей. // Акушерство и гинекология – 2004 г. - N1. - с. 16 – 20.
4. Радзинский, В. Е. Фолаты в XXI веке. Только доказанные факты / под ред. В. Е. Радзинского. - М.: Редакция журнала Status Presents.2014. - 16с.
5. Штром Н.С. Применение витаминов, содержащих фолиевую кислоту, для предупреждения случаев рождения детей с дефектами нервной трубки // Проблемы репродукции. — 1995. — № 1. — С. 63 - 65.

РОЛЬ ФАРМАКОНАДЗОРА В МОНИТОРИНГЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Гулепов В.В., Стадинская Е.И., Петрушев Е.А.

Северный государственный медицинский университет

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – одна из наиболее часто назначаемых групп лекарственных средств. Более тридцати миллионов человек в мире ежедневно принимают НПВП, причем 40 % этих пациентов имеют возраст старше 60 лет. По прогнозам, это количество будет только возрастать по мере общего старения населения развитых стран, и, соответственно, увеличения распространенности заболеваний, при которых применяются НПВП. В первую очередь это дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата и ревматические поражения мягких тканей, что имеет не только медицинское, но и большое социальное значение, т.к. приводит к длительной потере трудоспособности и инвалидности [1-5]. Важнейшим вопросом современной фармакотерапии является не только эффективность, но и безопасность лекарственных средств. В структуре нежелательных лекарственных реакций (НЛР) значительную долю занимают НЛР, вызванные применением НПВП. Так, каждая 12-я реакция обусловлена приемом препаратов этой группы. Нежелательная лекарственная реакция (НЛР) – патологическая реакция, неожиданно возникающая при применении обычных доз препаратов [6-8].

Цель исследования. оценить степень тяжести НЛР, развившихся на фоне терапии разными НПВП.

Материалы и методы. Проанализировано 315 сообщений о развитии НЛР на фоне терапии НПВП. В качестве источника информации использована база данных Росздравнадзора «Фармаконадзор» в период с 01.01.2015 по 30.06.2019 г. Критерием включения являлось наличие в сообщении информации о применении НПВП с нарушением предписания в инструкции по медицинскому применению (ИМП) так называемое «off-label».

Результаты исследований. Большинство НЛР относились к типу В (дозонезависимые реакции, не связанные с механизмом действия) – 62,1%. Реакции типа А (реакции, зависящие от дозы и связанные с механизмом действия отмечали) 25,3% пациентов, типа F (отсутствие эффекта) – 12,6% пациентов.

НЛР при оценке по шкале LDS варьировались от легкой степени тяжести до летального исхода. В большинстве случаев – 53,6% они соответствовали легкой степени тяжести. Реакции средней степени тяжести зафиксированы у 17,8% пациентов, тяжелой – у 3,0%.

Метода Карча – Лазаньи установлено, что большинство НЛР (77,3%) были признаны реакциями средней степени тяжести. Доля реакции легкой степени тяжести составила 15,2%, тяжелой степени – 8,0%. Наибольшее количество реакций были обусловлены приемом ибупрофена – 35,6% случаев. 15,5% пациента сообщили о НЛР на фоне терапии диклофенаком натрия и его комбинациями, 9,8% – парацетамолом и его комбинациями, 3,2% – нимесулидом.

Выводы. Установлено, что наиболее часто НЛР были обусловлены приемом ибупрофена, диклофенак натрия, парацетамол и нимесулид также ассоциировались со значительной долей НЛР. Большинство реакций являются аллергическими (типа В), что указывает на необходимость владеть способами купирования таких осложнений.

Список литературы

1. Гладких Ф. В., Степанюк Г. І. Сучасні підходи до безперервного аудиту в системі фармаконагляду Вінницької області (підсумки 2016 року) / Ф. В. Гладких, Г. І. Степанюк // Траєкторія науки: міжнародний електронний науковий журнал. – 2017. – № 12. – С. 5014–5022. – DOI: <http://dx.doi.org/10.22178/pos.29-10>
2. Патоморфологическое и компьютерное томографическое исследование влияния ибупрофена и его комбинации с 2-фенил-3-карбетокси-4-диметиламинометил-5-оксибензофурана гидрохлоридом (винбороном) на состояние суставов нижних конечностей крыс с экспериментальным ревматоидным артритом / Ф. В. Гладких, В. Е. Судент, Н. Г. Степанюк, С. В. Вернигородский // Фармация и фармакология. – 2017. – Т. 5, № 5. – С. 457–486 DOI: <http://dx.doi.org/10.19163/2307-9266-2017-5-5-457-486>
3. Гладких Ф. В. Макро- та мікроскопічне дослідження впливу 2-феніл-3 карбетокси-4-диметиламінометил-5-оксибензофурану гідрохлориду (вінборону) на гастротоксичність ібупрофену за умов експериментального ревматоїдного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк, С. В. Вернигородський // Траєкторія науки: міжнародний електронний науковий журнал. – 2017. – № 10. – С. 7001–7018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22178/pos.27-8>
4. Гладких Ф. В. Превентивно-лечебные стратегии фармакокоррекции гастропатии, индуцированной нестероидными противовоспалительными препаратами / Ф. В. Гладких // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. – 2017. – № 4. – С. 14–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.17816/RCF15414-23>
5. Степанюк Н. Г. Аналіз побічних реакцій на тлі застосування анальгетиків-антипіретиків та нестероїдних протизапальних засобів, які призначались лікарями закладів охорони здоров'я Подільського регіону у 2015 році / Н. Г. Степанюк, Ф. В.

- Гладких, О. В. Басараб // Галицький лікарський вісник. – 2016. – № 2 (23). – С. 60–63. – Режим доступа: <http://ojs.ifnmu.edu.ua/index.php/gmj/article/view/545>
6. Степанюк Н. Г. Характеристика ускладнень фармакотерапії на тлі застосування НПЗЗ за даними спонтанних карт-повідомлень у Подільському регіоні за 2013 рік / Н. Г. Степанюк, Ф. В. Гладких // Клінічна фармацевтика, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2014. – № 1-2 (22–23). – С. 30–34. – Режим доступа: http://clinpharm.meduniv.lviv.ua/FILES/kffms_1-2_2014/all.pdf
7. Pfister B. Drug-related problems and medication reviews among old people with dementia / B. Pfister, J. Jonsson, M. Gustafsson // BMC Pharmacol Toxicol. – 2017. – № 8. – P. 52. <https://doi.org/10.1186/s40360-017-0157-2>.
8. Shareef J. Assessment of Drug related problems in patients with cardiovascular diseases in a Tertiary care teaching hospital / J. Shareef, B. Sandeep, C. S. Shastri // Journal of Pharmaceutical Care. – 2014. – Vol. 2, № 2. – P. 71–76.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Елизарова А.А., Скосырева М.Н., Щерина А.В.

Научный руководитель: Коньшкіна Т.М.

Приволжский исследовательский медицинский университет

По данным ВОЗ около 50 миллионов человек страдают эпилепсией, одним из самых распространенных неврологических заболеваний. Медикаментозное лечение эпилепсии продолжает оставаться одним из основных и в настоящее время.

Цель работы: проанализировать перечень назначаемых антиэпилептических препаратов (АЭП) детям и подросткам с 0 до 18 лет в Нижнем Новгороде и Нижегородской области, оценить рациональность комбинаций - возможные риски и последствия.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ назначаемых АЭП за 2017 год в 29 районах Нижегородской области и г. Нижнего Новгорода. Численность пациентов с различными формами эпилепсией составила 1070 человек. В ходе исследования было выделено 3 группы (гр.) пациентов: 1гр. – девочки с 0 до 14 лет, 2гр. – мальчики с 0 до 18 лет, 3гр. - девочки старше 14 лет (с целью выявления применимости АЭП среди девушек репродуктивного возраста). Статистический анализ был проведен с помощью Statplus, «AnalystSoft», 2018.

Результаты. Самыми применяемыми остаются базисные АЭП: соли вальпроевой кислоты (Депакин - 1гр.-43,8%; 2гр.-44,6%; Конвулекс ретард - 1гр.-20,98%; 2гр.-16,78 %); производные барбитуровой кислоты (Фенобарбитал - 1гр.-0,12%; 2гр.-0,16%), производные иминостильбена (Финлепсин ретард 1гр.-1,6%, 2гр.-1,8%) использовались крайне редко. Данные препараты требуют титрования, имеют серьезные побочные эффекты (например, влияние на репродуктивную систему, особенно вальпроаты). Именно поэтому отдельно рассмотрели применение препаратов в группе девочек старше 14 лет (детородного возраста). В этой группе чаще других применялись (Кепра- Леветирацетам- 32,5%, Топамакс-Топирамат - 17,7%), а производные вальпроевой кислоты - 10,1% только при наличии фармакорезистентных билатеральных судорожных приступов.

Около 29,5% пациентов получали монотерапию противоэпилептическим препаратом, 20,5% - комбинированную терапию из 3 и более лекарственных препаратов, 50% - получали 2 препарата. В качестве комбинированной терапии чаще всего

применялись Кепра, Топамакс, Трилептал, Вимпат, Зонегран, Файкомпа, Клоназепам, Фризиум, Сабрил.

Данные препараты не влияют на гормональную сферу у женщин, что расширяет возможности их применения у девушек репродуктивного возраста, не влияют на метаболизм других лекарств, не требуют титровки, что является их преимуществом перед другими АЭП.

Заключение. В настоящее время среди детского населения Нижегородской обл. и г. Н.Новгорода наиболее широко используемыми препаратами в группе № 1 и 2 остаются базисные препараты вальпроевой кислоты, в группе №3 Кепра-Леветирацетам и Топамакс-Топирамат безопасные препараты для репродуктивной сферы. Комбинированная терапия превалирует над монотерапией. В основном использовались комбинации из 2 препаратов. Таким образом выбор препарата в Нижегородской обл. и Н. Новгорода осуществлялся не только в зависимости от формы эпилепсии и типа приступов, но также с учетом побочных эффектов.

ПОИСК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СЫРЬЕВЫХ ИСТОЧНИКОВ МАНГИФЕРИНА

Имачуева Д.Р., Серебряная Ф.К.

Научный руководитель: Серебряная Ф.К.

*Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России*

Представители рода *Hedysarum L.* представляют интерес для практического использования в медицине и разработки лекарственных препаратов, обладающих противовирусной активностью, связанной с содержанием ксантонового гликозида – мангиферина и его производных [5].

Целью исследования было изучение фитохимического состава *Hedysarum caucasicum* M.Bieb., *Hedysarum daghestanicum* Rupr. ex Boiss., *Hedysarum grandiflorum* Pall., произрастающих на территории Северного Кавказа.

Материалы и методы

Объектами исследования являются надземная часть изучаемых видов. Количественное определение суммы ксантонов в пересчете на мангиферин проводили методами УФ-спектрофотометрии и высокоэффективной жидкостной хроматографии, фитохимический анализ, включающий анализ аминокислотного (ГОСТ 32195–2013) и микроэлементного состава, содержания дубильных веществ, флавоноидов, полисахаридов, тритерпеновых соединений, сапонинов, лейкоантоцианов, полифенольных соединений, а также определение общих числовых показателей доброкачественности сырья, такие как влажность (ОФС.1.5.3.0007.15), общая зола (ОФС.1.2.2.2.0013.15), зола, нерастворимая в хлористоводородной кислоте (ОФС.1.5.3.0005.15), и экстрактивные вещества (ОФС.1.5.3.0006.15) [1-4].

Результаты и обсуждение

Осуществлен сбор сырьевого материала копеечника дагестанского, собранного в фазу цветения и плодоношения на территории республики Дагестан, с. Чиркей в мае 2015, 2016, 2018, 2019 годах, копеечника крупноцветкового, собранного в фазу цветения и плодоношения на территории Волгоградской области, с. Кондраши в мае-июне 2018, 2019 годах, копеечника кавказского, собранного в фазу цветения и плодоношения на территории КЧР июль 2016, 2017.

Проведен качественный анализ ксантонов, флавоноидов и оксикоричных кислот методами ТСХ и БХ по сравнению со стандартными образцами, в том числе мангиферина,

в системах: БУВ (4:1:5), БУВ (4:1:2), 15% уксусная кислота, 2% уксусная кислота, этилацетат-муравьиная кислота-вода (10:2:3), хлороформ-метанол-вода (13:7:2). Идентифицированы мангиферин, рутин, кверцетин, кемферол.

Разработана методика количественного определения суммы ксантонов в пересчете на мангиферин методом УФ-спектрофотометрии. Исследования проведены на базе ЗАО «Вифитех». В результате установлено, что наибольшим количественным содержанием суммы ксантонов в пересчете на мангиферин характеризуются надземные органы. В листьях *Hedysarum daghestanicum* обнаружено 0,24-0,36 % суммы ксантонов, а в соцветиях более 0,66%.

Кроме того, проведен анализ методом высокоэффективной жидкостной хроматографии и разработана методика количественного определения суммы ксантонов в пересчете на мангиферин. В надземных органах *Hedysarum saucasicum* обнаружено 0,37-0,41% суммы ксантонов, мангиферина - 0,13-0,15%.

Проведен комплексный анализ и предварительный скрининг основных групп биологически активных веществ, содержащихся в сырье. В результате были обнаружены следующие биологически активные вещества: полисахариды, тритерпеновые соединения, флавоноиды, сапонины, полифенольные соединения, лейкоантоцианы и дубильные вещества. Количество дубильных веществ в сырье составило 5,43%.

В результате проведенного исследования аминокислотного состава в надземной части копеечника кавказского выявлено 16 аминокислот. Выявлено наличие аспарагиновой кислоты (1,86%), глютаминовой кислоты (1,33%), лейцина (0,90%), пролина (0,83%), лизина (0,74%), валина (0,68%), аланина (0,67), серина (0,62%) фенилаланина (0,62%), глицина (0,55%), аргинина (0,55%), треонина (0,54%), тирозина (0,52%), изолейцина (0,48%), гистидина (0,33%), метионина (0,04%).

Определение влажности травы копеечника кавказского проведены по ОФС.1.5.3.0007.15. Потеря в массе при высушивании травы копеечника кавказского (*Hedysarum saucasicum* M.Bieb.) составила 8,50±0,19%. Содержание общей золы в траве составило 3,86%, содержание золы, нерастворимой в 10% хлористоводородной кислоте в траве составило 0,20%. Определение содержания экстрактивных веществ в воде, спирте 96%, 70% проводили согласно ГФ XIII. Получены следующие результаты: 40,82% (вода), 28,87 % (спирт этиловый 96%), 37,55 % (спирт этиловый 70%).

Заключение

В результате проведенного исследования составлена схема выделения суммы ксантонов в надземной части копеечника кавказского и копеечника дагестанского, проведен анализ качественного и количественного определения суммы ксантонов в пересчете на мангиферин методами УФ-спектрофотометрии и высокоэффективной жидкостной хроматографии, проведен фитохимический анализ, включающий анализ аминокислотного и микроэлементного состава, содержания дубильных веществ, флавоноидов, полисахаридов, тритерпеновых соединений, сапонинов, лейкоантоцианов, полифенольных соединений, а также определены общие числовые показатели доброкачественности сырья, такие как влажность, общая зола, зола, нерастворимая в хлористоводородной кислоте, и экстрактивные вещества.

Разработана методика количественного определения суммы ксантонов в пересчете на мангиферин методом УФ-спектрофотометрии и ВЭЖХ, которая характеризуется хорошей воспроизводимостью и апробированы на различных сырьевых объектах. Анализ образцов сырья копеечника показал, что листья и соцветия содержат больше ксантонов, чем подземные органы, что свидетельствует о перспективности дальнейшего исследования травы копеечника в качестве ЛРС.

Список литературы

1. Глызин В.И., Баньковский А.И., Пименов М.Г., Боряев К.И. Ксантоновые гликозиды *Hedysarum flavescens*//Химия природных соединений. — 1973. — №3. — С. 434-435.
2. Глызин Г.С., Быков В.И. Фенольные соединения *Hedysarum neglectum*//Химия природных соединений. — 1969. — №4. — С. 322.
3. ГОСТ 32195 – 2013 (ISO 13903:2005). Корма, комбикорма. Метод определения содержания аминокислот. — Введ. 2015–07–01. — М.:Изд-во Стандартиформ, 2014. — 19 с.
4. Государственная фармакопея XIII, Москва, — 2015. — Том 3. — 1294 с.
5. Имачуева Д.Р., Серебряная Ф.К. Современное состояние изученности растений рода Копеечник (*Hedysarum* L.) флоры Кавказа//Фармация и фармакология. — 2016. — №6. — С. 4-32.

ДИНАМИКА НАКОПЛЕНИЯ ГИДРОКСИКОРИЧНЫХ КИСЛОТ В ТРАВЕ SALVIA SCLAREA В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОЛОГИЧЕСКИХ ФАЗ РАЗВИТИЯ

Корчунов Н.С., Сальникова Д.А., Шур Ю.В.

Научный руководитель: Шур Ю.В.

Астраханский государственный медицинский университет

В последнее время учеными всего мира ведутся многочисленные экспериментальные доклинические и клинические исследования малоизученных лекарственных растений. Одними из растений, хорошо зарекомендовавшим себя в медицинской практике, являются представители рода *Salvia* – *Salvia officinalis* и *Salvia sclarea*. *Salvia* (Шалфей) - самый крупный род семейства *Lamiaceae* [1], представители которого произрастают на территории Европы, в Юго-Восточной Азии и Центральной и Южной Америке [1]. Для создания препаратов на основе травы шалфея мускатного имеются объективные предпосылки в плане сырьевой базы, так как данное растение культивируется во многих странах мира, в том числе в Российской Федерации в Краснодарском крае, где районированы селекционные образцы. В пределах Астраханской области произрастает *Salvia stepposa* Shost. (Шалфей степной) и культивируется *Salvia sclarea* L. (Шалфей мускатный). *Salvia sclarea* в культуре возделывают как двулетнее и однолетнее растение. Корень растения стержневой, проникает в почву на глубину до 2 м. Высота однолетнего стебля может достигать до 1,5 м., верхняя часть которого заканчивается крупным соцветием. Нижние розеточные листья крупные, длинночерешковые, морщинистые, супротивнорасположенные, длиной 15—25 см и шириной 7—15 см, овально-сердцевидной формы. Верхние листья более мелкие, сидячие и бесчерешковые. Стебель и листья шалфея густоопушенные. Крупное соцветие представлено ложной кистью, состоящее из цветочных веточек, где в пазухах прицветников собрано по 3—6 цветков. Цветки обоеполые, розовато-фиолетового оттенка. Период цветения растения начало июня — август [4,5]. В природно-климатических условиях Астраханской области цветение *Salvia sclarea* наблюдается до заморозков [1,4]. На основании имеющихся современных литературных данных растения рода *Salvia* обладают противоопухолевым, противовоспалительным, антиоксидантным, антимикробным, гипогликемическим, гиполипидемическим и ноотропным действием [1,4,5]. Такой мультифармакологический спектр активности обеспечивается за счет богатого химического состава. Известно, что основными фитохимическими веществами в цветках, листьях и стебле растений рода *Salvia* являются алкалоиды, углеводы, жирные кислоты, гликозидные производные, фенольные соединения, полиацетилены, стероиды, терпены и др. Фармакологический эффект при вышеуказанных патологиях определяется суммой биологически активных веществ (БАВ), в которой фенольные соединения, в

частности и гидроксикоричные кислоты, занимают одно из основных мест [4,5]. На сегодняшний день, отсутствуют достоверные данные о количественном содержании ряда БАВ в сырье районированного вида *Salvia sclarea*, что актуализирует проведение детального качественно-количественного анализа сырья Шалфея мускатного [3]. Целью данного исследования явилось изучение количественного содержания гидроксикоричных кислот в сырье шалфея мускатного в различные фенологические фазы развития. Материалы и методы. Объектом исследования явилась культивируемая на территории Астраханской области в ГАУ АО "КАМЫЗЯКСКИЙ ЛЕСХОЗ" вид *Salvia sclarea*, сырье которого, заготавливалось с июня по сентябрь 2019 г. в разные периоды развития растения. Определение количественного содержания гидроксикоричных кислот в надземной части шалфея мускатного проводили методом спектрофотометрии [2]. Для этого, измельченную траву массой 2,0 г помещали в колбу на 200 мл и добавляли 70 мл воды очищенной. Колбу присоединяли к обратному холодильнику и нагревали на водяной при $t=70^{\circ}\text{C}$, в течение 15 мин. Экстракцию проводили дважды. Затем, полученные извлечения помещали в мерную колбу на 200 мл и доводили объем полученного раствора водой до метки (раствор А). Далее, в мерную колбу объемом 50 мл вносили 1 мл раствора А и доводили объем раствора до метки 20% этанолом. Содержание суммы гидроксикоричных кислот (X,%) в пересчете на кофейную кислоту рассчитывали по формуле [2]. Результаты и обсуждение. Статическая обработка данных пяти параллельных определений показала, что количественное содержание гидроксикоричных кислот в траве шалфея мускатного в период бутонизации составило $1,88\% \pm 0,01$, тогда как в период цветения растения количество гидроксикоричных кислот увеличилось до $2,14\% \pm 0,01$. Наибольшее количество гидроксикоричных кислот наблюдалось в период плодоношения шалфея мускатного – $2,27\% \pm 0,01$. Заключение: В траве *Salvia sclarea* изучено сезонное накопление гидроксикоричных кислот, которое зависит от фенологической фазы развития растения. Максимальное количество кислот наблюдается в период плодоношения шалфея мускатного. Полученные результаты могут быть использованы при расчетах оптимальных сроков заготовки данного вида сырья.

Список литературы

1. Губанова Е. А. Фармакогностическое изучение травы шалфея мускатного (*Salvia Sclarea* L.) : автореферат дис. ... кандидата фармацевтических наук : 14.04.02 - Пятигорск, 2010.- 23 с.
2. Митрофанова, И.Ю. Количественное определение гидроксикоричных кислот и динамика их накопления в траве девясила британского / И.Ю. Митрофанова, А.В. Яницкая // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2013. – №1. – 24 – 26.
3. Шур, Ю.В. Исследование антимикробной активности водных извлечений из листьев и цветков шалфея мускатного *Salvia sclarea* / Ю.В. Шур, Н.А. Сальникова, М.А. Самотруева, В.Ю. Шур // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: Материалы IV Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием. – Иваново. – 2018. – С. 386-388.
4. Cui, H. Antimicrobial activity and mechanisms of *Salvia sclarea* essential oil / H.Cui, X. Zhang, H. Zhou, C. Zhao, L.Lin // Botanical study. – 2015. – Vol. 16. – P. 53-59. 5. Živković J. Comparison of Chemical Profile and Antioxidant Capacity of Seeds and Oils from *Salvia sclarea* and *Salvia officinalis* / J. Živković, M. Ristić, J. Kschonsek, A. Westphal, M. Mihailović, V. Filipović, V. Bohm // Chem Biodivers. – 2017. – Vol. 12. – P. 68-72

ОПТИМИЗАЦИЯ СТАНДАРТНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Кузнецов И.И., Насытко А.Д., Осипова А.В.

Научный руководитель: А.В. Сафроненко

Ростовский государственный медицинский университет

Пандемия ВИЧ-инфекции является одной из самых важных медико-социальных проблем во всем мире [1]. В настоящее время продолжается поиск наиболее эффективной комбинации лечения ВИЧ-инфекции в связи с тем, что традиционное лечение часто приводит к нарушению метаболизма, длительной персистенции вируса в лимфатических узлах, формированию резистентных штаммов [2,5].

Как известно, интерферон-альфа (ИНФ- α), относящийся к ИФН 1-го типа, обладает иммуномодулирующим, противоопухолевым, антимикробным эффектами [3], оказывает прямое противовирусное действие на репликацию вирусов инфицированных клеток, предупреждает их диссеминацию, запускает каскад противовирусных сигнальных путей, активируя естественный иммунитет. Большое значение играет способность цитокинов снижать токсичность традиционной антиретровирусной терапии (АРВТ). Также установлено, что в присутствии мембраностабилизирующих компонентов (антиоксидантов) усиливается иммуномодулирующее действие, противовирусная активность рекомбинантного интерферона [4].

Цель исследования: анализ эффективности применения $\alpha 2b$ -ИФН в комбинации с антиоксидантами у ВИЧ-инфицированных пациентов по лабораторным показателям клеточного иммунитета.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУ РО «ЦП и Б СО СПИД» г. Ростова-на-Дону. В ходе исследования был произведен ретроспективный анализ историй болезни ВИЧ-инфицированных пациентов в стадии 3А, а также здоровых пациентов с сентября 2018 г. по январь 2019 г. в возрасте $27,1 \pm 11,0$ лет. Было выделено 2 группы: 1-ая группа – ВИЧ-инфицированные, получавшие АРВТ и комплекс ИНФ- $\alpha 2b$ с антиоксидантами ($n=19$); 2-ая группа - ВИЧ-инфицированные, получавшие только АРВТ ($n=31$). К клиническим критериям назначения АРВТ относили рецидивирующие бактериальные инфекции, оральные кандидозы, потерю массы тела, оппортунистические инфекции. К иммунологическим критериям - третья стадия по классификации ВОЗ с содержанием CD-4 менее 20%. Контролем послужили результаты обследования 40 практически здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту.

Изучение состояния иммунной системы проводилось по показателям клеточного иммунитета (Т-лимфоцитам, CD-4, CD-8, CD-4/CD-8, CD-16-клеткам) до начала приема препаратов и по окончании исследования длительностью 6 месяцев.

У наблюдаемых ВИЧ-инфицированных пациентов в качестве АРВТ использовали зидовудин, ламивудин, калетра; в качестве комплекса ИНФ- $\alpha 2b$ и антиоксидантов использовали суппозитории - виферон. Эффективность терапии оценивали по истечении 6 месяцев исследования по наличию или отсутствию иммунологических признаков прогрессирования заболевания. Для статистической обработки полученных данных использовали программное обеспечение Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Относительные и абсолютные показатели Т-лимфоцитов в первой и во второй группах увеличились через 6 месяцев терапии по сравнению с исходными значениями до проведения АРВТ. Причем в группе, где в качестве дополнительной терапии был назначен комплекс ИНФ- $\alpha 2b$ и антиоксидантов, исследуемый показатель увеличился в 1,6 и 1,5 раз соответственно, но также не достиг контрольных значений.

Относительные и абсолютные показатели CD-4-клеток повысились как при лечении стандартной АРВТ ($19,6 \pm 0,9$ и $501,1 \pm 5,8$), так и при лечении АРВТ в комплексе с ИНФ- $\alpha 2b$ и антиоксидантами ($24,2 \pm 1,5$ и $520,3 \pm 29,0$), но не достигли исходного уровня.

Изменения отмечены со стороны субпопуляций CD-8 и CD-16-клеток: относительные и абсолютные показатели снизились в 1 группе в 3,4 раза, во второй группе – в 1,5 раза, относительные значения в 1 группе и во 2 группе уменьшились в 1,4 раза соответственно.

Иммунорегуляторный индекс (CD-4/CD-8) повысился у лиц, входящих в первую группу, в 5 раз ($1,6 \pm 0,09$), у лиц 2 группы – в 1,4 раз ($0,6 \pm 0,5$), но также не достиг контрольных значений.

На фоне проводимой стандартной АРВ терапии в комплексе с ИНФ- $\alpha 2b$ и антиоксидантами замечен прогрессивный иммуномодулирующий эффект, проявляющийся в достоверных различиях между показателями клеточного иммунитета у лиц 1 и 2 группы по истечении исследования, в т.ч. в оптимизации значений Т-лимфоцитов, CD-4, CD-8, CD-4/CD-8, CD-16-клеток.

Заключение. Применение АРВТ в комплексе с ИНФ- $\alpha 2b$ и антиоксидантами способствует более быстрому восстановлению показателей клеточного иммунитета: увеличению уровня Т-лимфоцитов, CD-4-клеток, интегрального показателя соотношения CD-4/CD-8, у ВИЧ-инфицированных пациентов по сравнению с использованием стандартной АРВТ, что, в свою очередь повышает эффективность традиционной АРВТ и качество жизни больных.

Список литературы

1. Даминов, Т.А., Камилов, А.И., Туйчиев Л.Н., Худайкулова, Г.К. Опыт применения интерферона- $\alpha 2b$ в комплексной терапии ВИЧ-инфицированных детей / Т.А. Даминов, А.И. Камилов, Л.Н. Туйчиев, Г.К. Худайкулова//Детские инфекции. – 2007. - №2. – С. 52-55.
2. Ершов, Ф.И., Наровлянский, А.Н. Использование индукторов интерферона при вирусных инфекциях / Ф.И. Ершов, А.Н. Наровлянский//Вопросы вирусологии. – 2015. - №60. – С. 10.
3. Ли, Ю.А., Скляр, Л.Ф., Маркелова, Е.В., Борисенко, Е.А. Роль интерферона-альфа в иммунологическом ответе на фоне противовирусной терапии хронического гепатита С у пациентов с ВГС/ВИЧ-ко-инфекцией / Ю.А. Ли, Л.Ф. Скляр, Е.В. Маркелова, Е.А. Борисенко//Тихоокеанский медицинский журнал. - 2015. - №3. – С. 52-55.
4. Малиновская, В.В., Деленян, Н.В., Ариненко, Р.Ю., Мешкова, Е.Н. Виферон: Рук-во для врачей / В.В. Малиновская, Н.В. Деленян, Р.Ю. Ариненко, Е.Н. Мешкова. - Москва, 2006. – 53 с.
5. Покровский, В.В., Ермак, Т.Н., Беляева, В.В., Юрин, О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский, Т.Н. Ермак, В.В. Беляева, О.Г. Юрин. - Москва, 2000. - 489 с.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИСАХАРИДОВ ТЫКВЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ С ГИПЕРКАПНИЕЙ У КРЫС

Кяримов И.А., Кухтенкова Е.А.

Научные руководители: Лаксаева Е.А., Звягина В.И.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика
И.П. Павлова*

Согласно литературным данным полисахариды (ПС) растительного происхождения обладают высокой биологической активностью, гипоаллергенны, стимулируют процессы кроветворения, повышают физическую работоспособность животных. Поиск соединений,

обладающих прооксидантной и антиоксидантной активностью является актуальным. Цель работы - изучить влияние полисахаридов, выделенных из плодов тыквы, на показатели окислительного стресса при острой гипоксии с гиперкапнией у крыс.

Материалы и методы. В исследовании было использовано 20 половозрелых белых крыс самцов линии WISTAR массой 220-270 г. Животные были разделены на три группы. Первая группа (n=6), контрольная; вторая группа (n=7), получала физиологический раствор; третья группа (n=7) получала препарат, с массовой долей ПС 10% выделенные из плодов тыквы, 1 раз в сутки энтерально, в дозе 0,1г/кг массы тела в течение 30 суток.

Все животные находились в конвенциональных условиях вивария при свободном доступе к полнорационному гранулированному комбикорму. Эксперимент с животными, в том числе и выведение из эксперимента осуществляли в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных»

Для исследования антиоксидантной активности моделировали острую гипоксию. За основу была взята методика моделирования острой нормобарической гипоксии с гиперкапнией у крыс М.В. Кораблева и П.И. Лукиенко (1976) в модификации Н.Д. Авсеенко (Григорьева, 1988). Согласно этой методике, крысу помещали в герметичный сосуд емкостью 1000 мл при температуре +18-20°C, определяли время нахождения животного в нем, до появления первых судорог. У контрольных животных создавали стресс, помещением их в закрытую коробку с открытым доступом воздуха.

Эвтаназия осуществлялась забором крови из брюшной аорты под наркозом. Наркотизировали крыс введением смеси «Золетил 100» и Ксиланит в дозировке 6 мг/кг веса одноразовым инсулиновым шприцем внутримышечно.

По окончании эксперимента у животных контрольной и опытной групп проводился забор сердца, тимуса, печени, мышечной ткани для биохимического исследования. Органы для биохимического исследования очищали, измельчали, помещали в 0,25 молярный раствор сахарозы (среда выделения) в соотношении 1/10 и гомогенизировали в течение 35 секунд при 900 об/мин в гомогенизаторе Potter S. Описанные процедуры проводили при температуре не выше 4 °C. Полученный гомогенат центрифугировали 10 мин при 1000 g для осаждения не полностью разрушенных клеток и ядер. Надосадочную жидкость центрифугировали 15 мин при 14000 g для удаления митохондрий, а затем полученный супернатант – дополнительно при 20000 g в течение 30 мин для получения чистой цитоплазматической (неседиментируемой) фракции, в которой определяли окислительную модификацию белков.

Окислительная модификация белка (ОМБ) определялась по методике по R.L. Levine в модификации Е.Е. Дубининой в центрифугате сердца, тимуса, печени, мышечной ткани. Метод основан на спектрофотометрической регистрации 2,4- динитрофенилгидразонов, образующихся в реакции карбонильных производных аминокислотных остатков белков с 2,4- динитрофенилгидразином. Карбонильные производные окисленных белков регистрировали на спектрофотометре при следующих длинах волн: 254, 270, 280, 356 нм (альдегид-динитрофенилгидразоны нейтрального характера – АДНФГн), 363 и 370 нм (кетон-динитрофенилгидразоны нейтрального характера – КДНФГн), 428 и 430 нм (альдегид-динитрофенилгидразоны основного характера – АДНФГо) и 434, 524, 530, 535 нм (кетон-динитрофенилгидразоны основного характера КДНФГо). Перечисленные длины волн выбраны в соответствии с диапазонами, в которых регистрируются динитрофенилгидразоны. Из данных литературы известно, что для АДНФГн спектр поглощения зарегистрирован в диапазоне 230–558 нм, АДНФГо – в диапазоне 258–264 и 428–520 нм, для КДНФГн спектр поглощения 363–367 нм, КДНФГо – 430 – 434 и 524–535 нм.

Определение активности супероксиддисмутазы (СОД) с использованием реакции аутоокисления кверцетина (А.В. Арутюнян, Е.Е. Дубинина, 2000). В результате аутоокисления кверцетина при рН=10,0 в присутствии ТЕМЕД в аэробных условиях

происходит генерация супероксидного анион-радикала, который в присутствии СОД подвергается дисмутации. Это проявляется в торможении реакции окисления кверцетина.

Все экспериментальные данные подвергнуты математической обработке с привлечением методов вариационной статистики для малых выборок. Различия сравниваемых средних величин считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Острая гипоксия повышает показатели спонтанной ОМБ на всех длинах волн в гомогенатах сердца, мышц и тимуса. Однако, наиболее выраженное повышение этих показателей наблюдается при длине волны 230 нм, которая характеризует альдегид - динитрофенилгидразоны нейтрального характера, являющиеся первичными маркерами окислительного стресса. Развитие окислительного стресса подтверждается также статистически значимым повышением активности СОД во всех исследуемых органах. Моделирование острой гипоксии на фоне введения полисахаридов, выделенных из тыквы, не приводит к увеличению ОМБ и повышению активности СОД.

Выводы 1. Острая гипоксия с гиперкапнией вызывает увеличение показателей спонтанной окислительной модификации белков и повышение активности СОД в сердце, мышце и тимусе крыс; 2. Полисахариды, выделенные из тыквы, предотвращают развитие окислительного стресса и сохраняют исследуемые показатели на уровне животных контрольной группы.

ОЦЕНКА РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ИБС НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Милицкая М.А., Цымбалюк В.В., Шматько И.А.

Научный руководитель: Болдина Н.В.

Курский государственный медицинский университет

В современном мире заболевания сердечно - сосудистой системы занимают одно из ведущих мест по показателю смертности по данным Всемирной Организации Здравоохранения. Большую опасность составляют осложнения данных заболеваний, такие как кровотечение, инфаркт миокарда, внезапная смерть [3]. Целью данной работы является изучение побочных эффектов терапии антикоагулянтами (Варфарин) у пациентов с мерцательной аритмией методом анкетирования с использованием шкалы HAS-BLED[5].

Материалы и методы: по анкете со шкалой HAS-BLED был проведен опрос больных с диагнозом мерцательная аритмия и ИБС кардиологического отделения НУЗ «Отделенческая больница на станции Курск ОАО «РЖД». В анкетировании приняли участие 30 пациентов.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования было проведено наблюдение за пациентами с диагнозом мерцательная аритмия. Группа пациентов в составе 30 человек прошла анкетирование по шкале HAS-BLED для выявления возможного риска возникновения кровотечений на фоне терапии основного заболевания. Данное исследование необходимо для коррекции назначения антикоагулянтов. Пациенты с мерцательной аритмией принимают антикоагулянты для профилактики риска тромбозов, однако чрезмерные дозы могут спровоцировать возникновение кровотечения.

В ходе исследования пациентам было предложено пройти анкетирование до начала лечения, в составе которого присутствовал непрямой антикоагулянт, а именно Варфарин[2].

Целевую группу составляли 30 пациентов, из которых 11 женщин, 19 муж-чин. Возрастные рамки варьировали в промежутке от 29 до 90 лет. Наибольшее количество пациентов находится в возрастном промежутке от 60 до 80 лет.

Критериями шкалы HAS-BLED являются:

1) артериальная гипертония - систолическое артериальное давление выше 160 мм рт. ст.;

2) нарушение функции почек: постоянный гемодиализ, трансплантация почки или креатинин сыворотки выше 200 мкмоль/л;

3) нарушение функции печени: хроническое заболевание печени или биохимические показатели значительного поражения печени (билирубин в 2 раза выше верхней границы нормы в сочетании с повышением активности АСТ, АЛТ и ЩФ в 3 раза выше верхней границы нормы);

4) инсульт (в анамнезе);

5) кровотечение (в анамнезе, геморрагический диатез или анемия);

6) неустойчивое МНО: нестабильное или высокое МНО или выход за пределы терапевтического интервала более 40% времени;

7) прием препаратов, повышающих риск кровотечения;

8) употребление более 8 порций алкогольных напитков в неделю[5].

В ходе анкетирования было выявлено, что риск возникновения кровотечений имеют 9 пациентов из 30 (их сумма баллов составляла > 3).

В зависимости от выявленного риска и в соответствии с клиническими рекомендациями были назначены разные схемы лечения.

Для пациентов с низким риском (<3 баллов) используют тройную схему: Варфарин (МНО 2,0-2,5) + ацетилсалициловая кислота (<100 мг) + Клопидогрел 75 мг/сутки в течение 6 мес. В течение 6-12 месяцев используют двойную схему: Варфарин (МНО 2,0-2,5) + Клопидогрел 75 мг/сутки (или ацетилсалициловая кислота <100 мг/сутки). С 12 месяцев неопределенно долго проводят монотерапию Варфарином (МНО 2,0-3,0) .

Для пациентов с высоким риском (> 3 баллов) используют 2-4 недели — тройную схему, затем неопределенно долго — монотерапия варфарином (МНО 2,0-3,0)[4]. Эффективность и безопасность тройной и двойной схемы терапий освещено во многих исследованиях. По данным исследований частота развития любых кровотечений в течение 12 месяцев в группе пациентов, применявших двухкомпонентную терапию и группе пациентов с трехкомпонентной терапией, составила 19,5 и 44,9% соответственно[1].

Основным показателем, на который следует ориентироваться при подборе дозы Варфарина, является МНО. Если МНО <1,5 ,то увеличить дозу на ½ таблетки; МНО 1,5-2,0 - увеличить дозу на ¼ таблетки; МНО 2,0-3,0 – оставить дозу неизменной - это оптимальный результат данного показателя; МНО 3,0-4,0 – уменьшить дозу на ¼ таблетки; МНО > 4,0 – пропустить один прием, далее дозу уменьшить на ½ таблетки. Стоит отметить, что проверять этот показатель следует 1 раз в 1-2 суток.

Однако стоит отметить, что антикоагулянтная терапия Варфарином за пределами терапевтического стационара трудна для пациентов, вследствие обязательного контроля показателей МНО 1 раз в 2-3 суток. На амбулаторном лечении качестве аналоговой терапии рекомендуется использовать такие препараты как Ривароксабан, Дабигатрана этексилат [4].

По данным клиническоого исследования ROCKET AF было доказано, что Ривароксабан в отношении профилактики инсультов, тромбоэмболических осложнений и кровотечений более эффективен в сравнении с Варфарином[6].

Объединив все выше сказанное можно сделать вывод, что лечение антикоагулянтами жизненно важно для пациентов с диагнозом мерцательная аритмия, так как указанная терапия профилактирует риск развития тромбозов. Однако выбор препарата и его дозы стоит основывать на лабораторных показателях, в частности МНО.

Список литературы

1. Баглай, Ю.С. Современный взгляд на тройную антитромботическую терапию / Ю.С. Баглай // Инновации в науке. – 2018. - №5. – С. 16-23.
2. Беялов, Ф.И. Аритмии сердца/ Ф.И. Беялов .- М.: медицинская литература, 2015. - 250 с.
3. Здравоохранение в России/ Г.К. Оксенойт С.Ю. Никитина Л.И. Агеева, и др.- М.: медицина, 2018.-170 с.
4. Клинические рекомендации: «Диагностика и лечение фибрилляции предсердий» / ред. совет: А.Ш. Ревитшвили [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 201 с.
5. Шкала HAS- BLED[Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.cardioneurology.ru> (дата обращения 29.09.2019).
6. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J., et al., for the ROCKET-AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvularatrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365: 883-891.

ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ И БАД, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ВЫВЕДЕНИЯ РАДИАЦИИ ИЗ ОРГАНИЗМА В АПТЕЧНЫХ СЕТЯХ Г.КУРСКА

Моторина В.Н.

Научный руководитель: Сысина Л.Ю.

Курский государственный медицинский университет

Жители города Курска и Курской области испытывают влияние неблагоприятных факторов внешней среды, из-за плохой экологической обстановкой. Особо негативное воздействие на организм оказывает Курчатовская АЭС и Михайловский горно-обогатительный комбинат г.Железногорска, дающие повышенный радиоактивный фон.

Радиация пагубно влияет на организм человека, ослабляет иммунитет и способствует развитию онкологических заболеваний.

Из-за сложившейся экологической обстановки каждый житель г.Курска нуждается в ежедневном поступлении в организм различных витаминов и ряда витаминоподобных веществ. Недостаток какого-либо из них вызывает определенные расстройства, мешающие человеку вести нормальную активную жизнь.[10]

Помимо витаминных комплексов желательна применение фармацевтических препаратов растительного происхождения, выводящих радиацию из организма.

Целью исследовательской работы было изучение ассортимента лекарственных растительных средств и БАД, способных выводить радиацию из организма.

В ходе исследования были использованы методы: контент-анализа литературных источников, статистический, маркетинговый.

В результате изучения специальной литературы по теме работы было выявлено, что выведение радиоактивных веществ способствуют растительные адаптогены, повышающие общую сопротивляемость, йодосодержащие биодобавки, витаминно-минеральные комплексы, БАД на основе ламинарии и хлореллы, антиоксиданты.[9]

Был изучен ассортимент различных аптечных сетей г.Курска (ООО «Комтрейд», ООО «Здоровье», ООО «Здравница» и др.) на наличие в них растительных средств и БАД для профилактики воздействия радиации.

Изучение ассортимента аптечных сетей показало, что во всех аптеках имеется лекарственные растительные средства, группа адаптогенов таких как: настойка корня женьшеня, жидкий экстракт элеутерококка, настойка заманихи высокой, жидкий экстракт

левзеи сафлоровидной, которые имеют невысокую цену и доступно населению, также имеется препарат «Корень Жень-шеня».[2]

В аптечных сетях ООО «Здравница» и ООО «Комтрейд» выявлены БАДы, содержащие пектин, средства продукции ООО «Глорион» на основе водорослей также как «Максфайбер» (пищевые волокна, клетчатка сои и овса, отруби овса, семя подорожника, гуаровая камедь, гуммиарабик и пектины, содержит брокколи и водоросли хлореллу и ламинарию), капсулы «Ункария» (дополняют действия «Марина-плюс для детей», таблетки «Минералайф»(содержит 15 минералов, витамины, экстракты растений, а главные составляющие водоросли – ламинария, витамины, полисахариды, «Марина-плюс для детей (содержит фукус – одну из разновидностей морской капусты, важные минералы, соединения йода, полисахариды, альгиновая кислота, фукоидол, маннит, витамины, полифенолы), «Хлорелла» (производство Япония), «Микроводоросль «Хлорелла» (производство Россия). Данные средства имеют более высокую цену по сравнению с адаптогенами на ряду с дорогостоящими биологическими добавками на основе водорослей, имеются и доступные по цене средства «Ламинария Эвалар», «Клам», «Ламинария» в таблетках.[10]

Все выше перечисленные средства представлены в различных формах выпуска: таблетках, капсулах, настойках, жидких экстрактах и напитках.[8]

Таким образом, изучив ассортимент лекарственных растительных средств и БАДов, используемых для профилактики вредного воздействия радиации, можно сказать, что население г.Курска имеет выбор в приобретении этих средств как по ценовой доступности, так и по составу, по различным формам выпуска и странам-производителям.

Список литературы

1. Василенко И.Я. Радиация: источники, нормирование облучения // Природа. – 2014. – № 4. – С. 16.
2. Гречко А.Т., Садыков Р.Р., Хомутов В.П. Быстродействующие адаптогены в эксперименте и в клинике // 5-й Рос. нац. конгр. «Человек и лекарство». – М., 1998. – С. 558-559.
3. Ильин Л.А., Кириллов В.Ф., Коренков И. П. Радиационная безопасность и защита. Справочник. - М.: Медицина, 2014. - 336 с.
4. Николай Дайнеко und Сергей Тимофеев Радиация и лекарственные растения . - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2016. - 156 с.
5. Сивинцев Ю.В. Радиация и человек.-М.: Знание,2016
6. Шубик, В. М. Жизнь с радиацией. Книга 1. Мирный атом: польза - вред: моногр. / В.М. Шубик. - М.: СИНТЕГ, 2015. - 212 с.
7. Холл, Дж. Радиация и жизнь / Дж. Холл. - Л.: Медицина, 2014. - 256 с.
8. Яременко К.В. Учение Н.В. Лазарева о состоянии неспецифически повышенной сопротивляемости и адаптогенах как базовая теория профилактической медицины . // Психофармакология и биологическая наркология. – 2015. – Т. 5, №4. – С. 1086-1092.
9. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://lastday.club/radioprotektory-i-sredstva-ot-radiatsii-dlya-chrezvychajnyh-situatsij/>
10. Государственный реестр ЛС [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://grls.rosminzdrav.ru>.

НООТРОПЫ, КАК СТИМУЛЯЦИЯ МОЗГА В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОЙ УМСТВЕННОЙ НАГРУЗКИ

Нечеухина К.А. , Скурыгина О.Д.

Научный руководитель: Ландарь Л.Н

Оренбургский государственный медицинский университет

В последнее время набирают популярность такие препараты, как ноотропы, особенно они актуальны среди студентов медицинских ВУЗов. О действии ноотропов на нейрохимическом и физиологическом уровне известно много, но часть вопросов остались не достаточно исследованы.

Цели: Провести анализ групп ноотропных средств. Исследовать аспекты применения ноотропных препаратов среди студентов Оренбургского Государственного Медицинского Университета с целью повышения умственных процессов в период сессии.

В журнале «Pharmacotherapy» были представлены результаты масштабного исследования на тему «Повышение когнитивных способностей с помощью средств нейрофармакологии». Это исследование, проведенное среди студентов, показало, что 20% студентов принимают нейрофармакологические препараты для улучшения и поддержания когнитивных способностей. Данные об употреблении нейрофармакологических средств российскими студентами отсутствуют. В данной работе предпринимается попытка обратить внимание к данной проблеме и восполнить недостаток исследований по этому вопросу.

Среди студентов педиатрического факультета 3 курса было проведено анкетирование, по результатам которого выявлено, что из 67 человек ,принявших участие в опросе ,принимают ноотропы 22,это 32%, т.е каждый третий студент. Самыми популярными средствами оказались: Пирацетам (23,8%), Глицин и Фенотропил (19%), Ноотропил (14,3%).

А вот Фенибут (9,5%), Ноофен, Кортексин (по 4,7%) принимают гораздо реже. По результатам опроса ни один человек не принимал лекарства по назначению врача.

Механизм действия данных лекарственных средств связан с прохождением через поврежденный гематоэнцефалический барьер. Именно поэтому здоровый человек не будет подвержен действию ноотропных препаратов, эти лекарства просто не смогут пройти через ГЭБ. Однако, нужно отметить, что если человек подвержен каким либо вредным факторам (курение, алкоголь) или в прошлом имел травму головного мозга, то при приеме данных средств он может наблюдать улучшения.

Выводы: Прием ноотропных препаратов период повышенной умственной нагрузке у студентов (сессия) является необоснованным, так как, у здоровых лиц не наблюдается желаемого положительного эффекта. Данные лекарственные препараты может назначать только врач.

ВЛИЯНИЕ АЦЕТИЛЦИСТЕИНА НА СОДЕРЖАНИЕ ТРИГЛИЦЕРИДОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Оадченко Н. А., Кнышова Л. П., Морковин Е. И.

Научный руководитель: Куркин Д.В.

Волгоградский государственный медицинский университет

Несмотря на высокую распространенность постинтоксикационного состояния, возникающего после употребления этанола в высоких дозах, способы его

фармакологической коррекции изучены недостаточно. Перспективной может быть терапия, направленная на коррекцию метаболизма глутатиона, одного из мощнейших и стабильных компонентов системы химической детоксикации и антиокислительной защиты организма [1]. Ацетилцистеин представляет собой предшественник глутатиона, обладающий собственными антиоксидантными свойствами [2], поэтому его применение представляется перспективным в комплексе детоксикационных мероприятий в терапии алкогольных отравлений.

Цель данной работы заключалась в оценке эффектов ацетилцистеина в отношении жирового обмена в печени крыс, перенесших острую алкогольную интоксикацию.

Материалы и методы. Работу выполнили на 30 самцах крыс линии Вистар (масса тела 300–450 г). Животных распределили на 3 равные группы. Крысам из 2 групп однократно внутрибрюшинно вводили 20% этанол в дозе 3 г/кг, а затем (через 30 мин после возвращения установочного рефлекса) – внутривентрикулярно раствор ацетилцистеина в дозе 3 г/кг или физиологический раствор в эквивалентном объеме. Животным из контрольной группы вводили только физиологический раствор (внутрибрюшинно, а затем внутривентрикулярно) [3]. Через 24 ч животных умерщвляли, отбирая образцы крови и фрагменты ткани печени после предварительной перфузии раствором Рингера [4].

Содержание триглицеридов в гомогенатах ткани печени определяли после экстракции гептаном и изопропанолом с последующим фракционированием алкоголятом натрия фотометрически (после инкубации с 2,4-пентандионом при длине волны 410 нм) [1].

Результаты и обсуждение. Признаки токсического поражения печени могут включать ее дистрофические изменения, проявляющиеся образованием жировых капель в гепатоцитах или увеличением содержания триглицеридов в ткани печени. У крыс, которым вводили этанол и физиологический раствор, содержание триглицеридов в гомогенатах печени статистически значимо превышало показатель, зарегистрированный у животных из группы отрицательного контроля ($29,3 \pm 0,80$ против $23,9 \pm 0,74$ мг/г ткани; $p < 0,0001$). У животных, которым после пробуждения вводили ацетилцистеин, содержание триглицеридов в гомогенатах печени достигло $24,9 \pm 1,09$ мг/г ткани, что не отличалось статистически значимо от показателя, полученного у крыс из группы отрицательного контроля ($p > 0,05$), но было статистически значимо меньше, чем у крыс из группы положительного контроля ($p < 0,01$).

Заключение. Описанные изменения в содержании триглицеридов в гомогенатах печени свидетельствуют о наличии у ацетилцистеина способности предотвращать развитие токсических повреждений печени, вызванных у крыс однократным внутрибрюшинным введением этанола.

Список литературы

1. Lee H.-S. et al. Effects of a preparation of combined glutathione-enriched yeast and rice embryo/soybean extracts on ethanol hangover // J Med Food. 2009. Vol. 12, № 6. P. 1359–1367.
2. Green J.L. et al. Oral and intravenous acetylcysteine for treatment of acetaminophen toxicity: a systematic review and meta-analysis // West J Emerg Med. 2013. Vol. 14, № 3. P. 218–226
3. Морковин Е.И., Осадченко Н.А., Кнышова Л.П., Бакулин Д.А., Куркин Д.В. Влияние ацетилцистеина на психоневрологические показатели крыс после острой интоксикации этанолом. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019. № 3 (71). С. 110-115.
4. Морковин Е.И., Доценко А.М., Стрыгин А.В., Тарасов А.С. Оптимизация метода выделения микросомальной фракции печени крыс. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2017. № 1 (53). С. 42-44.

К ВОПРОСУ О МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АДНЕКСИТОМ

Павлюченко В.Д., Зубкова Ю.А.

Научный руководитель: Болдина Н.В.

Курский государственный медицинский университет

Гинекологическая патология является актуальной в наше время, так как связана с увеличением числа пациенток, страдающих острыми гинекологическими заболеваниями. По данным Министерства Здравоохранения Российской Федерации, только за 5 последних лет увеличилась заболеваемость на 26%. Аднексит – одно- или двухстороннее воспаление придатков матки (яичников и маточных труб), вызываемое различными микроорганизмами. Острая форма болезни при отсутствии полноценного лечения переходит в хронический аднексит с множеством рецидивов и осложнений.

На сегодняшний день в клинических рекомендациях существуют следующие варианты противомикробных схем лечения аднексита:

1. цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день или цефокситин 2 грамма в/в/внутримышечно однократно + доксициклин по 100мг в/в либо доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки + метронидазол 400 мг перорально (добавляют при подозрении на инфицирование смешанной патогенной флоры и при тяжелых формах аднексита), 14 дней;

2. клиндамицин 900 мг внутривенно каждые 8 часов, до клинического улучшения + гентамицин внутривенно или внутримышечно (2 мг/кг массы тела), с последующей поддерживающей дозой (1,5 мг/кг) каждые 8 часов. Парентеральное лечение может быть прекращено через 24 часа после клинического улучшения; пероральная терапия должна продолжаться и состоять из клиндамицина 450 мг внутрь четыре раза в день, 14 дней или доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки + метронидазол 400 мг перорально, 14 дней.

3. ампициллин/сульбактам по 3 г каждые 6 часов – до клинического улучшения; доксициклин или внутривенно каждые 12 часов до клинического улучшения далее по 100 мг перорально – 14 дней.

4. цефтриаксон 250мг внутримышечно в разовой дозе; доксициклин 100 мг в/в либо перорально два раза в день в течение 14 дней; метронидазол 500 мг перорально два раза в день в течение 14 дней.

5. Комбинация защищенных пенициллинов (Амоксициллин / Клавуланат или Ампициллин / Сульбактам) или защищенных цефалоспоринов (Цефоперазон / Сульбактам) с антибактериальными препаратами из группы макролидов (Спирамицин, Эритромицин, Кларитромицин).

6. Сочетание Метронидазол + цефалоспорины с препаратами класса макролидов (применяется при непереносимости Доксициклина).

7. Терапия фторхинолонами – Метронидазол в комбинации с Офлоксацином или Ципрофлоксацином, плюс Доксициклин или лекарство из группы макролидов. Используется для пациенток старше 18 лет.

Цель работы: изучить результаты лечения больных острым аднекситом, получающих терапию цефалоспоридами, тетрациклинами и производными имидазола.

Материалы и методы: проведен анализ обследования 30 больных, которые находились на лечении в гинекологическом отделении ОБУЗ «КГКБ СМП» за период с 2018 по 2019гг. Все пациентки получали терапию: цефтриаксон 500 мг в/в/внутримышечно 2 раза в день или цефокситин 2 грамма в/в/внутримышечно однократно + доксициклин по 100мг в/в либо доксициклин по 100мг по 2 раза в сутки + метронидазол 400 мг перорально (добавляют при подозрении на инфицирование смешанной патогенной флоры и при тяжелых формах аднексита) в течение 14 дней.

Перед началом лечения аднексита требуется определить, какой именно инфекционный агент вызвал воспалительный процесс. Это могут быть анаэробные и грамположительные бактерии, хламидии, микоплазма, гонококки, стрептококки. Бактериальный посев секрета, взятого из цервикального канала, поможет определить чувствительность возбудителя к антибиотикам. Также больным определялся уровень лейкоцитов в крови, СОЭ, оценивались субъективные данные и термометрия.

Результаты: Среди опрошенных больных от 20 до 40 лет, были выделены следующие группы. В первую группу вошли пациентки с возрастом от 20-25, их количество составило восемь человек; во вторую от 25 до 30 тринадцать человек имеют заболевания; в третью от 30-35 пятеро болели данным заболеванием; в четвертую группу вошли от 35 до 40 лет, составило всего четыре человека. В результате этого, можно сделать вывод, что заболеваемость преобладает у пациенток от 25 до 30 лет.

Распределение больных по лабораторным исследованиям. До лечения больных медикаментозными средствами в крови был нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличения количества СОЭ, повышение температуры тела до 38,3. После лечения указанные показатели у большинства пациенток нормализовались.

Распределение пациенток в зависимости от выявленных симптомов. До лечения больных наблюдались следующие симптомы: боль внизу живота, расстройства мочеиспускания, вздутие живота, озноб, сухость слизистых оболочек, у некоторых присутствовала тошнота и периодически рвота. После лечения субъективная симптоматика заболевания у большинства пациенток не отмечалась.

Выводы: из представленных данных видно, что на фоне медикаментозной терапии цефалоспоридами (цефтриаксон), тетрациклинами (доксициклин) и производными имидазола (метронидазол) картина крови и температура нормализовалась, субъективная симптоматика улучшилась.

Список литературы

1. Конопля, А.А. Изменения физико-химических свойств эритроцитов у больных хроническим сальпингоофоритом /А.А. Конопля, А.В. Караулов, М.Г. Газазян // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.-2010.-№2.- С. 388-391.
2. Овсянниковой, Т. В. Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии / Под редакцией И.С. Сидоровой, Т.В. Овсянниковой, И.О. Макарова//М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 720с.
3. Пономарева, Н.А. Роль предоперационной подготовки у женщин в менопаузе при влагалищных операциях / Н.А. Пономарева, Д.В. Полянский, // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека.-2018.- С. 203-204.

ОЦЕНКА РИСКОВ ТОКСИЧНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Петрушев Е.А., Гулепов В.В.

Северный государственный медицинский университет

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) как класс, химически весьма разнообразны, но имеют сходные терапевтические и побочные эффекты. Все представители данного класса способны уменьшать воспаление, боль и лихорадку путем ингибирования ферментов синтеза эндопероксидов, известных как ферменты циклооксигеназы (ЦОГ). Оба изофермента циклооксигеназы, ЦОГ-1 и ЦОГ-2, превращают арахидоновую кислоту в ее метаболиты эндопероксида, которые включают

простагландин, простагландины и тромбоксан; все они обладают разнообразной биологической активностью. ЦОГ-1 конститутивно экспрессируется и считается основным источником простагландинов, необходимых для физиологического гомеостаза и защиты желудочного эпителия. ЦОГ-2, с другой стороны, индуцибельна, и её продукция значительно повышается в условиях стресса и воспаления. Несмотря на различную роль каждого изофермента ЦОГ-1 и ЦОГ-2 могут работать вместе, и оба способствуют развитию воспалительного ответа [1, 3].

Большое значение при системном применении НПВП все больше приобретает профилактика развития побочных эффектов при их долгосрочном приеме или использовании высокодозной терапии. С целью снижения токсического действия НПВП на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) показано применение препаратов разных фармакологических групп – антациды, цитопротекторы, антибиотики, пробиотики и др. [2, 4, 5]. В то же время, к профилактическим подходам относится оценка факторов риска развития токсичных осложнений терапии НПВП для принятия решения о целесообразности их применения в схеме лечения.

Цель исследования. Провести оценку факторов риска развития осложнений НПВП-терапии со стороны ЖКТ у пациентов с ревматоидным артритом (РА). Дизайн исследования одобрен локальным комитетом по биоэтике. Все пациенты были проинформированы и дали согласие на участие в исследовании.

Материалы и методы. Обследовано 42 пациента с РА в возрасте от 20 до 70 лет, которые не менее двух недель принимали НПВП. Среди них 31 женщина (73,8 %) и 11 мужчин (26,2 %). Средний возраст составил $55,3 \pm 1,2$ лет для женщин и $51,8 \pm 2,2$ лет – для мужчин.

Результаты исследований. Установлено, что 50,5% пациентов принимали диклофенак натрия, 19,3% – нимесулид, 10,1% – кетопрофен, 20,1% – другие НПВП.

Эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ, проведенное 32 пациентам показало, что у 68,5% больных имели место поражения желудка (НПВП-гастропатия), у 47,6% пациентов (20 человек) – не выявлено эндоскопических признаков НПВП-гастропатии или данное исследование не проводилось в связи с отсутствием соответствующих жалоб.

По наличию эндоскопических признаков поражений желудка сформировано две группы пациентов: I (22 пациента) – с НПВП-гастропатией; II (20 пациентов) – без НПВП-гастропатии. Сравнение групп показало, что относительный риск (ОР) развития поражения желудка, ассоциированных с приемом НПВП составил: 8,0 (95% ДИ: 5,5-15,3) при язвенном анамнезе ($p < 0,05$), 3,3 (95% ДИ: 3,0-8,2) при приеме более двух НПВП ($p < 0,05$), 2,2 (2,0-3,8) – при комбинированном приеме антикоагулянтов ($p < 0,05$), 3,0 (2,5-5,5) – при приеме стероидных препаратов ($p < 0,05$), 3,9 (2,8-5,2) – при сопутствующей патологии печени ($p < 0,05$), 8,9 (95% ДИ: 7,3-11,4) – у пациентов в возрасте старше 55 лет ($p < 0,05$), 1,1 (95% ДИ: 0,7-1,5) – при употреблении алкоголя ($p > 0,05$), 1,0 (95% ДИ: 0,4-1,3) – при курении ($p > 0,05$).

Кроме того обследование показало, что у 78,3% пациентов с НПВП-гастропатией выявлены жалобы на боль в эпигастрии, у 55,5% – изжога, 48,5% – вздутие.

Внутрижелудочная pH метрия показала, что у 88,8% больных с НПВП-гастропатией имела место гиперацидность.

Выводы. Проведенное исследование показало, прием более 2-х НПВП на фоне гиперацидности желудочного сока, язвенного анамнеза пациентами старше 55 лет выступает неблагоприятным фоном и способствует развитию поражений верхних отделов ЖКТ при использовании НПВП.

Список литературы

1. 1. Гладких Ф. В. Превентивно-лечебные стратегии фармакокоррекции гастропатии, индуцированной нестероидными противовоспалительными препаратами / Ф. В. Гладких // *Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии*. – 2017. – № 4. – С. 14–23. DOI: <http://dx.doi.org/10.17816/RCF15414-23>
2. Гладких Ф. В. Характеристика терапевтического эффекта ибупрофену та його комбінації з вінбороном за даними гематологічних показників на моделі ад'ювантного артриту у щурів / Ф. В. Гладких, Н. Г. Степанюк // *Львівський медичний часопис*. – 2015. – № 4. – С. 64–70. – Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Lmch_2015_21_4_14
3. Применение системы проблем, связанных с лекарственными препаратами (drug-related problems), на примере группы нестероидных противовоспалительных средств / А. В. Матвеев, А. Е. Крашенинников, Е. А. Егорова, Е. И. Коняева // *Фармация и фармакология*. – 2019. – № 7 (4). – С. 215–223. <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2019-7-4-215-223>
4. Степанюк Н. Г. Характеристика ускладнень фармакотерапії на тлі застосування НПЗЗ за даними спонтанних карт-повідомлень у Подільському регіоні за 2013 рік / Н. Г. Степанюк, Ф. В. Гладких // *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація*. – 2014. – № 1-2 (22-23). – С. 30–34. – Режим доступа: http://clinpharm.meduniv.lviv.ua/FILES/kffms_1-2_2014/all.pdf
5. Tkach S. Efficacy and safety of Rebamipide in prevention of NSAID-gastropathy / S. Tkach, L. Onischuk, A. Balabantseva // *International Journal of Biomedicine*. – 2017. – № 7(1). – P. 57–59. [https://doi.org/10.21103/Article7\(1\)_ShC1](https://doi.org/10.21103/Article7(1)_ShC1)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Полякова К.С., Ковалев Н.А.

Научный руководитель: Лавров Н.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Беременность — особый период в жизни женщины, во время которого ее организм претерпевает серьезные изменения. В частности, во время беременности возрастает риск развития стоматологических заболеваний, требующих лечения с применением местной анестезии. В планировании лечения важным аспектом является выбор препарата, безопасного для матери и плода, а также обеспечивающего качественное обезболивание, необходимое для проведения стоматологических манипуляций. Целью данного исследования является сравнение препаратов на основе Артикаина, Мепивакаина и Лидокаина, как наиболее часто используемых в стоматологической практике для обезболивания беременных [1, 2].

Материал и методы: выполнен анализ медицинской литературы и проведен опрос 155 врачей-стоматологов с использованием авторских анкет на базе стоматологического портала <https://stomweb.ru/> и его площадок в социальных сетях.

Результаты и обсуждения: чаще всего для лечения беременных использовались препараты на основе Артикаина: «Ультракаин ДС», «Убистезин», «Септанест» с адреналином 1:200000 (n=124, где n — число врачей, выбравших этот вариант), «Ультракаин ДС», «Убистезин», «Септанест» с адреналином 1:100000 (n=36), «Ультракаин Д» без вазоконстриктора (n=24). Препараты на основе Мепивакаина («Скандонест», «Мепивастезин») и Лидокаина («Ксилонор», «Лидокаин») применялись реже (n=35 и n=8). Препаратом выбора для лечения беременных большинство врачей считает Артикаин (n=121). Артикаин проникает через плацентарный барьер в

минимальной степени и имеет высокую (более 90%) степень связывания с белками плазмы крови. Применение Мепивакаина возможно, если ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода (может вызвать сужение маточной артерии и гипоксию плода), препарат имеет степень связывания с белками плазмы крови 80%. Лидокаин хорошо проникает через плаценту, в организме новорожденного обнаруживается 40-55% препарата от его концентрации в крови матери, степень связывания с белками плазмы крови 60%[1].

Выводы: на основе литературных данных и клинического опыта опрошенных нами врачей, мы пришли к выводу, что при стоматологическом лечении беременных предпочтительнее использовать препараты на основе Артикаина, так как данный анестетик обеспечивает длительное обезболивание (до 180 минут) и имеет высокую степень связывания с белками плазмы крови (риск токсического воздействия на плод выше для веществ, имеющих низкую степень связывания с белками плазмы).

Список литературы

1. Баарт Ж. А. Местная анестезия в стоматологии: пер. с англ. / Ж.А. Баарт, Х.С. Бранд. — М. : Мед. Лит., 2010. — 208 с.
2. Ji Min Lee Use of local anesthetics for dental treatment during pregnancy; safety for parturient / Ji Min Lee, Teo Jeon Shin//J Dent Anesth Pain Med. – 2017. – №2. – С. 81-90.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВРЕМЕНИ РЕАКЦИИ У МЫШЕЙ НА ТЕРМИЧЕСКОЕ РАЗДРАЖЕНИЕ НА ФОНЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ КОМПОЗИЦИИ

Рябухина Т.В.

Научный руководитель: Ларионов Л.П.

Уральский государственный медицинский университет

Патологические проявления кожи на сегодняшний день широко распространены среди всего населения земного шара. Специфика развития кожных болезней представлена воспалительными процессами, одними из самых распространенных являются воспалительные дерматозы.

Независимо от того, что имеются различные лекарственные препараты, проблема эффективной терапии воспалительных заболеваний кожи остается.

Одним из крупнейших научных достижений XXI века является создание новых фармакологически активных веществ. Современные препараты должны быть безопасными и обеспечивающими комплаентность пациентов к лечению.

Цель исследования – выявить возможные изменения времени реакции у мелких лабораторных животных на термическое раздражение на фоне различных путей применения фармакологически активной композиции (EL-4-58d) и возможное местно-раздражающее проявление.

Материалы и методы исследования

Для исследования выбрана фармакологически активная композиция (EL-4-58d), содержащая серу 10%, кремнийцинкборсодержащий глицерогидрогель $2Si(C_3H_7O_3)_4 \cdot Zn(C_3H_6O_3) \cdot 2H_2O(C_3H_6O_3)_2 \cdot 15C_3H_8O_3 \cdot 116H_2O$ – остальное до 100% (далее ФАК EL-4-58d). Эксперимент проводили на 14 белых лабораторных беспородных мышях и кроликах породы «Шиншилла», согласно Руководству по проведению доклинических исследований лекарственных средств (М.2005, М.2013).

Для сравнительной оценки времени реакции мышей обоего пола массой 19-25 г к термическому раздражению 54-55°C была использована методика «горячей пластинки» по Эдди и Леймбаху, усовершенствованная профессором Ларионовым Л.П. и доцентом Фатиховым И.М. - Актотермоальгезиметрия (АТАМ-0,01). Данный прибор представляет собой прозрачный цилиндр диаметром 30 см и высотой боковой стенки 32 см, дно изготовлено из алюминия диаметром 30 см. Встроенный нагревательный элемент, который поддерживает постоянную температуру дна (550C). Методика заключается в оценке болевого рефлекса при контакте подушечек лап с горячей поверхностью, что основано на измерении времени до момента отдергивания передней или задней лапы, облизывания лап и / или прыжка [2].

С точки зрения правильности и наиболее высокого качества оценки времени реакций мышей на термическое раздражение, эксперимент был разделён на 3 этапа: при 1 этапе исследовали время реакции без введения каких-либо веществ – контрольные данные; 2 этап исследование времени реакции после внутрибрюшинного введения исследуемой 10% концентрации суспензии композиции ФАК EL-4-58d; на 3 этапе данную композицию наносили методом местных аппликаций на лапки особей. Поведенческие реакции оценивали исходно, через 30, 60, 90, 120 минут после введения композиции. Все три этапа были распределены с перерывами исследований 3-4 суток.

В связи с доклиническим изучением новой композиции, проводили исследование оценки возможного местно-раздражающего действия, которое оценивали по состоянию кожных покровов кролика до и после применения 50% концентрации суспензии ФАК EL-4-58d, которую наносили в дозе 500 мг, равномерно, на выстриженных от шерсти (3х3см) участках боковой поверхности справа кожи кролика, участок кожи слева - был контрольным. При исследовании раздражающего действия композиции на слизистые оболочки глаз, вносили по одной капле 10% концентрации суспензии композиции на нижнее веко правого глаза, левый глаз - был контролем сравнения.

Полученные в ходе исследования данные статистически обработаны с помощью программного пакета Statistica 10.0. При анализе результатов был использован непараметрический Т-критерий Вилкоксона. За критический уровень значимости был принят $p=0,05$, вероятность ошибки составляет 5%. Различия между этапами результатов группы можно считать статистически значимыми если $p<0,05$. Мерами представления данных являлись медиана, 25% и 75% процентиля.

Результаты и их обсуждение

Исследование времени реакции мышей на термическое раздражение при различных путях применения ФАК EL-4-58d 10% концентрации со статистической оценкой определения критерия Вилкоксона для значений времени до введения композиции и при внутрибрюшинном введении через 120 минут, значения статистически значимы в сравнении с результатами контрольного этапа группы исследования – критерий Вилкоксона 0,034, а результаты 3-его этапа исследований местных аппликаций на лапки через 120 минут - значения статистически незначимы – критерий Вилкоксона 0,06.

При введении композиции внутрибрюшинно имелась тенденция к увеличению времени реакции на термическое раздражение. Так на фоне введённой композиции внутрибрюшинно в дозе 300 мг/кг время реакции увеличилось на 6 сек, в то время как при местных аппликация на лапки увеличилось только на 0,5 сек.

При нанесении композиции на кожные покровы кроликов - не отмечено покраснения кожи, утолщения кожной складки и выпадения подстриженной шерсти и шерсти, граничащей с выстриженными участками. При пальпации выстриженных участков кожи не наблюдали болезненной реакции у кролика.

При внесении суспензии композиции на слизистую глаз не было отмечено гиперемии слизистой роговицы глаз.

Выводы:

Без применения композиции в процессе исследований наблюдается адаптация мышей к термическому раздражению. После внутрибрюшинного введения ФАК EL-4-58d у мышей зарегистрировали замедление реакции на термическое раздражение, по-видимому, связанное с угнетающим влиянием на функциональное состояние ЦНС (боль) либо местным миорелаксantным действием, что важно для дальнейшего более глубокого изучения действия композиции. При местных аппликациях на лапки особей изменений не произошло.

2. Исследуемая композиция не обладает местно-раздражающим действием, что крайне важно для основ мягких лекарственных форм при лечении воспалительных заболеваний кожи.

Список литературы

1. Сахаутдинова, Р. Р. Новый подход к оценке времени реакции белых мышей при термическом раздражении на фоне кремнийцинксоодержащего глицерогидрогеля и глицеролата цинка// Здоровье и образование – 2014. – Т.16. – №1. – С. 76-79.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК

Таран А.В., Ряполова А.Г.

Научный руководитель: Кулешова В.В.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России (медико-фармацевтический колледж)

В связи с огромным числом предложений лекарственных средств (ЛС) на фармацевтическом рынке России, особенностями формирования ассортимента ЛС в аптеках, различием в ценах и фармакологических свойствах, работникам фармацевтических организаций необходимы алгоритмы по консультированию посетителей при выборе ЛС определенной фармакологической группы[1].

На российском фармацевтическом рынке России широко представлена и имеет высокий спрос группа лекарственных средства (ЛС) «Антигистаминные лекарственные средства». Для разработки алгоритма консультирования посетителей аптек фармацевтами были отобраны препараты безрецептурного отпуска из группы «Антигистаминные средства». В качестве объектов исследования взяты «Антигистаминные препараты» III поколения, так как они не обладают нежелательными фармакологическими эффектами, имеющимися у препаратов группы I и II поколения.

Цель исследования – разработка алгоритма консультирования на примере группы «Антигистаминные средства» III поколения.

Методы исследования: контент-анализ литературных источников, фармакоэкономический (анализ «минимизация стоимости» - анализ «стоимости фармакотерапии»), структурный, логический, маркетинговый.

Объекты исследования: ассортимент ЛС группы «Антигистаминные средства» III поколения; стоимость затрат (в стоимостных показателях) на курс лечения; фармакологические свойства ЛС.

Исследование включало этапы: формирование ассортимента ЛС группы, изучение фармакологических характеристик ЛС группы «Антигистаминные средства» III поколения, расчет стоимости лечения ЛС группы «Антигистаминные препараты III поколения»; разработка алгоритма консультирования посетителя аптеки при выборе «Антигистаминных лекарственных средств III поколения».

По данным Государственного Реестра ЛС в России зарегистрировано 92 лекарственного препарата (ЛП) в виде жидких и твердых лекарственных форм, выпускающихся под 3 торговыми наименованиями, 36 производителями, 14 из которых являются отечественными.

Сравнительный анализ ассортимента ЛС группы «Антигистаминные средства» III поколения, предлагающегося в России и его фактическое наличие на региональном фармацевтическом рынке г. Курска, позволил для дальнейших исследований отобрать 13 наименований ЛП. Анализ ассортимента ЛС, предлагающихся в аптеке по МНН показал, что в фармацевтической организации имеется: 7 ЛП (53,8%) на основе Дезлоратадина, 4 ЛП (30,8%) на основе Левоцетиризина, 2 ЛП (15,4%) на основе Фексофенадина.

На следующем этапе было проведено изучение фармакологических характеристик ассортимента ЛС группы «Антигистаминные средства» III поколения. Для выявления достоинств и недостатков препаратов были изучены показания к применению, противопоказания и побочные действия каждого из препаратов. Затем был проведен сравнительный анализ характеристик: каждому показанию к применению давался один положительный балл, а противопоказаниям и побочным эффектам также давался один балл, но отрицательный. В результате был рассчитан «Суммарный показатель качества» (СПК) для каждого из препаратов изучаемой группы. Выявлено, что СПК у ЛП группы «Антигистаминные средства» III поколения колеблется от минус 7 до минус 13, вследствие наличия большого числа побочных эффектов и противопоказаний. Наилучшие значения СПК имеют препараты Зодак Экспресс в форме таблеток и Ксизал в форме капель для приема внутрь.

На следующем этапе была проведена фармакоэкономическая оценка стоимости лечения препаратами группы. В качестве критерия нами была выбрана величина стоимости на курс лечения ЛП группы. Анализ показал, что наименьшую стоимость на курс лечения среди таблетированных лекарственных форм имеют препараты: «Ксизал» (МНН «Левоцетиризин») - 295,40 руб., «Зодак Экспресс» (МНН «Левоцетиризин») - 301,00 руб. Среди жидких лекарственных форм наименьшую стоимость курса лечения у препарата «Ксизал» (МНН «Левоцетиризин») - 296,52 руб. Наибольшую стоимость на курс лечения среди таблетированных лекарственных форм имеет препарат «Аллегра» (МНН «Фексофенадин») – 449,28 руб., среди жидких лекарственных форм – препарат «Эриус» (МНН «Дезлоратадин») – 729,12 руб.

На заключительном этапе провели сравнительную оценку стоимости курса лечения ЛС и величины СПК. Используя полученные данные, разработан алгоритм консультирования посетителя аптеки при выборе ЛС «Антигистаминных лекарственных средств» III поколения. При выборе ЛС необходимо учитывать: суммарный показатель качества и стоимость на полный курс лечения. Препаратами выбора в жидкой лекарственной форме являются: препарат «Ксизал» (капли для приема внутрь, производитель ЮСБ Фаршим С.А. Швейцария). Препаратами выбора в таблетированной лекарственной форме препарат «Зодак Экспресс» (Зентива, Чешская Республика), «Фексадин» (Сан Фармасьютикал Индастриз Лтд, Индия), а также лекарственные препараты «Дезал» (Актавис Групп ПТС, Исландия) и «Эзлор» (ООО «Атолл»Россия), как наиболее доступные по цене им качеству.

Таким образом, разработанный алгоритм найдет практическое применение работниками аптек при оказании консультативной помощи посетителям аптек при выборе ЛС группы «Антигистаминные лекарственные средства» III поколения, а также позволит внести изменения в ассортиментный «портфель» фармацевтической организации за счет включения в него препаратов доступных по цене и качеству.

Список литературы

1. Кулешова, В.В. Разработка методических подходов к проведению фармакоэкономической оценки лекарственных средств определенной фармакологической группы / В.В. Кулешова // Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета. «Университетская наука: взгляд в будущее» (г. Курск.)- КГМУ, 2016.- С. 62-66.

**ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ**

Фаустова О.Г., Морозова А.Ю., Арефина М.В.

Научный руководитель: Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет

Острые респираторные вирусные инфекции определяют хронофармакологию в течении хронического воспалительного процесса в атеросклеротической бляшке. Вирусная инфекция формирует дополнительную смертность от ИБС в периоды эпидемического подъема ОРВИ [1]. Воспаление является одной из основных причин развития атеросклероза.

Доказано, что хроническая форма ишемической болезни сердца обостряется в определенные сезоны года. Таким образом, увеличивается количество госпитализаций больных стенокардией весной и осенью, что связано в первую очередь с заболеванием инфекционной этиологии [1].

Цель исследования: изучить особенности лекарственного ответа при гиполипидемической терапии розувастатином у больных ИБС с учетом генетических маркеров.

Материалы и методы: в исследование были включено больные ИБС (100 человек), из них у 90 обнаружили сопутствующую инфекционную патологию.

На всех осмотрах проводилась оценка субъективного и объективного статуса пациента; определение липидных показателей крови, атерогенного индекса; С-РБ, уровня интерлейкинов 1 β , 4, 6, 10 в сыворотке крови; определение уровня аминотрансфераз; регистрация ЭКГ; проведение велоэргометрии; фармакогенетическое тестирование.

Лечение гиперлипидемии осуществлялось статинами IV поколения (розувастатин в стартовой дозе 10 мг/сут.) согласно рекомендациям.

При недостижении целевого показателя ХС ЛНП (1,8 ммоль/л) при приеме розувастатина к 7-му дню от начала ОРВИ (III визит), пациенту назначалась доза 20 мг/сут. На последующих визитах оценивалось достижение целевого ХС ЛНП с дальнейшей титрацией дозы.

Результаты: на I визите 56,6% больных ИБС при приеме розувастатина в дозе 10 мг/сут. достигли целевого уровня ХС ЛНП.

Через 4 недели от момента включения в исследование (II визит) осуществлялась индивидуальная оценка эффективности гиполипидемической коррекции по достижению целевого уровня ХС ЛНП.

На II визите отмечено снижение достигнутого целевого уровня у 61,7% больных ИБС, среди них с изолированной ГХС у 33,1%, а у больных ИБС с сочетанной ГХС – у 28,6%.

На III визите 48% больных с ИБС и вирусной инфекцией достигли целевого уровня при приеме 10 мг розувастатина и 52% – при 20 мг., с каждым визитом процент достигших целевого уровня увеличивался.

К концу 12 недели исследования проявлением гиполипидемического эффекта на фоне приема розувастатина стало достижения целевого уровня ХС ЛНП у 67% исследуемых больных.

Показатели интерлейкинов в сыворотке крови определяли у пациентов ИБС на II визите и далее при динамическом наблюдении до 12-й недели (VI визит). Провоспалительные цитокины (IL-1 β и IL-6) у больных ИБС в сочетании с вирусной инфекцией значительно были выше, чем у больных без проявления вирусной инфекции.

Уровень противовоспалительных цитокинов (IL-4 и IL-10) у больных ИБС с ОРВИ на II визите характеризовался низкими показателями. Содержание IL-1 β и IL-6 оставалось стабильным на весь период наблюдения и было гораздо ниже, чем у больных ИБС с ОРВИ. IL-4 и IL-10 у больных ИБС без проявления ОРВИ, были значительно выше.

Проведено генотипирование полиморфизмов генов IL-1 β , IL-6, IL-4, IL-10. Анализ полиморфизма –511C>T гена IL-1 β показал ассоциацию генотипа –511СТ гена IL-1 β с повышенной продукцией данного интерлейкина на II визите.

Изучение влияния концентрации IL-1 на уровень липидных фракций показало прямую слабую связь между уровнем ХС и IL-1. У носителей гетерозиготного генотипа – 511СТ гена IL-1 отмечались наиболее высокие значения ХС ЛНП – 2,54 ммоль/л.

Анализ ассоциации генотипов гена IL-6 с количественным уровнем липидов показал, что у носителей генотипа –174GG уровень ХС ЛНП превышал таковой в сравнении с другими генотипами IL-6. Это свидетельствовало о дестабилизации липидтранспортной системы в условиях острого воспаления и недостаточной выраженности липидных и нелипидных эффектов розувастатина 10 мг/сут., и проявлялось в недостижении целевого уровня ХС ЛНП.

Доказано, что наличие полиморфизма –589 С/Т гена IL-4, находящегося в промоторной области, приводило к замене цитозина (С) на тимин (Т) в позиции –589, с увеличением транскрипционной активности гена.

В настоящем исследовании получено повышение продукции IL-4 и С-РБ у носителей генотипа –589ТТ по сравнению с наличием других генотипов, а также синтеза IL-10 у носителей гомозиготного генотипа –1082GG.

Анализ влияния генетического полиморфизма генов про- и противовоспалительных интерлейкинов на фармакологический ответ розувастатина 10 мг/сут. у больных ИБС без ОРВИ выявил слабую прямую корреляционную связь между уровнем IL-1 β и IL-6 и генотипами –511ТТ и –174GC соответственно.

У носителей генотипа –511ТТ выявлен наиболее низкий уровень ХС ЛНП и высокий – ХС ЛВП, что свидетельствовало о реализации гиполипидемического эффекта розувастатина. Для носителей генотипа –511СС отмечалось повышение уровня ХС ЛНП.

Носительство гомозиготного генотипа –1082GG показало ассоциацию со снижением С-РБ и уровнем ХС, что подтверждало активацию противовоспалительных процессов у больных с хроническим воспалением. При повышении противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-10) снижался уровень ХС.

Выводы: очевидна позитивная роль персонализированного подхода к коррекции липидного профиля у больных ишемической болезнью сердца в условиях респираторной вирусной инфекции, которая приводит к дестабилизации хронического течения ИБС.

Список литературы

1. Адамян, К.Г. Роль латентного воспаления в патогенезе фибрилляции предсердий / К.Г. Адамян, С.В. Григорян, Л.Г. Азарпетян // Вестн. аритмологии. – 2008. – № 54. – С. 34-41.

2. Алекперов, Э.З. Современные концепции о роли воспаления при атеросклерозе / Э.З. Алекперов, Р.Н. Наджафов // Кардиология. – 2010. – № 6. – С. 88-91.
3. Драпкина, О.М. Плейотропные эффекты статинов. Влияние на жесткость сосудов / О.М. Драпкина, Л.О. Палаткина, Е.В. Зятенкова // Врач. – 2012. – № 9. – С. 5-10.

Раздел 14. Хирургия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПИЩЕВОДА

Абдулаева Р.Ш.

Научный руководитель: Алиев С.А.

Дагестанский государственный медицинский университет

Рак пищевода является одним из самых агрессивных злокачественных новообразований. По данным ВОЗ, на сегодняшний день он занимает 8 место в структуре смертности в мире. Несмотря на успехи химио-лучевой терапии в онкологии, хирургический метод представляет основу лечения больных раком пищевода. Оперативное лечение пациентов с раком пищевода является одной из самых сложных разделов торако- абдоминальной хирургии.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с раком пищевода, путём внедрения надежных способов формирования пищеводного соустья с дифференциальной реконструктивной пластикой.

Материалы и методы. Исследование ретроспективное, основанное на анализе результатов хирургического лечения 159 пациентов, оперированных в отделении торако-абдоминальной онкохирургии ГБУ РД Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр грудной хирургии» с января 2010 по декабрь 2018 гг. Наряду со стандартными методиками обследований в программу включены: эндоскопическое исследование с биопсией, патогистологическое исследование биоптатов, УЗИ, МСКТ, а также методики, позволяющие изучить и корректировать функциональные возможности сердечно-сосудистой системы как этап предоперационной подготовки (толерантность к физической нагрузке, холтеровский мониторинг, УЗИ сердца). Результаты и обсуждение: Из общего количества больных (159 пациентов) радикальные операции были проведены 107 пациентам. Возраст исследуемых варьировал от 28 до 87 лет. Мужчин - 72, женщин – 35. Они распределены по стадиям следующим образом: I-II ст. – 20 (18,7%) III – 67 (62,6%) III-IV - 20 (18,7%) Из общего числа выполненных радикальных оперативных вмешательств 71 (66,4%) составили резекции пищевода из абдомино-торакального доступа с пластическим замещением пищевода желудочным трансплантатом (операция типа Льюиса). В 33 наблюдениях (31,7%) была выполнена экстирпация пищевода из абдомино-торако- цервикального доступа с эзофагогастропластикой и пищеводным анастомозом на шее (по А.Ф.Черноусову, а у 2 пациентов (1,9%) – экстирпация пищевода с эзофагоколопластикой. В зависимости от локализации и стадии опухолевого процесса, оперативные вмешательства выполнялись: при локализации опухолевого процесса в средне- и ниже-грудном уровнях пищевода выполняли операцию типа Льюиса – 71 сл. (66,4%); при поражении верхне-грудного отдела пищевода и проксимальном распространении опухоли средне-грудной локализации выполнялась экстирпация пищевода – 36сл. (33,6%). Самым грозным хирургическим осложнением, нередко приводящим к летальному исходу является несостоятельность пищеводного анастомоза. Она возникает вследствие редукции кровоснабжения и натяжения анастомозируемых сегментов. У 4 пациентов наблюдалось развитие несостоятельности пищеводного анастомоза, что составило 3,7%. Количество комбинированных операций составило 3 (2,8%) , причем все случаи – в III ст. Летальность после хирургического лечения рака пищевода составила – 3 (2,8%). Все случаи – III-IV ст.

Выводы. Низкий процент летальности после радикальных операций на пищеводе (2,8%) связан с разрешением проблемы несостоятельности швов анастомоза. Применение

надежного кулисного анастомоза по М.И.Давыдову позволило снизить процент несостоятельности до 3,7%. Больным с высокой степенью операционного риска расширены показания к экстирпации пищевода с внеполостным расположением анастомоза на шее (n = 36) по А.Ф. Черноусову.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕСМОИДНОЙ ФИБРОМЫ ЗАДНЕЙ ЛАТЕРАЛЬНОЙ СТЕНКИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ СПРАВА

Азимов А.А., Туляков Э.О.

Научный руководитель: Косимов А.Л.

Андижанский государственный медицинский институт

Десмоидные фибромы (ДФ) представляют собой достаточно редкую патологию – их частота составляет 2-4 случая на 1 миллион человек в год и это менее 3% от всех опухолей мягких тканей. Необычную опухоль мягких тканей, которую онкологи сейчас называют десмоидом, впервые описал Макфарлейн (J. Macfarlane) в 1832 году. Десмоид соединительнотканное образование, развивающееся из сухожильных и фасциально-апоневротических структур; наиболее частый представитель группы смешанных фиброматозов. Десмоид имеет округлую или овальную форму, плотную консистенцию, гладкую поверхность. Выделяют абдоминальный, экстраабдоминальный и интраабдоминальный десмоид. Абдоминальный десмоид встречается чаще у женщин, локализуется в области прямых и косых мышц передней брюшной стенки. Экстраабдоминальный десмоид наблюдается примерно одинаково часто у мужчин и женщин, располагается преимущественно в области плечевого пояса, спины и шеи. Интраабдоминальный десмоид встречается редко, развивается в брыжейке тонкой кишки, часто сочетается с полипозом толстой кишки (синдром Гарднера).

Приводим клиническое наблюдение: больная Тургунова Д., 1970 г.р., госпитализирована в отделение торокососудистой хирургии клиники АГМИ (история болезни №-2128/135) 24 января 2019 года с жалобами на наличие опухолевидного образования по задне-латеральной стенки грудной клетки справа сопровождающийся болевыми ощущениями в грудной клетке и снижением трудоспособности. Установлено, что больная страдает в течении лишь одного месяца, когда стала замечать появление опухолевидного образования по задней латеральной стенке грудной клетки справа, которое прогрессивно увеличивалось в размерах. В связи с прогрессированным увеличением опухолевидного образования больная была вынуждена обратиться за медицинской помощью. Состояние больной при поступлении нами оценивалось как относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ЧД до 18-20 раз в минуту, аускультативно в лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные. А/Д – 110/70 мм. рт. ст., пульс 76-78 ударов в минуту. При осмотре по задней латеральной стенке в проекции XI ребра определяется малоподвижное опухолевидное образование размером 10х8х10 см, округлой формы плотноватой консистенции. Учитывая анамнестические сведения и результаты объективного обследования проведены ряд клинико-инструментальных и лабораторных методов исследования. При УЗИ и МСКТ было обнаружено опухолевидное образование по задней латеральной стенке грудной клетки справа размером 10х8 см., и при этом заподозрено: “Новообразование правой латеральной стенки грудной клетки, возможно рабдомиома”. При рентгенографии грудной клетки легочные поля чистые, синусы свободные. На ЭКГ правильный синусный ритм. В клинике был выставлен диагноз: “Новообразование задней

латеральной стенки грудной клетки, возможно рабдомиома». Учитывая прогрессивное увеличение в размерах опухолевидного образования и возможность развития осложнения после предоперационной подготовки больной 28 января 2019 года выполнено оперативное вмешательство «Удаление десмоидной фибромы из задней латеральной стенки грудной клетки справа». При ревизии обнаружено образование размером 10х8,0 см., располагающиеся в мышечно-апоневротическом слое, имеет умеренно плотноватую консистенцию и интимно припаяно к окружающим тканям. При выделении и разъединении от припаянных спаек образование вскрылось и выделилось около 50,0–70,0 мл густая масса белесовато-серого цвета с элементами тканевой структуры. Далее тканевая густая масса иссечена и удалена, а окружающая область промыта антисептическими растворами (фурацилин, декасан). Иссечены и удалены также тканевые структуры с густыми массами в мышечно-апоневротическом пространстве. Тщательный гемостаз. Послойные швы на операционную рану. Асептическая наклейка.

Результаты макроскопического исследования: представленный материал размерами 8х4х2,5 см., плотноватой консистенции, снаружи поверхность гладкая, тканевая структура белесоватой окраски.

Микроскопические данные: тканевая структура с элементами мышечной и апоневротической ткани с наличием густой массы, с признаками кровоизлияния и аутолиза.

Патогистологическое заключение: десмоидная фиброма.

В послеоперационном периоде проводились: антибактериальная, обезболивающая терапия и общеукрепляющее лечение, в результате которых состояние больной стабилизировалось и 30.01.2019 года больная была выписана на дальнейшее амбулаторное лечение с рекомендациями находиться под постоянным наблюдением у хирурга по месту жительства и у специалиста торакального хирурга. Больная обследована через 3–6 месяцев после операции, общее состояние больной удовлетворительное, общее самочувствие хорошее, жалоб не предъявляет.

Заключение. Таким образом, в диагностике экстраабдоминальных десмоидных фибром необходимо пользоваться высокотехнологическими информативными методами исследования (КТ, МСКТ, УЗИ) которые позволяют своевременно выполнить хирургическое вмешательство с благополучным исходом предотвращая как ранние так и поздние послеоперационные осложнения.

Список литературы

1. Дарьялова С.Л., Франк Т.А., Карпенко В.Ю. и др.(2010) Хирургический метод как этап комбинированного лечения десмоидных фибром. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи, 4:42–48.
2. Ткачев С.И., Алиев М.Д., Глебовская В.В. и др.(2009) Применение терморадикотерапии у больных первичными и рецидивными экстраабдоминальными десмоидными опухолями. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи, 1:34–37.
3. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., Бойко А.В. и др.(2006) Гормонотерапия в лечении десмоидных фибром. Российский онкологический журнал, 1:4–10.
4. Bondiau P.Y., Peyrade F., Marcy P.Y. et al.(2002) Recurrent desmoid tumors on a gortex patch. Radiother. and Oncol., 63(3):355–356.
5. Chugh R., Maki R.G., Thomas D.G. et al.(2006) A SARC phase II multicenter trial of imatinib mesylate in patients with aggressive fibromatosis. J. Clin. Oncol., 24(18S):9515.

ПЕРИТОНИТЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Алиева М.М., Ибрагимова Х.У., Атабаева Х.В.

Научный руководитель: Ферзаули А. Н.

Чеченский государственный университет

Перитонит – воспаление брюшины в результате эктра и интраабдоминального инфицирования. Подразделяется на первичный, вторичный, третичный.

До настоящего времени гнойный перитонит остается одной из главных причин смерти больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Цель исследования. Определение эффективности хирургического лечения перитонитов у детей до трёх лет жизни в Чеченской Республике.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2018 гг. на учете в РДКБ находились на хирургическом лечении с диагнозом перитонит 38 детей до 3 лет. Среди них 26 мальчиков (70,4%) и 12 девочек (29,6%). Лечение хирургическое (лапаротомия, лапароскопия), далее консервативное лечение.

Результаты исследования. Первичный перитонит был обнаружен у 20,6%% (8 случаев), вторичных перитонитов – 70,4% (30 случаев).

Местный отграниченный перитонит был диагностирован у 15 пациентов (41,6%); местный неотграниченный у 7 пациентов (19,45%); разлитой перитонит у 11 пациентов (30,5%); диффузный перитонит у 3 пациентов (8,3%).

Лапаротомия выполнена у 19 детей, из них по Волковичу-Дьяконову 15, срединная лапаротомия – 8. Лапароскопически было проведено 11 операций.

На результаты проведенного лечения влияло несвоевременное обращение пациентов в лечебное учреждение.

Выводы. 1. Результаты проведенного лечения следует признать хорошими в 29 случаях (80,5%), удовлетворительными в 7 случаях (19,5%) случаях.

2. Длительность реабилитации в послеоперационном периоде зависела от распространенности перитонита, а также от способа хирургического лечения.

Список литературы

1. Григорьев Е. Г. Хирургия тяжелых гнойных процессов / Е. Г. Григорьев, А. С. Коган. - Новосибирск : «Наука», 2000. - 314 с.

2. Евтихов Р. М., Путин М. Е., Шулуто А.М., Кулигин О. В. [и др.]. Клиническая хирургия : учеб. пособие / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 864 с 4. Хирургические болезни : учебник / ред. М. И. Кузин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М : Медицина, 2006. - 784 с. - (Учебная литература. Для студ. мед. Кузов

3. Мизиев И. А. Выбор хирургической тактики лечения разлитого перитонита / [и др.] // Анализы хирургии: научно-практический журнал. - 2008. - №6.-С.45-48.

4. Синенченко Г. И. Хирургия острого живота [Текст] : научное издание / ред. - СПб. : Элби-СПб, 2007. - 511 с. : ил.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПОЛИПЫ ТОНКОЙ КИШКИ, ОБНАРУЖЕННЫЕ ПРИ КАПСУЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ

Алиметов А.Я., Поляков П.П.

Научный руководитель: Оноприев А.В.

Кубанский государственный медицинский университет

Полипы тонкой кишки обнаруживаются относительно редко, что связано как с невысокой их распространенностью, так и труднодоступностью данного отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Решить последнюю проблему позволяют капсульная эндоскопия (КЭ) и глубокая энтероскопия [1,2].

Цель исследования: представить клинический пример, иллюстрирующий возможности обнаружения полипоза тонкой кишки посредством КЭ.

Материал и методы. Пациент Е., 59 лет, обратился с жалобами на утомляемость, слабость. Ранее у пациента была обнаружена анемия (концентрация гемоглобина — 89 г/л), произведены эзофагогастродуоденоскопия (обнаружены эрозии желудка) и ультразвуковое исследование органов брюшной полости (признаки желчекаменной болезни). Семейный анамнез по опухолям ЖКТ, щитовидной и поджелудочной желез, печени, мозга не отягощен.

При физикальном обследовании: бледность кожи и слизистых, не обнаружены пигментация, телеангиэктазии, десмоидные фибромы, очаговая алопеции, дистрофии ногтей.

При выполнении КЭ (PillCam Colon 2 (Medtronic, Ирландия)) обнаружены эрозии желудка, многочисленные (более 10, менее 100) полипы тонкой кишки преимущественно в двенадцатиперстной и подвздошной кишках, размером до 0,8 см, различной формы, на ножке и на широком основании, лимфангиэктазии. Задержки видеокапсулы и других осложнений процедуры не было.

Пациент дал информированное согласие на проведение обследования и представление данного случая на конференции и в виде публикации.

Результаты и обсуждение.

Обнаружение множественных полипов тонкой кишки должно настораживать клинициста в первую очередь относительно наследственных полипозных синдромов, наличие которых повышает риски развития опухолей (в том числе внекишечных) и неопухолевых осложнений (кровотечения, инвагинации, кишечной непроходимости) [1,2,3].

Семейный аденоматозный полипоз (САП, OMIM 175100, частота 1 на 7000-30000) связан с мутацией антионкогена APC, наследуется аутосомно-доминантно, практически всегда приводит к формированию аденокарциномы и требует профилактической колэктомии [1,2,3]. У родственников нашего пациента не было случаев рака толстой кишки или верифицированных случаев наследственных полипозов, что не исключает мутации de novo. Характерным считается наличие 100 и более аденоматозных полипов толстой кишки. Частое вовлечение двенадцатиперстной кишки угрожает малигнизацией и требует активного эндоскопического наблюдения. Поражение тонкой кишки ассоциировано с повышенным риском внекишечных осложнений, особенно рака щитовидной железы (в связи с чем целесообразен скрининг). Сочетание полипоза с эпидермоидными кистами, десмоидными опухолями, остеомами, фибромами характерно для синдрома Гарднера, с опухолями мозга, печени (и других органов) — для синдрома Тюрко [1,2,3].

Менее интенсивное поражение толстой кишки, стертая клиническая картина, относительно поздняя малигнизация наблюдается при аттенуированном САП и MUTYH-ассоциированном полипозе (аутосомно-рецессивное наследование, нередко отсутствует семейный анамнез) [1,2,3].

Гамартоматозные полипы при синдроме Пейца-Егерса (OMIM 175200, частота 1 на 150000, мутация STK11/LKB1, аутосомно-доминантный) имеют различные размеры (от 0,1 до 3 см) и форму, локализуются чаще всего в тонкой (65%), реже — толстой (50%), прямой кишке (30%), желудке (50%), характерна (95%) пигментация слизистых оболочек (не выявлена у нашего пациента), которая, впрочем, с возрастом становится менее интенсивной, возможны полипы дыхательных путей и мочевого пузыря [1,2,3]. При верификации диагноза показано активное наблюдение с целью своевременного обнаружения опухолей ЖКТ, яичек, яичников, мочеполовой системы, молочной и поджелудочной желез [2,3].

Ювенильный полипоз (ЮП, OMIM 175050, частота 1 на 100000-150000) связан с патологией TGF-бета/BMP-сигнального пути (мутации MADH4, BMPR1A, до 25% de novo), как и наследственная геморрагическая телеангиэктазия (возможно сочетание двух нозологий) [3]. Ее признаки (эпистаксис, семейный анамнез, телеангиэктазии) не обнаружены у нашего пациента. Для ЮП характерны полипы толстой и прямой кишок (98%), ректальное кровотечение, реже — дуоденальные (7%) и еюноилеальные полипы (7%) [3].

К прочим синдромам относят :наследственный смешанный полиоз (OMIM 601228, 610069), зубчатый полипоз, PTEN-гамартома опухолевые синдромы: Коуден (OMIM 158350), Банаян-Райли-Рувалькаба (OMIM 153480), PTEN-связанный синдром Протея и Протеус-подобный синдром [1,2,3].

Синдром Кронкайт-Канада, по-видимому, является ненаследственным аутоиммунным заболеванием, может сопровождаться гиперпигментацией, алопецией и дистрофией ногтей, при эндоскопии: лимфангиэктазии, отек слизистой оболочки [1].

Закключение. Описанный случай показывает возможность обнаружения полипоза тонкой кишки посредством КЭ. Метод также позволяет выявлять большие полипы (>1,5 см) для последующей полипэктомии. Нашему пациенту необходимо дальнейшее обследование мультидисциплинарной командой специалистов, которые (помимо прочего) рассмотрят целесообразность исключения САП, аттенуированного САП и MUTYH-ассоциированном полипоза.

Список литературы

1. Keuchel, M. Video capsule endoscopy: a reference guide and atlas / M. Keuchel, F.Hagenmüller, H. Tajiri (eds.) — Berlin Heidelberg: Springer, 2015. — 569 p.
2. Arber, N. Small bowel polyposis syndromes / N. Arber, M. Moshkowitz // Current gastroenterology reports. – 2011. – Vol. 13. – №. 5. – P. 435-441.
3. Syngal, S. ACG clinical guideline: genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes / S. Syngal, R. E. Brand, J. M. Church, F. M. Giardiello, H. L. Hampel, R. W. Burt // The American journal of gastroenterology. – 2015. – Vol. 110. – №. 2. – P. 223-262.

ХИРУРГИЯ АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ – ХИРУРГИЯ 21 ВЕКА

Базарбаев Д.К., Агишев Р.Д., Агзямова Г.Ф.

Научный руководитель: Самоделкина Т.К.

Оренбургский государственный медицинский университет

Патология аорты и ее ветвей очень разнообразна, что связано с тем, что хирургические вмешательства могут выполняться только при условии замещения и специальных методов органопротекции внутренних органов, головного и спинного мозга

при пережатии аорты и выполнении ее реконструкции.[2] В России за 2014 г. выполнено всего менее 1300 реконструктивных операций в 70 клиниках на грудной и 2500 – в 175 клиниках на брюшной аорте. Это в сотни раз меньше реальной потребности в них. В Европе уже за 2003 г. было выполнено 9841 операций на грудной аорте, при этом количество операций за последние годы возрастает и за последние годы достигает более 12 тысяч вмешательств в год. В России, клиник, занимающихся реконструктивными вмешательствами на всех отделах аорты считанное количество, а результаты операций в клиниках с небольшим опытом лечения данной патологии неудовлетворительные.

Цель исследования: Провести оценку количества и качество проводимых операций в российских клиниках на аорте и ее ветвях.

Материалы и методы: В настоящее время большинство клиник используют методы селективной антеградной перфузии головного мозга в условиях умеренной гипотермии. Данная методика показала хорошие результаты защиты внутренних органов и головного мозга: частота неврологических расстройств не более 5–6%, летальность – не выше 4–5% в специализированных отделениях при плановой хирургии.

Результаты и обсуждение: Так, операции на восходящем отделе аорты выполняются в многочисленных сердечно-сосудистых клиниках России с хорошими результатами, опыт и количество операций растет с каждым годом, в то время как количество клиник и опыт их значительно меньше при распространении патологии на дугу аорты. Это связано с необходимостью разработки и внедрения высокотехнологичных методов защиты головного мозга и внутренних органов на время выполнения реконструкций, которые определяют результат хирургического лечения.

Патология нисходящего грудного отдела и дуги аорты встречается несколько реже, а клиник, занимающихся хирургическим лечением этой патологии значительно сокращается по сравнению с восходящей аортой (16 клиник оперирующих на дуге аорты и 72 – на восходящей в России). Это связано не только с трудоемкостью и тяжестью хирургических вмешательств, но и большим количеством осложнений (полиорганной недостаточностью, параличом, острой почечной и дыхательной недостаточностью) даже в лучших клиниках мира. [1]

Результаты открытого хирургического лечения торакоабдоминальных аневризм аорты также зависят не только от качества хирургических вмешательств, но и от адекватности защиты внутренних органов и спинного мозга в ходе реконструкции. [3] Развитие комплекса технологий и опыт коллектива хирургии аорты и ее ветвей ФГБНУ РНЦХ имени акад. Б.В.Петровского при лечении торакоабдоминальных аневризм аорты, позволил достигнуть за последние 5 лет по сравнению с предыдущими 6 годами значительного улучшения результатов лечения. Методы защиты внутренних органов сведены к селективной перфузии их либо к кристаллоидной фармакоологической защите, что позволило снизить частоту полиорганной недостаточности с 18 до 4,1% и летальность с 11 до 2,2%, а защита спинного мозга путем дренирования спинномозговой жидкости, поддержания высокого перфузионного давления и снижения интраоперационной кровопотери снизила частоту параличей с 5,2 до 1,3%. Наряду с открытыми вмешательствами, активно развивается эндоваскулярное направление лечения патологии дуги, нисходящей грудной и торакоабдоминальной аорты, которые обладают меньшей травматичностью, имеют лучший непосредственный результат, но требуют тщательного анализа отдаленных результатов лечения аневризм и расслоения аорты. Количество эндоваскулярных и гибридных операций растет – в 2015 г. выполнено на 35% больше по сравнению с предыдущими годами.

Хирургическое лечение патологии брюшного отдела аорты развито практически в каждом сосудистом отделении России, которых около 200. Результаты данных операций хорошие, а осложнения чаще всего связаны с сопутствующей патологией больных.

Еще одной тяжелой проблемой в аортальной хирургии является лечение расслоения аорты. Эта патология наиболее сложная не только в техническом отношении, но и в выборе тактики и стратегии операций. В России, клиник, занимающихся всей патологией аорты крайне мало, что не позволяет своевременно оказать помощь большинству больных с острым аортальным синдромом.[4]

Заключение и выводы: Несмотря на успехи, достигнутые за последние годы в хирургическом лечении патологии аорты, рост количества специализированных клиник, многие вопросы данной медико-социальной проблемы еще не решены. Необходима популяризация реконструктивных операций на аорте, создание научно-практических школ, баз данных больных и создание национальных рекомендаций.

Список литературы

1. Белов Ю.В., Комаров Р.Н., Винокуров И.А. Пятилетний опыт применения методики «ручка чемодана» в хирургии нисходящей грудной аорты. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2012;6:33-34.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия — 2007. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН; 2007;144.
3. Гамзаев Н.Р. Сравнительные результаты реконструктивных операций на торакоабдоминальном отделе аорты при использовании различных методов защиты внутренних органов: Дис. ... канд. мед. наук. М. 2009
4. Янушко, Иоскевич, Ложко: Хирургия аорты и ее ветвей. Медицинская литература, 2013 г.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОТРЫВА ТРАХЕИ И ПИЩЕВОДА НА УРОВНЕ ШЕИ

Батаев С.А.

Научный руководитель: Айдемиров А.Н.

Ставропольская краевая клиническая больница

Тупая травма шеи с разрывом пищевода и трахеи обычно приводит к развитию тяжелых осложнений: флегмоны шеи, гнойного медиастинита, двусторонней аспирационной пневмонии, асфиксии вплоть до летального исхода. У оставшихся в живых больных формируется трахеопищеводный свищ, рубцовый стеноз трахеи и пищевода. Лечение этих больных в остром и последующем периодах после такой тяжелой травмы сопряжено со значительными трудностями. Приходится производить большие, сложные и многоэтапные операции. В частности, эффективной может быть циркулярная резекция трахеи или многомесячное стентирование ее Т-образной трахеостомической трубкой с последующими сложными пластическими операциями по закрытию образовавшегося дефекта стенки трахеи, восстановительно-реконструктивные операции на пищеводе.

В некоторых случаях удастся предотвратить развитие тяжелых осложнений и добиться излечения путем применения технически относительно более простых хирургических вмешательств. Показан индивидуальный выбор рациональной хирургической тактики начиная с экстренной операции. В этом отношении практический интерес, особенно для врачей, выполняющих экстренные операции, представляет следующее клиническое наблюдение.

Больной Б., 22 лет 14.09.10г. в результате ДТП получил тупую травму шеи. По линии санитарной авиации в ЦРБ выполнена пластика трахеи, установлена питательная гастростома. В раннем послеоперационном периоде сохранялось поступление слюнной жидкости в послеоперационную рану. При повторной операции выведена эзофагостома. Для дальнейшего лечения 28.09.2010г переведен из ЦРБ в ОГХ СККБ с диагнозом Посттравматический отрыв трахеи и пищевода на уровне шеи. Операция 14.09.10: наложение анастомоза с трахеей, тиреоидэктомия, гастростомия, наружный пищеводный свищ. Выполнялись ежедневные перевязки раны. 21.10.10г. переведен в ТАХ, выполнена реконструктивно – восстановительная операция на пищеводе. Абдомино – цервикальная пластика пищевода желудочным стеблем, глоточно – пищеводный анастомоз. В послеоперационном периоде проводилось зондовое питание, инфузионная терапия, физиолечение. В удовлетворительном состоянии выписан 9.11.2010г. для дальнейшего амбулаторного лечения по месту жительства. С 25.11.2010г. по 29.11.2010г. находился на этапном лечении в ТАХ ГБУЗ «СККБ» осмотрен ЛОР – фоноиатром 26.11.10г. Диагноз: двусторонний парез гортани с преимущественным поражением слева, рубцовая деформация верхних отделов трахеи, стеноз I степени, дисфония. Рубцовый стеноз трахеи. Состояние после травмы шеи, полного отрыва трахеи от гортани.

Фибробронхоскопия 26.11.10: состояние после пластики пищевода, трахеи. Рубцовый стеноз верхней трети трахеи. После проведения курса консервативной терапии выписан в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения по месту жительства.

Описанное лечение больного обоснованно можно рассматривать в качестве примера рационального варианта хирургической тактики при тупой травме шеи с разрывом пищевода и трахеи.

ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИМИОЛУЧЕВОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯЗЫКА

Белова З.В.

Научный руководитель: Оточкин В.В.

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

Цель работы. Определить возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) после химиолучевого и хирургического лечения рака языка.

Материалы и методы исследований. МРТ мягких тканей шеи выполнена 26 пациентам после химиолучевого, хирургического и комбинированного лечения рака языка. У каждого пациента на МРТ изображениях оценивались результаты проведенного лечения: размеры и структура остаточной опухоли, выраженность лимфаденопатии. МРТ выполнялась на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Т с использованием T2 взвешенных изображений (ВИ) в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, T1, T2 с подавлением жира (fatsat) в аксиальной плоскости.

Результаты исследований. 10 пациентам после хирургического лечения (38%) МРТ выполнялась при планировании поля облучения для проведения химиолучевой терапии. Рецидив опухоли и метастазы в регионарные лимфатические узлы были выявлены у 2 (n=2; 20%) пациентов. МРТ после химиолучевого лечения выполнялась 6 пациентам (n=6; 24%) и на изображениях отмечалось уменьшение размеров опухоли и вторично измененных лимфатических узлов с частичной фиброзной перестройкой их структуры на T2 ВИ в 83% случаев (n=5), у 1 пациента (n=1; 17%) наблюдался полный лечебный патоморфоз. Комбинированное лечение было выполнено 10 пациентам (оперативное+химиолучевое) - (n=10; 38%). В 5 случаях (n=5; 50%) МР-данных за

рецидив и вторичные изменения не определялось. В 20% - размеры опухоли уменьшались (n=2;). В остальных случаях (n=3, 30%) был выявлен рецидив опухоли и вторичные изменения с продолженным ростом. 9 пациентов обследовались повторно через 6-12 месяцев. Полный лечебный патоморфоз наблюдался в 67% случаев (n=6), уменьшение размеров опухоли и вторично изменённых лимфатических узлов – в 22% (n=2), и лишь у одного пациента был выявлен рецидив опухоли с продолженным ростом (n=1; 11%). Наибольшие трудности возникали при оценке КТ и МРТ изображений у пациентов, которым выполнялась пластика дефекта мягких тканей кожно-мышечным лоскутом (n=12). МРТ обладала большей тканевой контрастностью по сравнению с КТ и была методом выбора у таких пациентов при планировании химиолучевого лечения и динамическом наблюдении.

Заключение. МРТ высоко информативна в оценке эффективности химиолучевого и хирургического лечения рака языка; является методом выбора у больных после комбинированного лечения с пластикой дефекта мягких тканей кожно-мышечным лоскутом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАКРЫТО- УГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ С ПОМОЩЬЮ НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Бобоева Р.Р., Назаров Ж.У.

Бухарский государственный медицинский институт

Глаукома - это заболевание, связанное с повышением внутреннего давления глаза. Глаукоматозное поражение – гибель клеток зрительного нерва. У не заболевших глаукомой больных встречается большое отличие. У большинства людей нормативы внутреннего давления глаза не превышает 9-21 мм.рт.ст. В среднем составляет 15 мм.рт.ст. В мире больные заболевшие с глаукомой достигает 66 млн. 2020 году этого показателя можно ожидать до 79,6 млн.

Цель: Выявить эффективность лечение глаукомы путем YAG лазерной иридотомии.

Материалы и методы: В Бухарской областной офтальмологической больнице пациенты с 17 глаукомой в 2017-2018 гг. проанализировано результаты ранней и годичной послеоперационной операции с использованием лазерной периферической иридотомии. Лазерная иридотомия YAG-лазера проводилась с использованием лазера на энергии Дж 4–8 м. Для каждого удара использовалось 2-3 лазерных импульса. Перед лазерной операцией пациенты проходили визуализацию, танометрию, периметрию, гониоскопию и биомикроскопию.

Результаты: Операция выполнена 17 пациентам: 10 мужчин, 7 женщин. Внутриглазное давление до операции и после операции составило 35 мм.рт.ст. и 22 мм.рт.ст. соответственно.

Заключение: Преимущества метода лазерной периферической иридотомии YAG.

1. Неинвазивное лечение пациента.
2. Процедура проводится в амбулаторных условиях, экономически выгоден для пациента.
3. Низкий процент послеоперационных осложнений.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ЗА 2014-2019 ГГ. В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Ибрагимов Х. У., Алиева М. М., Мехиева Э. Х.

Научный руководитель: Ферзаули А. Н.

Чеченский Государственный университет

Кишечная непроходимость –частичная или полная невозможность продвижения кишечного содержимого по кишечнику вследствие патологии, что вызывает обструкцию кишечника. Клинические проявления включают схваткообразную боль, рвоту, задержку стула и отхождения газов. Диагноз основывается на клинических признаках и подтверждается при рентгенографии брюшной полости. Лечение включает введение растворов, назогастральное дренирование и – в большинстве случаев полной непроходимости – хирургическое вмешательство.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения новорожденных с кишечной непроходимостью различной этиологии, находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской детской клинической больницы им. Е. П. Глинки г. Грозного за период с 2014 по 2019 гг.

Актуальность. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) у новорожденных — одна из самых часто встречающихся патологий, нуждающихся в экстренном хирургическом лечении. Частота рождения детей с атрезией кишечника и дуоденальной непроходимостью, являющимися причиной развития ВКН, соответственно составляют 1:2700 и 1: 10000 новорожденных.

Материалы и методы: в хирургические отделения Республиканской детской клинической больницы им. Е. П. Глинки г. Грозного поступили 47 новорожденных, у которых была диагностирована кишечная непроходимость. Среди них 29 мальчиков (62%), 18 девочек (38%).

Оперативное вмешательство осуществлялось после предоперационной подготовки, длительность которой зависела от вида кишечной непроходимости, состояния пациента и наличия осложнений.

Результаты и обсуждения: у 21 больного (44,6%) были обнаружены врожденные аномалии желудочно-кишечного тракта, приведшие к развитию врожденной кишечной непроходимости. Из них у 4 больных (19,3%) была выявлена атрезия двенадцатиперстной кишки; у 5 больных (23,8%) обнаружена атрезия тощей кишки; у 2 больных (9,4%) – атрезия толстого кишечника; у 6 больных (28,6%) – атрезия подвздошной кишки. Так же было установлено, что 3 пациентам (14,2%) был выставлен диагноз – синдром Ледда; 1 пациент (4,7%) имел болезнь Гиршпрунга. По механизму возникновения: спаечная кишечная непроходимость наблюдалась у 13 пациентов (27,6%) от общего числа больных; у 17 пациентов (36,1%) диагностирована обтурационная кишечная непроходимость; 8 пациентов (17,3%) имели странгуляционную кишечную непроходимость; у 7 пациентов (14,8%) выявлена смешанная кишечная непроходимость, у 2 пациентов (4,2%) – динамическая кишечная непроходимость.

Всем пациентам хирургическое вмешательство выполнялось в экстренном порядке после соответствующей предоперационной подготовки.

Лапароскопическим методом были осуществлены 4 операции (8,5%), в 2 случаях с конверсией.

Срединным лапаротомическим доступом были проведены 40 операций (85,1%), в 3 случаях (7,5%) из которых была проведена релапаротомия, в связи с возникновением рецидивов.

Левым подреберным лапаротомическим доступом были выполнены 3 операции (6,4%).

Выводы:

1. Проблема кишечной непроходимости у новорожденных остается весьма распространённой на сегодняшний день;
2. Большая часть кишечной непроходимости у новорожденных возникает в связи с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта;
3. Многообразие форм врожденной кишечной непроходимости обуславливает применение различных методов оперативного лечения, однако методом выбора по сегодняшний день остается срединная лапаротомия.

Список литературы

1. Кириенко А. И., Кубышкин В. А. - Абдоминальная хирургия: национальное руководство : краткое издание / ред. И. И. Затевахин— Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 903 с.
2. Кузин М. И. - Хирургические болезни: учебник / ред.. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 991 с.
3. Сергиенко В. И., Петросян Э. А. - Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XXV междунар. науч.-практ. конф. № 11(25). – Новосибирск: СибАК, 2013.

РЕДКИЕ СЛУЧАИ ОККЛЮЗИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ

Иванцов А.В., Цыдик И.С., Иванцов П.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Современные исследования показывают, что тромбозы верхних конечностей составляет до 15% случаев тромбозов глубоких вен и их частота увеличивается по мере использования постоянных катетеров и кардиостимуляторов. В то время как ранее считалось, что тромбозы глубоких вен верхней конечности являются редким явлением. Давнее представление о том, что тромбозы глубоких вен верхней конечности, как правило, имеют доброкачественны и очень редко вызывают легочную эмболию, также недавно подверглось сомнению. Хотя распространенность легочной эмболии, вызванная тромбозами глубоких вен верхней конечности, не известна, исследования показали, что частота возникновения легочной эмболии может достигать до 17% случаев тромбоза глубоких вен верхних конечностей.

Патогенетически тромбоз глубоких вен верхней конечности можно классифицировать на первичные и вторичные подтипы. Первичный тромбоз или синдром Педжета-Шрёттера, часто называемый «тромбозом усилия», это тромбоз глубоких вен верхней конечности, происходящий спонтанно после напряженной работы, такой как соскабливание обоев со стен, бросание мяча в корзину или после занятий тяжелой атлетикой. Считается, что сильное напряжение мышц вызывает микротравму в интима сосуда из-за повторяющегося механического сдавливания ключицы и первого ребра. Данный синдром чаще всего встречается у молодых здоровых мужчин и чаще встречается в правой руке, вероятно потому, что она обычно является доминирующей и участвует в более напряженной деятельности. Вторичный тромбоз глубоких вен верхней конечности, который представляет большинство случаев, возникает у пациентов, предрасположенных к тромбозу из-за присутствия инородного тела, стаза или состояния гиперкоагуляции. В настоящее время врачи все чаще используют устройства для сосудистого доступа для

введения парентеральных антибиотиков, а также для химиотерапии, диализа, парентерального питания и трансплантации костного мозга. Эти постоянные катетеры резко увеличивают риск тромбозов глубоких вен верхней конечности. Связанный с катетером венозный тромбоз может возникать из-за неправильного расположения кончика катетера, механической обструкции или тромбоза самого катетера. Факторы, которые увеличивают вероятность тромбоза, включают увеличенный диаметр просвета катетра, увеличенное количество портов, неправильное расположение, бактериэммию [1,2,3].

Целью нашего исследования явилось описание случаев тромбоза подключичной вены.

Материал и методы: ретроспективный анализ историй болезней 2 пациентов, находившихся на лечении УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр».

Результаты исследования: Пациент О. 1959 г.р. поступил в стационар для имплантации электрокардиостимулятора. Выполнить пункцию подключичной вены не удалось. Проведена венография плечевой и подмышечной вены (контрастное вещество - визипак 320-50мл). На обзорной флебографии определили окклюзию левой подключичной вены с развитой коллатеральной сетью. Из анамнеза жизни и анамнеза заболевания ранее травм и манипуляций в области левой подключичной области не было. Клинических проявлений флеботромбоза пациент не указывал. Принято решение имплантации эндокардиального электрода с контрлатеральной стороны, т.е. справа.

Во втором случае пациенту М. 1960 г.р. выполнена реимплантация предсердного электрода. В связи с дисфункцией предсердного электрода выполнена пункция подключичной вены слева. Провести сосудистый проводник не представлялось возможным. Выполнена венография подключичной вены слева (томогексол 350-50мл). На обзорной венографии определялась окклюзия дистальной части подключичной вены с хорошо развитой коллатеральной сетью.

Выводы: Вариабельность венозного русла крайне высока. Редкие анатомические варианты, обуславливают сложную клиническую симптоматику. Представленные случаи встречаются редко, но врачи должны помнить об особенностях клинической картины при данных состояниях, и особенную актуальность это имеет для спортивных врачей.

Список литературы

- 1) Emergency department diagnosis of upperextremity deep venous thrombosis using bedside ultrasonography/Rosen T [et al.] // Critical Ultrasound Journal. – 2012. – Vol.4. – P.1-5.
- 2) Paget-Schroetter Syndrome: A Review of Effort Thrombosis of the Upper Extremity From a Sports Medicine Perspective/ Nathan A. M. [et al.] // Sports Health. – 2013. – Vol. 5(4). – P.353–356.
- 3) Paget-Schroetter Syndrome: Review of Pathogenesis and Treatment of Effort Thrombosis/ Venkata M. A. [et al.] // West J Emerg Med. – 2010. – Vol. 11(4). – P.358–362.

**МАГНИТНОРЕЗОНАНСНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ И
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

Ирасханов А.Ш., Алиев И.О., Гагалов А.И.

Научный руководитель: Калицова М.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

На сегодняшний день одним из самых часто встречаемых состояний в неотложной хирургии является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). В развитых странах данная патология встречается у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины. В нашей стране в течение года выполняется более 120000 холецистэктомий. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости ЖКБ, сопровождающийся ростом осложнений, среди которых одно из ведущих мест занимает холедохолитиаз (встречается в 20-30% случаях). Проблема диагностики и лечения холедохолитиаза, несмотря на все достижения современной медицины, остается актуальной. Методы визуализации имеют первостепенное значение в выявлении причин обструкции желчевыводящих путей, заболеваний печени и поджелудочной железы. В настоящее время, одним из наиболее распространенных миниинвазивных методов диагностики является магнитнорезонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), которая позволяет визуализировать желчные протоки без введения контрастных веществ. В отличие от других методов лучевой диагностики при МРХПГ имеется возможность оценки желчных протоков как ниже, так и выше зоны стеноза, обструкции. Для лечения холедохолитиаза, в настоящее время, широко применяется эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), что связано, прежде всего, с малой травматичностью метода и его высокой эффективностью на фоне явного снижения процента осложнений во время и после оперативного вмешательства.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости, диагностики и лечения холедохолитиаза в клинике общей хирургии СОГМА.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании были проанализированы 90 историй болезни пациентов, проходивших лечение в клинике общей хирургии СОГМА в 2018-2019 гг.

Результаты исследования. Среди проанализированных историй болезни лиц мужского пола – 33 (36,7 %), женского – 57 (63,3%). Возраст пациентов варьировал от 21 до 87 лет. Сопутствующая патология (ишемическая болезнь сердца, хронический бронхит, гипертоническая болезнь II-III стадии, хронический гломерулонефрит) была выявлена у 58 (64,4%) пациентов. Инструментальная визуализация включала следующие методы: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). В 57 (63,3%) случаях для уточнения диагноза проводилась магнитнорезонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). Малоинвазивные оперативные вмешательства выполнялись в объеме эндоскопической папиллосфинктеротомии – 63 (76,6%) случая, канюляционным способом эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выполнена в 89% случаев, в 11% – неканюляционным; билиодуоденального стентирования – 5 (5,5%), дренирования по Керу 1 (1,1%), экстракции конкрементов с использованием корзины Дормиа 7 (7,8%), лапароскопическая холецистэктомия – 14 (15,5%). Интраоперационные осложнения не встречались. В послеоперационном периоде осложнения имели место у 13 (14,4%) пациентов: желчный перитонит, который развился после удаления дренажа Кера и 12 случаев острого панкреатита.

Выводы. 1) МРХПГ является высокоинформативным и неинвазивным методом в диагностике холедохолитиаза. Использование данного метода позволяет верифицировать

диагноз, определить распространенность патологического процесса, выбрать оптимальный метод оперативного лечения, избежать развития различных осложнений.

2) ЭПСТ является методом выбора в лечении больных с холедохолитиазом с высоким показателем эффективности, малой травматичностью и сопровождается низким процентом осложнений.

Список литературы

1. Полиглоттов О.В. Непосредственные и отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии у больных с холедохолитиазом в зависимости от способа рассечения большого дуоденального сосочка / Хирургия. Санкт-Петербург. 2011. с.132
2. Кащенко В.А. Роль магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в предоперационной диагностике холедохолитиаза у пациентов, готовящихся к лапароскопической холецистэктомии / Кащенко В.А., Лойт А.А., Солоницын Е.Г., Лукичев Р.И., Скульский С.К., Лебедева Н.Н. / Вестник экспериментальной и клинической хирургии VIII – 2015. – с. 92-96.
3. Шаповальянц С.Г. / Рецидивный холедохолитиаз диагностика, профилактика и лечение / Шаповальянц С.Г., Мыльников А.Г., Паньков А.Г., и др. / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2012. – с. 32-37.

ДУОДЕНАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПО KIMURA С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ФОРМЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Демиденко К.А., Абовян Ан.А., Абовян Ар.А.

Научный руководитель: Чепурной М.Г.

Ростовский государственный медицинский университет

В структуре врожденной непроходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК), ее атрезия имеет важное значение. Так, атрезия ДПК в среднем имеет частоту один случай на 10 000 живорожденных [1]. В настоящее время, операцией выбора является наложение ромбовидного дуодено-дуоденоанастомоза по Kimura, ввиду наибольшей физиологичности и высокой эффективности [2]. Однако, по нашему мнению, операция Kimura в чистом виде имеет незавершенный вид, так как рассечение связки Трейтца нарушает подковообразную форму ДПК, что негативно сказывается на ее функции. Нами предложен метод восстановления подковообразной формы ДПК путем подшивания начального отдела тощей кишки к связке Трейтца. Целью нашего исследования является сравнительный анализ двух групп больных: первая группа- операция Kimura в чистом виде, вторая группа- операция Kimura, дополненная восстановлением подковообразной формы двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Клиника детской хирургии РостГМУ имеет опыт хирургического восстановления проходимости ДПК при ее атрезии у 44 больных за последние 20 лет- с 2000 по 2019 годы включительно. Дуодено-дуоденоанастомоз по Kimura с мобилизацией нижней горизонтальной части duodenum, достигаемой путем рассечения связки Трейтца, без последующего восстановления ее подковообразной формы, выполнен у 31 больного (1 группа), а с восстановлением подковообразной конфигурации duodenum путем фиксации начального отдела тощей кишки к связке Трейтца у 13 детей (2 группа). Проводилось исследование скорости эвакуации бариевой взвеси из ДПК методом рентгенокинематографии после операций у обеих групп. Статистический анализ и обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica v. 6.0». Для определения достоверности различий использовали непарный параметрический критерий Стьюдента. Для определения

достоверности различий в случае негауссовых распределений – непараметрические критерии Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни. Различия между двумя группами считали достоверными при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что при мобилизации ДПК без восстановления подковообразной формы время прохождения бариевой взвеси через duodenum составляет в среднем 22 с, в то время как при восстановлении формы duodenum это время равнялось 153 с. В норме эта цифра колеблется от 90 до 120 (медиана 100 секунд). Возможно, что замедление скорости продвижения химуса по ДПК связано именно с заполнением отрезка тощей кишки, подведенного к связке Трейтца.

Выводы. Таким образом, ромбовидный дуодено-дуоденоанастомоз, предложенный Kimura, восстанавливает непрерывность ДПК при её атрезии. В ряде случаев он связан с мобилизацией нижней горизонтальной ветви duodenum, которая осуществляется за счет рассечения связки Трейтца. Наш опыт позволяет рекомендовать восстанавливать подковообразную форму ДПК путем подшивания начального отрезка тощей кишки к связке Трейтца с целью нормализации функциональных особенностей duodenum.

Список литературы

1. Борисевич М.А. Врожденные атрезии желудочно-кишечного тракта у новорожденных / М.А. Борисевич, И.Д. Кумейко // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. - №6. – С. 78-84.
2. Дерунова В.И. Результаты лечения дуоденальной непроходимости у новорожденных / В.И. Дерунова, Я.А. Галкина // Детская больница. – 2012. – №2. – С. 23-28.

МЕТОДЫ СИНТЕЗА И ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАЛЛОСОДЕРЖАЩИХ СОЕДИНЕНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Кадомцева А.В., Зарубенко П.А.

Приволжский исследовательский медицинский университет

В настоящее время перспективным направлением является поиск методов синтеза соединений, иммобилизованных металлоорганическими матрицами и создание на их основе эффективных фармакологических препаратов, биоматериалов, модуляторов ферментов, применяемых при лечении гнойно-воспалительных процессов.

Определено, что введение в организм биометаллов в виде координационных соединений (экзогенных комплексов), может приводить к выполнению этими соединениями функций, присущих биokoординационным соединениям естественного происхождения (эндогенных комплексов). Поэтому такие экзогенные комплексы металлов всегда менее токсичны, чем их неорганические и органические прекурсоры. К настоящему времени уже изучены фармакологические свойства целого ряда координационных соединений германия, включающего широкий ассортимент аминокислот, нуклеиновых кислот, янтарную кислоту и др.

Материалы и методы: рентгенофазовый анализ (РФА), растровая электронная микроскопия (РЭМ), хроматографический анализ (ХА), хромато-масс спектрометрический анализ (ХМСА), атомно-силовая микроскопия (АСМ), термо-программируемая десорбция (ТПД).

Результаты и обсуждение.

В результате изучена клиническая эффективность лечения гнойно-воспалительных процессов кожи и мягких тканей на основе различных способов дебридмента (хирургического, физического, химического и биологического), рассмотрено лечение с

использованием различных лекарственных форм, а также методы синтеза препаратов, иммобилизованных металлоорганическими соединениями, применяемых при лечении гнойно-воспалительных процессов и регенерации повреждений в организме.

Научная новизна полученных результатов, заключается в разработке новых методов синтеза инновационных лекарственных препаратов, применяемых в хирургии, с использованием как известных, так и предложенных методов синтеза. Синтезированные по оригинальным методикам германийорганические соединения, могут обладать новыми синергетическими фармакологическими свойствами с широким спектром действия. Оригинальный способ получения и фармакологический эффект биологически активных германийорганических соединений с расширенной координационной сферой может быть защищен патентом.

Закключение.

Разработаны методы получения катализаторов. Проведен их анализ рентгенофазовым методом и методом растровой электронной микроскопии. Определены порядок, энергия активации и значения каталитической активности при восстановлении тетрахлорида германия водородом на различных катализаторах. Предложена схема восстановления тетрахлорида германия водородом на поверхности катализатора.

Полученные результаты позволяют снизить температуру восстановления тетрахлорида германия водородом с 973К до 473К, что, в свою очередь, способствует снижению энергозатрат при получении германия.

Разработан новый способ каталитического восстановления тетрахлорида германия водородом; в качестве продукта получены наночастицы германия размером от 140 до 280 нм.

Определены технологические параметры каталитического восстановления тетрахлорида германия водородом (температурный режим, давление, скорость и соотношение потоков реагентов).

Достоверность научных результатов обоснована применением современных методов анализа с высокими пределами обнаружения.

Список литературы

1. Кадомцева А.В., Обьедков А.М., Семенов Н.М., Каверин Б.С., Гусев С.А. Получение и исследование влияния катализатора на основе зольных микросфер с покрытием из пиролитического вольфрама на процесс получения металлического германия. Журнал прикладной химии. 2016. Т.89. Вып.11. С.1428-1437. [Kadomtsev A.V., Ob''edkov A. M., Semenov N. M., Kaverin B.S., Gusev S. A. Synthesis of Catalyst Based on Sol Microspheres Coated with Pyrolytic Tungsten and Study of Its Influence on Production of Metallic Germanium. Russian Journal of Applied Chemistry, 2016, Vol. 89, No. 11, pp. 1795–1803. DOI: 10.1134/S1070427216110100. EID: 2-s2.0-85013641759]
2. Кадомцева А.В., Обьедков А.М. Восстановление GeCl_4 в присутствии катализатора на основе модифицированного NiCl_2 . Неорганические материалы, 2017, том 53, № 12. DOI: 10.7868/S0002337X17120144. [Kadomtseva A. V., Ob''edkov A. M. Reduction of GeCl_4 in the Presence of a Catalyst based on Modified NiCl_2 . Inorganic Materials, 2017, Vol. 53, No. 12. p.1312-1318. DOI: 10.1134/S0020168517120056. EID: 2-s2.0-85035093292]
3. Кадомцева А.В., Обьедков А.М., Семенов Н.М., Каверин Б.С., Кремлев К.В., Гусев С.А., Юнин П.А. Сравнительный анализ катализаторов реакции получения германия при восстановлении тетрахлорида германия водородом. Неорганические материалы, 2018, Вып. 54, № 10. С. 1027–1032. DOI: 10.1134/S0002337X18100081. [Kadomtseva A.V., Ob''edkov A.M., Semenov N.M., Kaverin B.S., Kremlev K.V., Gusev S.A., Yunin P.A. A Comparative Analysis of Catalysts for the Preparation of Germanium through Hydrogen Reduction of Germanium Tetrachloride. Inorganic Materials, 2018, Vol. 54, No. 10. pp. 971–976. DOI: 10.1134/S0020168518100084]

**ОЦЕНКА РЕГЕНЕРАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА
РАНЫ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, НА ФОНЕ
ПРИМЕНЕНИЯ ЭКЗОГЕННОГО МОНООКСИДА АЗОТА**

Карелин В. С., Александрова А. А., Картакаева М. М.

Научный руководитель: Полапин И. А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Особенности течения хирургических заболеваний у больных сахарным диабетом и осложнений самого сахарного диабета представляют значительный теоретический и практический интерес для врачей различных специальностей. В развитых странах сахарный диабет встречается у 5–6 % населения, и необходимость выполнения хирургических вмешательств возникает более чем у половины из них.

Сахарный диабет проявляется в виде острых и хронических осложнений, которые различаются по скорости развития и тяжести. Эти осложнения неблагоприятно влияют на качество жизни больного и приводят к более ранней инвалидности и смерти. Основное место занимает синдром диабетической стопы (СДС), представляющий комплекс нарушений функций нижней конечности с высочайшей вероятностью развития язвенно-некротических процессов, вплоть до гангрены стопы.

Фагоцитоз играет важную роль в процессе заживления ран и является одним из важнейших показателей местного иммунитета. В мазках-отпечатках принято выделять следующие типы фагоцитоза:

Завершенный – большинство микробных тел находятся внутри клетки в различных фазах переваривания (характерен для неосложненного процесса).

Незавершенный – большое количество микробов находится как вне клетки, так и внутри клетки, но только в начальной стадии переваривания (характерно для первых дней заживления язвенно-некротического дефекта).

Извращенный – микробы располагаются вне клетки, и в мазке много погибших нейтрофилов.

Больные основной группы получали дополнительную обработку ран плазменным потоком. Для работы использовался Скальпель – Коагулятор – Стимулятор воздушно-плазменный СКСП/NO – 01 «ПЛАЗОН», который применялся для коагуляции и стерилизации раневых поверхностей, деструкции и испарения нежизнеспособных тканей, а также для стимуляции репаративных процессов.

Монооксид азота – это газообразное неорганическое соединение, молекулы которого представляют собой высокореактивный свободный радикал, трансформирующийся в ионизированные формы. Новые перспективы лечения пациентов с различными видами гнойно-воспалительных хирургических заболеваний, открывают возможность местного применения монооксида азота, так как NO способен подавлять рост микроорганизмов и оказывать стимулирующее влияние на пролиферацию клеток и тем самым ускорять процессы репаративной регенерации.

Местно на раневую поверхность проводилась терапия воздушно-плазменным потоком монооксида азота в терапевтическом режиме с применением манипулятора с диаметром выходного канала 2 мм, позволяющим получить низкотемпературные (25-40 °C) газовые потоки с высоким содержанием молекул NO (до 2000-3000 ppm), с экспозицией 30 секунд на 1 см² с расстояния 5 см ежедневно до 15 сеансов. При наличии некротически измененных тканей выполнялось их удаление в режиме коагуляции.

Цель исследования: оценить регенераторную активность и местный иммунитет раны у пациентов с синдромом диабетической стопы, на фоне применения экзогенного монооксида азота.

Материал и методы: все пациенты были разбиты на две группы. Основную группу составили 104 больных, которые лечились с применением традиционной комплексной

терапии в сочетании с NO-терапией. В группу контроля были включены 120 больных, получавших традиционное лечение.

Количество пациентов от 30 до 60 лет составило в основной группе – 54 (51,9%), в контрольной группе – 63 (52,6%). Больные пожилого и старческого возраста составили в основной группе – 50 (48,1%), в контрольной группе – 57 (47,4%). Женщин было 116 (51,8%), мужчин – 108 (48,2%). Регенерация тканей в ране оценивалась путем определения фагоцитоза на 2-е и 7-е сутки терапии.

Результаты и обсуждение: на вторые сутки заверченный фагоцитоз в основной группе составил 0%, а в контрольной 1,67%, незавершенный фагоцитоз встречался в основной группе в 1,92% случаев, а в контрольной – в 8,33% случаев, извращенный в основной группе составил 96,15%, а в группе контроля – 90% ($p=0,045$).

На седьмые сутки отмечено достоверное увеличение заверченного фагоцитоза в основной – (29,81%) и контрольной – (20,83%) группах, а также незавершенного в основной – (50,96%) и контрольной – (45%) группах. Извращенный фагоцитоз наблюдался в основной группе в 19,23% случаев, а в контрольной – в 34,17% ($p=0,034$).

Выводы: применение экзогенного монооксида азота в комплексном лечении язвенно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы позволяет добиться скорейшей регенерации тканей в ране, и улучшения местного иммунитета.

Список литературы

Статьи из сборников:

1. Авдовенко, А.Л. Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии / А.Л. Авдовенко, В.П. Сажин, В.Н. Емкужев. – М., 2001. – С. 72-73.
2. Бенсман, В.М. Хирургия гнойно-некротических осложнений диабетической стопы / В.М. Бенсман. – Краснодар, 2010. – 472 с.
3. Ванин, А.Ф. Оксид азота – универсальный регулятор биологических процессов / А.Ф. Ванин // NO – терапия : теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения оксида азота в медицине: сб. матер. науч. – практ. конф. – М., 2001. – С. 22-27
4. Грачева, С.В. Применение экзогенного оксида азота в медицине: медико-биологические основы, клинко-морфологические аспекты, механизмы, проблемы и перспективы / С.В. Грачева, А.Б. Шехтера, Н.П. Козлова // NO – терапия: теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения экзогенного оксида азота в медицине : сб. матер. науч. – практ. конф. – М., 2001. – С. 27-35.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Козенко Е.А., Жильцов В.В.

Научный руководитель: Оточкин В.В.

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

Цель исследования. Определить возможности МРТ в диагностике аденом гипофиза после хирургического лечения

Материалы и методы. МРТ выполнена у 37 пациентов после трансназального удаления аденомы гипофиза: у 19 человек было выполнено полное удаление опухоли, у 18 – частичное. В 23 случаях проводили исследование с контрастом. У 17 пациентов послеоперационные МРТ исследования сравнивались с дооперационными. МРТ выполнялась на МР-томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Т.

Результаты исследования. На послеоперационных МРТ изображениях у пациентов с субтотальным удалением опухоли (n=18; 49%) была выявлена остаточная аденома. МР-сигнал от остаточной аденомы варьировал от изоинтенсивного (n=7; 39%) до гиперинтенсивного (n=11; 61%) на T2 ВИ. В случае гиперинтенсивного МР-сигнала остаточную аденому было трудно дифференцировать с послеоперационными кистозными изменениями. Оценка постконтрастных МР-изображений улучшала диагностику в случаях за счет лучшей визуализации остаточных аденом, имевших изоинтенсивный МР-сигнал на T2 ВИ. При выявлении гиперинтенсивных участков остаточной опухоли, контрастирование не улучшало диагностический процесс. У 18 пациентов при интерпретации послеоперационных МРТ исследований производилось сравнение с дооперационными МРТ изображениями. На дооперационных МР- исследованиях были выявлены различные типы роста аденом: эндоселлярный (n=1; 6,5%), параселлярный (n=2; 14%), супраселлярный (n=1; 6,5%), инфраселлярный (n=1; 6,5%), комбинация различных типов роста (n=9; 60%), панселлярный (n=1; 6,5%). Сравнение разных исследований повышало специфичность диагностики и позволяло точнее оценивать локализацию и структуру остаточной опухоли.

Выводы. МР-обладает высокой диагностической эффективностью в оценке остаточной аденомы после хирургического лечения. Контрастирование повышало чувствительность метода на 26%, специфичность на 14%. Сравнение МРТ исследования с дооперационными данными повышало специфичность исследования.

Список литературы

1. Bonneville JF. Pituitary adenomas: value of MR imaging. J Radiol. 2000;81:939–42. [PubMed] [Google Scholar]
2. Edal AL, Skjodt K, Nepper-Rasmussen HJ. SIPAP – a new MR classification for pituitary adenomas. Acta Radiol. 1997;38:30–36.
3. Hald JK, Nakstad PH, Kollevold T, et al. MR imaging of pituitary macroadenomas before and after transsphenoidal surgery. Acta Radiol. 1992;33:396–99.
4. Hardy J, Czepko R. Guzy przysadki. Zarys neurochirurgii. PZWL; Warszawa: 1999. pp. 83–107.
5. Rodriguez O, Mateos B, de la Pedraja R, et al. Postoperative follow-up of pituitary adenomas after transsphenoidal resection: MRI and clinical correlation. Neuroradiology. 1996;38:747–54.

СОНОГРАФИЯ КАК МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВАРИАНТОВ АНАТОМИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА В ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

Козлова К.А., Ким К.М.

Научный руководитель: Юрковский А. М.

Гомельский Государственный Медицинский Университет

Седалищный нерв раздваивается на уровне верхнего угла подколенной ямки. Однако в некоторых случаях нерв может раздваиваться выше – в ягодичной области: по одним данным в 11% случаев [1], по другим – в 19,2% случаев [2].

При этом отмечается значительное разнообразие вариантов раздвоения. По классификации Beaton L.E. и Anson B.J. при исследовании 120 трупов в 84,2% наблюдался нормальный вариант анатомии седалищного нерва, когда он проходит под грушевидной мышцей, в 11,7% случаев малоберцовый компонент прободал грушевидную мышцу и ниже объединялся с большеберцовым компонентом (тип 2), в 3,3% случаев оба компонента огибали данную мышцу и объединялись ниже ее уровня (тип 3), в 0,8%

случаев седалищный нерв проходил через грушевидную мышцу (тип 4); случаев, когда малоберцовый компонент проходил над мышцей, а большеберцовый ее прорывал и они объединялись ниже (тип 5), и, случаев, когда оба компонента объединялись выше мышцы и проходили над ней (тип 6), выявлены не были [3]. Дальнейшее исследование Beaton L.E., которое включало 240 трупов показало следующие результаты: тип 1 – 90,0% случаев, тип 2 – 7,1% случаев, тип 3 – 2,1% случаев, тип 4 – 0,8% случаев, тип 5 – выявлен не был, тип 6 – выявлен не был [4].

По данным B.A. Verihu и Y.G. Debeb (объем исследования: 56 нижних конечности на 28 трупах) в 97,3% от всех случаев раздвоения наблюдается тип 2, в 2% случаев наблюдался тип 3, в 1% - тип 4; тип 5 и тип 6 выявлены не были [1].

По данным V. Varenika et al. (объем исследования: 406 нижних конечности по данным МРТ) в 12,9% случаев наблюдался тип 2, в 0,3% – тип 3, остальные варианты анатомии седалищного нерва в данном исследовании выявлены не были [5], по данным K. Natsis et al. (объем исследования: 294 нижних конечности на 147 трупах) в 4,1% отмечался тип 2, в 0,3% – тип 3 и столько же тип 4, тип 5 и тип 6 не были выявлены [6].

Отсюда и проистекает необходимость разработки удобного для применения в широкой клинической практике способа оценки месторасположения указанных нервов. Поскольку решение этой задачи позволит минимизировать риск ятрогенных осложнений при проведении диагностических или лечебных манипуляций. Цель данного исследования определить возможности сонографии в оценке вариантов отхождения большеберцового и малоберцового компонентов седалищного нерва и грушевидной мышцы.

Материалы и методы

В исследование были включены данные МРТ и сонографических исследований 32 пациентов в возрастном диапазоне 18 - 28 лет. На первом этапе производилась оценка седалищного нерва на МРТ-сканах (сканирование проводилось на магнитно-резонансном томографе Siemens MAGNETOM® Avanto 1,5 T). На втором этапе – сонографическое исследование (сканирование производилось на аппарате Mindrey-7 с использованием датчиков с диапазонов частот 5–8 МГц). Для оценки чувствительности, специфичности и прогностической ценности сонографии, как метода идентификации нервных стволов, применялся ROC – анализ.

Результаты и их обсуждения

Седалищный нерв при сонографическом исследовании был идентифицирован во всех случаях. Тип 1 (то есть вариант, при котором раздвоение отмечалось на уровне верхнего угла подколенной ямки) был выявлен в 44 случаях (61,1%). Раздвоение в ягодичной области было выявлено в 28 случаях (38,9%). При раздвоении в 24 случаях (33,3%) был выявлен тип 2, в 4 случаях (5,6%) – тип 3. Типы 4, 5 и 6 в исследованной группе выявлены не были.

С целью оценки качества прогностической модели, основанной на использовании сонографии, как метода идентификации нервных стволов была определена площадь под ROC-кривой – AUC, которая равна 0,797, р менее 0,001.

Полученные данные, хотя и отличаются от данных других авторов (особенность данной выборки), тем не менее, они отражают общую тенденцию к доминированию такого варианта раздвоения как тип 2 (то есть вариант, при котором малоберцовый компонент прорывает грушевидную мышцу и объединяется с большеберцовым компонентом). Последнее означает, что уровень грушевидной мышцы уместно рассматривать как точку, где вероятность раздвоения седалищного нерва будет наиболее вероятной. Иными словами, эта зона должна рассматриваться в качестве зоны особого диагностического внимания при сонографическом исследовании.

Выводы:

-сонография является доступным и достаточно надежным методом определения вариантов раздвоения седалищного нерва;

-высокая инцидентность раздвоения седалищного нерва на малоберцовый и большеберцовый компоненты на уровне грушевидной мышцы предполагает проведение сонографического исследования для исключения ятрогенных осложнений при проведении диагностических манипуляций в ягодичной области.

Список литературы

1. Anatomical variation in bifurcation and trifurcations of sciatic nerve and its clinical implications: in selected university in Ethiopia / B. Berihu [et al.] // BMC Res Notes. – 2015. – Vol. 8. – e 633.
2. Is it painful to be different? Sciatic nerve anatomical variants on MRI and their relationship to piriformis syndrome / A.L. Bartret [et al.] // Eur. Radiol. – 2018. – Vol. 28, № 11. – P. 4681–4686.
3. Beaton, L.E. The relation of the sciatic nerve and its subdivisions to the piriformis muscle / L.E. Beaton, B.J. Anson // Anat. Rec. – 1937. – Vol. 70. – P. 1–5.
4. The sciatic nerve and piriform muscle: Their interrelation a possible cause of coccygodynia / L.E. Beaton // J. Bone Joint Surgery Am. – 1938. – Vol. 20. – P. 686–688.
5. Detection and prevalence of variant sciatic nerve anatomy in relation to the piriformis muscle on MRI / V. Varenika [et al.] // Skeletal Radiol. – 2017. – Vol. 46, № 6. – P. 751–757.
6. Anatomical variations between the sciatic nerve and the piriformis muscle: a contribution to surgical anatomy in piriformis syndrome / K. Natsis [et al.] // Surg. Radiol. Anat. – 2014. – Vol. 36, №3. – P. 273–280.

ВАРИАНТЫ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Косинкова А.М., Лыткина А.А., Сулейманов Т.А.

Научный руководитель: Бондаренко А.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) за последние 30 лет стала «золотым стандартом» в лечении желчнокаменной болезни. Преимущества данного вмешательства в малой травматичности, хорошем косметическом эффекте и коротком послеоперационном периоде. Но даже эта проверенная методика не исключает развитие различных осложнений.

Цель: исследования проанализировать характер осложнений при проведении лапароскопических холецистэктомий и их влияние на изменение тактики лечения.

Клиническая база: хирургическое отделение МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Ставрополя»

Материалы исследования: Основу исследования составили 398 пациентов в возрасте от 25 до 75 лет (преобладающий возраст 31-51 год) которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия в период с 2013-2018 гг

Все осложнения были разделены нами на легкие 17,4% и тяжелые осложнения 1,5%.

В наших наблюдениях коррекция тяжелых осложнений потребовала проведения оперативного вмешательства. К тяжелым осложнениям были отнесены: краевая травма внепеченочных желчных протоков 0,25% (1наблюдение), повреждение подвздошной кишки 0,25% (1 наблюдение), желчный перитонит 0,5% (2 эпизода), различные ситуации приведшие к развитию внутрибрюшных абсцессов 0,8% (3 наблюдения).

Различного рода миниинвазивные вмешательства были применены у 37 пациентов.

Интраоперационная травма внепеченочных желчных протоков была связана с особенностями развития билиарного тракта у данного пациента.

Имел место один эпизод повреждения полого органа в результате термического поражения при коагуляционной препаровке.

Осложнение распознано на третьи сутки, когда произошла перфорация в месте электротермического воздействия. Имели место клинические проявления, характерные для перфорации полого органа: внезапное начало, выраженный болевой синдром, вынужденное положение. По страховочному дренажу отмечалось поступление тонкокишечного содержимого. Выполнена лапаротомия, ушивание перфорации, назоинтестинальная интубация.

Наблюдались два эпизода развития желчного перитонита. Источником желчеистечения явилась несостоятельность культи пузырного протока. Осложнение распознано в течении первых суток после операции и устранено при релапароскопии, дополнительным клипированием.

Три эпизода развития внутрибрюшных абсцессов имели классическую клиническую картину с 5-7 суток заболевания. Диагноз верифицировался данными УЗИ и КТ. Применялись миниинвазивные вмешательства: пункция и дренирование под навигационным контролем. В последующем проводилась санация полости абсцесса антисептиками и обработка полости монооксидом азота с применением аппарата «Плазон». Полное очищение полости происходило к 4-6 суткам. Для контроля за изменением полости применялась КТ-фистулография.

Наблюдались легкие осложнения, не приводящие к серьезному изменению в состоянии пациентов, такие как : транзиторная гипертермия – 35 наблюдения (8,6%), эмфизема клетчаточных пространств и сальника – 27 наблюдения (6,8%), невыраженное желчеистечение I степени без явлений желчного перитонита - 12 пациентов (3,1%), нагноение послеоперационной раны – 24 пациента (5,7%), кровотечение из троакарного доступа – 16 эпизодов (4,2%), реактивный плеврит – 8 наблюдений (2%), биллома подпеченочного пространства – 2 эпизода (0,5%).

Число легких осложнений несколько превышает количество больных с осложнениями, так как у одного больного зачастую развивалось два и более осложнений.

Ретроспективная оценка ситуации позволила сделать вывод, что транзиторная гипертермия как правило обусловлен зоной коагуляционного некроза в области ложа желчного пузыря.

Нагноение раны в параумбиликальной области связано с её наибольшей травматизацией при извлечении желчного пузыря.

Развитие реактивного плеврита всегда сочеталось с другими интраабдоминальными осложнениями (биллома, внутрибрюшной абсцесс, либо желчеистечение). В этих случаях помимо коррекции интраабдоминальных осложнений выполнялась пункция плевральной полости под УЗ-навигацией.

Данное осложнение не влияло на сроки пребывания в стационаре.

У 17 пациентов отмечалось незначительное кровотечение из троакарных доступов. Релапароскопия для остановки кровотечения понадобилась лишь в 5 эпизодах. В остальных случаях гемостаз достигнут прошиванием точек доступа через все слои.

В анализируемой группе пациентов летальных исходов не было.

Выводы: При анализе клинического материала выявлено 17,4% легких осложнений и 1,5% тяжелых. Развитие легких осложнений практически не влияет на сроки пребывания в стационаре. Тяжелые осложнения в большинстве случаев связаны с аномалией развития билиарного тракта.

Список литературы

1. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии Назаров Ф.Н., Ахмедов А., Гульмурадов Т.Г. Здравоохранение Таджикистана. 2013. № 4 (319). С. 51-57.
2. Визуально контролируемые санации брюшной полости в комплексном лечении распространённого перитонита Выродов К.С., Бондаренко А.Г., Архипов О.И., Пыхтин Ю.Ю. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2006. № 2. С. 20-23.
3. Эффективность применения монооксида азот-содержащего газового потока при миниинвазивном лечении интраабдоминальных абсцессов. Кубанов С.И., Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю. Вестник Северо-Кавказского федерального университета. 2014. № 1 (40). С. 83-85
4. Применение монооксида азот-содержащего газового потока в санации интраабдоминальных абсцессов при их чрезкожном дренировании под ультразвуковым наведением Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Мойсев П.Н., Байчоров Х.М., Пыхтин Ю.Ю., Кубанов С.И., Пустий С.А., Королев В.В. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013. Т. 8. № 4. С. 82-84.
5. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их хирургическая коррекция Тищенко А.М., Бойко В.В., Смачило Р.М., Мушенко Е.В. Хирургия Украины. 2014. № 3 (51). С. 44-49

РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО НАРКОЗНОГО АППАРАТА ДЛЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Красильников А.А., Дамбаев А.Б., Кондратьева Е.В.

Научные руководители: Обыденко В.И., Баранчугова Л.М., Баясхаланова Ц.Б.

Читинская государственная медицинская академия

Экспериментальные работы с животными занимают значительную долю в научных исследованиях. Однако при их постановке и проведении необходимо учитывать ряд требований, в том числе организационных и правовых. В настоящее время утверждены определенные правила проведения работ с использованием экспериментальных животных, которые требуют гуманного отношения к ним. Соответственно встает вопрос об адекватной анестезии. Крупные лаборатории и научные центры имеют в своем оснащении дорогостоящие промышленные наркозные аппараты. В то время как небольшие лаборатории используют довольно старые методы эфирных наркозов, которые не дают возможности дозированного воздействия. Действующий препарат в этом случае подбирается эмпирически и часто приводит к летальному исходу. Решением этих проблем могла бы стать разработка более совершенных наркозных аппаратов с возможностью дозирования анестетика, имеющих невысокую цену и простату в эксплуатации.

Цель работы. Разработка и создание устройства для введения экспериментальных животных в состояние наркоза с возможностью дозирования анестетика в смеси с воздухом.

Материалы и методы. На первом этапе работы членами СНО кафедры гистологии при Читинской медицинской академии был разработан ингаляционный наркозный аппарат. В его структуру входило:

1. Сосуд для ингаляционного лекарственного средства с резиновой крышкой;
2. Нагнетатель воздуха в сосуд с препаратом, представляющий собой шприц - 10 мл с иглой, кран и магистраль;
3. Маска и катетер Нелатона, необходимые для подачи ингаляционной смеси животному.

На втором этапе работы данный аппарат был апробирован на 10 беспородных крысах, которых разделили на 2 группы в зависимости от массы. Объективно все крысы были здоровыми. Первую группу составили животные массой от 150 г до 250 г, вторую – массой от 250 г до 350 г. Полученные в ходе исследования данные статистически обработаны с применением непараметрического критерия Манна-Уитни, с определением достоверности различий при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$ и оценкой U-параметра.

Результаты. Изначально определили стадии наркоза по следующим критериям: в индукционную стадию - расслабление мышц, опущение хвоста; в поверхностной анестезии - отключение установочного рефлекса, подавление ноцицептивной реакции; в хирургической стадии - отсутствие сгибательного, анального и болевого рефлексов. При зашпывании хвоста - отсутствие цианоза, контроль частоты дыхательных движений. Данные критерии были определены при подборке дозировки в обеих экспериментальных группах.

Для 1-ой группы животных была рассчитана следующая оптимальная дозировка препарата в зависимости от стадии наркоза: для введения в индукционную фазу доза составила 20 мл со скоростью 1 мл/сек, для поддержания хирургической стадии вводилось дозировка 10 мл за 1 минуту. Зафиксированная оптимальная частота дыхательных движений в хирургической фазе 80 ± 12 вдохов в минуту. Выводная доза 5 мл в 1 минуту. За 10-15 минут до завершения оперативного вмешательства, постепенно снижали дозировку. Время выхода из наркоза состояния - 180 ± 90 сек. Летальная доза составила 70 мл однократно.

Для 2-ой группы индукционная доза равна 30 мл со скоростью 1,5 мл/сек, для поддержания хирургической стадии вводилось 15 мл в 1 минуту, при этом оптимальная частота дыхательных движений в эту стадию наркоза составила 64 ± 10 вдохов в минуту. Выводная доза 7 мл в минуту за 10-15 минут до окончания операции. Достоверных различий по времени выхода в обеих группах нет. Летальная доза составила 85 мл однократно.

Вывод. Созданное нами, недорогое и простое в эксплуатации устройство, позволяет вводить животных в состояние наркоза с использованием контролируемой дозы анестетика, уменьшая его неэффективный расход. Определен средний расход препарата в зависимости от массы животного.

Список литературы

- 1) Нечаев А. Ю., Виденин В. Н., Берлин А. З. Опыт применения малогабаритного испарителя «Минивап-20» по методике малого газотока у мелких животных. – 2016.
- 2) Николаенко Э. М. Наркозно-дыхательного аппарата «АЭРО-5» с аппаратом приставкой ИВЛ «ВЕНА-100» и интегрированным монитором производства ООО «АЭРОМЕД» // Поликлиника. – 2013. – №. 5-2. – С. 43-43.
- 3) Шаймарданова К. Р. и др. Испаритель анестетиков как вид наркозного аппарата // Биотехнические, медицинские и экологические системы и комплексы. Биомедсистемы-2016. – 2016. – С. 107-110.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ
ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ**

Кузнецов И.И., Насытко А.Д., Осипова А.В.

Научный руководитель: Баев О.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Вопросы лечебной тактики при кровотечениях язвенной этиологии на протяжении многих десятилетий не оставляют равнодушными хирургическое сообщество. Это прежде всего связано с высокой распространенности данной патологии - заболеваемость язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в РФ и странах СНГ составляет 160-200 случаев на 100 тыс. населения, частота язвенных кровотечений достигает 10-30%, а также с весьма далекими от желаемого уровня результатами лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений (ОЯГДК), так как общая летальность при язвенной геморрагии составляет 10-14%, а послеоперационная - 6-35% [1,2].

К методам лечения пациентов с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением относят консервативный и оперативный. При этом хирурги воздействуют на местный источник кровотечения, систему гемостаза, восполнение кровопотери. Основной целью терапии является достижение надежного гемостаза и предупреждение рецидива кровотечения. Консервативные мероприятия должны быть направлены на профилактику и лечение шока, подавление продукции соляной кислоты [3-6].

Следовательно, терапия должна быть индивидуализирована в соответствии со степенью тяжести состояния пациента, локализации, глубины и длины разрывов слизистой, количества кровопотери, сопутствующих заболеваний [2,4].

Цель. Оценить эффективность проводимых эндоскопических и фармакологических методов гемостаза в лечении больных с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями нехеликобактерной этиологии.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 г. на базе хирургическом отделении МБУЗ «Городская больница № 1 им. Н.А. Семашко» г. Ростова-на-Дону был произведен ретроспективный анализ 846 историй болезней пациентов. Мужчины составили 64,7% (n=547) от всех больных, женщины – 35,3% (n=299). У 52,1% (n=441) больных кровоточащая язва локализовалась в желудке, у 47,9% (n=405) – в 12-перстной кишке. Размеры язвенного дефекта варьировали от 0,5 до 4,8 см. У 30,1% (n=255) пациентов при эзофагогастродуоденоскопии установлено наличие признаков активно продолжающегося кровотечения (тип F I) у 69,9% (n=591) – состоявшегося кровотечения (тип F II). У 30,4 % (n=62) применяли монотерапию: 18,6% (n=38) – аргано-плазменная коагуляция; 11,8% (n=24) – диатермокоагуляцию. У 142 (69,6%) пациентов применялся комбинированный эндогемостаз: инъекционный метод (инфильтрация ткани язвы и периульцерозной зоны гемостатическими и сосудосуживающими средствами), диатермокоагуляция в моно- и биполярном режимах либо аргано-плазменную коагуляцию, клипирование или орошение язвенной поверхности растворами лекарственных средств (гемоспрей). Все пациенты в полном объеме получали комплексную интенсивную терапию: ингибиторы протонной помпы (омепразол, пантопразол, эзомепразол) под контролем интрагастральной pH-метрии, выполняемой в режиме on line в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии; гемостатическая терапия (аминометилбензойная кислота - амбен, динатон). Полученные результаты были подвергнуты обработке в Statistica 10. Различия принимали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В 84,8% (n=173) удалось добиться остановки кровотечения, при этом в 72,5% (n=148) получен стойкий гемостаз после однократной эндоскопической обработки кровоточащей язвы. В 12,2% (n=25) манипуляция производилась повторно в связи с неустойчивым гемостазом (Forrest IIa-IIb или Forrest Ib.). В последующем все данные

пациенты продолжали лечиться консервативно. При локализации язвенного дефекта в 5,4% (n=11) на малой кривизне желудка и в 9,8% (n=20) - на задней стенке двенадцатиперстной кишки, имеющих каллезный характер кратера и размеры свыше 2 - 2,5 см, в 15,2% (n=31) эндогемостаз не был эффективен (рецидив кровотечения через 12-48 ч). У всех этих пациентов было выполнено срочное оперативное вмешательство, однако проводимые мероприятия по ЭГ позволили провести полноценную предоперационную подготовку, что в значительной мере снизило риск хирургического вмешательства. В целом из 846 больных были оперированы 9,7% (n=82) пациентов. Послеоперационная летальность – 2% (n=17). Общая госпитальная летальность составила 9,9% (n=84).

Выводы.

1. Оптимальной тактикой ведения пациентов с острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями нехиликобактерной этиологии является применение методов комбинированного эндогемостаза: аргано-плазменная коагуляция в сочетании инъекционным методом или клипированием на фоне проводимой антисекреторной и гемостатической терапии.

2. В случае локализации каллезных язв с диаметром свыше 2 - 2,5 см на малой кривизне желудка, задней стенке 12-перстной кишки, продолжающемся струйном кровотечении эндогемостаз (Forrest Ia) является временным мероприятием, позволяющим провести качественную предоперационную подготовку для хирургического вмешательства в течение 24 часов, снизив риск его выполнения.

Список литературы

1. Гарелик П.В., Дубровщик О.И. Лечебная тактика и результаты острых кровотечений, обусловленных синдромом Мэллори-Вейса / П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик // Репозиторий ГрГМУ. – 2017. – С. 171-175.
2. Дунц А.С., Полежаев А.А., Макаров В.И. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / А.С. Дунц, А.А. Полежаев, В.И. Макаров // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2015. – №4. – С. 45-47.
3. Мармыш Г.Г., Дубровщик О.И. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Г.Г. Мармыш, О.И. Дубровщик // Репозиторий ГрГМУ. – 2018. – №2. – С. 223-227.
4. Biecker E. Diagnosis and therapy of non-variceal upper gastrointestinal bleeding / E. Biecker // World J Gastrointest Pharmacol Ther. – 2015. – V6. №4. - P. 172-82.
5. Feinman M., Haut E.R. Upper gastrointestinal bleeding / M. Feinman, E.R. Haut // Surg Clin North Am. 2014. – V94. №1. P.43-53.
6. Fortinsky K.J. Role of Medical Therapy for Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding / K.J. Fortinsky // Gastrointest Endosc Clin N Am. – 2015. – V25. №3. P.463-78.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Кулумбегов Г.Р., Кулумбегова И.Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Свободная проходимость желчевыводящих путей является неперенным условием нормальной функции не только печени и других органов желудочно-кишечного тракта, но и всех систем организма, в частности, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, нервной, а также системы крови. Вещества, выделяемые с желчью, оказывают системное токсичное

воздействие на ткани, что может проявляться в виде прогрессирующей печеночной недостаточности, коагулопатии, острой почечной недостаточности, энцефалопатии и т.д. Кроме того, механическая желтуха может приводить к различным гнойно-септическим осложнениям, таким как острый холангит, печеночные абсцессы, сепсис. Лечение обструктивной желтухи является комплексным, включает терапевтические, хирургические методы, интенсивную терапию и полноценную нутритивную поддержку [1].

Цель исследования: анализ заболеваемости, а также эффективности лечения пациентов с механической желтухой по результатам работы клиники абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 243 пациентов, прошедших лечение по поводу обструктивной желтухи, в возрасте от 21 до 93 лет. Среди них лиц женского пола – 175 (72,1%), мужского – 68 (27,9%).

Результаты исследования. В зависимости от уровня, на котором располагается препятствие, 44 пациента имели высокий блок (18,1%), 199 – низкий (81,9%), это позволили определить ультразвуковой и томографические методы диагностики. Стратификация по тяжести состояния: желтуха легкой степени (билирубинемия до 100 мкмоль/л) – 186 случаев (76,5%), средней степени (билирубинемия до 200 мкмоль/л) – 52 случая (21,4%), тяжелая (билирубинемия свыше 200 мкмоль/л) – 5 случаев (2,1%). По этиологии механической желтухи распределение выглядело следующим образом: пороки развития – 4 пациента (1,6%), из них кисты желчных протоков – 1 (0,4%), дивертикулы двенадцатиперстной кишки – 3 (1,2%); доброкачественные заболевания желчных путей – 196 больных (80,7%), из них желчнокаменная болезнь – 188 (77,4%), рубцовые стриктуры желчных протоков – 6 (2,5%), стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки – 2 (0,8%); воспалительные заболевания – 28 (11,5%), среди них острый холецистит – 17 (7%), холангиты – 7 (2,9%), острый или хронический панкреатит – 3 (1,2%), острый папиллит – 1 (0,4%); новообразования – 13 пациентов, из них опухоли внутри- и внепеченочных желчных протоков – 3 (1,2%), опухоли большого сосочка двенадцатиперстной кишки – 2 (0,8%), рак головки поджелудочной железы – 7 (2,9%), метастатическая болезнь – 1 (0,4%); паразитарные заболевания (эхинококкоз, альвеококкоз) – 2 (0,8%). В группе до 35 лет преобладают билиарные причины, старше 45 лет – опухоли. Типичная клиническая картина встречалась у 78% пациентов: иктеричность или субиктеричность кожи и слизистых оболочек, моча «цвета пива», ахоличный стул, кожный зуд, слабость. Лабораторно определялся подъем уровня щелочной фосфатазы, билирубина (преимущественно за счет фракции конъюгированного), отсутствие уробилиногена в кале и моче, билирубинурия. Неинвазивные методы диагностики (УЗ-исследование, фиброэзофагогастродуоденоскопия, МР-холангиопанкреатография) позволяли увеличить долю пациентов с установленным диагнозом «механическая желтуха» до 95%, остальным пациентам диагностировать обструктивный холестаз удавалось только после проведения инвазивных методов – чрескожной чреспеченочной холангиографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. Проведение инвазивной диагностики при возможности параллельно дополнялось малоинвазивным хирургическим лечением в виде эндоскопической папиллосфинктеротомии с последующим стентированием – 216 пациентов (88,9%), литротрипсии – 91 (37,4%), литоэкстракции – 209 (86,0%), бужирования – 4 (1,6%), баллонной дилатации – 14 (5,8%), чрескожного чреспеченочного и других видов дренирования – 53 (21,8%); в части случаев мероприятия выступали в качестве окончательных методов лечения, в других – являлись паллиативно-декомпрессионными, предполагающими дальнейшее радикальное хирургическое вмешательство после улучшения состояния пациента. Иногда период после миниинвазивных вмешательств протекал с инфекционными осложнениями (2 случая – 0,8%), миграцией дренажа/стента (3 случая – 1,2%), их закупоркой желчным сладжем или кровяными сгустками (5 случаев

– 2,1%), кровотечениями (9 случаев – 3,7%), острым панкреатитом (11 случаев – 4,5%), истечением желчи в свободную брюшную полость (1 случай – 0,4%), формированием желчных свищей (1 случай – 0,4%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 10,5 койко-дней (мин. – 7, макс. – 21)

Заключение. Несмотря на то, что малоинвазивные вмешательства при механической желтухе все больше приближаются к рутинным хирургическим манипуляциям, у некоторых пациентов возникают осложнения, что говорит о необходимости дальнейшего изучения проблемы, а также совершенствовании программы и методов лечения обструктивного холестаза. С учетом того, что лидирующим этиологическим фактором является калькулезный холецистит и желчнокаменная болезнь, рекомендуется обязательное проведение скрининга гепатобилиарной зоны лицам старше 35 лет 1 раз в два года, а в группах риска – 1-2 раза в год.

Список литературы

1. Пахомова Р.А. Клинические проявления механической желтухи и печеночной недостаточности в зависимости от степени тяжести механической желтухи доброкачественного генеза / Р.А. Пахомова, Л.В. Кочетова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 47.
2. Chen HL Jaundice revisited: recent advances in the diagnosis and treatment of inherited cholestatic liver diseases / HL Chen, SH Wu, SH Hsu, BY Liou, HL Chen, MH Chang // Journal of Biomedical Science. – 2018. – № 25(1).
3. Fang Y. Pre-operative biliary drainage for obstructive jaundice / Fang Y, Gurusamy KS, Wang Q, Davidson BR, Lin H, Xie X, Wang C // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012. – № 9.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ

Кулумбегов Г.Р., Кулумбегова И.Р.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Методы лабораторной диагностики подпеченочной желтухи позволяют определить патофизиологические нарушения, возникающие на различных уровнях организации, вплоть до молекулярного и надмолекулярного. Благодаря сочетанию клинических и лабораторных данных в 75-85% случаев удается поставить верный диагноз. Лабораторные методы исследования позволяют определить наличие у пациента признаков холестаза, холемии и дисхолии.

Цель исследования: определение диагностических возможностей и эффективности лабораторных методов исследования у пациентов с обтурационной желтухой опухолевого и неопухолевого происхождения.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ результатов лабораторной диагностики 156 пациентов с подпеченочным холестазом опухолевой и неопухолевой этиологии, прошедших лечение в клинике общей хирургии.

Результаты исследования. Лабораторному исследованию подлежали кровь, моча и испражнения пациентов. В клиническом анализе крови у 126 пациентов (80,8%) отмечался лейкоцитоз различной степени выраженности, ускорение СОЭ – у 135 (86,5%). Лабораторные признаки анемии были выявлены у 29 пациентов (18,6%). У 12 пациентов (7,7%) определялась эозинофилия, при этом, паразитарная этиология механической желтухи была подтверждена в 3 случаях (1,9%): эхинококкоз – 2, альвеококкоз – 1. При

исследовании коагуляционных свойств крови было отмечено снижение свертываемости (увеличение протромбинового времени, АЧТВ, длительности кровотечения, времени свертывания крови), что связано со снижением белоксинтетической (в частности, протромбинообразовательной) функции гепатоцитов, а также нарушением всасывания витамина К, в котором принимают участие желчные кислоты. Признаками холестаза в биохимическом анализе крови является повышение уровня общего билирубина (со значительным повышением конъюгированной фракции), что наблюдалось у 147 пациентов (94,2%). Иногда у пациентов с длительным течением механической желтухи преобладал непрямой билирубин, что связано с нарушением его конъюгации с глюкуроновой кислотой. Уровень общего холестерина был повышен у 114 пациентов (73,1%). Часть пациентов с длительным течением синдрома обтурационной желтухи имела снижение общего холестерина, обусловленное нарастанием печечно-клеточной недостаточности. Кроме того, у 122 больных (78,2%) отмечалось снижение содержания альбуминов и повышение уровня глобулинов крови. У больных определялось повышение биохимической активности печеночных ферментов в сыворотке: печеночной изоформы щелочной фосфатазы – 147 человек (94,2%), гамма-глутамил-транспептидазы – 151 человек (96,8%). Активность аланиновой (АЛТ) и аспартатной трансаминаз (АСТ) на ранних сроках заболевания не отмечалась, у 47 пациентов (30,1%) имелось достоверное их повышение после 4-7 суток от начала. Помимо АСТ и АЛТ возможно определение других ферментов, таких как 5-нуклеотидаза и лейцинаминопептидаза, имеющих вспомогательное значение. В диагностике паразитарных заболеваний печени применялись серологические методы, информативность которых составляет 85-95%. Историческое значение имеет внутрикожная проба Касони (внутрикожное введение 0,1-0,2 мл фильтрата эхинококковой жидкости в разведении 1:100), но в настоящее время ее значимость утратила силу в связи с низкой специфичностью (перекрестная положительная реакция с аналогичными антителами при других глистных инвазиях), наличием частых аллергических реакций на ее введение и даже летальных исходов. При исследовании мочи у 149 пациентов (95,5%) определяется мутный цвет («пивной»), вспенивание, билирубинурия, отсутствие уробилиноидов. Части пациентов было проведено исследование кала: у 134 (85,9%) имелась стеаторея и отсутствие стеркобилина. Длительное течение желтухи может осложняться развитием синдрома эндотоксемии, проявляющееся накоплением в организме токсичных веществ, в частности, аммиака, фенолов, ацетона, ацетальдегида, индола, скатола, а также мочевины и креатинина.

Заключение. Самостоятельного диагностического значения лабораторные исследования в постановке диагноза «механическая желтуха» не имеют, лишь совместно с клиническими и инструментальными исследованиями они позволяют не только диагностировать синдромы холестаза и холемии, но и выработать тактику ведения пациентов, контролировать динамику течения заболевания.

Список литературы

1. Госпитальная хирургия. Синдромология / А.Г. Абдуллаев и соавт. – Москва, 2013. – 440 с.
2. Подолужный В.И. Механическая желтуха: принципы диагностики и современного хирургического лечения / В.И. Подолужный // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2018. – № 2. – С. 82-92.
3. Pavlidis E.T. Pathophysiological consequences of obstructive jaundice and perioperative management / E.T. Pavlidis, T.E. Pavlidis // Hepatobiliary and Pancreatic Diseases International. – 2018. – № 17(1). – С. 17-21.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

Марзиева Э.Т., Кампиева З.М.

Научный руководитель: Бондаренко А.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целью работы является проведение сравнительной оценки различных методов дренирования полостных образований брюшной полости для определения преимуществ и недостатков каждого метода, количества интра- и послеоперационных осложнений и возможности их коррекции.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 432 пациентов которым в комплексном лечении острой хирургической патологии применялось чрескожное дренирование полостных образований под контролем УЗИ. Среди них женщин было 56,3%, мужчин 43,7%. В 51,9% производилась пункция и дренирование желчного пузыря (ЧЧХС) при деструктивном холецистите, В 24,5% дренирование внутрибрюшных абсцессов различной локализации. Пациенты с псевдокистами поджелудочной железы составили 19,4%. С прочим образованиям брюшной полости (билома, серозоцеле и т д) было 4,2% пациентов. Пациентам с внутрибрюшными абсцессами дренажные системы применялись для обработки полости монооксидом азота при помощи аппарата «Плазон». В зависимости от способа дренирования полостного образования все пациенты были разделены на три группы. Первая группа - многошаговое дренирование (67 пациентов). Вторая группа (71 пациент) – применялось одномоментное дренирование: полость пунктируют специальной иглой-стиллетом с помещенным на ней катетером-оболочкой. Третья группа – выполнялось пункционно-дренирующее вмешательство при помощи устройства для дренирования полостных образований (УДПО) – 324 эпизода.

При многошаговом дренировании пациентов первой группы производили пункцию полости иглой, чрез которую в последующем проводился проводник. По последнему производилось бужирование раневого канала и лишь затем катетер нужного диаметра. Недостатками данной методики явились: значительный риск распространения содержимого полости вдоль раневого канала; методика многокомпонентна и требует наличия значительного количества расходного материала.

При методике одномоментного дренирования стилет-катетером отмечалась высокая травматичность при применении катетеров большого диаметра особенно при необходимости повторных пункций. Применение данного способа с успехом может быть применено лишь для дренирования крупных поверхностно расположенных образований.

Третья группа - дренирование с помощью УДПО. Данное устройство позволяет произвести несколько поисковых, малотравматичных пункций с последующим введением дренажа достаточного диаметра. При применении этой методики отмечалось сочетание высокой точности выполнения пункции и исключение множества возвратно-поступательных движений.

Результаты. Частота осложнений, связанных с техникой выполнения вмешательства:

1 группа (многошаговое дренирование) Частота осложнений – $8,82 \pm 2,43\%$

2 группа (одномоментное дренирование стилет-катетером)

Частота осложнений – $15,38 \pm 10,41\%$

3 группа (дренирование с помощью УДПО)

Частота осложнений – $3,33 \pm 0,75\%$

Выводы:

1. Применение многошагового дренирования сопровождалось развитием осложнений в $8,82 \pm 2,43\%$.

II. Одномоментное дренирование полостных образований стилет-катетером сопровождалось развитием осложнений в $15,38 \pm 10,41\%$ случаев. Все осложнения пришлось на случаи применения катетеров большого диаметра.

III. Наименьшее число осложнений $3,33 \pm 0,75\%$ отмечено в группе, где применялось УДПО.

Список литературы

1. Абдуллаев Э.Г., Бабышин В.В., Федоров Д.В., Абдуллаев А.Э., Боровков И.Н. /Чрескожные пункционно- дренирующие вмешательства при лечении внутрибрюшных послеоперационных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии./ Инфекции в хирургии. 2018. Т. 16. № 1-2. С. 10

2. Бондаренко А.Г., Суздальцев И.В., Байчоров Х.М., Демьянова В.Н., Мойсеев П.Н., Королев В.В., Кубанов С.И., Пыхтин Ю.Ю. /Анализ осложнений при пункционно-дренирующих малоинвазивных вмешательствах / Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 3. С. 224-227 .

3. Кубанов С.И., Суздальцев И.В., Бондаренко А.Г., Демьянова В.Н., Пыхтин Ю.Ю. /Эффективность применения монооксида азот-содержащего газового потока при миниинвазивном лечении интраабдоминальных абсцессов. /Вестник Северо-Кавказского федерального университета. 2014. № 1 (40). С. 83-85

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ КУЗБАССКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Недосеев С.С., Борзенков В.К.

Научный руководитель: Тарасов Р.С.

Клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша

На сегодняшний день поражение сонных артерий - одна из причин развития ишемического инсульта, а также прогрессирования ХИГМ. Те лекарственные средства, которые применяются для лечения атеросклероза, способствуют регрессии заболевания, но полностью от атеросклеротических бляшек не избавляют[1]. В связи с этим разработана методика хирургического лечения: каротидная эндартерэктомия (КЭЭ).

Цель исследования. Провести анализ госпитальных исходов каротидной эндартерэктомии. Выявить динамику осложнений.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 513 историй болезни пациентов, которым выполнялась каротидная эндартерэктомия с 2015 по 2019 годы.

Результаты и выводы. 2015 – 2016 гг. в Кемеровском кардиологическом диспансере 513 пациентам выполнялась КЭЭ. Среди них у 151 (29,4%) больного были выявлены значимые стенозы сонных артерий с двух сторон. При анализе госпитальных и годовых исходов после КЭЭ значимых различий получено не было. Однако комбинированная конечная точка среди больных с двусторонними стенозами имела большую тенденцию к увеличению.

Положительный эффект каротидной эндартерэктомии (КЭЭ) у пациентов со стенозами сонных артерий бесспорен и хорошо известен. Однако больные с сопутствующим контралатеральным поражением составляют особую когорту, вероятно имеющую прогрессирующее течение заболевания с последующим развитием ишемического инсульта. Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ госпитальных и годовых исходов КЭЭ у больных с односторонними и с двусторонними стенозами внутренних сонных артерий (ВСА).

С 2015 – 2016 гг. в Кемеровском кардиологическом диспансере 513 пациентам выполнялась КЭЭ. Среди них у 151 (29,4%) больного были выявлены значимые стенозы сонных артерий с двух сторон.

Выбор стратегии хирургического лечения осуществлялся мультидисциплинарной командой на основе комплекса клинико-инструментальных данных, выраженности коронарного и брахиоцефального атеросклероза, существующих рекомендаций и внутренних протоколов учреждения.

Контрольные точки фиксировались в госпитальном и годовом послеоперационном периоде. У пациентов с наличием контралатерального поражения ВСА период наблюдения составил $13,8 \pm 6,7$ месяца, а у больных с односторонними стенозами – $15,1 \pm 6,3$ месяцев. Информация о структуре осложнений в через год после КЭЭ была получена путем телефонного обзвона (удалось получить информацию о 77% больных). Под контрольными точками понималось развитие таких неблагоприятных кардиоваскулярных событий как повторная незапланированная реваскуляризация миокарда, инфаркт миокарда (ИМ) и острое нарушение мозгового кровообращения/транзиторная ишемическая атака (ОНМК/ТИА).

Представленные группы пациентов были сопоставимы по большинству клинико-демографических параметров. Однако больные с двусторонними стенозами ВСА статистически чаще имели постинфарктный кардиосклероз, хроническую почечную недостаточность и ОНМК/ТИА (острое нарушение мозгового кровообращения/транзиторная ишемическая атака) в анамнезе, что характеризует более отягощенный коморбидный фон у этих пациентов.

При анализе госпитальных исходов после КЭЭ значимых различий получено не было. Однако комбинированная конечная точка среди больных с двусторонними стенозами имела большую тенденцию к увеличению относительно второй группы (3,3% против 2,2%; $p=0,67$).

В годовом периоде наблюдения в группе пациентов с наличием контралатерального поражения статистически чаще выявлялся летальный исход (4% против 0,8%; $p=0,03$). Относительно других осложнений различий получено не было.

Таким образом, пациенты с окклюзионно-стенотическими поражениями ВСА с двух сторон характеризуются отягощенным коморбидным фоном, неблагоприятным годовым прогнозом и большей мультифокальностью системного атеросклероза.

Список литературы

1. Печенкин А.А. Каротидная эндартерэктомия : исхода и перспективы / Печенкин А.А./ Новости хирургии —2014.— N 1—С. 36-44.
2. Шукуров Ф.Б., Булгакова Е.С., Руденко Б.А., Творогова Т.В., Шаноян А.С., Власов В.Ю., Фещенко Д.А. СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ПОРАЖЕНИИ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ // CardioСоматика.2017.—№1 —С.67-72.
3. Спирин Н. Н., Н Малышев-Мл. Н., Малышева И. В. Анализ эффективности каротидной эндартерэктомии и оценка факторов, влияющих на её отдаленные результаты // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2011.—N3—С.112-117.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Полетаева М.В., Григоров Г.Г.

Научный руководитель: Машурова Е.В.

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. Ежегодно количество больных механической желтухой (МЖ) различной этиологии увеличивается в РФ на 800 тыс. человек. Причинами данной проблемы в 30–70 % является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), а в 15–30 % – онкопатология. Оперативные вмешательства, выполненные таким больным на высоте МЖ, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15–30 %, что в несколько раз выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции.

Цель работы – сравнить методы лечения больных с механической желтухой.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни пациентов находившихся на лечении в ГБУЗ СККБ на базе хирургического торако-абдоминального отделения за 2013-2018 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. Всего 316 человек, из них мужчин было 96 (30.4%), женщин 220 (69.6%). В комплекс инструментальных методов входили ультразвуковое исследование органов брюшной полости, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиография, лабораторные исследования. Полученные результаты обработаны с использованием компьютерной программы «Excel».

Результаты и их обсуждение. Причины механической желтухи у 50,72 % холедохолитиаз, у 24,63% злокачественные заболевания, у 13,04% панкреатит и 8,69% стриктуры холедоха. Выполнено чрескожных чреспеченочных холангиографий (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС) у 98 (31%) пациентов и чрескожной чреспеченочной холецистостомией (ЧЧХЦС) у 138 (43.7%) пациентов, а эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) выполнено у 80 (25,3%) пациентов. Всего осложнений после ЧЧХС и ЧЧХЦС выявлено у 9 (2.8%) человек. Осложнения после ЧЧХС возникли у 5 (1,58%) пациентов: дислокация дренажа с желчеистечением у 5 (1,58%), из них 2 (0,63%) с летальным исходом, кровотечение у 3 (0,9%) с летальным исходом 3 человека (0,9%). У пациентов с ЧЧХЦС диагностировано у 4 пациента (1,26%): у 4 (1,26%) пациентов желчеистечение, у 1 (0,3%) пациента кровотечение с 1 (0,3%) летальным исходом. Всего осложнений после ЭРХПГ и ЭПСТ выявлено у 11 пациентов (3,48%). Из них у 4 (1,26%) кровотечение из зоны ПСТ, у 2 (0,63%) постманипуляционный панкреатит, у 1(0,3%) холангит, у 1(0,3%) перфорация с летальным исходом и 3 (0,9%) – заклинивание корзинки Dormia.

Выводы. Согласно данным нашего опыта, при применении антеградных способов декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой, количество послеоперационных осложнений меньше, чем при ретроградном способе. Формирование чрескожной холангиостомы и холецистостомы является малотравматичным методом, позволяющим провести декомпрессию желчных протоков с последующим определением тактики лечения. При выполнении ЧЧХС или ЧЧХЦС под УЗИ контролем особое значение необходимо придавать стабильности холангиостомы и холецистостомы и профилактике возможных осложнений. Изучение осложнений после ЧЧХС и ЧЧХЦС и

ЭРХПГ и ЭПСТ у больных с механической желтухой позволяет свести их количество к минимуму и своевременно проводить профилактику их возникновения.

Список литературы

1. Баринов Ю.В. Минимальноинвазивные технологии в хирургическом лечении больных с острым холециститом: учебное пособие / Ю.В. Баринов, Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, С.С. Лебедев, Г.Г. Мелконян. // ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. – С. 25.
2. Борсуков А.В. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы. Практическое руководство. / А.В. Борсуков, А.В. Мамошин. – М.: Мед. Практика, 2007. – С. 78-82.
3. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей. / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М.: Видар, 2009. – С. 568.
4. Гусев А.В. Дренирование и эндопротезирование желчных протоков при механической желтухе. / А.В. Гусев, Б.А., Балагуров, И.Н. Боровков и др. // Вестник новых медицинских технологий. – 2008; 15(4): С. 97–98.
5. Кулезнева Ю.М. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии. Ю.М. Кулезнева, Р.Е. Израилов, Г.Х. Мусаев и др. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 192.
6. Ломакин И.А. Диагностика и лечебная тактика у больных с механической желтухой. / И.А. Ломакин, Ю.В. Иванов, Д.В. Сазонов, Д.П. Лебедев. // Клиническая практика. – 2012 – №3. – С.42-50.
7. Назаренко Г. И. Интервенционная медицина / Под ред. Г. И. Назаренко: Руководство для врачей. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. – С. 808.
8. Редькин, А. Н. Анализ и прогнозирование периоперационных осложнений при чрескожных малоинвазивных вмешательствах на печени / А. Н. Редькин, В. В. Новомлинский, А. А. Глухов [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. 5, № 4. – С. 708–714.

АНАЛИЗ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ УЗ «ГОМЕЛЬСКАЯ ОБЛАСТНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ БОЛЬНИЦА»

Правдиков В. А., Гостев Р. О., Батт Т. А., Мисевич А. А.

Научный руководитель: Мисевич А. А.

Гомельский государственный медицинский университет

Колоректальный рак занимает второе место по частоте и третье по смертности в структуре онкологических заболеваний. По данным ВОЗ число случаев рака толстой кишки в 2018г составило 1,8 млн случаев, из них 862 тыс. случаев летального исхода [4]. Эффективность лечения данного контингента больных зависит от комплекса организационных и клинических вопросов, многие из которых требуют решений и в настоящее время. Несмотря на имеющийся арсенал диагностических возможностей сохраняется большой процент случаев позднего выявления онкологических заболеваний толстой кишки. По данным современных научных литературных источников полипам толстой кишки отводят ведущую роль в развитии рака толстой кишки [2]. Частота малигнизации колеблется от 12-18% для аденоматозных, до 40-60% для тубулярно-ворсинчатых полипов толстой кишки. Длительность заболевания, количество, пол,

возраст и локализация новообразований также влияют на частоту малигнизации. Степень дисплазии эпителия толстой кишки, гистологическая форма, размеры опухоли определяют выбор лечебной тактики и кратность обследований данной категории пациентов [3]. Низкая информированность, психологические барьеры пациентов, некачественное формирование диспансерных групп риска развития рака толстой кишки снижают выявляемость предраковых заболеваний толстой кишки на начальном этапе. Раннее выявление кишечных полипов возможно только посредством массового скрининга, даже при отсутствии каких-либо жалоб и объективных симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта [1]. Цель: провести мониторинг гистологических исследований новообразований толстой кишки, полученных после проведенной эндоскопической полипэктомии среди пациентов проктологического отделения Гомельской областной специализированной клинической больницы. Материалы и методы. Проведён анализ результатов гистологического исследования 1221 пациента с новообразованиями толстой кишки в областном проктологическом отделении УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» с января 2018 по октябрь 2019 г. Обработка проводилась с помощью пакета программ Microsoft office excel 2016. Результаты исследования и их обсуждение. При распределении по полу: мужской – 381 (31%) женский – 840 (69 %). Средний возраст всех пациентов составил 63,2 лет, минимальный возраст - 45, максимальный - 82. В возрасте 45-50 лет 135 пациентов, в возрасте 51 – 55 лет - 90, в возрасте 56 – 60 лет - 205, в возрасте 61 – 65 лет - 273, в возрасте 66 – 70 лет - 286, в возрасте 71 – 75 лет - 146, в возрасте 76 – 82 лет - 86. Среди мужского пола были выявлено следующее соотношение форм новообразований: аденокарцином (АДК) 63 (17%), ворсинчатых аденом (ВА) 24 (6%), гиперпластических полипов (ГП) 41 (11%), зубчатых аденом (ЗА) 121 (32%), тубулярных аденом (ТА) 75 (20%), тубулярно-ворсинчатых аденом (ТВА) 31 (8%), фиброэпителиальных полипов (ФП) 26 (7%). Наиболее частые гистологические формы новообразований – это ЗА и ТА, процент рака составил 17%. Среди женского пола было выявлено следующее соотношение форм новообразований: АДК 67 (8%), ВА 24 (3%), ГП 102 (12%), ЗА 279 (33%), ТА 187 (22%), ТВА 135 (16%), ФП 46 (6%). Наиболее частые гистологические формы новообразований – это ЗА, ТА, ТВА, процент рака составил 8%. Среди всех случаев новообразований на злокачественные пришлось 130 (10%) случаев, среди всех выявленных новообразований случаи с низкой степенью дисплазии составили 296 (31%), со средней степенью дисплазии 272 (29%), с высокой степенью 380 (40%). По количеству преобладали единичные формы - 1158 (95%), множественных - 63 (5%). Выводы: 1. Активное введение в клиническую практику современных эндоскопических технологий позволит существенно расширить возможности своевременного выявления предраковых состояний толстой кишки; 2. Внедрение неинвазивных методов индикации маркеров рака толстой кишки позволит улучшить выявляемость ранней патологии; 3. Использование компьютерных технологий при формировании баз данных в динамическом диспансерном наблюдении позволит улучшить организацию своевременной диагностики; 4. Большое количество пациентов с доброкачественными новообразованиями толстой кишки в возрасте 60-65 лет свидетельствует о поздней выявляемости предраковых заболеваний толстой кишки.

Список литературы

1. Григорьев Е. Г./ Рак прямой кишки (лекция)// Григорьев Е. Г, Шелехов А. В Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2015. – №1 (101). – С. 82 – 89.
2. Колодей Е. Н./ Язвенный колит и рак толстой кишки: актуальные и нерешенные вопросы диагностики// Смоленский медицинский альманах. – 2013. – №1 (25). – С. 74 – 79.

3. Лаптева Е. А./ Полипы толстой кишки: эпидемиология, факторы риска, критерии диагностики, тактики ведения (обзор) // Лаптева Е. А., Козлова И. В., Мялина Ю. Н., Пахомова А. Л. Саратовский научно-медицинский журнал. - 2013. - № 2 (9). - С. 252–259.

4. GBD 2018 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2018: A systematic analysis for the global burden of disease study 2018//. Lancet. – 2018. - №388. - p. 1602.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Ракашевич Д.Н., Патонич И.К.

Научный руководитель: Довнар А.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – наиболее частый и наиболее тяжелый диагноз, частота которого из года в год только увеличивается: в мире в среднем около 3–4 человек из 100 получает ЧМТ ежегодно. В настоящее время очень высок уровень травматизма среди молодого трудоспособного населения. Предупреждение ЧМТ и коррекция последствий травм головного мозга – одна из наиболее трудных и нерешенных проблем современной медицины. Основная опасность в том, что ЧМТ имеет высокий процент летальности и инвалидизации среди пострадавших. В 21 веке, когда информационные технологии стремительно развиваются, нарушение когнитивных функций человека как осложнение ЧМТ является неоспоримым ущербом как для индивидуума, так и общества в целом. Кроме того, пациенты, перенесшие ЧМТ, входят в категорию лиц, которая находится на учете в психоневрологическом диспансере. Таким образом, проблема лечения тяжелой черепно-мозговой травмы является актуальной в современной медицине и играет важную социальную роль.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе УЗ «Больница скорой медицинской помощи» в отделениях нейрохирургии и реанимации. Были проанализированы 129 медицинских карт стационарного больного за 2018 год с диагнозом ЧМТ. Данные были обработаны с помощью программ Excel и Статистика 6.0.

Результаты и обсуждение. За 2018 год в нейрохирургическое и реанимационное отделения БСМП поступило 129 пациентов с диагнозом ЧМТ. По критерию степени тяжести травмы были разделены на легкую (24%), среднюю (51,1%) и тяжелую (24,9%). Пациенты проводили в стационаре, в среднем, 6 дней при легкой, 14 дней при средней и 20 дней при тяжелой степени тяжести травмы. По характеру нарушения целостности тканей травмы классифицировали на закрытые (85,2 %), и открытые (14,8%). При наличии показаний и осложнений основного заболевания (ЧМТ) проводились оперативные вмешательства. В результате нашего анализа было выяснено, что операции проводилось только в 27,14% случаев. Были проведены следующие виды оперативных вмешательств: трепанация черепа у 37,3% пациентов, трепанация черепа - 2,8%, двухсторонняя декомпрессивная трепанация - 25,7%, костно-пластическая трепанация черепа у 34,2 %. Амбулаторное лечение продолжили 77,5 % пациентов, на медицинскую реабилитацию было направлено 5,43 %, переведены в другие профильные отделения 7,75% и у 9,32 % была констатирована смерть. Причём умершим пациентам проводились следующие оперативные вмешательства: 25% - трепанация черепа, 66,7% - трепанация черепа, 8,3% - оперативное вмешательство не проводилось. Следует отметить, что в 91,6% случаев, приведших к летальному исходу, пациенты поступали с тяжелой степенью

черепно-мозговой травмы. Амбулаторное лечение продолжили 77,5 % пациентов, на медицинскую реабилитацию было направлено 5,43 %, переведены в другие профильные отделения 7,75% и у 9,32 % была констатирована смерть.

Выводы. Основную группу пациентов составляли пострадавшие с ЧМТ средней степени тяжести. Стоит отметить, что большинство пациентов поступали с закрытой ЧМТ. Лишь небольшому проценту пострадавших было необходимо проведение оперативных вмешательств. При наличии показаний для операции предпочтение отдавалось проведению трепанации черепа. Большинство пациентов, после оказания им медицинской помощи в стационаре, продолжили лечение амбулаторно или были направлены на медицинскую реабилитацию, что свидетельствует о своевременно оказанной медицинской помощи и правильно выбранной врачебной тактике.

Список литературы

1. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л.Б. Лихтерман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 488 с.
2. Шагинян Г.Г., Древалъ О.Н., Зайцев О.С. Черепно-мозговая травма: руководство / под ред. О.Н. Древалъ. – 2010. – 288 с.
3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия // учебник : - т. 1. - 2009. - 624 С. С. 296-320.
4. Фраерман А.П., Кравец Л.Я., Шелудяков А.Ю., Трофимов А.О., Балябин А.В. Сдавление головного мозга при изолированной и сочетанной черепно-мозговой травме. Н. Новгород; 2008; -324 с

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Рахимов О.У., Мухаммадсолих Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В последние десятилетия увеличение числа оперативных вмешательств в экстренной билиарной хирургии приводит к росту послеоперационных внутрибрюшных осложнений [3, 4, 5, 9]. В хирургии желчекаменной болезни наряду с традиционной (ТХЭ) в клинической практике широко применяются и малоинвазивные варианты холецистэктомии в виде лапароскопической (ЛХЭ) и минилапаротомной ХЭК (МХЭ) [1, 2, 7]. Ведущее место среди внутрибрюшных осложнений после традиционных и малоинвазивных хирургических вмешательств на желчных путях занимают желчеистечение (до 4,6%), кровотечение (до 4%), послеоперационный перитонит (0,3%-1,5%) и абсцессы брюшной полости (до 0,8%) [6, 7, 10]. Внутрибрюшные желчеистечения после различных вариантов ХЭК в большинстве случаев требуют повторных хирургических вмешательств в виде релапаротомий или релапароскопий [5, 6]. Основной задачей выполняемых во время этих вмешательств является произведение надежного желчестазы источника желчеистечения, тщательной санации и адекватного дренирования брюшной полости [5, 8].

Целью исследования явилось изучение результатов диагностики и хирургического лечения желчеистечения после различных вариантов холецистэктомии.

Материал и методы. Изучены истории болезни и проанализированы результаты лечения 47 пациентов с внутрибрюшным желчеистечением после различных вариантов холецистэктомии. Пациенты были в возрасте от 19 до 81 года (средний возраст 48,1±9,7 лет), большинство из них были женщины (79%) работоспособного возраста. Результаты

нашего исследования подвергнуты статистической обработке с помощью программы (Microsoft Excel). Для описания нормально распределенных параметров, мы использовали среднюю арифметическую и стандартное отклонение среднего арифметического. Использовались общепринятые методы вариационной статистики с вычислением средних величин (М), ошибки средней для абсолютных и относительных величин (m), показателя достоверности различий при сравнении между группами (p). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Варианты холецистэктомии, после которых наблюдалось внутрибрюшное желчеистечение, у 23 (49 %) пациентов была холецистэктомия – традиционная, у 14 (30%) была МХЭ, и лапароскопическая у 10. Для повторного хирургического вмешательства пациенты взяты в сроки от 12-х часов до 8 суток после первичной операции. В комплексную диагностическую программу включали ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и желчных путей, ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ), чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), фистулографию, компьютерную томографию (КТ), биохимические и бактериологические исследования. Во время операции производили телехолангиоскопию и холангиографию. У 36 (76,6%) пациентов отмечалось желчеистечение в раннем послеоперационном периоде которым были выполнены миниинвазивные вмешательства. При этом в 9 (52,4%) случаях причиной желчеистечения явилась желчная гипертензия, обусловленная наличием конкрементов (блока) в холедохе. 7 пациентам выполнена ЭПСТ с последующим бужированием при краевом повреждении с неполными стриктурами желчных протоков и литоэкстракцией. Эндобилиарное стентирование при неполных боковых повреждениях желчных протоков произведено 4 пациентам. В 5 случаях выявлена недостаточность культы пузырного протока, у этих пациентов после ЭРПХГ и ЭПСТ произведена релапароскопия и дополнительное клипирование культы пузырного протока с санацией и дренированием брюшной полости. У 3 пациентов при лапароскопии источником желчеистечения явилась ложа желчного пузыря, которым произведена лапароскопическая санация, желчестаз и дренирование брюшной полости. У 14 (29,8%) пациентов которым были произведены релапаротомии, причиной желчеистечения явился дополнительный желчный проток в ложе желчного пузыря (6) у которых желчестаз достигнут путем ушивания и электрокоагуляцией, в 5 случаях выявлена недостаточность культы пузырного протока, у этих пациентов произведены дополнительные лигирования культы пузырного протока с санацией и дренированием брюшной полости. Установлено что, источником желчеистечения оказалась ложа удаленного желчного пузыря - у 9 (19,1%), несостоятельность пузырного протока (желчная гипертензия обусловленные блоком (холедохолитиаз, инородные тела) в холедохе) - у 21 (44,7%), разные повреждения (коагуляция – некроз, клипирование, пересечение) желчных протоков - у 17 (36,2%). Различные осложнения возникли у 8 (17%) пациентов. У 7 пациентов осложнения ликвидированы консервативной терапией. Повторные вмешательства потребовались 1 пациенту (дренирование подпеченочного абсцесса под контролем УЗИ).

Выводы. Таким образом, в клинике с накоплением опыта в диагностике и лечении желчеистечения после различных видов холецистэктомии значительно снизилась частота специфических послеоперационных осложнений. Важным условием успешного лечения является ранняя диагностика и необходимость выполнения необходимых повторных операций в ранние сроки диагностики. Внутрибрюшное желчеистечение после различных видов ХЭК наслаивается на фон тяжелых патофизиологических изменений вызываемых самой операцией, значительно отяжеляют послеоперационное состояние больного и неблагоприятно влияют на результат хирургического лечения. Миниинвазивные вмешательства оказались эффективным у 33 (70%) пациентов с желчеистечением после операции на желчных путях, и явились не только высокоэффективным диагностическим, но и лечебным методом. Тактика лечения определяется индивидуально и основывается на

результатах клинического осмотра и комплексного инструментально-лабораторного исследования (УЗИ, ЭРПХГ, ЧЧХГ, МРТ-холангиография, фистулохолангиография, интраоперационная телехолангиография).

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПСИИ ПОЧЕК С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА

Салпагарова Ф.Б, Мехтиева Э.Т.

Научный руководитель: Машурова Е. В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Амилоидоз является часто встречаемым осложнением многих хронически протекающих заболеваний. Несмотря на многообразие клинических проявлений системный амилоидоз вне зависимости от его типа, представляет собой преимущественно нефрологическую проблему. Развитию амилоидоза зачастую предшествуют нефротический, нефритический синдромы, на фоне которых развивается данная патология. Патогенез амилоидоза до конца не уточнен, клинические проявления не всегда четко очерчены, лечение малоэффективно и редко диагностируется при жизни. Таким образом внедрение в повседневную практику хирурга методов прижизненной диагностики амилоидоза, является актуальной задачей.

Цель.

Анализ малоинвазивных методов диагностики больных с амилоидозом почек. Ретроспективный анализ 13 историй болезни на базе ГБУЗ СК Ставропольской Краевой Клинической больницы.

Материалы и методы исследования.

Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 43 больных, которые находились на стационарном лечении в ККБ в период с 2014 г. по 2018 г. Средний возраст пациентов составил $57 \pm 2,2$. Для оценки достоверности результатов исследования мы применили критерий соответствия χ^2 .

В основной группе, численностью в 13 человек, была проведена чрескожная пункционная биопсия почек и биопсия слизистой щеки. В контрольной группе, численностью в 30 человек, - биопсия слизистой щеки.

Проведение процедуры

Продолжительность процедуры — около получаса, обезболивание — местная инфильтрационная анестезия. Для адекватного обезболивания обычно достаточно 8-10 мл лидокаина.

После того, как анестезия начинает действовать, производится небольшой надрез кожи шириной около 2-3 мм, берется специальная игла, которая вводится под контролем ультразвука, по запланированной ранее траектории (В поясничной области под 12-м ребром по задней подмышечной линии определяется положение почки).

Результаты и их обсуждение.

У 13 пациентов в результате гистологического исследования была выявлена положительная, либо слабоположительная реакция на амилоид.

У всех пациентов из основной, а также у 22 пациентов из контрольной группы была выявлена положительная реакция на амилоид.

Результаты лабораторных данных у больных амилоидозом и кистами почек достоверно не различались. ($p > 0,05$).

Данные УЗИ.

– Структура диффузно не однородная.

- Эхогенность паренхимы повышена.
- Кортико-медулярная дифференциация слоев паренхимы не четкая.
- ЧЛС расширена, стенки уплотнены.
- Объемные образования не выявляются.
- Область надпочечника не изменена.

Выводы:

Анализ вышеизложенных данных, позволил сделать нам вывод, что чрескожная пункционная биопсия почки является не только безопасным и информативным методом диагностики, но и единственным достоверным ($p = 0,001$) способом постановки окончательного диагноза амилоидоза почек, так как в лабораторных исследованиях специфических изменений говорящих в пользу амилоидоза не выявляется. Данные УЗИ отражают изменения почек на фоне ХПН, какие либо признаки накопления амилоида так же отсутствуют. Помимо этого применяемая повсеместно биопсия слизистой щеки, не может являться достоверным методом определения амилоидоза, так как амилоид может определяться в слизистой и при отсутствии заболевания. До недавнего времени данная процедура не проводилась в ККБ, что ставило правильную и окончательную постановку диагноза под вопрос, так как решающую роль у больных с ХПН для определения тактики лечения, ведения пациента играет патоморфологическое исследование биоптата почки, которое может быть получено только хирургическим путем. Это позволяет лечащему врачу выбрать наиболее оптимальное и адекватное лечение для данного пациента. В свою очередь обнаружение амилоидоза почек, изменяет последующую тактику лечения больного, что делает прогноз для пациента более благоприятным.

Список литературы

1. В.В.Рамеев, Л.В.Козловская, И.А.Саркисова. Амилоидоз: вопросы диагностики и лечения. Клиницист 2006; 4; 35-42
2. Kyle RA, Gertz MA. Primary systemic amyloidosis: clinical and laboratory features in 474 cases. Semin Hematol. 1995;32(1):45-59.
3. Westermarck P, Benson MD, Buxbaum JN, Cohen AS, Frangione B, Ikeda S, et al. Amyloid: toward terminology clarification. Report from the Nomenclature Committee of the International Society of Amyloidosis. Amyloid. 2005;12(1):1-4.

**СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДАКРИОЦИСТИТА
НОВорожденных**

Самбурская Д.А.

Научный руководитель: Корень Г.В.

*Ставропольский государственный медицинский университет
Краевая детская клиническая больница*

Дакриоцистит новорожденных является сегодня наиболее частым гнойно - воспалительным заболеванием слезоотводящих путей детей первого года жизни.

Своевременно неизлеченный дакриоцистит у новорожденного в дальнейшем может потребовать проведения неоднократных хирургических вмешательств, привести к формированию хронического воспалительного процесса, постоянному слезотечению, ограничению выбора профессии.

По данным статистики ведущих детских глазных учреждений г. Москва и Санкт – Петербург, дакриоциститы составляют от 7 до 14% глазной заболеваемости.

В детской офтальмологии дакриоциститы диагностируются у 1 – 5% среди всех новорожденных и составляет 5 – 7,3% всех первичных поликлинических больных детского возраста.

Этиология. Блокада выхода слезно-носового канала зародышевой желатинообразной пробкой (клапаны Rosenmuller и Hasner).

Цель: изучить эффективность диагностики и лечения ДН в условиях отделения Микрохирургии глаза Краевой детской клинической больницы г.Ставрополя.

Задачи: Изучить структуру ДН. Выделить кардинальные симптомы ДН. Провести анализ диагностических исследований ДН. Провести анализ исходов хирургического лечения ДН. Оработать рекомендации по ведению детей с ДН для педиатров и родителей.

Данные за 2018 г. поступило 412 (636 глаз) детей по поводу дакриоцистита: вторичный дакриоцистит выявлен у 43 детей (10,43%), 146 детей (35,43%) - в возрасте от 6 мес до года и 223 ребенка (54,12%) от 1 мес до 6 мес , Повторное промывание 40 детей (9,7%) – от 6 мес и старше.

Диагностика: Оценка наличия слезостояния или слезотечения в спокойном состоянии ребенка.

Положение век, реберного края век, рост ресниц . Наличие складки нижнего века, (у пухлых детей, детей с монголоидным типом лица) которая сопровождается слезостоянием и трихиазом

Оценка состояния кожи век и в проекции слезного мешка. Наличие: гиперемии кожи, инфильтрации тканей, флюктуация в области слезного мешка, отёк, разлитая гиперемии кожи или припухлость в области слезного мешка.

Проведение компрессионной пробы слезного мешка для оценки характера и количества выделений из слезных точек и слезного мешка.

Консервативное лечение:

Раннее, щадящее. Массаж слезного мешка (теория и практика). Массаж области слезного мешка противопоказан при дакриоцистоцеле, покраснении и мацерации кожи, припухлости в области слезного мешка. Массаж + дезинфицирующая, антибактериальная терапия.

Хирургическое лечение. Зондирование слезно-носового канала с промыванием слезоотводящих путей

Выводы

Из 100% детей с ДН дети от 1 мес до 6 мес составили 54,12%, дети в возрасте от 6 мес до 1 года составили 35,43%, вторичный ДН был выявлен у 10,43%. Проведение компрессионной пробы в 100% подтверждало наличие ДН

Дополнительные лабораторные и топиические диагностические пробы в 100% подтверждали наличие ДН. При анализе эффективности хирургического лечения, повторные промывания составили 9,7%.

Рекомендации педиатрам:

Знание клинических критериев ДН. Назначение консервативной терапии и локального массажа в течение недели, при отсутствии эффекта направлять ребенка к офтальмологу и отоларингологу.

Рекомендации родителям:

Нацелить на одностороннее слезостояние и отделяемое различного характера, немедленное обращение к офтальмологу, при невозможности к педиатру.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА КИСЛОТНОСТЬ РАСТВОРА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Северин Д.А., Писковитина С.Г.

Научный руководитель: Липатов В.А.

Курский государственный медицинский университет

В настоящее время для снижения степени риска и числа летальных исходов от осложнений, связанных с кровопотерей, современные хирургические стационары активно внедряют гемостатические материалы местного действия, способные эффективно останавливать кровотечение [1,2]. При комплексировании аппликационных гемостатических губок с транексамовой кислотой (ингибитор фибринолиза, изомер-трансформа ϵ -аминокапроновой кислоты, превосходящая ее по активности в 10-20 раз) существует перспектива разработки новых эффективных образцов, способных быстро останавливать кровотечение [5]. Также подтверждено, что гемокоагуляция – это сложный динамический процесс, течение которого зависит от множества факторов в том числе физико-химических констант, таких как pH среды [3]. В связи с этим целью настоящего исследования является изучение влияния различных образцов гемостатических средств на кислотность (водородный показатель – pH) раствора в эксперименте *in vitro*.

Материалы и методы

В качестве материалов исследования использовали следующие образцы гемостатических материалов: контрольная группа (группа №1), Tachocomb (№2), Gelita-Spon Standard (№3), Surgicel Fibrillar (№4), образцы кровоостанавливающих губок, разработанные совместно с ООО «Линтекс» (г. Санкт-Петербург, Россия) на основе натрий-карбоксиметиллцеллюлозы (Na-КМЦ) с различными модификациями: Na-КМЦ+Транексамовая кислота, прессованный (№5), Na-КМЦ+Транексамовая кислота, непрессованный (№6), Na-КМЦ прессованный (№7), Na-КМЦ непрессованный (№8). Водородный показатель (pH) растворов измеряли согласно модифицированной методике, описанной в ГОСТ 12523-77 «Целлюлоза, бумага, картон. Метод определения величины pH водной вытяжки» [4]. Для этого мерный стеклянный стакан наполняли 5 мл дистиллированной воды, полученной с помощью Аквадистиллятор АЭ-4 (производитель ООО ПФ «Ливам», Россия) которую доводили до pH=7,0 добавлением щелочи (NaOH гранулированный, производитель ООО «Диазм», Россия). После чего в них помещали тестируемые образцы объемом 1 см³ так, чтобы они полностью были погружены в жидкость. После чего стаканы с образцами выдерживали в инкубаторе IGS60 (производитель Thermo Fisher Scientific, США) в течение 24 часов при температуре +37°C. Кислотность получившегося раствора оценивали с помощью лабораторного погружного измерителя качества воды WaterLiner-WMM-97 (производитель ООО «Метроникс», Россия).

Статистическую обработку полученных данных проводили с применением методик описательной и вариационной статистики – медианы, 25 и 75 перцентилей (Me [25;75]). Достоверность отличия средних величин определяли с помощью критерия Манна-Уитни, при допустимом для медико-биологических исследований значений $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При сравнении данных обнаружено, что значения pH образцов группы № 1 статистически значимо (табл.2) отличаются от значений групп № 2 и № 3 на 1,09 и 1,18 соответственно. Отличие между группами № 1 и № 4 менее выражено и составляет 0,5. Также значения образцы pH образцов группы № 2 превышают значения образцов группы № 3 в 1,5 раза, а в сравнении с группой № 4 – на 0,59. Помимо вышеперечисленных отличий значения группы № 4 на 1,2 больше чем в группе № 3.

В экспериментальных группах № 5-7 отмечается меньшее количество статистических значимых отличий с другими группами. Так, значения pH в группе № 5 на

0,46 и 0,3 больше чем в группах № 6 и № 7. В свою очередь значения pH группы № 7 на 0,16 больше, чем в группе № 6. Согласно полученным данным, можно говорить о том, что все тестируемые образцы в разной степени изменяют кислотность раствора. По увеличению степени изменения уровня pH водной вытяжки экспериментальные группы располагаются в следующем порядке: 2→4→5→7→6→1→3.

Заключение

Наименьшее влияние со стороны гемостатических материалов на pH оказывают образцы на основе медицинского желатина и натриевой соли карбоксиметилцеллозы с добавлением транексамовой кислоты. И наоборот, кровоостанавливающие средства на основе коллагена, волокон окисленной и восстановленной целлюлозы значительно влияют на pH раствора, в который они были погружены (на 2,61 и 3,21 соответственно). Это может косвенно указывать на состояние «среды» самого образца, т.е. pH коллагеновых губок, а также губок на основе волокон окисленной и восстановленной целлюлозы смещено в «кислую» сторону более, чем в случаях других образцов. Этим может объясняться их высокая кровоостанавливающая активность, описанная авторами при использовании указанных средств в качестве локальных гемостатиков при операциях на паренхиматозных органах живота.

Список литературы

1. Лазаренко В.А., Липатов В.А., Нетяга А.А., Лазаренко С.В., Северинов Д.А., Сотников К.А. Разработка способа сравнительного изучения влияния хирургических материалов на процесс образования сгустка крови *in vitro* // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 1. URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=28511> DOI:10.17513/spno.28511
2. Липатов В.А., Лазаренко С.В., Сотников К.А., Северинов Д.А., Ершов М.П. К вопросу о методологии сравнительного изучения степени гемостатической активности аппликационных кровоостанавливающих средств // Новости хирургии. –2018. – Т.26. – №1. – С. 81-94
3. Ложкин А. П., Пешкова А.Д., Атауллаханов Ф.И., Литвинов Р.И. Разработка и применение нового метода изучения контракции (ретракции) сгустка крови // Гены и клетки. – 2014. – Т. 9. – №. 3. – С. 99-104.
4. Целлюлоза, бумага, картон. Метод определения величины pH водной вытяжки: ГОСТ 12523 - 77. – [Введ. 1978–01–01]. – М.: Изд.-во стандартов, 1978. – IV, 6 с. : ил. ; 29 см
5. Чарная М.А., Дементьева И.И. Аминокaproновая или транексамовая кислоты в кардиохирургии: что? где? когда? Обзор литературы. Часть 1. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2016. – Т.9. – №3. –С. 72-77

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА У МУЖЧИН ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Сенько А.М., Захарченко А.А.

Научный руководитель: Хайдаров В.М.

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

Повреждение ротаторной манжеты – патология, встречающаяся как осложнение в 45-50% случаев вывиха плечевого сустава. Принимая во внимание частоту постановки

диагноза «Травма вращательной манжеты плеча» у мужчин (на 221,1% чаще, чем у женщин), корреляцию с возрастом (группа риска – пациенты старше 50), а также отсутствие четких клинических рекомендаций, данная патология представляет серьезную угрозу.

Цель: Определение абсолютных показаний к оперативному вмешательству у мужчин предпенсионного возраста.

Материалы и методы: в ходе исследования было проанализировано национальное руководство по травматологии под редакцией Г.П. Котельникова и С.П. Мироновой, изучены статьи LiveJournal и Вестника Российского государственного медицинского университета по соответствующим темам, детально разобран автореферат Мажди Захра «Лечение повреждений вращательной манжеты плечевого сустава».

Результаты. Выявлены основные факторы риска : 1. Профессии, хобби, связанные с нагрузкой на плечелопаточное сочленение. 2. Анатомическое строение акромиального отростка. Наибольшая опасность - изогнутый (частота встречаемости 43%) и крючкообразный (частота встречаемости 40%) тип. 3. Преобладание в сухожилиях коллагена 3 и 4 типа. 4. Неправильно сросшиеся переломы, способствующие уменьшению субакромиального пространства.

Основные показания и противопоказания к оперативному лечению.

Выводы. Травма ротаторной манжеты – полиэтиологическое заболевание, требующее строгого контроля у установленной группы риска. Выбор правильной тактики лечения является серьезным решением, принятие которого требует акцентирования внимания на всем комплексе данных анамнеза и клинических проявлений с целью выбора наиболее благоприятного исхода для больного.

Список литературы

1. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова Травматология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
2. Середа А.П. Повреждение вращательной (ротаторной) манжеты плечевого сустава // LiveJournal. - 2014.
3. Мажди Захра Лечение повреждений вращательной манжеты плечевого сустава: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15. - М., 2010.
4. Скороглядов А.В., Аскерко Э.А. Лечение повреждений вращательной манжеты плеча // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2011.
5. Скороглядов А.В., Аскерко Э.А. Лечение частичных повреждений вращательной манжеты плеча с функциональной недостаточностью надостной мышцы // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2011.

ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Собянина П.К., Кудрявцева Е.С., Эргашева Д.В.

Научный руководитель: Боровский С. П.

Тихоокеанский государственный медицинский университет

Статья посвящена проблемам купирования острого воспалительного процесса в желчном пузыре (холецистит). У пациентов с непродолжительным анамнезом и без тяжелых сопутствующих заболеваний методом хирургического лечения является

холецистэктомия, но для больных с высоким операционным риском требуется поиск более рационального подхода к лечению. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС) – миниинвазивное вмешательство, позволяющее у большинства пациентов быстро купировать воспалительный процесс в желчном пузыре.

Материалы и методы. Материалом служили архивные данные ВКБ №2. Методы исследования включали общеклинические лабораторные, рентгенологические, морфологические, статистические методы исследований. Тактика применения чрескожных чреспеченочных эндовезикальных вмешательств у пациентов с острым обтурационным холециститом и высоким операционным риском определялась с помощью расчета коэффициента выбора лечебной тактики. Тяжесть состояния больных определялась по системе комплексной оценки тяжести состояния больных.

Результаты. Всего за период 2014-2019 годов было пролечено 779 больных с острым калькулезным холециститом. Из них 365 подверглись оперативному лечению, у 71 больного из которых в качестве метода использовалась ЧЧХС. Женщин было 437, мужчин 342. Высокий операционный риск обусловлен пожилым возрастом больных, осложнениями основного заболевания и сопутствующими заболеваниями. Из осложнений ЖКБ, острый холецистит сочетался с паравезикальным абсцессом (163 случая), холедохолитиазом (78 случаев), холангитом (76 случаев). К сопутствующим заболеваниям относились артериальная гипертензия (542 случая), ишемическая болезнь сердца (420 случаев), ожирение (398 случаев), сахарный диабет (257 случаев), язвенная болезнь (177 случаев). ЧЧХС проводили под рентгенологическим контролем.

У пациентов подвергшихся ЧЧХС в раннем послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика: снижались и исчезали клинические симптомы, улучшалось общее состояние больного. Отмечалось улучшение лабораторных показателей и результатов УЗИ (более четкие и ровные контуры желчного пузыря, отек исчез). Срок от миниинвазивного вмешательства до восстановления проходимости пузырного протока составил 6,3 дня. У 22 пациентов после купирования воспалительного процесса в желчном пузыре удалось добиться мукоклазии, в результате чего отпала необходимость проведения холецистэктомии как второго этапа хирургического вмешательства. У 34 пациентов после стабилизации состояния и проведения курса терапии, вторым этапом хирургического вмешательства была лапароскопическая холецистэктомия, выполненная через 4-7 месяцев после ЧЧХС. Для 15 пациентов ЧЧХС стала заключительным этапом. Полученные результаты подтверждают эффективность системы комплексной оценки тяжести состояния больных и определения тактики применения чрескожных чреспеченочных эндовезикальных вмешательств у пациентов с острым обтурационным холециститом и высоким операционным риском.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что пациентам с острым обтурационным калькулезным холециститом, имеющим высокий операционный риск, а также при отсутствии эффекта от консервативного лечения и прогрессировании воспалительного процесса показана чрескожная чреспеченочная холецистостомия. Благодаря которой удастся избежать объемного оперативного вмешательства, предотвратить ухудшение соматического статуса, уменьшить частоту летальных исходов, снизить риск послеоперационных осложнений и повысить качество жизни пациента в целом. Использование принципа этапности, тактики применения чрескожной чреспеченочной холецистостомии и санации желчного пузыря позволят снизить частоту осложнений и летальности.

Список литературы

1. Афанасьев А.Н., Глаголев Н.С. Сравнительный анализ УЗ-диагностических декомпрессионных вмешательств при остром обтурационном холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. / А.Н. Афанасьев, Н.С. Глаголев //

Вестник Новгородского государственного медицинского университета им. Ярослава Мудрого. – 2015. – №2. – С.62-67

2. Бородач, В.А. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. / В.А. Бородач, А.В. Бородач. // Хирургия. 2002. - №11. – С.38-41

3. Мусабаев Н.Х, Имантаев Е.М., Ибрагимов Ш.К., Керімше К.Г., Маханова У.Е., Тактика оперативных технологий при остром холецистите. / Н.Х.Мусабаев, Е.М.Имантаев, Ш.К.Ибрагимов, К.Г.Керімше, У.Е.Маханова, // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2015. - №1. - С.248-254

4. Никуленков С. Ю., Щеглов Н. М. Стратегия и тактика хирургического лечения острого холецистита, осложненного поражениями желчных протоков, у больных старше 70 лет. / С. Ю. Никуленков, Н. М. Щеглов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2010. - №4. – С.41-44

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сомов Н.О.

Научный руководитель: Туркин П.Ю.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н. И. Пирогова*

Трофические язвы — это дефекты кожи мягких тканей, которые с трудом заживают. Большинство из них развиваются на фоне варикозного расширения вен, которое приводит к хронической венозной недостаточности. Чаще всего, язвы венозной этиологии локализуются на нижней трети голени. Несмотря на колоссальную работу, проведенную по изучению механизмов возникновения и патогенеза трофических язв, а также большое количество как местных, так и системных методов лечения, включая хирургические, число пациентов с данной патологией не уменьшается, в связи с чем остается актуальным совершенствование существующих методов лечения, а также разработка новых методов лечения и профилактики возникновения трофических язв. Исходя из этого, целью нашего исследования явилось изучение эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) с фотосенсибилизатором гидроксид алюминия трисульфоталлоцианин при лечении трофических язв нижних конечностей венозной этиологии с последующей оценкой качества жизни пациентов по шкале SF-36.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 97 пациентов в возрасте от 35 до 89 лет. Испытуемые были разделены на три группы: 1. Пациенты с трофическими язвами венозной этиологии (варикозная болезнь нижних конечностей) (43 человека). 2. Пациенты с трофическими язвами, вызванными посттромбофлебитической болезнью (39 человек). 3. Пациенты с трофическими язвами смешанной этиологии (15 человек). На язвенную поверхность производилась аппликация раствора фотосенсибилизатора гидроксид алюминия трисульфоталлоцианин с экспозицией на 24 часа. После этого, всем пациентам производилось облучение раневой поверхности низкоинтенсивным лазерным излучением. Проведение лазеротерапии венозных трофических язв проводилось с помощью лазера ЛФТ-02-Биоспек. Были использованы следующие характеристики лазерного облучения: время сеанса составляло 15 мин, мощность 80 Вт, длина волны 630 нм. Количество сеансов равнялось 5. Статистическая обработка полученных данных была осуществлена непараметрическими методами вариационной статистики с помощью программы STATISTICA software (Dell Inc. 2016. Dell Statistica). Рассчитывались среднее

арифметическое (M) и стандартная ошибка среднего (m). Для оценки достоверности различий в зависимости от вида анализируемых использовался критерий t-Стьюдента или критерий χ^2 Пирсона. Различия между величинами считались статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза 95 % и более ($p < 0.05$). Результаты лечения оценивали по следующим характеристикам: интенсивность болевого синдрома, количественные показатели размеров язвы, микробиологическое исследование раневого отделяемого, степень улучшения качества жизни по шкале SF-36. При ФДТ осложнений и аллергических реакций зарегистрировано не было.

Результаты исследования. Применение ФДТ во всех исследуемых группах привело к ускорению очищения язв, снижению болевого синдрома, активации заживления язвенного дефекта. Эффективность ФДТ не зависит от чувствительности патогенных микроорганизмов к антибиотикам, длительности анамнеза и этиологии трофических язв. Стоит отметить, что тенденция к активному закрытию язвенного дефекта наметилась со второй недели лечения. Микробиологическое исследование отделяемого из трофической язвы в конце лечения обозначило положительную динамику. На поверхности язв была выявлена непатогенная и условно-патогенная микрофлора, не превышающая критический уровень обсемененности.

Выводы. Таким образом, ФДТ обеспечивает бактерицидный, обезболивающий, противовоспалительный и биостимулирующий эффект. Учитывая все вышеизложенное, применение ФДТ в комплексном лечении пациентов с трофическими расстройствами различной этиологии является актуальным и перспективным направлением. Комплексное лечение венозных трофических язв с применением ФДТ приводит к стойкому улучшению качества жизни пациентов на физическом, социальном и психологическом уровнях, позволяет уменьшить средний койко день пребывания пациента в стационаре, а также увеличить оборот койки, что приводит к снижению экономических затрат на лечение одного пациента.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО КЛЕЯ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Сусова Е.С., Кирюхина Е.А., Баранова Ю.С.

Научный руководитель: Пшенников Д.С.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

На сегодняшний день двухсторонняя тонзиллэктомия является основным методом лечения хронического тонзиллита [1]. Одним из наиболее частых осложнений тонзиллэктомии является кровотечение [2,3].

Цель: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с хроническим тонзиллитом путем применения гемостатического клея.

Материалы и методы

Исследование проводилось на 148 пациентах с хроническим тонзиллитом, которым была проведена двухсторонняя тонзиллэктомия, среди них 64 с дальнейшим использованием гемостатического клея. В исследовании рассматривалось применение гемостатических клеев: Гемоблок, ЛТК, Сульфакрилат, Гемокомпакт. Оценивались следующие критерии: экономическая доступность, риск развития аллергической реакции, наличие бактерицидного действия, запаха, скорость гемостаза, сравнивалась динамика образования фибриновых пленок на 1,4,7 сутки после тонзиллэктомии. По шкале ВАШ проводилась оценка выраженности болевого синдрома после тонзиллэктомии с применением гемостатического клея и без него. Полученные данные обрабатывались

методами вариационной статистики с помощью лицензионной компьютерной программы Microsoft Excel 2016.

Результаты и их обсуждение

Главным критерием скорости заживления послеоперационной раны является наличие фибринозной пленки в течение 7 суток. При оценке фибринозного налета была выявлена динамика образования фибриновых пленок на 1,4 и 7 сутки после тонзиллэктомии. 1-е сутки: гемоблок, сульфакрилат, гемокомпакт образуют прозрачную пленку, ЛТК имеет белый цвет, что помогает хирургу впоследствии проследить за ее биодеградацией. На 4-е сутки: на месте нанесения сульфакрилата остаются грубые пленки, в то время как другие виды клея имеют на этот момент пленки тонкие и нежные, что способствует более быстрому процессу заживлению. На 7-е сутки: видно практически полное отсутствие пленок после нанесения гемокомпакта и гемоблока, однако, пленки сульфакрилата по – прежнему остаются. При оценке выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, было выявлено снижение степени выраженности болевого синдрома после применения клея, что говорит о его положительном эффекте для пациентов ($p < 0,05$). По данным ЛОР отделения ГБУ РО «ОКБ им. Н.А. Семашко» за 2016-2018 г. было 9 случаев послеоперационного кровотечения, из них 2 с применением гемостатического клея, при этом статистическая разница между разными гемостатическими клеями не выявлена ($p > 0,05$).

Выводы

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что применение гемостатического клея после тонзиллэктомии статистически достоверно снижает вероятность развития кровотечения в послеоперационном периоде, применение медицинского клея снижает степень выраженности болевого синдрома в течение первых 4 суток после оперативного вмешательства, исследуемые виды гемостатического клея имеют приблизительно одинаковый эффект в отношении болевого синдрома и скорости гемостаза.

Список литературы

1. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Руководство по практической оториноларингологии.- М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.-344 с.: ил.
2. Извин А.И. Хронический тонзиллит и паратонзиллярный абсцесс. Тюмень:РИЦ «Айвекс», 2015 г.184 с.
3. Оториноларингология: национальное руководство/под ред. В.Т.Пальчуна.-2-е изд.,перераб. и доп.:М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016.-1024с.

ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФОРЕИ И ЛИМФОКИСТ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Темиргереев М.З., Ньюшко К.М.

Научный руководитель: Ньюшко К. М.

ГБУ Республиканский онкологический диспансер

Одним из основных лечебных методов лечения больных раком предстательной железы (РПЖ) промежуточного, и высокого риска прогрессирования является радикальная простатэктомия. С учетом наличием риска лимфогенного метастазирования у данных групп пациентов, превышающего 5%, обязательным является выполнение

расширенной тазовой лимфаденэктомией (рТЛАЭ). РТЛАЭ – наиболее точный метод стадирования, а по данным ряда авторов, рТЛАЭ может оказывать терапевтический эффект у больных с микрометастазами в регионарных лимфоузлах. Наиболее частыми послеоперационными осложнениями рТЛАЭ являются длительная лимфорея и образование клинически значимых лимфокист. Следствием является более длительное нахождение больного в стационаре, увеличивается количество амбулаторных визитов к врачу, откладывается следующий этап лечения, увеличиваются финансовые затраты.

Цель: предупреждение длительной лимфорей и образования лимфокист. Задачи - оценка длительности, объема и частоты возникновения лимфорей, и лимфокист после радикальной позадилоной простатэктомии с рТЛАЭ с последующим выполнением лапаротомии.

Материалы и методы: в отделении онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России проведен ретроспективный анализ базы данных, включившей 68 больных РПЖ, которым в 2017-2018 гг. была выполнена радикальная простатэктомия с рТЛАЭ. 39 больным (57,4 %) выполнялась стандартная рТЛАЭ, соответственно в 29 (42,6%) случаях дополнительно выполнялась лапаротомия. Методика заключается в рассечении париетальной брюшины выше переходной складки с целью обеспечения возможности реабсорбции лимфы из полости малого таза.

Результаты: в группе больных, которым выполняли рТЛАЭ без лапаротомии в послеоперационном периоде по данным УЗИ у 9 (23,1 %) были выявлены лимфокисты, в 6 случаях выполнили дренирование лимфокист под контролем УЗИ, в 2 случаях выполняли пункцию лимфокисты и эвакуацию содержимого, один пациент оставался под наблюдением, при контрольном обследовании отмечено уменьшение объема и организация лимфокисты. Таким образом, клинически значимые лимфокисты у больных без лапаротомии диагностированы у 8 больных (20,5 %). В группе рТЛАЭ с лапаротомией у 5 больных (17,2 %) в послеоперационном периоде диагностированы лимфокисты, по поводу чего трем пациентам выполнили дренирование под контролем УЗИ, у двух больных лимфокисты не требовали лечебных мероприятий. Клинически значимые лимфокисты у больных с лапаротомией диагностированы у 3 больных (10,3 %). Частота выявления клинически значимых лимфокист в раннем послеоперационном периоде была достоверно ниже в группе больных, которым после рТЛАЭ выполняли лапаротомию ($p=0,023$). В группе больных без лапаротомии средняя длительность лимфорей составила $6,5 \pm 5$ дней (2 - 20 дней, медиана 6 дней). В группе рТЛАЭ с лапаротомией средняя длительность лимфорей составила $3,75 \pm 1,5$ дней (1 – 7 дней, медиана 3,5 дня), из анализа исключены пациенты с дренированием лимфокист, при статистическом анализе различия оказались достоверными ($p=0,031$).

Выводы: выполнение лапаротомии посредством рассечения париетальной брюшины у больных РПЖ, которым выполняют простатэктомию с рТЛАЭ достоверно позволяет снизить частоту развития лимфокист, а также уменьшить длительность лимфорей.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ И СПОСОБЫ ЕГО ПРОВЕДЕНИЯ

Токарева Д.В.

Научный руководитель: Миненко К. С.

Оренбургский государственный медицинский университет

Как известно под синдромом диабетической стопы (СДС) понимаются патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла костно - суставного аппарата стопы, представляющие непосредственную угрозу развития язвенно - некротических поражений и гангрены стопы. Присоединение гнойно – некротических процессов на фоне СДС приводит к ампутации в 50 – 75% случаев. Лечение больных с СДС является реализацией комплексного подхода, который объединяет работу специалистов различных профилей: эндокринолога, хирурга (сосудистая и гнойная хирургия), ортопеда (подиатра), психолога, терапевта, анестезиолога – реаниматолога, а также среднего медицинского персонала [1].

Цель. Выявить показания, определяющие хирургическое лечение СДС, рассмотреть виды и способы проведения хирургического лечения пациентов.

Материалы и методы. На базе «Оренбургская РБ», города Оренбурга, было проведено исследование. В ходе исследования отбирались пациенты с наличием следующих признаков в анамнезе: СД 1 и 2 типов, СДС, ампутация на фоне СДС.

Результаты. Было проведено исследование и анализ историй болезней 50 больных, в возрасте от 19 до 82 лет, из них 9 пациентов с СДС, 2 пациента с ампутацией на фоне СДС. 4 пациентам, из 9 с СДС, требовалось хирургическое лечение (флегмона пальцев стопы, трофическая язва подошвы, влажная гангрена всей стопы, сухая гангрена дистальной части стопы).

Для определения показаний к хирургическому лечению проводилась оценка состояния пациентов, которая включала в себя ангиографию, компьютерную томографию, рентгеновскую, ультразвуковую и лабораторную диагностику. На протяжении этапа диагностики и определения показаний проводилась коррекция углеводного обмена эндокринологом.

Таким образом были определены показания со стороны кожного покрова (гнойно-некротические процессы на различных уровнях) и сосудистого русла конечностей (ишемия ПБ степени при наличии возможности выполнения стандартной реконструктивной операции по сосудистому статусу; неэффективность консервативной терапии у больных с критической ишемией). Показаниями к ангиохирургическому вмешательству (баллонная ангиопластика, баллонная ангиопластика со стентированием, гибридные операции) являлись гемодинамически значимые ($>85\%$) стенозы и/или окклюзии артерий нижних конечностей [2]. При наличии гнойно – некротического очага должна быть выполнена его первичная санация.

С наличием гнойно – некротических процессов пациентам выполнялись радикальные хирургические операции с одномоментным закрытием послеоперационной раны, если одномоментная операция была невозможна, а также появлялись повторные некрозы или возникал риск их появления, выполнялись этапные хирургические обработки с использованием различных способов, с целью подготовки раны к закрытию: ультразвуковая кавитация, вакуумирование и озонирование [1].

Экономные операции, после соответствующего консервативного лечения и появления линии демаркации, сводились к экзартикуляции пальца и резекции проксимальной части соответствующей плюсневой кости. У пациентов с развившейся флегмоной пальцев стопы производилась некрсеквестрэктомия, а при необходимости и экзартикуляция пальца с обязательной резекцией головки плюсневой кости.

Пациенту с влажной гангреной всей стопы выполнялась ампутация на уровне голени с интраоперационной ультразвуковой кавитацией и последующей сосудистой реконструкцией. Напротив, у пациента с диагностированной сухой гангреной, вначале выполнялась реваскуляризация артерий, а последующим этапом осуществлялась ампутация с этапным закрытием кожного дефекта – трансметатарсальная ампутация стопы [3].

Выводы. Своевременное адекватное оперативное лечение больных с СДС в настоящее время связывают с предельно возможным сохранением опорной функции пораженной конечности, при этом наиболее сложными являются случаи смешанной формы СДС и на фоне различных сопутствующих заболеваний. Становится очевидно, что применение хирургического лечения всегда должно сопровождаться с адекватным и комплексным консервативным лечение. В превалирующем большинстве случаев, это позволяет добиться отграничения некрозов, восстановления части пораженных тканей, что дает возможность, в последующем, использовать сохраненные ткани для восстановительных операций.

Необходимо заметить, что хирургическое лечение СДС проводится в течение 3 дней после выполнения реваскуляризации артерий и восстановлении кровотока при наличии дистальных некротических поражениях, что обусловлено тем, что такое вмешательство имеет большую вероятность успешного исхода.

Представляется также актуальным и дальнейший поиск органосохраняющего хирургического лечения СДС на основе топографо – анатомических особенностей поражения у пациентов с сахарным диабетом различных типов.

Список литературы

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М., 2013. – 120 с.
2. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения/ Под ред. И.И.Дедова, М.В. Шестаковой. – М., 2011. – 477 с.
3. Лечение синдрома диабетической стопы: Учебное пособие для слушателей подготовки врачей, врачей-интернов и системы послевузовской подготовки по специальности «Хирургия»/Б.В. Рисман—СПб.: «Онли-Пресс», 2016.—76 с.

ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Турлуев А.С., Ирасханов А.Ш., Абдурашидов А.М.

Научный руководитель: Беслекоев У.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Проблема лечения паховых грыж остается одной из актуальных в неотложной хирургии. Паховые грыжи составляют 75% всех грыж. Среди больных с паховыми грыжами на долю мужчин приходится 90-97%. Паховая грыжа представляет собой патологическое выпячивание брюшины в полость пахового канала. Грыжесечение – наиболее часто выполняемое оперативное вмешательство в ургентной хирургии. При этом классическое хирургическое лечение сопровождается высокой частотой рецидивов, длительными сроками временной нетрудоспособности и значительными расходами.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов лечения паховых грыж различными методами на примере пациентов отделения хирургии КБ СОГМА.

Материалы и методы. В ретроспективном анализе были изучены результаты лечения 154 пациентов, проходивших лечение по поводу паховых грыж в КБ СОГМА в 2016-2019 гг. **Результаты исследования.** За период с 2016 года по 2019 год было прооперировано 154 больных по поводу паховых грыж, из них мужчины составляют 118 человек (76,7 %), женщины – 36 (23,3%). Возраст пациентов от 24 до 82 лет. Средний возраст – 53 года. От общего числа проведенных операций по поводу паховых грыж на долю правосторонних паховых грыж приходится 96 операций (62,3% от общего числа всех операций по поводу паховых грыж): на прямые паховые грыжи – 76 операций (79% от общего числа правосторонних паховых грыж), косые – 9 (9,3%), пахово-мошоночные – 11 (11,6%). При этом ущемление наблюдалось в 20 случаев (20,9% от общего числа правосторонних паховых грыж), рецидивов – 9 (9,3%), вправимых грыж – 18 (18,6%). На долю левосторонних паховых грыж приходится 52 операций (33,3%): на прямые паховые грыжи приходится 13 операций (82,6%) от общего числа всех левосторонних паховых грыж, косые – 7 (13%), пахово-мошоночные – 2 (4,3%). Случаев ущемления при левосторонних грыжах 11 (21,7% от общего числа левосторонних паховых грыж), рецидивов – 5 (8,7%), вправимых грыж – 6 (13%). На долю двусторонних паховых грыж приходится 7 случаев (4,3% от общего числа всех паховых грыж). Правильный диагноз на догоспитальном этапе удалось установить у 86% больных. Физикальные методы исследования дополнялись рутинными дополнительными методами обследования (Ультразвуковое исследование органов малого таза). Пациентам производилось грыжесечение с пластикой пахового канала по Лихтенштейну – 120 операций (78,3% от общего числа всех операций), грыжесечение с пластикой задней стенки пахового канала по Бассини – 17 операций (10,8%), грыжесечение с использованием аллотрансплантата – 12 (7,7%), грыжесечение с пластикой пахового канала по Шолдайсу – 5 (3,2%). Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средний койко-день – 8 дней.

Выводы. Полученные результаты лечения больных с паховыми грыжами показывают, что наиболее эффективными и распространенными методами лечения являются грыжесечение с пластикой пахового канала по Лихтенштейну (78,5%) и Бассини (10,7%), так как они позволяют не только укрепить разрушенные структуры пахового канала, но и в какой-то мере восстановить клапанную функцию структур, образующих паховый промежуток.

Список литературы

1. Егиев Н.В., Чижев Д.В., Рудаков М.Н. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах// Хирургия 2000. - №1. – С. 19-21.
2. Яковлев А.В., Петрушко С.И. Современные методы лечения паховых грыж// Сибирское медицинское обозрение 2009. С. 18-24.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Узун Ф.Ф.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Целью данной работы является изучение преимуществ и недостатков лапароскопического метода лечения прободной язвы. Перфорация язвы является одним из самых опасных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии. Прободение язвы встречается у 12% больных, страдающих язвенной болезнью желудка или двенадцатиперстной кишки. Высока вероятность летального исхода (на 100 тысяч

населения приходится 8-12 операций, летальность при них составляет 6-13%, а при перитонизации вероятность летального исхода приближается к 100%).

Материал и методы: за основу исследования взяты истории болезней 126 пациентов (68 мужчин и 58 женщин), которые поступили в ургентном порядке в хирургические отделения города Донецка с диагнозом прободение язвы.

Результаты и обсуждение: срединная лапаротомия была проведена в 59% случаев, а лапароскопическая операция была выполнена у 52 человек (41%), т.к. у данных пациентов присутствовали необходимые показания для проведения лапароскопического вмешательства: месторасположение перфорации на передней стенке двенадцатиперстной кишки или желудка, размер отверстия не более 9-11 мм, отсутствие признаков перитонита, а также данные пациенты были госпитализированы в течение 12 часов от начала заболевания. В остальных случаях, при которых проводилась срединная лапаротомия, имелись противопоказания для проведения данного вида вмешательства: слишком большой размер дефекта и труднодоступное расположение отверстия у 23% больных, гемодинамическая нестабильность (систолическое артериальное давление меньше 90-100 мм. рт. ст.) у 42% пациентов, а также наличие сопутствующих заболеваний у 35% поступивших. В большинстве случаев (94%) при лапароскопии проводилось ушивание прободного отверстия. В 6% случаев проводилось иссечение прободного отверстия.

Послеоперационные осложнения при лапароскопическом вмешательстве наблюдались у 4 пациентов (7,7%), при верхнесрединной лапаротомии у 12 больных (16%), частота развития инфекции в ране составила 0% при лапароскопическом доступе и 19% при проведении лапаротомии, летальность при проведении лапароскопии составила 3,8%, тогда как при лапаротомии этот показатель составил 8%.

Также после проведения лапароскопических вмешательств срок пребывания в стационаре составил 6-7 дней, тогда как при верхнесрединной лапаротомии срок нахождения в стационаре составил 9-12 дней.

Выводы: малоинвазивные оперативные вмешательства являются одним из самых перспективных направлений в современной хирургии, данные методы имеют свои преимущества и недостатки. Исходя из вышеперечисленных данных к преимуществам лапароскопических вмешательств можно отнести: небольшой разрез в сравнении с классической операцией, отсутствие рубцов, минимальная кровопотеря, уменьшения болевого синдрома у пациентов, минимизация послеоперационных осложнений, уменьшение сроков нахождения больных в стационаре, а также более низкая летальность. Недостатками данного способа оперативного лечения являются: невозможность проведения вмешательства при труднодоступном расположении дефекта, при большом диаметре прободного отверстия, при подозрении на малигнизацию язвы, а также одним из самых серьезных недостатков является отсутствие тактильного восприятия ткани хирургом (невозможно судить о силе, которую прилагают к ткани, что может приводить к возникновению различных осложнений).

Список литературы

1. Рутенбург Г.М., Пузаков С.Ю., Богданов Д.Ю. Диагностическая лапароскопия при травмах живота и критических состояниях//Эндоскопическая хирургия. – 2012. – №4. – С. 39-42.
2. Сорока А.К. Рациональная диагностика и варианты лечения перфоративной пилорoduоденальной язвы у лиц молодого возраста//Эндоскопическая хирургия. – 2013. – №3. – С. 3-7
3. Шаповольянц С.Г., Ларичев С.Е., Тимофеев М.Е. Лапароскопические вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости//Эндоскопическая хирургия. – 2013. – №4. – С. 3-8.

СПОСОБ НАНЕСЕНИЯ КОЛЛАГЕНОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ПОКРЫТИЯ НА ЭНДОПРОТЕЗ

Ушанов А.А., Денисенко А.И., Пешехонов Д.С.

Научный руководитель: Обьедков Е.Г.

Курский государственный медицинский университет

Вопрос возникновения и лечения послеоперационных вентральных грыж изучен довольно подробно, на сегодняшний день не существует гарантированно эффективного метода их предупреждения. Статистические данные свидетельствуют о том, что послеоперационные вентральные грыжи после лапаротомных операций возникают у 3-4% пациентов по всему миру [1]. В отдельных же группах пациентов частота такого осложнения достигает 60%, а среди общего количества оперированных вентральных грыж достигает даже 79% [6].

Одновременно с этим, имеется проблема роста частоты послеоперационных раневых осложнений, что связано с несовершенностью сетчатых эндопротезов и материалов, из которых они изготавливаются [3].

Так как материал из которого изготавливается герниоэндопротезы является чужеродным для организма, то в зоне имплантации возникает локальное асептическое воспаление, препятствующее процессу нормального заживления послеоперационной раны и надежной фиксации импланта.

В этой связи перспективным видится нанесение на эндопротез лекарственных веществ, способных подавлять экссудативную фазу воспалительной реакции, ускорять наступление пролиферативной фазы, улучшать процессы коллагенообразования. С достижением таких результатов можно получить гарантированно меньшую частоту как послеоперационных осложнений по поводу лапаротомного доступа, так и частоту послеоперационных вентральных грыж [4, 7].

Необходимо отметить, что активная работа в этом направлении ведется уже довольно давно. Существует множество способов нанесения различных лекарственных средств на герниоэндопротез, но их отличает сложность технического процесса, а также высокая себестоимость. По этой причине сохраняется актуальность разработки и внедрения новых способов закрепления на поверхности эндопротеза стимулирующего процесс заживления покрытия [2].

Материалы и методы. Авторами предлагается новый способ нанесения коллагенстимулирующего покрытия, компонентами которого служат препарат «Солкосерил» (MEDA Pharmaceuticals Switzerland GmbH, Швейцария), представляющий из себя депротеинизированный диализат из крови здоровых молочных телят, в форме раствора, в объеме 98 мл раствора, а также 2 мг сухого вещества метилцеллюлозы. Был применен следующий метод изготовления: в асептических условиях в стерильной емкости в 98 мл раствора Солкосерил для инъекций растворили 2,0 грамма метилцеллюлозы, перемешивали до полного растворения и получения однородной массы. Приготовленный раствор помещаем в холодильную камеру с температурой 4оС на 24 часа. После извлечения из холодильной камеры приготовленную массу гомогенизировали и переливали в стерильную чашку Петри и оставили на 2 часа в шкафу с температурой 20оС для аэрации раствора. По истечению двух часов извлекали чашку Петри из шкафа и погрузили приготовленный раствор эндопротез для пластики передней брюшной стенки на 60 минут. С целью иммобилизации покрытия, извлекали эндопротез и высушивали его на воздухе при температуре 20оС в течении 5 часов. Такие манипуляции обеспечили надежную фиксацию покрытия на эндопротезе и позволили использовать его после стерилизации.

Результаты и обсуждение. Опытным путем установлено, что указанные пропорция смешиваемых конкретных компонент, температурные режимы при подготовке вещества,

время выдержки эндопротеза в веществе и сушки эндопротеза после нанесения на него вещества являются оптимальными, так как изменение указанных условий отрицательным образом влияет на вязкость вещества и способность его проникновения в структуру эндопротеза.

Выводы. Предлагаемый нами способ дает возможность без существенных материальных затрат получить желаемый результат – равномерно нанесенный на поверхность импланта слой вещества, обеспечивающего стимуляцию роста коллагена и ускоренного в сравнении с имплантом без нанесения подобного вещества образования соединительной ткани. Также важным плюсом является отсутствие необходимости в высокотехнологичном оборудовании для выполнения такого процесса.

Список литературы

1. Алишев, О.Т. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж / О.Т. Алишев, Р.Ш. Шаймарданов // Практическая медицина. – 2013. – №2. – С. 16-21.
2. С.В. Иванов. Влияние оротата калия на неоколлагеногенез при имплантации полипропиленового эндопротеза и эндопротеза из полипропилена с полимолочной кислотой в эксперименте / Иванов С.В., Лазаренко В.А., Иванов И.С., Парфенов И.П., Цуканов А.В., Тарабрин Д.В., Обьедков Е.Г. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2017. – № 3. – С. 50-54.
3. С.В. Иванов. Влияние витамина С на динамику соотношения коллагена I и III типов в области имплантации герниопротеза у мышей / Иванов С.В., Иванов И.С., Цуканов А.В., Гафаров Г.Н., Обьедков Е.Г. // Цитология. – 2016. – № 9. – С. 714-719.
4. С. В. Иванов. Экспериментальная коррекция коллагеногенеза при использовании герниопротезов / Иванов С.В., Иванов И.С., Розберг Е.П., Тарабрин Д.В., Обьедков Е.Г. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 4. – С. 16-19.
5. В.А. Лазаренко. Морфологические изменения в области имплантации эндопротеза «Parietene Progrid» в зависимости от использования препарата «Солкосерил» / Лазаренко В.А., Иванов С.В., Иванов И.С., Парфенов И.П., Горяинова Г.Н., Цуканов А.В., Иванова И.А., Обьедков Е.Г. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – № 3. – С. 74-80.
6. В.А. Лазаренко. Исследование неоколлагеногенеза в области имплантации эндопротеза «Parietene Progrid» в зависимости от использования препарата «Солкосерил» / Лазаренко В.А., Иванов С.В., Иванов И.С., Парфенов И.П., Горяинова Г.Н., Пашина Н.Р., Никишина Е.И., Иванов А.В., Обьедков Е.Г. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2016. – № 4. – С. 70-76.
7. Köhler, G. Median incisional hernias and coexisting parastomal hernias: new surgical strategies and an algorithm for simultaneous repair / G. Köhler // Der Chirurg. –2014. – vol. 85. – no. 8. – p. 697-704.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Хомутова Л. В., Пилипенко Н.В., Холопова Н. В.

Научный руководитель: Байчоров Х.М.

Ставропольский государственный медицинский университет

Современным направлением развития хирургии является снижение инвазивности и травматичности оперативных доступов. Важное значение данной тенденции связано с возрастанием числа больных острой патологией, увеличением частоты осложнённых форм заболеваний и необходимостью дальнейших результатов лечения.

Разумное и практичное применение лапароскопической методики возможно при выполнении организационных и лечебных позиций, которые составляют программу и создают систему оказания неотложной хирургической помощи с использованием новейших технологий.

Цель исследования: усовершенствовать диагностику и результаты хирургического лечения с использованием лапароскопической методики при часто встречающихся острых хирургических заболеваниях живота.

Материалы и методы. В исследование было включено 425 больных с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Прооперировано 162 больных из которых: контрольную группу составили 118 пациентов (28%) оперированных традиционно; опытная группа - 44 (10%) лапароскопически оперированных пациентов. Консервативное лечение получали 263 (62%) больных.

Все больные были прооперированы в срочном порядке. Операции проводились с использованием эндовидеохирургического оборудования фирм «KARL STORZ» (Германия).

Организационные и технические аспекты неотложной эндовидеохирургии: доля лапароскопических вмешательств в хирургическом отделении за последние 5 лет увеличивается; высокая эффективность неотложной эндовидеохирургической помощи связана с работой в круглосуточном режиме; основные интраоперационные осложнения: кровотечения и повреждения органов, возникали в момент освоения методики.

Результаты. Лапароскопия с целью диагностики была проведена врачами у 8 больных, что в совокупности даёт 20.0 % от всех поступивших людей с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости.

Показаниями к ней являлись: подозрение на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости (43,2%), тупая травма живота (29,67%), проникающие ранения живота (13,27%), подозрение на внутрибрюшное кровотечение (13,27%).

Сравнивая операции проведённые лапароскопическим и традиционным методом можно отметить следующее, что средний койко-день для больных, перенёсших лапароскопию составил 7 ± 1 день, прооперированных традиционно - 10 ± 1 день. У больных с послеоперационными осложнениями средний койко-день увеличился, так у пациентов, прооперированных лапароскопически он составил 10 ± 1 день, после традиционных операций — 18 ± 1 день.

Закключение. Использование принципов лапароскопии, при оказании неотложной хирургической помощи, даёт возможность усовершенствовать как результаты лечения хирургических больных с остро возникшими заболеваниями органов брюшной полости, так и снизить количество возникших осложнений, и как следствие снизить койко-день пребывания больных в стационаре, что в конечном итоге ведет к снижению стоимости лечения больных.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Цымбалюк В.В., Шматько И.А., Милицкая М.А.

Курский государственный медицинский университет

Механическая желтуха это ведущий синдром, выявляющийся у больных желчно-каменной болезнью, острым калькулезным холециститом [3]. Подпеченочная желтуха тесно связана с развитием холестаза, и поэтому необходимо своевременно устранить причину его возникновения (обтурацию желчных ходов конкрементом, сдавление желчных путей опухолью и др.), для предотвращения серьезных осложнений, таких как печеночная недостаточность, холангит [1,2]. Это и определяет актуальность исследования.

Цель работы: сравнить качество жизни пациентов с механической желтухой различного генеза.

Материалы и методы. На базе ОБУЗ ГКБ СМП было проведено анкетирование 60 больных механической желтухой различного генеза, 10 мужчин и 50 женщин, из которых было сформировано 2 группы пациентов. Первую группу составили больные механической желтухой, раком желчных путей. Вторую группу составили больные механической желтухой, ЖКБ, холангитом. Анкетирование проводилось с помощью опросника SF-36. Статистический анализ проводили с помощью программы StatSoft Statistica 8.0.

Результаты и обсуждение. Распределение пациентов по полу: в обеих группах преобладают женщины (73,33%), мужчины же составляют 16,67%. В первой группе больных количество пациентов молодого возраста составило 16,67%, среднего возраста 23,33%, пожилого возраста 46,67%, старческого возраста 13,33%. Во второй группе доля пациентов среднего возраста 13,33%, пожилого возраста 60%, старческого возраста 23,33%, долгожителей 3,33%.

Из этого можно сделать вывод о том, что в первой группе преобладают пациенты пожилого и среднего возрастов. Во второй группе преобладают больные пожилого и старческого возрастов.

Для оценки качества жизни больных применялся опросник SF-36. Показатели: физическое функционирование в первой группе составлял $55,31 \pm 4,99$. Во второй группе $59,69 \pm 3,75$.

Рольное физическое функционирование $42,18 \pm 4,92$ и $42,19 \pm 3,21$, в первой и второй группах соответственно.

Интенсивность боли $16,93 \pm 2,3$ и $51,56 \pm 2,06$, в первой и второй группах соответственно.

Общее состояние здоровья $44,5 \pm 2,78$ и $53,81 \pm 3,17$ в первой и второй группах соответственно.

Жизненная активность $49,06 \pm 3,04$ и $51,88 \pm 1,59$

Социальное функционирование $50 \pm 3,53$ и $59,38 \pm 2,83$ в первой и второй группах соответственно.

Рольное эмоциональное функционирование $36,2 \pm 4,72$ и $62,50 \pm 4,37$ в первой и второй группах соответственно.

Психическое здоровье $35,70 \pm 1,50$ и $40,64 \pm 1,17$ в первой и второй группах соответственно.

Физический компонент здоровья $37,05 \pm 1,02$ и $40,38 \pm 0,67$ в первой и второй группах соответственно.

Психологический компонент здоровья $42,25 \pm 2,59$ и $44,25 \pm 1,42$ в первой и второй группах соответственно.

Из этого следует, что качество жизни больных во второй группе лучше, чем в первой группе, как и по физическому компоненту здоровья, так и по психологическому.

Показатель ролевого эмоционального функционирования выше значительно выше у пациентов второй группы, чем у пациентов первой группы.

Выводы. Качество жизни больных у пациентов с ЖКБ, холангитом, осложненных механической желтухой выше, эти пациенты более социально активны по сравнению с больными раком желчных путей, осложненным механической желтухой.

Список литературы

1. Балашов, Г.В. Современные методы диагностики и лечения механической желтухи / Г.В. Балашов, // Клиническая хирургия. – 2013. – № 4. – С. 30-32.
2. Лазаренко, В.А., Антонов, А.Е. Роль факторов риска в развитии острого и хронического холецистита и холелитиаза / В.А. Лазаренко, А.Е. Антонов // Сеченовский вестник. – 2016. – №4 (26). – С. 31-36.
3. Савельев, В.С. Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой / В.С. Савельев // Хирургия. 2015. – №1. – С. 23-25.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «КОЛЛОСТ» И МОНООКСИД АЗОТА-СОДЕРЖАЩИХ ПЛАЗМЕННЫХ ПОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФОРМ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Чудин В.В., Полапин И.А.

Научный руководитель: Печёнкин Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Целью настоящей работы стало создание эффективного метода лечения гнойно-некротических форм синдрома диабетической стопы с использованием монооксид азота-содержащего плазменного потока из аппарата «Плазон» и местного применения в ране биопластического материала «Коллост». Необходимо было в ходе исследования оценить эффективность предложенных методик лечения инфицированных форм синдрома диабетической стопы у больных обоего пола и различного возраста с максимальным сохранением конечности и скорейшим заживлением послеоперационных ран стопы, ускорением регенерации тканей и закрытием пластического дефекта ран. Использовалась клиническая база хирургического отделения «диабетическая стопа» ГБУЗ СК «Городской клинической больницы №3» г. Ставрополя.

Материал и методы. Исследовано 120 больных в возрасте от 38 до 82 лет (76 женщин и 44 мужчин) с гнойно-некротической формой синдрома диабетической стопы без критической ишемии за период 2016-2018 г.г. Из них сахарный диабет I типа был у 52 пациентов, сахарный диабет II типа у 68 пациентов. Контрольная группа составила 60 человек, которым проводилось стандартное лечение инфицированных форм синдрома диабетической стопы согласно протоколу клинических рекомендаций [1,2]. Основной группе (60 пациентов) помимо стандартного лечения, локально на область инфицированной раны после некрэктомий и выполнения малых операций удаления пальцев стоп, резекций стоп на перевязках проводилась обработка монооксид азота-содержащего плазменными потоками аппаратом «Плазон». Воздействие плазмой проводилось в терапевтическом режиме с экспозицией 60 секунд на 1см² с расстояния 5-6 см. ежедневно до 10 сеансов. Проводимое плазменное воздействие на рану, значительно ускоряло процесс заживления ран и позволяло подготовить рану к пластическому закрытию. После очищения ран и с появлением грануляций на 10-12 сутки в рану фиксировался биопластический материал «Коллост» в виде биомембраны и накладывалась влажная асептическая повязка.

Интенсивность процессов заживления в ране определялась путем оценки ряда показателей: ежесуточного мониторинга температурных показателей кожных покровов, оценки динамических показателей болевого синдрома, изменения динамики отёчности тканей вокруг язвенно-некротического дефекта, количественных показателей отделяемого из раневого дефекта, а также скоростью появления в ране грануляционной ткани, микробный пейзаж раны.

Обработка статистических данных осуществлялась с использованием статистических компьютерных программ «IBM®SPSS® Statistics 21» и Microsoft Office® Excel® 2010.

Результаты и обсуждение. Действие на воспалённые ткани монооксид азота-содержащего плазменного потока многообразно и эффективно. При этом осуществляется многостороннее лечебное воздействие: антибактериальное, устраняет воспаление и отёк мягких тканей, активизирует микроциркуляцию, усиливает кровоснабжение нижних конечностей, в разы ускоряет заживление инфицированных ран, оказывает выраженную регенеративную активность [4].

Биопластический материал «Коллост» представляет собой матрицу для направленной тканевой регенерации, что позволяет использовать его с целью активизации синтеза собственного коллагена. «Коллост» не просто восстанавливает утраченный кожей коллаген, а способствует активной выработке организмом собственного коллагена и активной регенерации тканей с механическим заполнением раны. В месте установки биомембраны «Коллост» в ране начинают формироваться собственные коллагеновые волокна, в результате чего формируется полноценная ткань [3].

Применение монооксид азота-содержащего плазменного потока из аппарата «Плазон» и местного применения в ране биопластического материала «Коллост» в комплексном лечении инфицированных форм синдрома диабетической стопы в сравнении с контрольной группой способствовало раннему заживлению ран в 1,8 раз. При этом, купированию перифокального воспаления на 4-6 сутки, очищению ран от некротических тканей на 2-3 сутки раньше по сравнению с контрольной группой. Отмечалось в основной группе ускорение процессов пролиферации в ранах, появление грануляций на 4-5 сутки, начало эпителизации на 6-7 сутки. Использование биомембран «Коллост» способствовало раннему заживлению ран с формированием полноценных покровных тканей.

Выводы. В процессе комплексного лечения инфицированных ран синдрома диабетической стопы после малых операций применение методик лечения монооксид азота-содержащими плазменными потоками и локально в рану установленным биопластическим материалом «Коллост» даёт наилучший результат лечения. При этом отмечается выраженный бактерицидный, противоотёчный и эффект ранней регенерации тканей и активного заживления ран. Предложенный метод позволяет быстро и эффективно купировать воспалительный процесс в ране, ускорить в 1,8 раз заживление обширных инфицированных ран диабетических стоп с формированием полноценных покровных тканей по сравнению со стандартным лечением.

Список литературы

1. Анциферов, М.Б., Комелягина Е.Ю. Синдром диабетической стопы. Диагностика, лечение и профилактика / М.Б. Анциферов, Е.Ю. Комелягина –М.: Медицинское информационное агентство, 2013.–304 с.
2. Дедов, И.И., Токмакова А.Ю., Егорова Д.Н., Галстян Г.Р. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы. Москва, 2014 г. Утверждены на II Всерос. конгрессе с участием стран СНГ «Инновационные технологии в эндокринологии» (25–28 мая 2014 г.)

3. Корейба, К.А. Биопластические материалы на основе нативного коллагена I типа при лечении больных с синдромом диабетической стопы / К.А. Корейба, А.Р. Минабутдинов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.—2014.—№10.—С.83-87.
4. Суздальцев, И.В. Результаты и качество жизни пациентов с осложнёнными формами синдрома диабетической стопы после проведённого комплексного лечения с применением экзогенного монооксида азота. / И.В. Суздальцев, Е.В. Печёнкин, И.А. Полапин // Современные проблемы науки и образования.—2016.—№2.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНЫХ ТАКТИК У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Шахназарян Н.Г., Шахназарян А.М.

Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер

Оперативные вмешательства, предпринимаемые на фоне механической желтухи (МЖ), у большинства больных не могут быть выполнены радикально и сопровождаются развитием послеоперационных осложнений в 47-68% случаев и летальности в 10,4-40% [1, 3, 4]. Широкое распространение в лечении таких пациентов получила двухэтапная тактика: на первом этапе проводится декомпрессия желчных протоков, на втором – паллиативное или радикальное хирургические вмешательства [4]. Подобная тактика позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений на 17,0%, а летальности до 2,8% [2, 5].

Целью работы явился сравнительный анализ разных лечебных тактик у больных МЖ.

Материалы и методы. Пациенты с синдромом механической желтухи разделены на 3 группы, которым выполнялись различные виды лечения: первой группе больных проводилась билиарная декомпрессия миниинвазивным методом, второй - дренирование желчевыводящих путей лапаротомным доступом и третьей группе пациентов применён двухэтапный метод лечения.

В 1-ой группе было 53 больных. У 29 (54,7%) пациентов причиной МЖ были доброкачественные заболевания органов билиопанкреатодуоденальной зоны (ЗО БПДЗ), у 24 (45,3%) - злокачественные. Средний возраст пациентов составил $61 \pm 2,4$ год.

Во 2-ой группе пациентов наблюдалось 33 больных, из них у 26 (78,8%) были доброкачественные ЗО БПДЗ, у 7 (21,2%) - злокачественные. Средний возраст пациентов - $65 \pm 2,1$ лет.

Двухэтапная тактика лечения МЖ использована в 3-ей группе у 49 больных, из них у 34 (69,4%) причиной механической желтухи были доброкачественные ЗО БПДЗ, у 15 (30,6%) - злокачественные. Средний возраст пациентов составил $64 \pm 1,2$ года.

Результаты. В 1-ой группе больных при поступлении в стационар степень тяжести МЖ по Э.И. Гальперину [2] составила в среднем 12,6 баллов (тяжелая). На 3-4 сутки после госпитализации 47 (88,7%) больным выполнялось чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под контролем УЗИ, 6 (11,3%) – желчного пузыря. После хирургического вмешательства возникли 2 (3,7%) осложнения в виде разлитого желчного перитонита и миграции желчного дренажа.

При выписке больных данной группы среднее значение общего билирубина было $102,7 \pm 4,2$ мкмоль/л, прямого – $92,4 \pm 3,8$ мкмоль/л. Степень тяжести МЖ составила в среднем 7,1 баллов. Среднее пребывание больных в стационаре - 11 койко-дней.

Во 2-ой группе пациентов степень тяжести МЖ при поступлении в стационар составила в среднем 11,7 балла (тяжелая). В 19 (57,6%) случаях выполнялось

лапаротомное дренирование желчевыводящих протоков по Керу, в 7 (21,2%) – по Вишневскому, в 4 (12,1%) - по Холстеду, в 3 (9,1%) случаях выполнена холецистостомия. Послеоперационный период осложнился у 4 (12,1%) больных. Местные осложнения возникли у 2 (6,1%) пациентов в виде сером послеоперационных ран, в 1 (3,0%) случае в результате развития раневой инфекции произошло нагноение операционной раны, у 1 (3,0%) пациента послеоперационный период осложнился профузным кишечным кровотечением.

При выписке из стационара среднее значение общего билирубина крови составило $131,9 \pm 2,4$ мкмоль/л, прямого билирубина – $93,7 \pm 2,8$ мкмоль/л. Степень тяжести МЖ в день выписки у больных составила в среднем 7,3 балла. Среднее пребывание в стационаре - 20 койко-дней.

В 3-ой группе больных степень тяжести МЖ при поступлении в стационар составила в среднем 11,1 баллов (тяжелая). На первом этапе лечения проводилась декомпрессия желчных путей разными способами: в 47 (95,9%) случаях выполнялось билиарное дренирование миниинвазивным методом, в 2 (4,1%) – традиционным хирургическим доступом. На первом этапе лечения послеоперационный период осложнился у 1 (2,0%) больного в виде разлитого желчного перитонита после выполненного дренирования желчных путей под контролем УЗИ.

При выписке из стационара больным рекомендована явка на второй этап лечения при снижении уровня билирубина крови до 60-70 мкмоль/л. Временной промежуток между первым и вторым этапом лечения составил $4 \pm 1,4$ недели.

На втором этапе лечения выполнялись различные оперативные вмешательства: у 9 (45%) пациентов - панкреатодуоденальные резекции, у 5 (25%) - холедоходуоденостомии по Юрашу-Виноградову, у 4 (20%) - холецистоэнтеростомии на выключенной петле тонкой кишки по Ру, у 2 (10%) - гепатикоеюностомии на выключенной петле тонкой кишки по Ру.

В послеоперационном периоде возникло 1 (2,0%) осложнение в виде несостоятельности холецистоэнтероанастомоза. Больные 3-ей группы выписаны в удовлетворительном состоянии со средним показателем билирубина крови $29,92$ мкмоль/л.

Закключение. Приведенный анализ лечения пациентов с МЖ показывает преимущества двухэтапного подхода. Установлено, что применение двухэтапной хирургической тактики сопровождается достоверно меньшим уровнем послеоперационных осложнений (2,0%), по сравнению с тактиками лечения в 1-ой (3,7%) и 2-ой (12,1%) группах. При этом явными преимуществами обладают малоинвазивные чрескожные чреспеченочные методы желчеотведения.

Список литературы

1. Баранников, А.Ю. Актуальные проблемы хирургического лечения заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной области / А.Ю. Баранников, В.Д. Сахно // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. - №25(1). – С. 143-154.
2. Гальперин, Э.И. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин, О.Н. Момунова // Хирургия. – 2014. - №1. – С.5-9.
3. Кошевский, П.П. Инфекционные осложнения у пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза / П.П. Кошевский, С.А. Алексеев, Д.В. Олесюк, В.С. Алексеев // Медицинский журнал. - 2017. - № 2 (60). - С. 84-88.
4. Кукош, М.В. Этапное лечение механической желтухи, вызванной желчнокаменной болезнью / М.В. Кукош, В.И. Демченко, Д.Л. Колесников, Д.Е. Ветюгов // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2018. - № 2. - С. 26-31.
5. Натальский, А.А. Лечебно-диагностический алгоритм у больных с синдромом механической желтухи / А.А. Натальский, С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, О.Д. Песков, И.А.

Луньков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. - №7(119). – С. 38-45.

СЛОЖНЫЙ ДИАГНОЗ У РЕБЁНКА С SITUS VISCERUS INVERSUS

Шидаков И.Х.

Республиканская детская многопрофильная больница, Черкесск

Situs viscerus inversus (SVI)—редкая врождённая аномалия, проявляющаяся полной зеркальной транспозицией органов грудной и брюшной полости. Впервые у человека этот феномен описал Fabricius в 1600г., а прижизненно у больного был диагностирован в 1824г. Kuchenmeister. В настоящее время частота этого состояния оценивается как 1:5000–1:20000. Этиология данной патологии многофакторная, генетическая предрасположенность полной транспозиции не доказана, в то же время некоторые авторы отмечают роль воздействия тератогенных факторов во время беременности. Врождённые пороки развития при SVI встречаются довольно редко и в основном представлены пороками сердца, желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев, данная патология диагностируется случайно, в результате обследования больных по поводу других заболеваний.

Ребёнок А. родился 13.06.16. от 7 беременности матери, на фоне гестоза; роды срочные, самостоятельные. С рождения отмечались проблемы с перистальтикой кишечника, задержка стула, периодическая рвота; РОП ЦНС, ЗПР и МР. Сразу после рождения переведён в ДАРО с диагнозом: Частичная кишечная непроходимость? В процессе обследования и выполнения рентгенографии органов грудной и брюшной полости и УЗИ органов брюшной была обнаружена декстрокардия, левостороннее расположение печени, что свидетельствовало о наличии у ребёнка situs viscerus inversus. В течение 2-х лет жизни ребёнок неоднократно находился на обследовании в ДХО, ДАРО—диагноз хирургической патологии достоверно подтвердить не удавалось. В апреле 2018г. направлен в НМИЦЗД г.Москва. После обследования у ребёнка была выявлена болезнь Гиршпрунга, ректосигмоидная форма, субкомпенсированное течение. В мае 2018г. ребёнку выполнена лапароскопическая резекция ректо-сигмоидного отдела кишечника, был выписан в удовлетворительном состоянии.

05.09.18. у ребёнка появилось повышение температуры тела до 38.9С, кашель, боли в области живота, рвота. Лечились в ЦРБ по м/ж с диагнозом: Острый бронхит. Состояние ребёнка ухудшалось, 07.09.19. направлен в РДМБ с диагнозом: Острый бронхит. Острая кишечная непроходимость? Осмотрен при поступлении дежурными хирургами, реаниматологом, педиатром. На момент осмотра состояние ребёнка тяжёлое, обусловленное интоксикационным, дегидратационным, болевым синдромом, отмечается фебрильная лихорадка, бледность кожных покровов, тургор тканей снижен. Дыхание самостоятельное, жёсткое, сухие хрипы, ЧДД=28/мин; тоны сердца ритмичные, ЧСС=124/мин. Передняя брюшная стенка без гиперемии и отёка, живот увеличен в объёме, вздут, доступен пальпации во всех отделах, где отмечается умеренная болезненность. Гепатомегалия +3.5 см. Признаков перитонита нет. Перистальтика вялая. Стул-1 раз-после клизмы. Для исключения острой кишечной непроходимости, было выполнено дополнительное обследование: Rg и УЗИ брюшной полости. На основании клинического осмотра и параклинических данных было принято решение об отсутствии у больного убедительных признаков острой хирургической патологии - ребёнок был госпитализирован в ОРИТ. Больной ежедневно осматривался хирургами, состояние больного не улучшалось, сохранялись вздутие, болезненность живота, более выраженная

в левой половине. Учитывая отсутствие положительной динамики, 09.09.18. выполнено рентгенконтрастное исследование ЖКТ, выявлены признаки кишечной непроходимости. 10.09.18. выставлен диагноз: Послеоперационная поздняя спаечная кишечная непроходимость, больной оперирован. Интраоперационно: в левом боковом канале и в малом тазу обнаружена слепая кишка, спаянная с восходящим отделом в виде «колена» и с петлёй подвздошной кишки, вызывая непроходимость кишечника. После разделения конгломерата, здесь обнаружен гангренозно изменённый червеобразный отросток с перфорацией в области верхушки. Выполнена аппендэктомия кистным способом, тщательная санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде состояние больного оставалось тяжёлым, находился в ДАРО. На 11-е п/о сутки, после стабилизации жизненных функций, у больного появились признаки абсцедирования в правой ягодичной области, 23.09.18. выполнено вскрытие гнойника, где началось отделение кишечного содержимого – установлено наличие параректального свища. Тяжесть состояния усугубилась наличием у больного гнойного очага в параректальной области, сообщающегося с прямой кишкой на фоне существующей у больного недостаточности анального сфинктера. В связи с тяжестью основного заболевания, осложнений и сопутствующих патологий, ребёнок был переведён для дальнейшего лечения в НМИЦЗД г.Москва.

Острый левосторонний аппендицит может встречаться в двух случаях: при мальротации кишечника и при SVI. Среди всех больных острым аппендицитом доля пациентов с полной транспозицией составляет 0.024%. Атипичность клинических проявлений при этом обусловлена отсутствием основных признаков острого аппендицита: болезненности и напряжения мышц в правых отделах живота. Отсутствие настороженности врачей на предмет SVI у детей с болями в левых отделах живота, неминуемо ведёт в запоздалой диагностике острого аппендицита у них. Именно поэтому частота развития перфорации червеобразного отростка при атипичных локализациях значительно выше, что ведёт к развитию серьёзных осложнений и ухудшению состояния больных.

Список литературы

1. Gupta R, Soni V, Valse PD, Goyal RB, Gupta AK, Mathur P. Neonatal intestinal obstruction associated with situs inversus totalis: two case reports and a review of the literature. J Med Case Rep. 2017; 18;11(1):264.
2. Huss-Bawab J, Szymanski LJ. Situs Inversus Totalis. Acad Forensic Pathol. 2018; 8(4):957-963.
3. Evrimler S, Okumuser I, Unal N. Computed Tomography (CT) Findings of a Diagnostic Dilemma: Atypically Located Acute Appendicitis. Pol J Radiol. 2016;81:583-588.
4. Koç A, Sönmez Y, Balaban O. Anaesthetic Management for Appendectomy in a Patient with Situs Inversus Totalis. Turk J Anaesthesiol Reanim. 2016;44(2):105-7.
5. Cramer N, Coombs C. Left-Sided Appendicitis: More Than Meets the Eye. Pediatr Emerg Care. 2018 Sep 11.

**ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Шилин В.А., Мелких Н.И., Гусейнов Р.А.

Научный руководитель: Литвиненко Е.А.

Кубанский государственный медицинский университет

"Рак предстательной железы является одной из самых актуальных проблем современной онкологии, требующих новых технологических решений в диагностике [1]. Таким новым методом является использование МРТ с получением диффузно-взвешенных изображений (ДВИ), динамического контрастного усиления (ДКУ) [2].

Цель исследования: оценить возможности мультипараметрической МРТ в диагностике рака предстательной железы и выборе тактики лечения.

Материалы и методы. В ходе исследования нами были проанализированы 98 историй болезни пациентов с аденокарциномой предстательной железы, которым проводилось МРТ исследование за период 2015-2018 годы. Оценивалась точность диагностики распространенности опухолевого процесса в предстательной железе в сравнении с данными патогистологического исследования.

Результаты и обсуждения. При использовании ДВИ точность диагностики в сравнении с гистологическим исследованием составила 90%. К преимуществам ДВИ можно отнести короткое время сбора данных и простоту выполнения методики, относительно невысокую чувствительность к возникновению артефактов движения, восприимчивости и химического сдвига. Неоспоримое достоинство методики ДВИ — возможность количественной характеристики ткани (неизменной и опухолевой). При использовании ДКУ точность диагностики в сравнении с гистологическим исследованием составила 95%.

Заключение. Использование мультипараметрической МРТ при оценке распространенности и выборе тактики лечения при раке предстательной железы позволяет приблизиться к показателям, полученным при биопсии предстательной железы, что позволяет рекомендовать применение МРТ в качестве альтернативы гистологическому исследованию при отказе пациента от проведения биопсии или невозможности ее проведения.

Список литературы

1. Мищенко А.В. Возможности магнитно-резонансной спектроскопии в диагностике аденокарциномы предстательной железы / А.В. Мищенко, Д.Л. Дубицкий, Е.А. Москаленко, и др. // Лучевая диагностика и терапия. – 2010. – №. 4. – С. 62-67.
2. Schimmöller L. MR-sequences for prostate cancer diagnostics: validation based on the PI-RADS scoring system and targeted MR-guided in-bore biopsy / L. Schimmöller, M. Quentin, C. Arsov, et al. // European radiology. – 2014. – Т. 24. – №. 10. – С. 2582-2589.

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ПЛАНИРОВАНИИ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Шилин В.А., Мелких Н.И., Кошелев И.Г.

Научный руководитель: Литвиненко Е.А.

Кубанский государственный медицинский университет

"Рак мочевого пузыря является достаточно распространенным раком во всем мире и одним из самых дорогих в лечении. Это заболевание составляет 6–8% всех злокачественных новообразований у мужчин и 2–3% у женщин. Для определения стадии заболевания и тактики лечения наиболее важным является определение наличия инвазии в мышечный слой. Большинство смертельных случаев происходит от мышечно-инвазивного рака, который должен быть удален радикально, для того чтобы наступило излечение [1]. В то время как многие мышечно-неинвазивные опухоли являются мало прогрессирующими, около одной трети имеют высокую степень и могут быстро прогрессировать до мышечной инвазии и метастазов. Таким образом, прогноз и лечение пациентов с раком мочевого пузыря требуют точного определения степени поражения на момент постановки диагноза [2]. Учитывая ограничения современных подходов к клинической стадии, необходимы улучшенные методы лучевой диагностики. Магнитно-резонансная томография (МРТ) - это точный метод, который обеспечивает высокое контрастное разрешение ткани, что дает предпосылки к исследованию возможности применения этой технологии в диагностике инвазивного рака мочевого пузыря.

Цель исследования. Целью нашего исследования было оценить возможности применения МРТ в диагностике рака мочевого пузыря, определении степени инвазии опухоли стенки мочевого пузыря и определении тактики лечения пациентов.

Материалы и методы. Был проведен анализ 87 историй болезни пациентов ГБУЗ ККБ №2 с опухолями мочевого пузыря за 2015-2018 годы. Сравнивалась точность определения рака и степени инвазии в мышечную стенку в сравнении с гистологическим исследованием. Исследования проводились на аппарате МРТ: VANTAGE TITAN Toshiba - магнитно-резонансный томограф туннельного типа с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. Проводилось мультипараметрическое исследование в T1-ВИ и T2-ВИ режимах в трех проекциях, DWI, динамическое контрастное усиление (ДКУ). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Statistica 13.3 version» фирмы «Stat Soft Inc.».

Результаты и обсуждения. В результате проведенного исследования были получены следующие данные. На основе МРТ исследования у 15 (17,24 %) пациентов выявлена инвазия рака в мышечную стенку мочевого пузыря, у 72 (82,76 %) пациентов – неинвазивные формы. В сравнении с гистологическим исследованием точность диагностики МРТ в выявлении мышечной инвазии составила 94 %. 14 (16,09 %) пациентам рекомендовано радикальное лечение в виде цистэктомии, 72 (82,76 %) - ТУР мочевого пузыря и 1 (1,15 %) пациенту рекомендовано паллиативное лечение в связи с запущенностью онкопроцесса. Определены характерные признаки инвазии опухоли в мышечную стенку - утолщение стенки мочевого пузыря и изменение интенсивности сигнала от стенки. Данные по определению инвазии рака мочевого в мышечный слой не противоречат результатам других исследователей.

Заключение. Мультипараметрическая МРТ является перспективным методом визуализации рака мочевого пузыря, определения стадии опухолевого процесса. Достоверные результаты позволяют рекомендовать мультипараметрическую МРТ для диагностики, определения тактики и оценки результатов лечения.

Список литературы

1. Фролова И.Г. Возможности высокоразрешающих протоколов магнитно-резонансной томографии в диагностике рака мочевого пузыря / И.Г. Фролова, Е.Г. Григорьев, Н.Г. Трухачева, и др. // Медицинская визуализация. — 2016; — № 2. — С. 49-56.
2. Panebianco V. An evaluation of morphological and functional multi-parametric MRI sequences in classifying non-muscle and muscle invasive bladder cancer / V. Panebianco, E. De Berardinis, G. Barchetti, et al. // European radiology. — 2017; — № 27 (9). — с. 3759-3766.

**РОЛЬ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ПРОТОЧНО-АСПИРАЦИОННОГО
ДРЕНИРОВАНИЯ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН В
СНИЖЕНИИ РАНЕВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ КИШЕЧНИКА**

Щерба А.С.

Научный руководитель: Щерба С.Н.

Кубанский государственный медицинский университет

Восстановительные хирургические вмешательства на толстой или тонкой кишке являются не менее сложной задачей и таят угрозу возникновения в послеоперационном периоде как интра-, так и экстраабдоминальных осложнений. Доминирующее место среди них занимают нагноения ран, частота которых у этой категории больных в условиях микробной контаминации может достигать 10 - 15 % [1,3,5,6]. Применяемые в современной хирургии способы профилактики нагноения лапаротомных ран существенно снижают частоту послеоперационных раневых осложнений, но не позволяют избежать их полностью [1,2,3,5,6].

Цель – провести сравнительный анализ заживления операционных ран, на месте иссечённых стом, ушитых традиционным способом (послойно, наглухо) и с применением пролонгированного проточно-аспирационного дренирования подкожной клетчатки (ППАД) [4].

Материалы и методы. Исследование проспективное, сравнительное. В электронную базу данных заносились сведения обо всех пациентах, которым в колопроктологическом отделении НИИ-ККБ №1 г.Краснодара в 2016-2018 годах, из локального доступа, производилось внутрибрюшное закрытие двустольных функционирующих илео-, либо колостом. За указанный период накопились сведения о 194 больных. Согласно критерию включения (ушивание послеоперационных лапаротомных ран послойно, наглухо или с оставлением в подкожной клетчатке дренажа) в исследовании участвовали 186 пациентов. Из исследования исключены трое больных, которым лапаротомные оставляли открытыми. И пять пациентов, где использовалось дренирование подкожной клетчатки по Редону.

Все больные были разделены на две группы: основную 114 человек (наличие в подкожной клетчатке дренажа) и контрольную 72 (отсутствие дренажа). По полу, возрасту, сопутствующей патологии пациенты обеих групп наблюдений были репрезентативны.

После стандартного предоперационного обследования, коррекции сопутствующей патологии, подготовки кишечника, тромбо- и антибиотикопрофилактики пациентам обеих групп в плановом порядке, под перидуральной анестезией или под наркозом производились хирургические вмешательства, заключающиеся во внутрибрюшном иссечении стомы и формировании кишечного анастомоза.

Ранний послеоперационный период пациентов обеих групп не имел различий, за исключением того, что в основной группе наблюдений подкожная клетчатка

“стомальных” ран промывалась антисептиками через дренаж по предложенной нами методики применения ППАД [4]. В контрольной группе – по общепринятой схеме с ежедневными перевязками ран и только санацией раны в зоне кожных швов антисептиками.

Мониторирование заживления операционных предусматривало определение клинически появляющегося нагноения, нередко требующего снятия кожных швов, с последующей хирургической обработкой раны, либо её дальнейшим заживлением вторичным натяжением или наложением вторичных швов, после перехода раны во вторую фазу.

Статистическая обработка материала производилась с помощью программного обеспечения STATISTICA 6.1 (StatSoft, Inc., США) и Excel (Microsoft Office 2007) в среде операционной системы Windows XP.

Результаты и обсуждение. В основной группе наблюдений произошло два (1,8%) случая локального нагноения ран. В контрольной группе нагноения ран были зафиксированы у шести (8,3%) больных. Различия в сравниваемых группах наблюдений были статистически значимые ($p < 0,05$). У всех больных контрольной группы, где произошло нагноение операционной раны, кожные швы были сняты, а края их разведены. Заживление ран, у этих пациентов, в дальнейшем происходило по типу вторичного натяжения, либо раны зашивали после их перехода во вторую фазу. У двух пациентов основной группы наблюдений, с локальным нагноением подкожной клетчатки операционной раны, было применено пролонгированное (в течение первых 11-12 суток со дня операции) промывание раны через дренаж по нашей методике с элементом “гидравлической компрессии”, дважды в день. Благодаря этому приёму воспалительный процесс был купирован. Кожные швы на ранах сохранены. Заживление их завершилось первичным натяжением. Пациенты выписаны с выздоровлением.

Анализ двух случаев возникновения нагноения “стомальных” ран у больных основной группы показал, что была нарушена технология промывания раневой полости в послеоперационном периоде и не создавался эффект “гидравлической компрессии” антисептика в первые 2 - 3 послеоперационных дня, что является обязательным фактором эффективной работы, предлагаемого нами метода.

Вывод. Внедрённый в клиническую практику способ пролонгированного проточно-аспирационного дренирования микробно-контаминированных лапаротомных ран, позволяет достоверно снизить, либо вовсе избежать, появления послеоперационных раневых инфекционных осложнений, при правильном использовании заявленной методики.

Список литературы

1. Ачкасов, С.И. Непосредственные результаты антибиотикопрофилактики при закрытии превентивных кишечных стом / Ачкасов С.И., Сушков О.И., Корнева Т.К., Пилюев Д.В. // Колопроктология. – 2015. – № S1. – С. 113 – 113а.
2. Савельев, В.С. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, С.В. Яковлев. – М., 2012. – 92 с.
3. Шелыгин, Ю.А. Роль антибиотикопрофилактики при ликвидации кишечных стом / Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, Д.В. Пилюев, О.И. Сушков // Колопроктология. – 2016. – №2 (56). – С. 25-31.
4. Щерба С.Н., Половинкин В.В. Способ профилактики нагноения послеоперационных ран. Патент на изобретение № 2482805. М.: 2013.
5. Rubio-Perez, I. Increased postoperative complications after protective ileostomy closure delay: An institutional study. / I. Rubio-Perez, M. Leon, D. Pastor [et al.] // World J Gastrointest Surg. – 2014. – vol. 6 (9). – P. 169-74.

6. Suh, Y.J. Liquid tissue adhesive, subcuticular suture and subcutaneous closed suction drain for wound closure as measures for wound infection in a colorectal cancer surgery with stoma creation / Y.J. Suh, J.W. Park, Y.S. Kim // Int J Surg. – 2014. –vol. 12 (6). – P. 615-20.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С., Наримов Н.А., Салимов А.И., Эрназаров Э.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Борьба с болью является одной из наиболее важных задач в послеоперационном периоде [1, 2, 5]. Одновременное применение препаратов разных групп (трамадол и ацетаминофен - Залдиар) позволяет блокировать проведение ноцицептивных болевых импульсов на всех уровнях, уменьшает дозу каждого из анальгетиков, улучшает качество обезболивания и значительно снижает число побочных эффектов [3, 4, 6, 7]. В связи с чем, наиболее оптимальным обезболиванием детей после травматичных операций является сочетанное применение НПВП с опиоидными анальгетиками.

Цель исследования: Разработать оптимальные методы послеоперационного обезболивания применением комбинации наркотических и ненаркотического анальгетиков при средней и сильной интенсивности болевого синдрома у детей.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось в послеоперационном периоде у 34 пациентов после абдоминальных и урологических операций. Дети в возрасте от 7 до 10 лет составляли 70,6% от общего количества больных, дети от 11 до 15 лет – 29,4%. Для объективной оценки эффективности анестезии проведены следующие методы исследования: Клиническое исследование с определением интенсивности боли по визуально аналоговой шкале (ВАШ) и определение АДс, АДд, пульсооксиметрия и эхокардиографическое исследование показателей центральной гемодинамики.

После травматичных абдоминальных операций, при наличии болевого синдрома сильной интенсивности внутривенно вводился опиоидный анальгетик трамадол в дозе 2 мг/кг каждые 6 часов, в комбинации с инфулганом (парацетамол) в дозе 15 мг/кг внутривенно капельно каждые 12 часов. После урологических операций, при наличии средней интенсивности болевого синдрома применялся кеторолак в дозе 20 мг/кг массы тела каждые 6 часов.

Результаты и обсуждение. После операции на фоне появления болевого синдрома дети стали беспокойным, громко плакали. Через 1 час после обезболивания состояние детей было стабильным, жалоб на боль не было. Показатель ЧД уменьшалась на -18,32% по сравнению с 1 этапом исследования, ЧСС на -18,30%. Показатели АДс и АДд уменьшались на -13,36 % и на -17,39 % соответственно.

Через 2 часа после обезболивания трамадолом ЧСС уменьшалась на -14,53%. Через 4 часа после обезболивания отмечалось уменьшение ЧСС на -3,31 %. Субъективная оценка интенсивности боли по ВАШ до обезболивания трамадолом составляла $2,47 \pm 0,18$ балла. Клиническое течение обезболивания трамадолом в сочетании с инфулганом характеризовалось выраженным анальгетическим эффектом. Насосная функция сердца также оставалась стабильной в течение всего исследования. Обезболивание кеторолаком проводилось у детей при наличии болевого синдрома. Через 1 час после обезболивания у 90,7% пациентов отсутствовали боли в покое, и у 75,9% - отсутствовали боли при движениях, откашливании и пальпации. Через 3 часа после обезболивания седативный эффект сохранялся у 22,2% больных. По отношению к исходным величинам ЧД, ЧСС,

АДс, АДд были сниженными на 17,1%, 17,3%, 9%, 13,4% соответственно. Эффективность обезболивания отмечена в 95% наблюдений. Продолжительность обезболивания варьировала от 4 до 6 часов, причём у 53,1% больных она превосходила 5 часов послеоперационного периода.

На 3 этапе исследования наблюдалось увеличение УО, СДД и СИ соответственно на 20,66%, 9,38% и 21,5%. УПС снизилось на 13,28%. Появилась тенденция к снижению показателя фракции изгнания (ФИ).

На 4 этапе исследования отмечалось уменьшение показателей СДД на 6,75%, ЧСС - на 7,87%, СИ - на 11,82%. Отмечалась длительная стабилизация гемодинамических показателей. Трамадол в сочетании с инфулганом по анальгетическому эффекту несколько превышает действенность кеторолака у детей 7-15 лет после абдоминальных и урологических операций.

Выводы. Методики обезболивания с применением трамадола в сочетании с инфулганом и кеторолаком характеризуются гладким течением послеоперационного периода, стабильностью физиологических показателей детского организма.

Применение комбинированного метода послеоперационного обезболивания, включающий трамадол и инфулган после абдоминальных операций, включающий кеторолак после урологических операций обеспечивает гемодинамически устойчивое течение всего послеоперационного периода.

Список литературы

1. Буров, Н. Е. Анальгезия послеоперационного периода / Н. Е. Буров // Рус.мед. журн. - 2003. – N 21. - С. 1172-1177. (<http://www.medlinks.ru>)
2. Гельфанд, Б. Р. Послеоперационная анальгезия / Гельфанд Б. Р., Кириенко П. А., Черниенко Л. Ю // Рус. мед. журн. - 2003. – N 12. - С. 707-713.
3. Овечкин А.М., Морозов Д.В., Жарков И.П. Обезболивание и седация в послеоперационном периоде: реалии и возможности // Вестник интенсивной терапии. — № 4. — 2001. — С. 47-60.
4. Горобец Е.С., Груздев В.Е., Зотов А.В. и др. Мультиmodalная комбинированная анестезия при травматичных операциях // Общая реаниматология. 2009. Т. 5, № 3. С. 45–50.
5. Acute Pain Management: Scientific Evidence. Australian and New Zeland College of Anaesthetists, 2nd edition, 2005 (endorsed Royal College of Anaesthetists, UK). — 31 OS.
6. Dolin S., Cashman J., Bland J. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data // Br. J. Anaesth. - 2002. - V. 89. - P. 409-423.

ОСТЕОПРЕФОРАЦИЯ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ HARMONIC

Яхьяева Л.А.

Научный руководитель: Минаев С.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Цель исследования. Отработка режимов остеоперфорации длинных трубчатых костей ультразвуковым скальпелем Harmonic в экспериментальных условиях.

Материалы и методы. Проведена остеоперфорация – 10 большеберцовых костей (куриная кость) ультразвуковым скальпелем Harmonic (Johnson&Johnson, USA) с насадкой Sharp Curved Blade – 10 cm с использованием Hand Piece HP054. 5 (50%) остеоперфораций выполнялось в средней мощности (3-режим), 5 (50%) остеоперфораций выполнялись на

максимальной мощности (7-режим). Оценка производилась следующих параметров: длительность проведения остеоперфорации, наличие обугливание кости (краевой некроз), размер остеоперфоративного отверстия.

Результаты. При использовании 3-го режима мощности длительность остеоперфорации – 5 секунд. Появлялся краевой некроз в виде обугливания краев остеоперфоративного отверстия. Размеры остеоперфоративного отверстия были 4-5 мм. При использовании 7-го режима мощности длительность остеоперфорации – 3 секунды. Краевой некроз отсутствовал. Размеры остеоперфоративного отверстия были 3-4 мм.

Выводы. Остеоперфорацию длинных трубчатых костей необходимо проводить на максимальной мощности ультразвуковым скальпелем Harmonic с помощью насадкой Sharp Curved Blade. Применение ультразвука в данном сочетании обеспечивает быстрое проведение остеоперфорации с минимальным обугливание кости.

Раздел 15. Экспериментальное и медико-биологическое направление

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИЙ СЕРДЦА

Абакарова А.Р.

Научный руководитель: Долгашова М.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний, которые являются причиной ранней инвалидизации.

Поэтому исследования направленные на изучение строения сосудов сердца, послужат основанием для дальнейших научных работ, направленных на поиск новых методов лечения. Субэпикардальное артериальное русло сердца человека представлено левой и правой венечными артериями и их ветвями, участвующими в кровоснабжении различных отделов сердца.

Цель исследования. Изучить морфофункциональную характеристику субэпикардиальных артерий сердца в начальных отделах основных ветвей левой и правой венечных артерий и в местах их погружения в миокард.

Материалы и методы. Методологический анализ источников литературы, исследование гистологических препаратов.

Результаты и обсуждения.

Начальные отделы коронарных сосудов характеризуются усиленным развитием в их средней оболочке эластических структур. Внутренняя оболочка субэпикардиальных сосудов в начальных отделах включает эндотелий, выраженный подэндотелиальный слой и сплетение эластических волокон. Эндотелий состоит из клеток, различных по форме и размерам, расположенных на базальной мембране. В эндотелиальных клетках слабо развита эндоплазматическая сеть гранулярного типа. Подэндотелиальный слой состоит из рыхлой тонкофибриллярной соединительной ткани, богатой клетками звездчатой формы. В последних обнаруживается большое количество пиноцитозных пузырьков и микрофиламентов, а также эндоплазматическая сеть гранулярного типа. Эти клетки поддерживают эндотелий. В подэндотелиальном слое встречаются гладкие мышечные клетки (гладкие миоциты). Глубже подэндотелиального слоя в составе внутренней оболочки расположено густое сплетение эластических волокон, соответствующее внутренней эластической мембране. Средняя оболочка состоит из большого количества эластических волокон и гладких мышечных клеток, косо расположенных по отношению к мембранам. Наружная оболочка построена из рыхлой волокнистой соединительной ткани с большим количеством толстых эластических и коллагеновых волокон.

В области погружения субэпикардиальных сосудов в миокард оболочка последних имеет меньшую толщину и по строению относятся к артериям мышечного типа. Внутренняя оболочка состоит из эндотелия, лежащего над тонким подэндотелиальным слоем продольно расположенных коллагеновых, ретикулярных и эластических волокон, а также гладких мышечных клеток. К этим двум слоям добавляется фенестрированная внутренняя эластическая мембрана, которая ограничивает внутреннюю оболочку от соседнего среднего слоя. Средняя оболочка представлена слоями спирально расположенных гладких мышечных клеток, окруженных тонкой сетью коллагеновых, ретикулярных и эластических волокон. На границе с наружной оболочкой располагаются наружная эластическая мембрана, которая не всегда присутствует в каждой мышечной артерии. Далее следует слой плотно расположенных коллагеновых и эластических

волокон. Сосуды сосудов, кровоснабжающие стенку артерий и нервные волокна внедряются из наружного слоя в периферическую часть среднего слоя.

Закключение. Таким образом, строение сосудистой стенки субэпикардиальных артерий сердца человека соответствуют основными особенностями строения коронарного русла в различных топографических отделах.

Список литературы

1. Алиханова, К. А. Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Карагандинской области / К. А. Алиханова, Б. К. Омаркулов, Т. О. Абугалиева, В. А. Жакипбекова // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 9-5. - С. 804-809.
2. Глотов В.А. Структурный анализ микрососудистых бифуркаций / Глотов В.А. - Смоленск, 1995.
3. Здравоохранение в России. Статистический сборник. Госкомстат России. / М.- 2001. 356 с.
4. Коробкеев А.А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / Коробкеев А.А., Соколов В. В. - Ставрополь, 2004.
5. Лежнина, О. Ю. Анализ морфофункциональных параметров коронарного русла сердца / О. Ю. Лежнина, А. А. Коробкеев, Е. В. Алышева, И. А. Монастырская // Морфология. - 2016. - Т. 149, № 3. - С. 123.
6. Clock J. Les arteres de coeur. Rev. med. Toulouse. / J. Clock, C. Vaislic, G. Fournial. - 1982. - V.18. - №5. - P.173-184.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА АТЕРОГЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Азизова Д.М., Кулдашева М., Халилова Р.

Научный руководитель: Сабирова Р.А.

Ташкентская медицинская академия

Коэффициент атерогенности обычно рассчитывается на основании двух показателей – общего холестерина и ХС-ЛПВП и отражает соотношение атерогенных и антиатерогенных липопротеинов в плазме крови. Но в последние годы результаты ряда исследований показали, что содержание ХС-ЛПВП не всегда корректно отражает функциональные свойства липопротеинов высокой плотности (ЛПВП). Количество же циркулирующих частиц ЛПВП, является более объективным показателем антиатерогенного действия этой фракции липопротеинов, чем общее содержание в ней холестерина [1]. Кроме того, при определенных условиях ЛПВП могут становиться дисфункциональными и проатерогенными [4]. Все это несколько снижает диагностическое и прогностическое значение коэффициента атерогенности.

Существенную роль в инициации и развитии атеросклеротического процесса также играет качественный состав липопротеинов.

При экспериментальной гиперхолестеринемии атерогенный индекс плазмы уже к 20-му дню эксперимента повысился в 1,5 раза, а к 90-му - в 3,5 раза по сравнению с интактными кроликами. Таким образом, неоднородность липопротеинов обуславливает необходимость оценивать липидный профиль крови не только количественно, но и качественно.

Таким образом, при экспериментальной гиперхолестеринемии динамично увеличивается содержание Апо В во все сроки исследования за исключением 40- и 90-го

дней. Увеличение фракции Апо В указывает на нарушение Апо В - 100-рецепторного эндоцитоза и поглощения его клетками ЛПНП [4], которых не поглотили клетки печени, что формирует гиперхолестеринемию.

Показатель ХС-ЛПНП/АпоВ может служить маркером размера частиц ЛПНП и основой для разработки принципов и критериев клинической оценки и прогнозирования рисков повышения атерогенности липидного профиля крови.

Расчет соотношения ХСЛПНП/апоВ ЛПНП является самым быстрым и простым способом оценки размера частиц ЛПНП [3].

Средние показатели соотношения ХС-ЛПНП/Апо В ЛПНП составили у интактных кроликов 0,6, последующие сроки эксперимента с 20 –го по 90-ый день эксперимента у контрольных кроликов оно увеличилось 3;4,9;4,9;4,3;3,4 раза соответственно по сравнению с интактными кроликами.

Учитывая, что липопротеиновая частица содержит только одну молекулу аполипопротеина В, мы рассчитали соотношение ТГ к Апо В как показатель степени обогащения липопротеиновых частиц триглицеридами экспериментальной гиперхолестеринемии.

У интактных животных соотношение ТГ/Апо В составило 0,18. Уже в первые сроки введения холестерина в организм животных это отношение достоверно повышалось: на 20-, 40- и 60-ый дни исследования повышение составило 27,7, 66,6 и 50% по сравнению с интактными животными. К концу эксперимента (80 - и 90 – ый дни) оно превышало контроль в 2,1 и 2,5 раза соответственно.

Таким образом, насыщенность липопротеинов триглицеридами зависит от длительности эксперимента, на 80 и 90 день развития экспериментальной гиперхолестеринемии установлена наиболее выраженная насыщенность липопротеинов триглицеридами.

Определение API поможет при выборе тактики лечения гипOLIПИдемического или гипохOLEСТЕРИНного. Более простым и доступным способом оценки качественного состава липопротеинов является использование индексов липидного обмена, являющихся суррогатными маркерами размера частиц липопротеинов. При этом маленькие, плотные частицы являются наиболее атерогенной фракцией ЛПНП. Для них характерно длительная циркуляция в кровотоке, легкая окисляемость, связывание с протеогликанами артериальной стенки, хорошая способность к проникновению через эндотелиальный барьер. К таким индексам относятся, прежде всего, соотношение ХС-ЛПНП/аполипопротеин (апо) В и атерогенный индекс плазмы (AIP).

Соотношение ХС-ЛПНП/апоВ ЛПНП после введения ультрокса и Биомайсы снижалось в 1,5 и 2,2 раза, соответственно, от нелеченой группы.

После сочетанного введения ультрокса и Биомайсы снижение было более выраженным в 2,6 раза.

Показана предпочтительность использования значений соотношения ХС-ЛПНП/апоВ ЛПНП вместо ХС-ЛПНП/АпоВ при оценке размера частиц ЛПНП у здоровых лиц при нормOLIПИдемии для прогнозирования риска развития атеросклероза.

Установленный референтный диапазон для атерогенного индекса (ATH index) и уточняющая информация по использованию ХС-ЛПНП/АпоВ в качестве маркера размера частиц ЛПНП могут служить основой для разработки принципов и критериев клинической оценки и прогнозирования рисков повышения атерогенности липидного профиля крови.

Таким образом, создание поликомпонентного биологически активного вещества, обладающего гипOLIПИдемическими свойствами, представляется актуальным не только для потенциального использования при легких формах нарушения липидного обмена, но и в сочетании со статинами для снижения дозы последних, а соответственно, и их побочных эффектов.

Список литературы

1. Родионова Н.С., Алексеева Т.В., Корыстин М.И. Формирование функциональной направленности рационов для организованного питания // Сервис в России и за рубежом. – 2012. - № 5. - С. 38-47.
2. Титов В.Н. Статины, холестерин, жирные кислоты и диабет // Научный диалог. – 2013. – Том 3 (15). – С. 148–83
3. Custodis f., Laufs U. LDL-cholesterol — is there an «LDL hypothesis» Dtsch // Med. Wochenschr. – 2015. – Vol. 140(10). – P. 761-764.
4. Tocci G., Goletti D., et al. Cardiovascular outcomes and tumour necrosis factor antagonists in chronic inflammatory rheumatic disease: a focus on rheumatoid arthritis // Expert Opin Drug Saf. – 2016. – Vol. 15, (sup.1). – P. 55–61. doi: 10.1080/14740338.2016.1218469.
5. Zheng C., Khoo C., Furtado J., Sacks F. M. Apolipoprotein C-III and them etabolic basis for hypertriglyceridemia and the denselowden sity lipoprotein phenotype // Circulation. – 2010. – Vol. 121. – P. 1722-1734
6. Zhu, X.W. Meta-analysis of Atherogenic Index of Plasma and other lipid parameters in relation to risk of type 2 diabetes mellitus / X.W. Zhu, F.Y. Deng, S.F. Lei // Prim. Care Diabetes. – 2015. – Vol. 9, №1. – P. 60-67.

СТРУКТУРНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СУБЭПИКАРДИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕН СЕРДЦА ПРИ ПРАВОВЕНЕЧНОМ ВАРИАНТЕ ВЕТВЛЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Алышева Е.В., Мингалиева О.Н.

Научный руководитель: Коробкеев А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Нарушения кровоснабжения сердца продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой, как практического здравоохранения, так и медицинской науки. При этом особенности субэпикардального русла в различных топографических отделах сердца у юношей отсутствуют.

Цель исследования: установить морфофункциональные параметры (Ds- среднее расстояние между артериальным и венозным руслами; Sh - среднее смещение венозного русла сердца от артериального) сосудов сердца, характеризующие структурные взаимоотношения артерий и вен, расположенных подэпикардально на задней поверхности сердца.

Материал и методы: В комплексном исследовании аутопсийного материала 10 сердец людей юношеского возраста обоего пола использованы анатомические, рентгенологические, гистологические и морфометрические методы. Расчет морфофункциональных показателей осуществлялся с помощью специальной программы «Video-Test-Morpho, 2005» и оригинальных компьютерных программ.

Полученные результаты:

В нижней трети задней межжелудочковой борозды (ЗМЖБ) средняя вена сердца (СВС) расположена центрально и имеет в среднем $5,0 \pm 1,0$ уровней слияния. В средней и верхней части ЗМЖБ СВС представлена крупным стволом, видимых притоков не имеет.

Задняя межжелудочковая ветвь (ЗМЖВ) представлена в среднем $5,0 \pm 1,0$ уровнями делений, расположенных преимущественно в средней и верхней трети ЗМЖБ.

Пересечение артериальных и венозных сосудов отмечается в средней трети ЗМЖБ, где дочерние ветви IV уровня деления (УД) ЗМЖВ проходят над основным стволом (ОС)

средней вены сердца (СВС). После пересечения правая дочерняя ветвь IV УД ЗМЖВ, уходя несколько вправо от ЗМЖБ дает последний V УД ЗМЖВ.

В верхней трети ЗМЖБ расположены II УД ЗМЖВ и I УД ЗМЖВ. Наибольшее количество УД ЗМЖВ присутствует в верхней и средней трети ЗМЖБ.

Исследование динамики параметра D_s на задней поверхности сердца у юношей при ЛВВВА, выявило его плавное снижение в верхней трети ЗМЖБ - от $21,2 \pm 1,5$ до $1,5 \pm 0,2$ мм, в средней трети относительное плато на уровне $1,5 \pm 0,5$, и подъем в нижней трети до $60,9 \pm 0,5$ мм.

Исследование динамики изменений параметра Sh , определило его подъем до $+5,5 \pm 0,2$ мм в верхней трети, с плавным увеличением до $+7,5 \pm 0,2$ мм в средней трети, и резким спуском до $-0,5 \pm 1,5$ мм в нижней трети ЗМЖБ.

Заключение: в результате проведенного исследования установлены особенности топографо-анатомических взаимоотношений сосудов сердца у юношей при правовенечном варианте ветвления венечных артерий.

Список литературы

1. Коробкеев, А.А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / А.А. Коробкеев, В.В. Соколов - Ставрополь, 2004.- С. 79-96.
2. Лежнина, О.Ю. Динамика изменения общего просвета коронарных сосудов новорождённых при различных вариантах ветвлений венечных артерий//Кардиоваскулярная терапия и профилактика: Материалы Российского нац. конгресса кардиологов.- М., 2005. – Т.4. - №4. – С. 163-164.

ВЛИЯНИЕ РЕЛАКСАЦИИ ПО МЕТОДУ У. Г. БЕЙТСА НА УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО ЗРЕНИЯ

Амалиева Л.М., Панченко З.И.

Научный руководитель: Панченко О. А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: Как известно, чрезмерные зрительные нагрузки пагубно влияют на зрение. По данным ВОЗ во всем мире страдают от нарушения зрения около 285 миллионов людей, из которых 19 миллионов детей. В России: у каждого второго гражданина наблюдается нарушение зрения. Так, уже с близорукостью в первый класс приходит 5 % детей, к одиннадцатому классу их становится 25-30 %, к окончанию института- 50 - 70% (6). По мнению офтальмологов, причина заключается в масштабном развитии современных технологий и повсеместном, неконтролируемом использовании электронных гаджетов: планшетов, смартфонов, компьютерных мониторов в сочетании с нарушением зрительной гигиены, неблагоприятной экологической и наследственной ситуации. В настоящее время известно множество методик, направленных на сохранение зрения, в том числе релаксационных. Одна из них пальминг, разработанный американским офтальмологом У.Г.Бейтс. Согласно автору, причиной ухудшения зрения является психическое напряжение, как следствие чрезмерного аккомодационного утомления (3).

Цель работы: определение влияния пальминга по методу Бейтса на улучшение зрительных функций у студентов пятого курса СтГМУ.

Задачи исследования:

Проанализировать формы и факторы риска зрительного утомления.

Применить методику пальминга.

Определить результативность действия метода на остроту зрения у испытуемых.

Формы и факторы риска зрительного утомления.

По данным экспертного совета по аккомодации и рефракции (ЭСАР) термин «астенопия» (от греч. *asthenes* - слабый, *ops*-глаз), «слабость глаз» - функциональное расстройство зрения с характерными симптомами (резь, жжение, чувство песка, покраснение, затуманивание зрения и др.) при котором выполнение зрительной работы затруднено или невозможно [2].

Основные факторы риска развития астиопии являются: Работа за экраном монитора в непрерывном режиме более 4 часов в день (20 часов в неделю); Вынужденное положение тела при работе за компьютером в течение 3-х часов и более ежедневно; Неправильные условия освещенности; Длительное вождение автомобиля, особенно в сумерках и в ночное время; Хронические стрессы; Снижение аккомодационных резервов (5).

Различают 5 форм астиопии.

Классификация А.И. Дашевского 1962 [1]:

Аккомодативная

Мышечная

Смешанная

Нервная

Симптоматическая

G. Von Noorden и другие зарубежные авторы различают лишь две формы астиопии: рефракционную и мышечную [4-7].

Материалы и методы исследования

Мы исследовали 120 студентов 5 курса, в течение 12 занятий, длительностью 4 академических часа. Определение функции центрального зрения проводилось 3 раза: в начале занятия, в середине, и после проведенного пальминга.

Бинокулярная проверка остроты зрения вблизи проводилась в светлом помещении учебной комнаты. Для исследования применялись стандартные таблицы для проверки зрения вблизи, которые размещались на расстоянии 35-40 см от глаз. Обязательным условием было соблюдение правильной осанки. Исследуемым предлагалось прочтение текстов, которые были хорошо видны каждому из них индивидуально. При этом, не рекомендовалось прилагать какие-либо усилия во время этой работы.

Базовые принципы методики пальминга(3): Общее физическое расслабление; Психическое расслабление; Дополнительные методы (дыхание).

Согласно методу, мы предлагали исследуемым: Физическое расслабление: в удобном положении - сидя, поставить локти на стол или подставку, так чтобы позвоночник и шея находились на одной прямой. Согреть ладони. Скрестить верхние фаланги мизинцев обеих рук, положив на область глазниц ладонями вниз на закрытые глаза. Ладони не должны давить на глазные яблоки.

Психическое расслабление: мысленно визуализировать темноту, черноту без изъянов. Например, предложив представить максимально яркий белый цвет, а затем черный фон, на котором он появился (например, белый мел по черной доске). Постараться добиться полного внутреннего психоэмоционального комфорта.

Окончание пальминга: убрать ладони от лица, глаза оставить закрытыми на несколько секунд. Открыть глаза и поморгать.

Пальминг выполняли однократно в середине 4-х часового занятия, на цикле «Офтальмология», в течение 5 минут.

Результаты исследования: Превалирующее большинство студентов, т.е. 75%, в начале занятия имело остроту зрения 0,6 - 0,8. С остротой зрения 0,4 - 0,5 было 14,1 %. И только 10,8% исследуемых имели 90 и 100 % зрение.

В результате анализа, в середине занятия количество студентов с остротой зрения 0,6 - 0,8 уменьшилось до 70,8%. Однако, количество студентов с остротой зрения 0,4 -

0,5% увеличилось до 21,5% т.е. в 1,5 раза. В то же время количество студентов со зрением в 0,9 - 1,0 уменьшилось до 7,5%. Кроме того, исследуемые отмечали астенопические жалобы: резь, чувство песка, затуманивание зрения, головную боль.

В результате итогового определения остроты зрения вблизи, выявлено, что острота зрения, равная 0,4 - 0,5% осталась только у 5% человек. В то время, как острота зрения, соответствующая здоровому эталону появилась в 24,4%, что в 2 раза больше, чем в начале исследования. И в 3 раза больше, чем в середине занятия (до начала проведения пальминга). На основании данных исследования: острота зрения на протяжении стандартного практического занятия снижается значительно. Так, ухудшение зрения к середине семинара произошло в 15% случаев. Применяв методику пальминга, мы получили улучшение зрительных функций и самочувствия у 37% исследуемых.

Выводы.

В результате исследования установлено, что основным фактором ухудшения зрительных функций и появления астенопии, является напряженная зрительная работа. Методика пальминга по методу Бейтса действительно способствует нормализации функции центрального зрения.

ВЛИЯНИЕ ЛИЗОЦИМА НА РОСТ E. COLI

Анисимов А.Н., Васильевых М.В.

Научный руководитель: Годовалов А.П.

Пермский государственный медицинский университет

В настоящее время всё чаще условно патогенные микроорганизмы обнаруживаются в несвойственных им биотопах человеческого организма, вызывая различные воспалительные процессы [3,4]. Всё чаще у микроорганизмов отмечается антибиотикорезистентность. Выходом из такой ситуации может быть поиск новых веществ с антибактериальной активностью. Так, например интерес представляет лизоцим – фермент, обладающий бактерицидным, и, не влияющим на человеческий организм, действием.

Лизоцим в норме содержится в различных биологических жидкостях. Обладает свойствами мурамидазы, катализирует гидролиз β -1-4-гликозидных связей между N-ацетилглюкозамином и N-ацетилмурамовой кислотой, что приводит к разрушению пептидогликана в составе клеточных стенок бактерий [5].

Цель исследования – изучить влияние лизоцима в различных концентрациях на кинетику роста *Escherichia coli*.

Материалы и методы. В исследовании использовали штаммы *Escherichia coli* M17. Растворы лизоцима гидрохлорида готовили в день исследования в концентрации 200, 100, 50, 10, 1 и 0,5 мг/мл. Культивировали микроорганизмы в лунках плоскодонного планшета при 37°C. Учёт результатов осуществляли при длине волны 600 нм. Оптическую плотность фиксировали каждый час в течение 24 ч. В контрольные пробы вносили только питательный бульон.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования было обнаружено, что для культур *Escherichia coli* характерна короткая лаг-фаза, фаза экспоненциального роста длится 10 часов, а стационарная фаза последующие 14 часов. В присутствии лизоцима в различных концентрациях фазы роста не меняли своей продолжительности.

Удельная скорость роста культуры *E. coli* - 0,113 у.е.; в присутствии 0,5 мг/мл лизоцима – 0,106; 1 мг/мл – 0,107; 10 мг/мл – 0,104; 50 мг/мл – 0,122; 100 мг/мл – 0,151; 200 мг/мл – 0,121 у.е. Средняя удельная скорость роста - 0,118 у.е.

К настоящему времени у многих патогенных и условно патогенных бактерий обнаружена способность связывать лизоцим и проявлять антилизозимную активность (АЛА) [1,2]. Установлено, что *E. coli* имеет специализированные механизмы персистенции, способные инактивировать ферментативную способность лизоцима. В качестве объективного маркера персистенции *E. coli* в организме человека и воде поверхностных водоемов предлагается использовать ее антилизозимную активность [6]. Увеличение такой активности у эшерихий объясняется тем, что воспалительное состояние слизистой оболочки кишечника сопровождается повышением концентрации эндогенного лизоцима, когда экзокриноциты толстой кишки в ответ на колонизацию пищеварительного тракта условно патогенными микроорганизмами усиленно секретируют этот фермент. Осваивая экологическую нишу, условно патогенные микроорганизмы вырабатывают сами лизоцим, необходимый для формирования биоценоза, что приводит к компенсаторному увеличению антилизозимной активности у представителей индигенной флоры [7]. Более того, данный биологический феномен связан с секрецией специфического антилизозимного фактора, что коррелирует с внутриклеточным паразитированием и более выражено у микробных культур с высоким уровнем антилизозимной активности. Известно, что *E. coli* содержат периплазматические и мембраносвязывающие ингибиторы лизоцима, которые могут связываться с ферментом и образовывать неактивные комплексы [8]. Чтобы выдержать изменения в биоценозе, например, толстой кишки, *E. coli* также усиливает секрецию своего лизоцима, к которому они не чувствительны.

Закключение. Штаммы *E. coli* не чувствительны к лизоциму. В целом, лизоцим не оказывает существенного влияния на продолжительность фаз роста эшерихий. Однако лизоцим меняет скорость накопления биомассы микроорганизмов и стимулирует рост *E. coli*.

Список литературы

1. Бухарин О.В., Вальшев А.В., Елагина Е.Е. Антилизозимная активность анаэробных бактерий фекальной микрофлоры человека // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. - 2000. - № 5. - С. 20–22.
2. Бухарин О.В. Персистенция патогенных бактерий: теория и практика // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. - 2000. - № 4. - С. 4–7.
3. Годовалов А.П., Быкова Л.П., Шипилина Е.Д. Некоторые особенности лабораторной диагностики дисбиотических состояний полости рта // В мире научных открытий. - 2010. - № 4-14 (10). - С. 7-8.
4. Годовалов А.П., Ожгибесов Г.П., Никулина Е.А. Особенности штаммов *Escherichia coli*, выделенных при воспалительных заболеваниях человека // Вестник современной клинической медицины. 2019. Т. 12. № 4. С. 7-10.
5. Комкова О.П., Образцова А.М., Сидорова Н.А. Основы конституционального иммунитета. (Основы естественной резистентности) // Петрозаводск, PetrGU Publ. - 2004. - С. 53.
6. Комкова О.П., Образцова А.М., Сидорова Н.А. Антилизозимная активность *Escherichia coli*, выделенной на разных этапах естественной циркуляции вида // Ученые записки петрозаводского государственного университета. -2016. - № 2 (155). - С. 110–113.
7. Михайлова, В. О. Крамарь, Т. Н. Савченко, Т. Н. Климова Л.В. Факторы, способствующие персистенции условно-патогенных микроорганизмов // Вестник ВолГМУ. - 2010. - № 4 (36).
8. J.M. Van Herreweghe, L. Vanderkelen, L. Callewaert, A. Aertsen, G. Compernelle, P.J. Declerck, C.W. Michiels. Lysozyme inhibitor conferring bacterial tolerance to invertebrate type lysozyme // Cell Mol. Life Sci. - 2010. - №67. - P. 1177–1188.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ануфриенко Л.О., Аванисян В.М.

Научный руководитель: Цатурян Л. Д.

Ставропольский государственный медицинский университет

Адаптационные реакции индивидуальны и реализуются у разных лиц с различной степенью участия функциональных систем, которые обладают в свою очередь обратной связью, изменяющейся во времени и имеющей переменную функциональную организацию, сопровождающуюся напряжением механизмов регуляции. Текущая активность симпатического и парасимпатического отделов является результатом многоконтурной и многоуровневой системы регуляции гомеостаза, изменяющей во времени свои параметры для достижения оптимального приспособительного ответа.

Исходя из этого, целью нашего исследования явилось проведение статистического анализа вариабельности сердечного ритма у студентов медицинского вуза.

С использованием программно-аппаратного комплекса «Варикард 2.5» нами был проведен статистический анализ (RMSDD, SDNN, pNN50) вариабельности сердечного ритма (BCP) и стрессовый индекс (SI). В исследовании приняли участие 150 юношей-студентов медицинского вуза 2 курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. С учетом SI обследуемые студенты были поделены на три группы: I группа SI < 50 (n=39), II группа SI = 50-200 (n=81), III группа SI > 200 (n=30). Для статистической обработки данных использовался критерий t-Стьюдента, значимыми считались показатели при уровне достоверности $p < 0,05$.

В III группе показатель RMSDD был наименьшим ($44,2 \pm 3,7$ мс), а максимальные его значения установлены у студентов I группы ($48,8 \pm 3,7$ мс), что свидетельствует о стабильности сердечного ритма в данной группе студентов.

Показатель SDNN характеризует более выраженное влияние парасимпатического отдела вегетативной нервной системы ($65,2 \pm 2,6$ мс) в I группе, а III группе студентов отмечаются низкие значения изучаемого показателя ($52,6 \pm 4,5$ мс), что говорит о высоком уровне напряжения. Анализ показателя pNN50 в исследуемых группах студентов позволил установить аналогичные тенденции к низким значениям в III группе студентов и высокие в I группе ($30,4 \pm 2,6$ %).

В дальнейшем обследуемые студенты были разделены с учетом их обучения на разных факультетах: I группа (n=55) лечебный, II группа (n=31) педиатрический, III группа (n=64) стоматологический факультет. Показатели RMSDD, SDNN и pNN50 были достоверно ниже ($p < 0,05$) во II группе студентов. Самые высокие значения данных показателей были выявлены у студентов III группы (RMSDD – $53,3 \pm 2,9$ мс, pNN50 – $26,5 \pm 2,2$ %, SDNN – $60 \pm 2,8$ мс). Наибольшее значение SI ($205,4 \pm 32,8$ усл. ед.) аналогичным образом характерны для студентов II группы, в то время как наименьшее значение наблюдалось в III группе ($117,7 \pm 13,6$ усл. ед.).

Таким образом, полученные данные статистического анализа BCP свидетельствуют о полиспектральности, обеспечивая необходимый уровень функционального состояния организма, а также о различном влиянии вегетативного регуляции на сердечный ритм.

Список литературы

1. Гурова О.А., Тарбаева Е.А., Карасева Н.В. Вариабельность сердечного ритма, микрокровооток в коже и внимание у студентов при адаптации к учебным нагрузкам // Здоровье и образование в XXI веке. – 2013. – Т.15, № 2. – С. 140-142.
2. Гурова О.А., Тарбаева Е.А., Сафронова Е.Ю. Дневная динамика вариабельности сердечного ритма у студентов // Новые исследования. – 2012. – № 3 (30). – С. 32-36

3. Севрюкова, Г.А. Характеристика функционального состояния и регуляторноадаптивных возможностей организма студентов в процессе обучения в медицинском вузе : дис. ...
д-ра биол. наук : 03.03.01 / Севрюкова Г.А. – Майкоп, 2012. – 486 с.
4. Шлык, Н.И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов: монография / Н.И. Шлык. – Ижевск : Изд-во «Удмуртский университет», 2009. – 255 с.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОПР КУРИЛЬЩИКОВ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЖКТ

Бабенко Д.В., Карагодина В.В

Научные руководители: Диденко М.О., Неменуцкая Е.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

В последнее время во всем мире увеличивается количество людей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). За последние годы число граждан РФ с диагнозом «гастрит», возросло на 7% [1]. В 2013 году было зарегистрировано 3,8 млн. россиян, страдающих гастритом, а в 2018 – уже 4,1 млн. В группу риска входят люди, имеющие вредные привычки, в частности курение. [4]. Поэтому ранняя диагностика гастрита является одной из приоритетных задач современной медицины.

Полость рта является своеобразным «зеркалом» организма, отражающим закономерности патогенеза всех его систем; влияния местных и общих факторов на СОПР бесспорны. Установлена связь морфофункциональных изменений слизистой оболочки полости рта (СОПР) с табакокурением и воспалительными заболеваниями ЖКТ [3, 5].

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 52 студента СтГМУ, СКФУ и СГАУ в возрасте 18-30 лет, которые были разделены на 4 группы: I – некурящие здоровые студенты (10 человек, контрольная группа), II – курящие студенты, не болеющие гастритом (19 человек), III – некурящие студенты с гастритом (16 человек), IV – курящие студенты с гастритом (7 человек). Все участники исследования предварительно прошли опрос (анкетирование) с целью выявления таких привычек, как курение (с уточнением длительности привычки, количества выкуриваемых сигарет ежедневно), употребление спиртного. Проведен осмотр полости рта, взят мазок с СОПР (щека, губа) выстилающего типа.

Мазки окрашивали по Романовскому-Гимзе и Май-Грюнвальду. Для получения цифровых изображений использовали лабораторный микроскоп Olympus CX41. Подсчет ядерно-цитоплазматического отношения (ЯЦО) осуществляли с помощью программного обеспечения ImageJ 152a. Индекс ороговения (ИО) вычисляли по формуле: $ИО = \frac{\sum ОЭК}{N}$, где $\sum ОЭК$ – количество ороговевших эпителиоцитов, N – общее количество эпителиоцитов.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2010. Вычисляли средние значения показателей, t-критерий Стьюдента. Статистически достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

У студентов II и IV групп стаж курения составил до 1 года в 7,7% случаев, 1-5 лет в 50,0%, более 5 лет – в 42,3%; 38,5% обследуемых выкуривало более 10 сигарет в день.

Употребляли алкоголь (не менее 1 раза в 2 недели) 25 студентов всех групп (48,1%). В I группе этот показатель составил 8,0%, во II – 48%, в III – 24,0%, в IV – 20,0%.

Правильного питания придерживались 33 человека (63,5%). Из них: в I группе – 39,4%, II – 24,2%, III – 30,3%, IV – 6,1%.

Регулярно соблюдали гигиену полости рта 50 человек (96,2%). Из них: в I группе – 20,0%, II – 36,0%, III – 32,0%, IV – 12,0%.

При осмотре ротовой полости был обнаружен галитоз у 25 человек (48,1%) в соотношении: I группа – 4,0%, II – 24,0%, III – 40,0%, IV – 32,0%.

Налет на языке определен у 30 студентов (57,7%): I – 6,7%, II – 16,7%, III – 36,7%, IV – 40,0%.

Зубной налет – у 23 человек (44,2%): I – 4,3%, II – 13,0%, III – 21,7%, IV – 60,9%.

У курящих студентов слизистая щек, губ имела тусклый сероватый цвет, наблюдалась частичная атрофия малых слюнных губных и щечных желез, трещины и эрозии красной каймы губ. У студентов, болеющих гастритом, кроме этого отмечали проявления хейлита, участки шелушения в зоне Клейна.

ИО у студентов I группы был достоверно ниже, чем у студентов остальных групп ($0,15 \pm 0,03$ усл. ед). Самые высокие значения отмечены у курящих студентов (II и IV групп) – $1,39 \pm 0,24$ и $2,80 \pm 0,07$ соответственно.

ЯЦО эпителиоцитов шиповатого слоя всех испытуемых достоверно не отличалось, в среднем составив $0,25 \pm 0,02$, что свидетельствует о высокой степени дифференцировки и функциональной активности данных клеток.

При анализе изображений парабазальных и промежуточных эпителиоцитов шиповатого слоя СОПР студентов II и IV групп наблюдали значительное увеличение количества роговых чешуек. Выявили наличие двуядерных эпителиоцитов, возникающих в результате нарушения цитотомии во время митоза. В мазках, полученных от студентов III и IV группы, наблюдали единичные лимфоциты и с/я нейтрофилы.

Выводы

Гиперкератоз и изменение цвета СОПР, налет на языке, наличие трещин и эрозий на кожной части губ возникают в результате систематического воздействия табачного дыма. Данные проявления наиболее характерны для курящих студентов и студентов, болеющих гастритом. Следует отметить, что данные поражения СОПР, а также явления атрофии малых слюнных желез слизистой щек и губ особенно ярко выражены у курящих студентов, болеющих гастритом.

Повышение индекса ороговения у курящих студентов свидетельствует о кератинизации СОПР и снижении ее барьерной функции. Значительное повышение количества роговых чешуек является признаком гиперкератоза. Наличие двуядерных эпителиоцитов, единичных нейтрофилов и лимфоцитов в мазках СОПР данных студентов свидетельствует о токсическом действии табачного дыма.

Таким образом, наиболее выраженные морфофункциональные изменения СОПР в виде гиперкератоза выявлены у курильщиков при сопутствующем воспалительном заболевании ЖКТ.

Список литературы

1. Аветисян А.О. Диагностика патологии ЖКТ по состоянию СОПР / А. О. Аветисян // Бюллетень медицинских интернет-конференций – 2017. – Т. 6. – № 1. – С. 420-423.
2. Бавыкина Т.Ю. Полость рта - зеркало заболеваний внутренних органов / Т. Ю. Бавыкина, О. А. Ефремова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация – 2011. – № 10 (105). – С. 236-238.
3. Копытов А.А. Проблема сочетанной патологии полости рта и органов пищеварения у подростков / А. А. Копытов, А. В. Никишаева // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Медицина. Фармация – 2018. – Т. 41. – № 2. – С. 220-227.

4. Мозговая Л.А. Влияние вредных привычек на стоматологическое здоровье и успеваемость студентов вузов / Л. А. Мозговая, В. П. Рочев // Уральский медицинский журнал – 2016. – № 6 (139). – С. 34–37.
5. Сафров Д.А. Состояние органов и тканей полости рта на фоне табакокурения / Д. А. Сафров // Eur. Res. – 2017. – № 5 (28). – С. 87–89.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СКОРОСТИ РАЗВИТИЯ КАСТРАЦИОННОЙ
РЕЗИСТЕНТНОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВАНИИ
УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ АНДРОГЕНОВ И Ki-67**

Баллаева Ф.Х., Бициева Э.Т., Цуккиев З.К.

Научный руководитель: Епхийев А.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из самых распространенных злокачественных новообразований среди мужского населения. Риск развития рака простаты увеличивается с возрастом, в особенности после пятидесяти лет. В числе злокачественных опухолей предстательной железы наиболее часто встречается ацинарная аденокарцинома – опухоль, возникающая из эпителия ацинусов. На сегодняшний день одним из основных методов лечения, наряду с радикальной простатэктомией, лучевой и химиотерапией, является андроген депривационная терапия (АДТ). Однако, несмотря на широкое применение данного метода и сравнительную эффективность на начальных этапах (80-85%) опухоль рано или поздно становится гормонрезистентной (что является краеугольным камнем в лечении РПЖ).

Цель исследования. Определить с помощью предикторов скорость развития кастрационной резистентности у пациентов с ацинарной аденокарциномой предстательной железы.

Материалы и методы: В этом ретроспективном исследовании использовали биопсийный материал пациентов с ацинарной аденокарциномой предстательной железы. Степень дифференцировки оценили в соответствии с индексом Глисона. Для определения уровня экспрессии андрогеновых рецепторов (АР) и маркера пролиферации Ki-67 опухолевыми клетками провели иммуногистохимическое окрашивание материала. Полученные результаты были проанализированы. Оценили корреляцию между степенью экспрессии определяемых маркеров и скоростью развития кастрационной резистентности у пациентов с раком предстательной железы.

Результаты исследования. Все опухоли оказались иммунопозитивны в отношении АР, но с разной степенью. Выявлено, что опухоли, имеющие более высокий индекс Глисона и интенсивно окрашенные по Ki67, характеризуются незначительной экспрессией АР. Образцы хорошо и умеренно дифференцированных аденокарцином в большей степени экспрессируют андрогеновые рецепторы при низком уровне окрашивания по Ki-67. В первой группе образцов кастрационная резистентность у пациентов при проведении АДТ наступила в более короткие сроки, чем во втором.

Выводы. Таким образом, при иммуногистохимическом исследовании ацинарных аденокарцином низкий уровень экспрессии андрогеновых рецепторов в сочетании с высокой экспрессией маркера пролиферации Ki-67 может использоваться в качестве предиктора раннего развития кастрационной резистентности.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ТИМУСЕ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ЭМОЦИОНАЛЬНО-БОЛЕВОМ СТРЕССЕ

Барсова Д.А., Медведкова Ю.А.

Курский государственный медицинский университет

Стресс является неспецифической адаптивной реакцией организма на различные раздражители экзогенной и эндогенной природы. Известно, что под влиянием стресса происходит изменение в гипофизарно-адреналовой, лимфоидной системах, гемопозитических органах. Весомые изменения происходят в таких органах как тимус и селезенка. При этом особый интерес представляют отличия воздействия на организм разнообразных видов стресса: острого и хронического. Целью нашего исследования - отразить в эксперименте патогистологические изменения в тимусе белых крыс при остром и хроническом эмоционально-болевым стрессе [2, 3].

Материалы и методы. Ранее был произведен эксперимент, в котором острый и хронический эмоционально-болевым стресс был воспроизведен на 26 крысах-самцах линии Вистар, из них 6 крыс являлись контрольными. Все животные содержались в стандартных условиях вивария со свободным доступом к воде и пище при 12-часовом световом режиме и контролируемой температуре. Все исследования проводились с соблюдением принципов Хельсинкской декларации о гуманном отношении к животным и в соответствии с решением регионального этического комитета.

Острый эмоционально-болевым стресс создавали электрокожным раздражением лап попарно сгруппированных животных в камере с электрофиксированным решетчатым полом. Продолжительность эксперимента для каждой пары животных составляла 30 минут: длительность импульсов тока 5 с с интервалом 15 с. При моделировании хронического стресса данное воздействие на животных проводилось в течение 5 дней подряд. Животных выводили из эксперимента обескровливанием под эфирным наркозом [1].

Патоморфологическую оценку состояния тканей тимуса определяли на основе морфометрического исследования микроскопией гистологических срезов, окрашенных гематоксилином и эозином с помощью морфометрической сетки Г. Г. Афтандилова [4].

Достоверность полученных результатов определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. У животных контрольной группы строение тимуса соответствовало видовой норме. При морфометрическом исследовании замечены отличия в строении тимуса крыс контрольной группы с животными, которые были подвергнуты стрессу, также наблюдается гистологическая разница в строении тимуса животных, переживших острый и хронический стресс. У животных, подвергшихся эмоционально-болевому стрессу, наблюдалась картина, типичная для третьей фазы акцидентальной инволюции тимуса: инверсия слоев. Отмечено истощение как коркового, так и мозгового слоя долек и исчезновение четких границ между слоями. Средние значения удельной площади мозговой зоны тимуса заметно отличаются у контрольной группы, по сравнению с группами после перенесенного стресса: 18,2% ($p < 0,05$) – у животных контрольной группы, 17,37% – у группы острого эмоционально-болевого стресса, 21,2% – у животных, перенесенных хронический стресс. При исследовании удельной площади корковой зоны тимуса наблюдалось отчетливое уменьшение площади по мере увеличения стрессовой нагрузки: у группы контроля – 78,1%, группа острого стресса – 77,9%, у крыс после перенесенного хронического стресса – 72,1%.

Заключение. В тимусе животных, подвергнутых острому и хроническому эмоционально-болевому стрессу, обнаружено уменьшение лимфоидной ткани, вследствие гибели лимфоцитов как в корковом, так и в мозговом веществах. Для уточнения данных и повышения уровня достоверности исследования необходимо увеличить количество животных в исследуемых группах.

Список литературы

1. Влияние дельта-сон индуцирующего пептида на функциональное состояние гепатоцитов крыс при эмоционально-болевым стрессе/ А.Е. Белых, И.И. Бобынцев, А.А. Крюков, В.Т. Дудка // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. - 2015 - Т. 101. - № 6. - С. 700-707.
2. Киселева Н. М. Воздействие полипептидов тимуса на работу стресс-системы // Вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2011. №4.
3. Маткина О.В. Патогистологические изменения в тимусе и селезенке неинбредных белых крыс при остром стрессе // Пермский медицинский журнал. - 2014. - №1.
4. Старская И. С., Полевщиков В.В. Морфологические аспекты атрофии тимуса при стрессе // Иммунология. - 2013 - №5.

НОВЫЕ ДАННЫЕ О ПОЛОЖЕНИИ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОСОЧКОВЫХ МЫШЦ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Баскаулова А.А.

Научный руководитель: Якимов А.А.

Уральский федеральный университет

Левый желудочек (ЛЖ) сердца изучен довольно детально, однако данные о положении его передней и задней сосочковых мышц (ПСМ, ЗСМ) противоречивы и в большинстве статей являются чисто описательными. Знание количественных характеристик положения сосочковых мышц левого желудочка важно не только для дальнейшего развития нормальной анатомии, но и для точной ультразвуковой и лучевой диагностики патологий сердца.

Цель. Морфометрическим методом изучить положение СМ ЛЖ в сердце взрослого человека.

Материал и методы. Изучили 45 препаратов сердца взрослых людей без макроскопической патологии сердца. На препаратах, фиксированных в формалине, вскрытых через тупой край сердца, в середину основания СМ со стороны полости ЛЖ вводили иглу, после чего линейкой штангенциркуля ШЦ-II-250-0,1 (ГОСТ 166-89, точность 1мм) производили измерения. В программе Statistica 10.0. результаты проверяли на нормальность по критерию Шапиро-Уилка и представляли в виде медианы (Me) и крайних значений (min-max).

Результаты и обсуждение. Как показало исследование, ПСМ имелись во всех сердцах и могли состоять из одного (22,2%) или из двух (62,2%) брюшек или сегментов; в единичных случаях встречались образцы с тремя и пятью сегментами. Количество сосочковых мышц задней стенки варьировало от одной (53,3%) до трёх; также разнообразно было и количество их сегментов: наиболее часто встречались трёхсегментарные ЗСМ (37,8%). ПСМ с расщеплённым типом основания встречались в 53,3% и незначительно преобладали по сравнению с мышцами, которые имели монолитное основание (46,7%). У ЗСМ расщеплённое основание встречалось чаще, чем аналогичное у ПСМ. Для оснований расщепленного типа было характерно наличие нескольких (обычно 2-4) мясистых трабекул, за счет которых происходило прикрепление СМ к стенкам левого желудочка или к межжелудочковой перегородке. В 89% ПСМ местом прикрепления трабекул служила передняя стенка левого желудочка, в 11% – межжелудочковая перегородка. Трабекулы, соединявшие ПСМ с перегородкой, можно было классифицировать как трабекулы переднего угла ЛЖ, ранее описанные в литературе

у плода человека [3]. Они чаще были мостовидного типа, но могли быть и пристеночными. Значения расстояний от ПСМ до перегородки (Ме 16мм) и до левой стенки ЛЖ (Ме 17мм) изменялись в широких пределах (от 9 до 35мм и от 10 до 33мм соответственно). Это было обусловлено изменчивостью формы основания СМ, вариабельностью количества и длины трабекул. Расстояние от основания ПСМ до верхушки сердца составило 43мм (20–54мм), до левой лёгочной поверхности 19мм (5–35мм). У ЗСМ в 80% образцов местом прикрепления трабекул основания служила задняя стенка левого желудочка и в 20% – межжелудочковая перегородка. В отличие от передних сосочковых мышц, для ЗСМ было характерно образование групп или комплексов. Аналогичная особенность была описана в отношении ЗСМ правого желудочка в сердцах плодов [4]. Эти сосочковые комплексы обычно состояли из трёх СМ. Чем больше мышц входило в комплекс, чем шире были их основания, тем вариабельнее была их топография. Из работы А.Р. Ромбальской (2008) известно, что расположение мышц связано с их количеством. Единичные мышцы имеют, как правило, центральное расположение, а с увеличением числа мышц их локализация изменяется, в основном преобладает боковое расположение [1]. Расстояние от ЗСМ до межжелудочковой перегородки варьировало от 5 до 17мм (Ме=11мм), до левой стенки ЛЖ от 12 до 19мм (Ме=18мм), что подтверждало преимущественное положение ЗСМ вблизи перегородки. Удалённость ЗСМ от верхушки сердца составила 38мм (30–50мм) и несущественно отличалась от этого параметра у ПСМ. Полученные данные совпадают с утверждением Г.Э. Фальковского (2014), что «зона начала папиллярных мышц охватывает верхушечную и среднюю треть тупого угла сердечной стенки» [2]. Как установили S. Gunnal et al. (2013), в 95% случаев СМ находились в средней трети и лишь в 5% в верхней трети ЛЖ [5]. От левого фиброзного кольца самая высокая верхушка ПСМ была удалена на 22мм (15–45мм), ЗСМ – на 20мм (14–24мм). По данным компьютерной томографии передняя СМ у живого человека находилась выше и латеральнее по отношению к задней СМ [6], но, по нашим данным, полученным на секционном материале, ПСМ и ЗСМ по вертикали находились на одном уровне. Эти расхождения могли быть связаны не только с разными методическими подходами, но и с индивидуальной анатомической изменчивостью изученных сердец.

Закключение. Как ПСМ, так и ЗСМ ЛЖ имеют сложное, обычно многосегментарное, строение. Обе СМ находятся на одном уровне по вертикали, но ЗСМ, в отличие от ПСМ, располагается более медиально. Обе мышцы начинаются на соответствующих боковых стенках желудочка, но в 11–20% случаев могут быть связаны с межжелудочковой перегородкой мясистыми трабекулами. Вариации положения начала мышц находятся в прямой связи с размерами, формой их оснований и количеством трабекул.

Список литературы

- 1.Ромбальская А.Р. Строение и топография сосочковых мышц желудочков сердца человека // Клін анат та опер хір. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 30–35.
- 2.Фальковский Г.Э. Строение сердца и анатомические основы его функции. М.: НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2014.
- 3.Якимов А.А. Трабекулы левожелудочковой поверхности межжелудочковой перегородки в сердце плода человека // Морфология. – 2012. – Т. 142, № 5. – С. 44–48.
- 4.Якимов А.А. Анатомическая характеристика сосочковых мышц правого желудочка сердца плода человека // Морфология. – 2017. – Т. 151, № 1. – С. 26–32.
- 5.Gunnal S.A., Wabale R.N., Farooqui M.S. Morphological variations of papillary muscles in the mitral valve complex in human cadaveric hearts // Singapore Med J. – 2013. – Vol. 54, № 1. – P. 44–48.
- 6.Mori Sh., Tretter J., Spicer D., Bolender D., Anderson R.H. What is the real cardiac anatomy? // Clin Anat. 2019. [Эл. ресурс] DOI: 10.1002/ca.23340.

ИЗУЧЕНИЕ ГИСТОГЕНЕЗА ОПУХОЛЕЙ С ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ СТРОЕНИЕМ НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Бициева Э.Т., Цуккиев З.К.

Научный руководитель: Епхийев А.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Низкодифференцированные злокачественные новообразования характеризуются высокой степенью анаплазии, что обуславливает потерю ими признаков первоначальной ткани. Вследствие этого большинство низкодифференцированных опухолей выглядят примерно одинаково, и данные исследований показывают, что первичный гистогенетический морфологический диагноз (саркома, меланома, лимфома и др.) оказывается ошибочным более чем в половине случаев. Однако современные подходы к лечению, в том числе таргетная терапия, требуют полного понимания источника происхождения опухоли.

Цель исследования. Определить гистогенез опухолей с гистологическим строением низкодифференцированных злокачественных новообразований.

Материалы и методы. В данном исследовании были использованы материалы пациентов с диагнозом низкодифференцированных злокачественных новообразований. Всего было проанализировано 5 случаев, которые гистологически были определены как низкодифференцированная карцинома (3 случая), лимфоцитома (1 случай), светлоклеточная саркома (1 случай). Для определения гистогенеза опухолей было проведено иммуногистохимическое исследование (ИГХ) с применением антител к РСК (маркер эпителиальных клеток), CD45 (общий лейкоцитарный антиген, маркер клеток гемопоэтического ряда), виментин (маркер клеток мезенхимального происхождения), S-100 (маркер клеток нейроэпителиального происхождения). После выявления принадлежности опухолевой ткани к одному из четырех видов, провели детализацию при помощи маркеров Т- и В-лимфоцитов для CD45+ опухолей, цитокератинов простых и сложных видов эпителия для РСК+ опухолей, маркеров гладкомышечной и поперечнополосатой мускулатуры и эндотелия для опухолей мезенхиального происхождения и маркеров меланомы для клеток S100+ опухолей.

Результаты исследования. При ИГХ-исследовании в образце опухоли, интерпретированной как лимфоцитома, выявлена экспрессия РСК, синаптофизина, хромогранина, а экспрессии маркеров гемопоэтической ткани выявлено не было, в связи с чем образец был классифицирован как рак из нейроэпителиальных клеток (клеток Меркеля). В образце, обозначенном как светлоклеточная саркома, была обнаружена экспрессия S100, мелана А, но не было обнаружено экспрессии виментина, SMA, десмина, в связи с чем образец был классифицирован как меланома. Такой же ИГХ-профиль имела одна из опухолей, классифицированная как низкодифференцированная карцинома. В остальных двух образцах низкодифференцированных карцином была выявлена экспрессия CD45, CD20, CD79A. Не была обнаружена экспрессия РСК и S100, поэтому был поставлен диагноз В-клеточной лимфомы. Один из случаев клинически характеризовался выраженным эффективным лечением аналогом препарата Мабтера.

Выводы. Иммуногистохимическое исследование необходимо проводить не только для случаев низкодифференцированных карцином, но и для случаев, когда устанавливается диагноз саркома в виду высокой степени анаплазии клеток данных новообразований. Для улучшения качества диагностики и расширения охвата нуждающихся в исследовании клинических случаев, необходимо подготовить информационное письмо медицинским учреждениям хирургического профиля, работающим с онкологическими больными.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ СТУДЕНТОВ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ Г. ТВЕРИ О ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЯХ И ПУТИ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ

Бурейко К.А., Гаврикова Д.И., Бочкарева Е.В.

Научный руководитель: Тимошилов В. И.

Курский государственный медицинский университет

Заболевания, передающиеся половым путем, являются важной проблемой здоровья молодежи и нации в целом. Они оказывают косвенное негативное влияние на демографическую ситуацию как причины и факторы риска бесплодия, невынашивания и осложнений беременности, причем как в остром периоде, так и в качестве анамнестического факта [1, 2, 3]. Показатели заболеваемости большинством ИППП в России превышают таковые по странам Европы до 10 раз [4, 5]. В возрастной структуре выявляемых больных ИППП преобладают пациенты в возрасте до 30 лет, что позволило обозначить эти инфекции как социально обусловленные заболевания среди молодежи [6, 7]. По результатам экспертной оценки факторов риска заражения и распространения ИППП установлено, что на уровне территорий ведущая роль принадлежит социальным предпосылкам, связанным с информированностью молодежи о данной проблеме, общественным мнением и поведенческими установками [8].

Материалы и методы. Проведен опрос 200 студентов естественно-научных специальностей высших учебных заведений Тверской области. Анкета включала вопросы на выявление информированности респондентов о проблеме ИППП, самооценку риска заражения, приоритетов в выборе помощи, а также источников информирования. В обработке данных использованы экстенсивные показатели.

Результаты и обсуждение. В половом пути передачи СПИДа, гонореи, сифилиса утверждены все 100%, хламидиоза, трихомоноза, гепатита В – 90,3%. Объективное отношение к риску заражения ИППП, которое заключается в осознании вероятности инфицирования для всех, кто живет половой жизнью, и необходимости соблюдения мер профилактики, демонстрируют 85,5% опрошенных. Недооценивают угрозу, считая заражение вероятным только при частой смене партнера 8%, а связывают риск исключительно с социальным неблагополучием 6,5%. В прохождении скрининговых обследований заинтересованы 99% опрошенных.

В вопросах лечения ИППП в целом врачам доверяют 93% студентов, а самолечение как в чистом виде, так и в сочетании с профессиональной помощью поддерживают 15%. При этом доверием наибольшего числа пользуются частные клиники (87,5% респондентов), а в государственные диспансеры готовы обращаться 74%. Из видов самолечения воспользуются материалами Интернет-форумов 13%; будут лечиться опираясь на медицинскую литературу, официальные руководства и профессиональные знания 10,5%; обратятся в аптеку с просьбой рекомендовать препарат 5%; по 1,5% настроены на использование советов родственников и народных средств соответственно.

Первичное информирование о проблеме ИППП наиболее часто происходит от родителей и родственников (43%), далее в порядке убывания идут средства массовой информации (19%), друзья (14%) и представители общественных организаций (5%). Профессиональные источники – врачи, специальная литература, просветительские материалы – сыграли роль первой информации о проблеме для 11%, причем 2% опрошенных впервые получили какую-либо информацию об ИППП только тогда, когда заболевание возникло у них самих и стало поводом к обращению за медицинской помощью.

При целенаправленном информировании самая популярная форма работы — это учебный процесс (72%), лекции врачей (62%) и Интернет (53%).

Закключение

1. Студенты естественно-научных специальностей в целом хорошо осведомлены о проблеме ИППП, адекватно относятся к угрозе заражения и необходимости своевременного обращения за профессиональной помощью.

2. Наиболее популярные источники первичного информирования о проблеме — это родители, родственники, средства массовой информации и друзья. Наиболее распространённые мероприятия - включение соответствующих тем в учебный процесс, лекции медицинских работников и самостоятельное обучение.

Список литературы

1. Анисимова, Н.С. Проблемы эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем / Н.С. Анисимова, Г.А. Шипулин, В.В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2012. - № 3. - С. 4–8.
2. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации / Кубанова А.А., Лесная И.Н., Кубанов А.А. [и др.]. // Вестник дерматологии и венерологии. - 2010. - №5. - С. 4–21.
3. Антонович, Е.Н. Универсальный метод ФТС: структурная логика связи понятий, критерии истины и научности / Е. Н. Антонович // Евразийский союз ученых. - 2015. - №10. - С. 108–114.
4. Заболеваемость сифилисом В Российской Федерации за период 2004-2013 гг. / А.А. Кубанова, Л.Е. Мелехина, А.А. Кубанов, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. - 2014. - № 5. - С. 24-31.
5. Иванов, А. О. Дисплазия соединительной ткани у детей / А. О. Иванов, С. Н. Шальнова//Вопросы современной педиатрии. — 2014. — № 5. — С. 61–67.
6. Береснева, Т.А. Эпидемиологические аспекты раннего врожденного сифилиса. / Т.А. Береснева // Международный журнал экспериментального образования. - 2015. - № 12-4. - С. 475-477.
7. Кубанова А.А., Мелехина Л.Е., Кубанов А.А., Богданова Е.В. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации в 2013 году. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2014. - №3. – С. 16 – 36.
8. Тимошилов, В. И. Факторы риска заражения и распространения инфекции передаваемых половым путем: аналитический обзор и экспертная оценка/ В. И. Тимошилов, В. Г. Ластовецкий// Вестник новых медицинских технологий 2018. - №2. – С. 25-32.

СОМАТОФОРМНАЯ ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Бухонская В.Ю., Зубарев А.Е.

Научный руководитель: Елисеева Е.В.

Ставропольский государственный медицинский университет

21 век – век информационных технологий и научного прогресса, из-за постоянно возрастающего потока информации все больше людей подвергается стрессам, усталости, психозам. Эти состояния могут перерасти в соматоформную вегетативную дисфункцию. Целью нашей работы является проследить влияние данной дисфункции на гемодинамику у людей, не имевших хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы. Для понимания цели этих влияний поставим следующие задачи: 1. Изучить механизм

возникновения и проявлений соматоформной вегетативной дисфункции. 2. Ознакомиться с историей болезни пациентки с данной патологией. 3. На конкретном примере проследить влияние дисфункции на гемодинамику. В ходе работы используем методы: анализ медицинской литературы, обобщение и систематизация, интервьюирование, поисковый метод, метод статической обработки информации (социальный опрос о рисках развития заболевания). Материалами для исследования служит история болезни пациентки с данным заболеванием, научные физиологические сведения об основах возникновения болезни и результаты опроса студентов СтГМУ.

Вегетативная (автономная) нервная система — отдел нервной системы, регулирующий деятельность внутренних органов, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов. При нарушении работы вегетативной нервной системы может развиваться соматоформная вегетативная дисфункция, или как ее называют ВСД (вегетососудистая дистония). Мы встретились с пациенткой, у которой некоторое время назад была выявлена ВСД. И получили от нее результаты обследований и анализы, а также разрешение на их использование в данной работе. Как видно из обращения в СКККДЦ пациентка жаловалась на приступы панических атак, учащенное сердцебиение, повышенное потоотделение, беспокойство. Ранее не отмечалось никаких патологий сердечно-сосудистой системы, что дает основание предположить, что причиной данных нарушений явилась соматоформная вегетативная дисфункция. В личной беседе она призналась нам, что у нее был постоянный беспричинный страх за жизнь детей и родителей. Причем первый приступ панической атаки случился именно в спокойной обстановке на отдыхе. Также ее беспокоили:

- Одышка и ощущение нехватки воздуха
- Плаксивость, раздражительность, резкие перемены настроения, общая слабость, снижение трудоспособности (астенический синдром)
- Головная боль
- Метеочувствительность
- Плохая переносимость жары и холода
- Бессонница, в том числе и колебания артериального давления, которые подтверждаются на суточном мониторинге АД.

Рассмотрим подробнее, каким образом соматоформная вегетативная дисфункция влияет на гемодинамику. У обследованных больных на первый план выступали симптомы, более характерные для венозной патологии мозгового кровообращения и оценивались пациентами как «основные» в клинической картине заболевания. Можно констатировать наличие тесной взаимосвязи между тонусом внутричерепных вен и состоянием церебральной гемодинамики. Изменение тонуса церебральных вен на начальных этапах (в основном его повышение), является, по-видимому, проявлением компенсаторных реакций его сосудистой системы на ранние изменения церебральной гемодинамики. По мере прогрессирования заболевания происходит дальнейшее ухудшение оттока крови по мозговым венам с формированием разной степени венозного внутричерепного застоя. Нарушения гемодинамики реализуются через патологию нейрогуморальных факторов в системе кратковременного действия (адаптационной) и в системе длительного действия (интегральной). Первые заключаются в извращении барорецепторных взаимоотношений. Нарушения в интегральной системе регуляции представлены избыточной секрецией альдостерона, задержкой натрия и воды, а также истощением депрессорных механизмов и сердца. Важными патогенетическими факторами АГ признаны тканевая инсулинорезистентность, сопряжённая с усилением реабсорбции натрия, активности симпатической нервной системы, экспрессией протоонкогенов и ослаблением вазодилататорных стимулов, а также повышение плотности рецепторов

сосудистого русла и миокарда и их чувствительности к адренергическим воздействиям под влиянием избыточной секреции кортизола и тиреоидных гормонов.

В основе разлада Вегетативной нервной системы лежит наследственная дисфункция вегетативных центров головного мозга. Но также причинами могут стать хронический стресс, серьезная болезнь, чрезмерная физическая нагрузка, сильное эмоциональное потрясение. Болезни: неврологические, психические, эндокринные, инфекционные, а также черепно-мозговые травмы. Основа лечения – работа с психикой.

Стоит сказать, что мы проводили тестирование среди студентов 2 курса с целью выявить у них риск развития дисфункции, о которой мы говорим. Мы считали риск высоким, при условии количества ответов «да» на половину и более данных вопросов. Результаты оказались далеки от положительных. У 60 процентов наших ровесников есть риск развития ВСД.

Подводя итог нашей работе хочется сказать, что поставленные задачи были выполнены, цель достигнута, мы проследили влияние ВСД на гемодинамику лиц, не имевших хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Возникают тахикардия, колебания артериального давления, повышение тонуса церебральных вен, нарушения диастолической и систолической функции миокарда.

Соматоформная вегетативная дисфункция – это расстройство, которое нужно и важно иметь ввиду каждому врачу любой специальности.

Список литературы

1. Береславская Е.Б. Вегетососудистая дистония. Современный взгляд на лечение и профилактику-ИГ «Весь», 2014 - 170 с
2. Вейн, А. М. Вегето-сосудистая дистония / А.М. Вейн, А.Д. Соловьева, О.А. Колосова. - М.: Медицина, 2013. - 318 с
3. Месник, Николай Вегето-сосудистая дистония. Избавиться навсегда!: моногр. / Николай Месник. - М.: Эксмо, 2013. - 256 с.
4. Стрюк, Р. И. Адренореактивность и сердечно-сосудистая система / Р.И. Стрюк, И.Г. Длусская. - Москва: Мир, 2017. - 160 с.

ТЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИКЛОФОСФАМИДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Власова Н.В., Матвеевская Д.А., Красильников А.В.

Научные руководители: Обыденко В.И., Баранчугова Л.М., Баясхаланова Ц.Б.

Читинская государственная медицинская академия

В результате любого хирургического вмешательства в брюшную полость остается риск развития спаечного процесса. По данным статистики международного общества изучения спаек (International Adhesion Society) у 85% пациентов хирургического профиля развивается спаечная болезнь. Поскольку данная проблема относится к числу неразрешенных, она является актуальной в современной хирургии и требует результативных решений.

Цель работы. Изучить выраженность спаечного процесса в эксперименте после применения циклофосфамида.

Материалы и методы. В данной работе приняли участие 15 крыс-самцов в возрасте 1 год с массой тела 287 грамм. Все животные были поделены на 3 группы по 5 крыс в каждой: 1-ая - контрольная, 2-ая группа включает животных, которым вызвали спаечный процесс путём десерозирования париетального листа брюшины до «кровоавой росы» через

лапаротомический доступ на передней брюшной стенке. Крысам 3-й группы после моделирования спаечной болезни на 4 день исследования произвели инъекцию циклофосамида дозировкой 30 мг/кг трехкратно через 3 суток. На 14й день выполнили забор следующих органов: селезенка, почки, печень, органы, вовлеченные в спаечный процесс, а так же переднюю брюшную стенку. Осуществлена стандартная проводка и заливка в парафин, гистологические препараты окрашены гематоксилином и эозином. Полученные данные подвергались статистическому анализу с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни, с установлением достоверности различий при достигнутом уровне значимости $p \leq 0,05$ и оценкой U-параметра.

Результаты и обсуждение. При макроскопическом исследовании обнаружили следующее – во 2й группе экспериментальных животных возле лапораторной раны на передней брюшной стенке прослеживаются плотные по консистенции спайки: парието-париетальные, парието-висцеральные и висцеро-висцеральные, а также в спаечный процесс вовлечены мочевой пузырь, сальник, печень и семенные пузырьки. У животных 3й группы не наблюдается висцеро-висцеральных спаек, однако выявляются тонкие, непрочные спайки парието-париетального и парието-висцерального типа. Следует подчеркнуть, что у крыс данной группы статистически достоверна низкая степень вовлечения окружающих тканей в спаечный процесс по сравнению с животными 2й группы.

При сравнительном анализе печени у животных 2й и 3й группы наблюдается полнокровие сосудов, а также в 3-ей группе обнаружены жировые включения. При изучении почек у животных 2-ой группы отмечаем морфологические изменения: уменьшение в размерах почечных телец, расширение просвета капсулы Боумена-Шумлянського, обнаружен венозный стаз. В 3-ей опытной группе выявлены сморщивание почечных телец, увеличение просвета капсулы Шумлянського-Боумена и разрушение эпителиального слоя проксимального отдела канальцев.

Вывод. В результате проведенной работы установлено, что циклофосамид уменьшает выраженность спаечного процесса, при этом изменяет морфологическое строение паренхиматозных органов.

Список литературы

1. Ахметзянов Ф.Ш., Егоров В.И., Анхимова Л.Е. Спаечный процесс как проблема абдоминальной оперативной онкологии // Сибирский онкологический журнал. – 2018. – Т.17. - №. 2. – С. 95-103
2. Аюшинова Н.И. и др. Госпитальная эпидемиология спаечной болезни брюшной полости //Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – Т. 1. - №. 4 (110).
3. Жура А.В. и др. Экспериментальная модель перитонеальных спаек //Новости хирургии. – 2017. – Т.25. - №. 4.
4. Китаев А.В., Айрапетян А.Т., Турлай Д.М. Спаечная болезнь брюшины в эксперименте. Профилактика и лечение //Колопроктология. – 2016. - №. 1S. – С.118а-118а.
5. Насртдинов И.Г., Ишкинин Р.Э., Гарипов И.И. Противоспаечные способы обработки брюшной полости //Новая наука: проблемы и перспективы. – 2016. - №. 4-2. – С. 30-33.

ИЗМЕРЕНИЕ РАЗМЕРОВ НАНОЧАСТИЦ, ПОЛУЧЕННЫХ В РАСТИТЕЛЬНЫХ ЭКСТРАКТАХ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОГО РАССЕЯНИЯ СВЕТА

Волков Д.А., Чумачёва М.В.

Научный руководитель: Дюдюн О.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время наряду с созданием современных типов наночастиц (НЧ) существует острая необходимость точной оценки их размеров. Методы оптической диагностики играют важную роль в исследовании процессов формирования НЧ и в контроле при их производстве. [1]

Динамическое рассеяние света (ДРС) или фотонная корреляционная спектроскопия Dynamic Light Scattering (DLS) – это метод исследования структуры и динамики газообразных и жидких сред, основанный на анализе временной автокорреляционной функции интенсивности рассеянного излучения. Метод широко используется при исследованиях молекулярных растворов. Его применяют в физике, химии, биологии и других областях науки.

Материал и методы

Исследования проводятся на установке PhotoCor Complex (Фотокор, Россия). Рассеянный свет принимается фотоприемником, после чего обрабатывается цифровым коррелятором. Из полученной автокорреляционной функции программа «DynaLS» вычисляет характерное время релаксации флуктуаций, средний размер или распределение дисперсных частиц по размерам. [2] Если раствор содержит частицы разного размера, то можно рассчитать гистограмму распределения частиц по размеру с помощью различных математических алгоритмов.

Объектами исследований являются коллоидные растворы золота, серебра, порфирины, микро- и наноземлюли, везикулы и мицеллы, белки (протеины) и пр.

Материал и методы

Для проведения эксперимента использовали водные экстракты базилика фиолетового, полученные путём диспергирования и отжима фитосырья с последующим разбавлением в разных соотношениях дистиллированной водой и центрифугированием в режимах от 3 до 10 минут при скорости от 2000 до 10000 об/мин.

Для получения наноразмерного серебра, использовали метод химического осаждения в водной среде, в котором прекурсором серебра выступал его нитрат, восстановителем и стабилизатором – экстракты базилика, а точнее глюкоза и галактоза и серосодержащие аминокислоты метионин и цистин, входящие в состав фитосырья.

Для анализа были выбраны 7 образцов, синтезированных в растительных экстрактах в присутствии/отсутствии дополнительного стабилизатора.

№1 - Раствор базилика с серебром ($c(\text{AgNO}_3)=0,0075\text{моль/л}$)

№2 - Раствор базилика с серебром ($c(\text{AgNO}_3)=0,0225\text{моль/л}$)

№3 - Раствор базилика с серебром ($c(\text{AgNO}_3)=0,0375\text{моль/л}$)

№4 - Раствор AgNO_3 (прекурсор), $c(\text{AgNO}_3)=0,05\text{моль/л}$ (дополнительный стабилизатор - таурин $2 \cdot 10^{-5}\text{моль/мл}$ фитопрепарата)

№5 - Раствор базилика с серебром, $c(\text{AgNO}_3)=0,0075\text{моль/л}$ (дополнительный стабилизатор - таурин $2 \cdot 10^{-5}\text{моль/мл}$ фитопрепарата)

№6 - Раствор базилика с серебром, $c(\text{AgNO}_3)=0,0225\text{моль/л}$ (дополнительный стабилизатор - таурин $2 \cdot 10^{-5}\text{моль/мл}$ фитопрепарата)

№7 - Раствор базилика с серебром, $c(\text{AgNO}_3)=0,0375\text{моль/л}$ (дополнительный стабилизатор - таурин $2 \cdot 10^{-5}\text{моль/мл}$ фитопрепарата)

На гистограмме образца №4 видим бимодальное распределение гидродинамических радиусов, что говорит о полидисперсности. Размер частиц варьируется от 100 нм до 6

мкм. Рост кристаллов лимитируется стадией зародышеобразования, что согласуется с классическими представлениями.

Добавление таурина на начальном этапе эксперимента приводит к нежелательному увеличению размеров частиц до 200 нм. А с ростом концентрации прекурсора и до 300 нм. На гистограмме образца №7 заметно бимодальное распределение, причем новая фаза хотя и в малом количестве, но с размером частиц около 3 нм.

Такие мелкие частицы отсутствуют в образцах, полученных при низких концентрациях нитрата серебра и в отсутствии дополнительного стабилизатора таурина (образцы №1, 2, 3, 5, 6). Это, по-видимому, свидетельствует о том, что рост зародышей превалирует над их образованием.

Как следует из сравнения характеристик образцов №5 и №6, полученных с низким содержанием нитрата серебра при увеличении концентрации дополнительного стабилизатора таурина средний размер частиц изменяется и составляет 190-290 нм.

Заключение

Следует отметить, что гидродинамический радиус в общем случае может превышать размеры, получаемые микроскопическими методами, такими как просвечивающая электронная микроскопия, например, из-за формирования сольватной оболочки вокруг исследуемой частицы. Оболочка может образоваться вследствие поляризации ближайшего окружения частицы.

В дополнение к представленному исследованию необходимо привлечь и другие современные физико-химические методы анализа.

Список литературы

1. Станишевская, И.Е. Наночастицы серебра: получение и применение в медицинских целях / И.Е. Станишевская, А.М. Стойнова, А.И. Марахова, Я.М. Станишевский // Фармацевтическая технология и нанотехнологии. Разработка и регистрация лекарственных средств. 2016.- №1 (14).- С. 66-69.
2. Блинов, А. В. Применение акустической и электроакустической спектроскопии в молочном деле / А. В. Блинов, А. В. Серов, В. А. Кравцов, С. О. Крандиевский, О. М. Чапура, Ю. Ю. Снежкова / Вестник Северо-Кавказского федерального университета.- 2018.- № 2 (65). Технические науки.- С. 7-14.

МАКРОМИКРОСКОПИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПЯТОЧНОГО СУХОЖИЛИЯ

Волкова В.И., Панина К.А., Хань А.В.

Научный руководитель: Гурьянов А.М.

Оренбургский государственный медицинский университет

Среди повреждений сухожилий и мышц значительное место занимают травмы пяточного сухожилия. Основной метод лечения при его повреждениях - наложение сухожильного шва. Многочисленные традиционные способы сухожильного шва зачастую не учитывают макромикроскопических особенностей строения и микротопографии сухожилия, что связано с практически полным отсутствием соответствующих данных. Изучение строения и микротопографии ахиллова сухожилия на макромикроскопическом уровне необходимо для обоснования и разработки микрохирургических сухожильных швов и других приемов оперирования на сухожилиях.

Цель. Получение новых данных по макромикроскопической анатомии и микротопографии пяточного (ахиллова) сухожилия.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили пяточные сухожилия ампутированных по медицинским показаниям и отчлененных в момент травмы конечностей людей. Разрешение на исследование одобрено этическим комитетом Оренбургского государственного медицинского университета. Исследовано 24 пяточных сухожилия. Каждое сухожилие иссекали вместе с окружающими фасциями и жировой клетчаткой от зоны мышечно-сухожильного перехода до места энтезиса к пяточной кости. Сухожилия изучали гистотопографическим методом. Готовили поперечные срезы сухожилия толщиной 20-30 мкм на уровне его начала, в средней и нижней третях. Срезы окрашивали гематоксилином-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Всего приготовлено 112 гистотопограмм. Изучение гистотопограмм проводили при 8, 16, 32 - кратных увеличениях под стереоскопическим микроскопом МБС-10 фирмы «ЛОМО». Оценивали форму и площадь поперечного сечения, микроанатомию парасухожильных тканей, внутреннюю микроструктуру сухожилия, количество волокон, их форму, размеры, ориентацию в сухожилии.

Результаты и обсуждения. Структура пяточного сухожилия имеет определенную закономерность распределения видов волокон. Поверхность сухожилия покрыта эпителием, представляющим собой тонкую оболочку. Паратенон же состоит из нескольких вплотную лежащих друг к другу соединительнотканых слоев – от 3 до 6. Собственная фасция голени, непосредственно контактирует с паратеноном. Паратенон покрывает сухожилие на всем протяжении по его дорсальной и боковым поверхностям. В средних и нижних отделах сухожилия наружные листки паратенона вентрально образуют внешнюю оболочку жировой подушки Кегера, а внутренние листки разделяют внутреннее пространство этой подушки на отдельные ячейки. В жировой подушке расположены кровеносные сосуды. Площадь поперечного сечения жировой подушки составила 84,6 мм² – 105 мм². Как оказалось, подобные данные значительно отличаются от реальной картины, получаемой на поперечных гистотопограммах сухожилия. В зоне мышечно-сухожильного перехода, сухожильные волокна отходят от мышечной части большими группами, отсутствуют переходные участки. В месте прикрепления к пяточной кости сухожилие чаще уплощалось во фронтальной плоскости. При изучении гистотопограмм ахиллова сухожилия обнаружена вариабельность его внутренней структуры. Сухожильные волокна, тесно прилегая друг к другу, имеют различные формы поперечного сечения. Нам не встречалось правильных округлых форм сухожильных волокон. По площади поперечного сечения их можно разделить на три типа: крупные, средние и мелкие. В расположении сухожильных волокон подмечены некоторые закономерности: средние волокна сосредоточены преимущественно по периферии сухожилия, а крупные – в центральной части, мелкие волокна имеют гнездное расположение. Как общее количество волокон, так и число волокон различных размеров различалось на протяжении сухожилия. Это свидетельствует о том, что сухожильные волокна на протяжении сухожилия способны делиться и сливаться между собой, что противоречит кабельной теории его строения. Поверхность сухожилия покрыта эпителием, который плотно спаян с тканью самого сухожилия. Паратенон же состоит из нескольких вплотную лежащих друг к другу листков, которые на всем протяжении покрывают сухожилие по его дорсальной и боковым поверхностям. Вентрально в проксимальных отделах паратенон продолжается на мышечное брюшко в виде перемизия, в средних и нижних отделах наружные листки его образуют внешнюю оболочку жировой подушки Кегера, а внутренние листки разделяют ее пространство на отдельные ячейки, придающие жировой подушке структуру «пчелиных сот». Между эпителием и паратеноном имеется тонкое щелевидное пространство, которое позволяет им скользить относительно друг друга. Собственная фасция голени и её глубокий листок, непосредственно контактируют с паратеноном. Имеющееся между ними пространство обеспечивает скольжение сухожилия совместно с паратеноном относительно собственной фасции.

Выводы. Макромикроскопическое строение пяточного сухожилия отличается четкой организацией, состоящей в тесном прилегании друг к другу переменных по форме и размерам сухожильных волокон, определенной архитектонике их расположения. Общее количество сухожильных волокон и соотношение их разных видов на протяжении сухожилия может изменяться, что свидетельствует о возможности слияния и деления сухожильных волокон на протяжении сухожилия. Наличие тонких щелевидных пространств между эпитеионом и паратеионом, паратеионом и фасцией голени обеспечивает скольжение пяточного сухожилия относительно паратеиона и фасции. Клетчаточное пространство ограничено листками собственной фасции голени и наружными слоями паратеиона, внутренние слои которого разделяют жировую ткань на отдельные доли.

Список литературы

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия.-СПб.: Гиппократ,1998. - 744 с.
2. Грицюк А.А., Середа А.П. Ахиллово сухожилие. – М.: РАЕН, 2010. – 313 с.
3. Ahmed I.M., Lagopoulos M., McConnel P., Soames R.W., Sefton G.K. Blood supply of the Achilles tendon. J Orthop Res 1998; 16: 591-596.

РАЗРАБОТКИ (ИНСТРУМЕНТЫ И УСТРОЙСТВА) СОТРУДНИКОВ КУРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Волобуев Д.К., Проскурина М.С., Анфилова М.Г.

Курский государственный медицинский университет

Актуальность. В связи с быстрым развитием медицины, появляется потребность в новых методах диагностики и лечения заболеваний. Инновации в области хирургии позволят сделать её менее инвазивной и более качественной, тем самым свести риск осложнений к минимуму.

Цель: Изучить научный вклад сотрудников КГМУ и КГМИ в развитие отечественной хирургии.

Задачи:

1. Сбор информации об инновационной деятельности КГМИ и КГМУ в период с 1986 по 2017 г.
2. Обработка полученной информации, её структурирование и систематизация.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили следующие источники:

1. Электронный архив Федерального института промышленной собственности (ФИПС).
2. Регистрационный журнал учета отдела интеллектуальной собственности и инновационной деятельности Курского государственного университета (с 1998 по 2017 г.).

Методы исследования:

1. Анализ документации.
2. Работа с авторами.

Результаты и их обсуждение. Изобретательская деятельность КГМУ ведется с 1986 года.

При изучении данных электронного архива ФИПС, а также регистрационного журнала учета отдела интеллектуальной собственности и инновационной деятельности

Курского государственного медицинского университета можно проследить следующую динамику: всего за 1986 – 2017 годы было зарегистрировано 100 патентов. Больше всего регистраций пришлось на период с 2011 по 2015 год – 50 патентов, а также на 2016 – 2017 годы – 16 полезных моделей и изобретений. Меньше всего регистраций было в периоды с 1986 по 1990 год и с 1991 по 1995 год – по 6 патентов на каждую пятилетку. Количество патентов, принадлежащих различным кафедрам, ранжируется следующим образом: кафедра общей хирургии – 28, кафедра хирургических болезней ФПО – 22, кафедра травматологии и ортопедии – 14, кафедра онкологии – 10, кафедра хирургических болезней №1 – 8, кафедра хирургических болезней №2 – 7, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии – 5, кафедры хирургической стоматологии, офтальмологии, нормальной физиологии, неврологии и нейрохирургии, АРИТ ФПО, урологии – по 1 (рис. 1) [1-5].

С каждым годом профессорско-преподавательским коллективом Курского государственного медицинского университета вклад в развитие инновационных разработок в области хирургии (оперативной хирургии и хирургической техники) увеличивался не только количественно, но и качественно, позволяя снижать количество осложнений в ходе операции и количество летальных исходов.

Выводы:

1. При изучении данных электронного архива ФИПС, а также регистрационного журнала учета отдела интеллектуальной собственности и инновационной деятельности Курского государственного медицинского университета можно проследить следующую динамику: всего за 1986 – 2017 годы было зарегистрировано 100 патентов. Наибольшее количество патентов принадлежит следующим кафедрам: кафедра общей хирургии, кафедра хирургических болезней ФПО, кафедра травматологии и ортопедии.

2. Сотрудникам КГМУ(КГМИ) в период с 1986 по 2017 год, благодаря инновационным разработкам в области хирургии, а именно оперативной хирургии и хирургической техники, удалось снизить количество летальных исходов, время выполнения операции.

3. Снизился процент осложнений и риск их возникновения.

4. Представленные инструменты, позволили свести к минимуму травматизацию тканей и сделать хирургию менее инвазивной.

Список литературы

1. Акт министерств и ведомств «Об утверждении административного регламента предоставления федеральной службой по интеллектуальной собственности государственной услуги по государственной регистрации распоряжения по договору исключительным правом на изобретение, полезную модель, промышленный образец, товарный знак, знак обслуживания, зарегистрированные топологию интегральной микросхемы, программу для электронных вычислительных машин, базу данных» от 10 июня 2016 № 371 // Собрание законодательства Российской Федерации. - 2016 г.

2. Акт министерств и ведомств «Об утверждении Административного регламента предоставления Федеральной службой по интеллектуальной собственности государственной услуги по государственной регистрации полезной модели и выдаче патента на полезную модель, его дубликата» от 30 сентября 2015 № 702 // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. 2017 г. с изм. и допол. в ред. от 07.06.2017.

3. Акт правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» от 27 декабря 2012 № 1416 // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. 2013 г.

4. Изобретения и полезные модели // Федеральный институт промышленной собственности URL: <http://new.fips.ru/to-applicants/inventions/> (дата обращения: 28.05.2018).

5. Приказ Роспатента «О введении в действие руководства по экспертизе заявок на изобретения» от 2011 № 87 // Российская газета. - 2011 г.

ВЛИЯНИЕ ТЭС-ТЕРАПИИ НА СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЕ ТРЕВОГОПОДОБНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПЛАЗМЕННУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ ДОФАМИНА У КРЫС

Гаврикова П.А., Катани З.О., Черныш К.М.

Научные руководители: Каде А. Х., Поляков П. П.

Кубанский государственный медицинский университет

Транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия) – метод неинвазивного воздействия на антиноцицептивные и стресс-лимитирующие системы мозга, разработка, изучение эффектов и внедрение которого была удостоена Премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники [1,2]. Однако, некоторые аспекты действия метода пока малоисследованы. В частности, патогенетически обоснованным нам представляется оценка анкиолитического потенциала ТЭС-терапии на модели стресс-индуцированной патологической тревоги. Также изучения требует смежный вопрос воздействия ТЭС-терапии на дофаминергические структуры и метаболизм дофамина (играющего роль как в патогенезе стресса, так и в формировании патологической тревоги). Для этого на начальном этапе следует оценить влияние обсуждаемого метода на плазменную концентрацию дофамина [1,2].

Цель исследования: изучение влияния ТЭС-терапии на стресс-индуцированные тревогоподобное поведение и плазменную концентрацию дофамина у крыс.

Материал и методы. Эксперимент выполнялся на 27 самцах белых нелинейных крыс (180-270 г) в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 01 апреля 2016 г. № 199н «Об надлежащей лабораторной практики». Период адаптации для всех животных составлял не менее 7 дней. После этого в первый день эксперимента у интактных крыс (n=2) производился забор крови в объеме 4-5 мл путем сердечной пункции в вакуэты с ЭДТА (концентрация 2,7%). Перед забором животные всех групп наркотизировались зоветилом и ксиланитом по 0,8 мг на 100 г веса крысы в/м. Образцы полученной после центрифугирования (20 минут, 1000g) плазмы крови хранили в криобирках при –20 С.

У остальных крыс в первый день эксперимента оценивалось тревогоподобное поведение при помощи теста «темно-светлая камера» с видеорегистрацией в течение 5 минут. Оцениваемыми параметрами тревогоподобного поведения были время пребывания в темном отсеке и число переходов между темным и освещенным отсеками камеры.

После этого крысы разделялись на две группы: основную (получавшую 7 сеансов ТЭС-терапии с помощью двухпрограммного электростимулятора «ТРАНСАИР-03» по одному сеансу в день со 2 по 8 день, n=12) и контрольную (без ТЭС-терапии, n=13) [1,2].

На 9 день эксперимента проводилось моделирование ортостатического и иммобилизационного стресса путем помещения животного в тесный футляр-рестрейнер в антиортостатическое положение на 45 минут [2]. Через час после этого тест «темно-светлая камера» производился повторно, параметры сравнивались с исходными. Через 30 минут после этого производился забор крови, выделение плазмы и ее хранение, как описано выше.

Количественное определение дофамина в плазме проводили иммуноферментным методом с помощью коммерческого набора CEA851Ge (Cloud-Clone Corp., Китай). Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью программного обеспечения R для Windows версия 3.5.2. Результаты выражали в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей (Me(Q1-Q3)). Сравнение показателей зависимых групп осуществлялось при помощи критерия Вилкоксона, показателей независимых групп – при помощи критерия Манна-Уитни. Коррекция полученных р-значений с целью контроля над ожидаемой долей ложных отклонений не проводилась. Полученные р-значения приводятся без их дихотомизации на «статистически значимые» и «статистически незначимые» для снижения риска смещения оценки величины эффекта [3].

Результаты и обсуждение

После стресса число переходов между отсеками «темно-светлой камеры» снижалось у крыс группы сравнения с 5(2-7) до 0(0-0), т.е. на 100% ($p=0,006$), у крыс основной группы – с 5(3-7) до 1(0,75-1,25), т.е. на 80% ($p=0,004$). Время пребывания в темном отсеке камеры возросло в группе сравнения с 135(42-195) до 260(0-277) секунд ($p=0,1$) и в основной группе – с 158(146-232) до 280,5(265-290) секунд ($p=0,04$). Таким образом, угнетение ориентировочно-исследовательской активности, вызванное тяжелым комбинированным стрессом, в группе ТЭС-терапии было менее выраженным. Плазменная концентрация дофамина в группе сравнения составила 30,8(21,6-67,3) пг/мл, в основной группе – 46,4(36,8-64,1) пг/мл (показатели интактных крыс: 36,3 и 38,16 пг/мл). Таким образом, у животных, получавших ТЭС-терапию медиана концентрации дофамина была на 50,7% больше, чем в группе сравнения, однако р-значение составило 0,4. Возможно, необходим анализ субгрупп, например, разделение животных в зависимости от стрессоустойчивости. Данное исследование интересно сравнить с работой Каде и соавт. (2019 г.), также оценивавших анксиолитическое воздействие ТЭС-терапии, которое сочеталось с уменьшением дегенеративных изменений дофаминергических нейронов мозга у животных с моделью ротенон-индуцированного паркинсонизма [1].

Заключение.

Анксиолитический потенциал ТЭС-терапии проявляется, в том числе благоприятным воздействием на тревого-подобное поведение грызунов в тестах, основанных на моделях без предварительного обусловливания, при этом механизм данного эффекта может быть связан с гомеостатической модуляцией работы дофаминергической системы.

Список литературы

1. Каде, А. Х. Эффективность ТЭС-терапии для купирования тревогоподобного поведения и моторных нарушений у крыс с экспериментальной моделью паркинсонизма / А. Х. Каде, С. В. Кравченко, А. И. Трофименко, К. Ю. Чаплыгина, Е. И. Ананьева, П. П. Поляков, А. С. Липатова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2019. — №. 9. — С. 91-96.
2. Lipatova, A. Assessment of the tDCS influence on stress-induced disorders in rats with low stress sustainability and endurance / A. Lipatova, A. Kade, A. Trofimenko, V. Ovsiannikov, O. Tsybalov, A. Sidorenko // Serbian Journal of Experimental and Clinical Research. — 2018. — №. 3. — P. 207-214.
3. Amrhein, V. Scientists rise up against statistical significance / V. Amrhein, S. Greenland, B. McShane // Nature. — 2019. — Vol.567. — P. 305-307.

ИССЛЕДОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ВЛИЯНИЯ НА МЯГКИЕ ТКАНИ

Гамарник И.И., Бегельдиев Д.А.

Научный руководитель: Дискаева Е.И.

Ставропольский государственный медицинский университет

Как известно, ультразвук широко применяется в различных областях медицины. Это хирургия, физиотерапия, ортопедия, стоматология, гинекология, офтальмология, дерматология, педиатрия. В настоящее время широкое распространение получила процедура, называемая фонофорезом. Ультрафонофорез (фонофорез, сонофорез) представляет собой комплексный метод терапевтического воздействия на организм, сочетающий эффекты ультразвуковых колебаний и активных медикаментозных или косметологических средств.

В связи с этим представляет интерес моделирование влияния ультразвуковых колебаний на мягкие ткани при изменении параметров воздействия.

Цель исследования: изучить влияние ультразвуковых колебаний различной интенсивности на мягкие ткани, а также изучить зависимость глубины проникновения лекарственных веществ в мягкие ткани при изменении режимов озвучивания.

Материал и методы: экспериментальный с использованием компьютерных программ для обработки данных и построения графических зависимостей. В качестве моделей биологических тканей использовались очищенные клубни картофеля, в которые ультрафоретически вводились ионы йода. Далее образец промывался дистиллированной водой и помещался на несколько секунд в слабый раствор перекиси водорода. Измерения глубины проникновения проводились с помощью электронного штангенциркуля и контролировались микроскопически.

Выводы: на основании проведенного исследования установлены математические и графические зависимости интенсивности ультразвукового воздействия на глубину проникновения лекарственных веществ в мягкие ткани, а также зависимость глубины проникновения от времени облучения.

ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЖИВОТНЫХ И ИХ ДНК – ДИАГНОСТИКА

Глущенко В.Е., Казиханова Е.Ю., Джентемиров А.А.

Научный руководитель: Михайленко А.К.

Ставропольский государственный медицинский университет

У всех видов сельскохозяйственных животных встречаются наследственные дефекты, которые отрицательно влияют как на жизнеспособность, так и на хозяйственно полезные признаки.

Генетические аномалии в организме животных, возникают в результате генных и хромосомных мутаций, наиболее частые из них - генные мутации.

Достижения современной молекулярной генетики позволяют исследовать гены, определяющие не только продуктивность сельскохозяйственных животных, но и выявлять гены врожденных генетических аномалий. Это дает возможность проводить селекцию непосредственно на уровне ДНК, разрабатывать способы точной идентификации генотипов и создавать генетические паспорта для каждого животного.

В настоящее время у пород КРС известно и описано более 200 наследственных заболеваний, основная часть которых наследуется по рецессивному типу. Быстрота и

точность диагностики многих из них значительно повысилась благодаря достижениям молекулярной генетики, созданию эффективных ДНК-диагностических процедур.

Сложное позвоночное уродство или SVM –ген (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 животных и является причиной частых аборт и мертворождений.

Высокий процент скрытых носителей SVM гена 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 аномалий и пороков развития, поэтому диагноз требует анализа ДНК.

Целью исследований являлось: 1.Освоение методики ПЦР с последующим типированием у опытных животных гена SVM. 2.Определение возможности использования генетического маркирования сельскохозяйственных животных как экспресс-метода в селекции. 3.Составление генетических паспортов племенных животных.

Экспериментальной базой служила лаборатория иммуногенетики и ДНК-диагностики ВНИИОК. Работа выполнялась на основе соглашения о научном сотрудничестве ВНИИОКа и СтГМУ. Основной задачей работы лаборатории является организация мониторинга в животноводстве, контроль уровня мутагенов в окружающей среде, их влияние на хромосомный аппарат, рост, развитие и продуктивность животных, осуществление профилактики распространения генетической патологии.

Объект исследования: КРС молочного направления продуктивности – черно-пестрая порода, племенное стадо. Биоматериалом были образцы ДНК, выделенной из крови тестируемых животных. Отбор биоматериала проводился индивидуально от каждого животного из яремной вены вакуумными системами. Наш личный вклад – проведение исследования 6 проб крови тестируемых животных. ДНК диагностика осуществлялась в ПЦР-кабинете, оборудованном согласно ГОСТу. Для амплификации фрагмента SVM гена использовались соответствующие праймеры:

5'AGCAGCCCACCATCAGAGAAA – 3'

5' TCAGCTGGTTCGGCAGAT – 3'.

Праймер — искусственно синтезированный «участок» ДНК, идентичный соответствующему участку ДНК-мишени. За счёт его присоединения происходила последующая амплификации данного гена.

Исследование проводилось в следующей последовательности: 1. Выделение ДНК

2. Амплификация ДНК-фрагментов. 3.Детекция ДНК - продуктов амплификации

Выделение ДНК из крови проводилось с применением стандартных наборов (ООО «Изоген», г. Москва).

Полимеразная цепная реакция (ПЦР) позволяет избирательно амплифицировать интересующий участок ДНК в миллионы раз.

Каждый цикл амплификации состоит из трех этапов: Денатурация – это переход ДНК из двухнитевой формы в однонитевую; Отжиг – присоединение праймеров к одноцепочечной ДНК-мишени; Элонгация (синтез), после отжига праймеров ДНК-полимераза начинает достраивание второй цепи ДНК.

Детекция результатов ПЦР проводилась методом горизонтального электрофореза в пластине агарозного геля, который представляет собой застывшую после расплавления в электрофорезном буфере агарозу, с добавлением специального красителя ДНК.

Визуализация результатов проводилась с использованием компьютерной программы «STATS», где были видны локусы гена SVM. Гомо или гетерозиготный статус тестируемого животного по данному гену.

Выводы:

1. Проведенные исследования, их анализ позволил установить отсутствие у всех исследуемых животных генетических аномалий в локусе гена-SVM.

2. Генная диагностика возможна к применению как скрининг-тест оценки геномов племенных животных.

3. Для всех обследованных животных были оформлены генетические паспорта.

Таким образом, освоение метода ДНК-диагностики расширяет знания о значимости генетического скрининга в селекционной работе, что даёт возможность перевести селекцию на качественно новый уровень за счёт маркирования генетических ресурсов, тем самым защищать селекционные стада от накопления мутантных генов.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТИМУСА ПРИ ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРАХ

Давронова Ш.Р.

Бухарский государственный медицинский институт

Известно, что иммунная система, включающая в себе центральные (тимус, костный мозг) и периферические (селезенка, лимфатические узлы, миндалины и т.д.) органы а также синергические с ними структуры, (Т, В- лимфоциты, макрофаги), в единстве и во- взаимодействии друг с другом, обеспечивают иммунный гомеостаз организма [1, 3, 5]. Вместе с тем, меняющиеся экологические условия неблагоприятно отражаются на окружающей нас среде и здоровье живых организмов в том числе и человека. Однако до настоящего времени ещё недостаточно выяснены структурно-функциональные основы реакции органов иммунитета при воздействии экологически неблагоприятных факторов внешней среды. Между тем, исследования структурно - функциональных основ адаптивных изменений органов иммунной системы является одним из актуальных проблем современной медицины и биологии в целом [2, 4].

Целью работы является выяснение клеточных и субклеточных основ адаптивных изменений клеток тимуса в динамике действия неблагоприятного экологического фактора – сухого жаркого климата.

Материал и методы исследования. В работе использованы половозрелые самцы белых беспородных крыс массой 160-180 грамм. Животные были разделены на 2 группы контрольная (10 крыс), опытная (48 крыс). Гипертермическое воздействие (ГВ) осуществлялось выведением крыс при температуре 40-42°C на 2 часа, под открытые лучи солнца в течение 3 дней. Затем экспериментальные животные забивались после усыпления эфирным наркозом через 6 часов и через 1, 3, 7, 14 и 21 сутки после ГВ. Объектом для изучения служил тимус, для светооптических исследований фиксировали в фиксаторе Буэна и Карнуа, и после обезжизивания заливали в парафин. Для морфологического и морфометрического изучения использовались срезы 5-7 мкм, окрашенные гематоксилин-эозином. Для электронно-микроскопических исследований кусочки вилочковой железы фиксировали в 2,5% растворе глутаральдегида и 1% растворе OsO₄, подвергали стандартной обработке [3]. Ультраструктурные исследования исследование выполняли на электронном микроскопе JEM-100S. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по Фишеру-Стьюденту.

При ГВ, то есть сухим горячим воздухом, что характерно для погоды в летний период в Бухарском регионе, на организм крыс отмечались выраженные морфофункциональные изменения в тимусе, свидетельствующие о нарушении компенсаторных возможностей органа. В первые часы после трехдневного воздействия в корковом слое тимуса отмечается уменьшение плотности клеточных элементов за счёт зрелых лимфоцитов, скорее всего за счёт их усиленной миграции, а также наблюдается увеличение числа пикнотически измененных гибнущих клеток, на фоне увеличения числа лимфобластов и средних лимфоцитов. Отмечается увеличение числа макрофагов и тучных клеток. В мозговой зоне определяется увеличение числа эпителиоретикулоцитов и телец Гассала. Эти процессы прогрессируют до 3 суток после последнего воздействия. В мозговой зоне тимуса определяются также признаки околосоудистого отека тканей корково-медуллярной и мозговой зон и увеличение числа плазматических клеток. На 7 сутки все еще сохраняются морфологические признаки патологического воздействия температурного фактора. Лишь только на 14 сутки после ГВ можно определяется некоторое увеличение клеточной плотности в корковой зоне, хотя параметры достигают лишь нижних показателей отмечаемых у интактных крыс. Несмотря на уменьшение клеточной плотности, все-таки отмечается увеличение количества малых лимфоцитов в коркой и мозговой зонах. Но в периваскулярных зонах органа отмечается увеличение числа плазматических и тучных клеток значительно превышающих показатели контрольных животных.

Таким образом, можно заключить, что ГВ воздействие сухим горячим воздухом, является своеобразным стрессовым фактором, способствующим нарушению процессов микроциркуляции обмена веществ в органе, сопровождающийся усиленной миграцией, а также гибелью части зрелых тимоцитов, и реакциями воспалительного характера в органе. Нормализация вышеуказанных процессов наблюдается лишь только на 3-ей неделе после воздействия высокой температуры.

Список литературы

1. Тухтаев, К.Р. Иммуная электронная микроскопия лимфоцитов в норме и при экспериментальном сальмонеллезе / К.Р.Тухтаев, А.М.Рашидов, А.М.Миклиев, Р.Д.Давронов // Сб.научн.тр. / II Всесоюзной конференции по патологии клетки Москва, 1982. – С. 158-159.
2. Hrustaleva, I.V. Иммунокомпетентные структуры млекопитающих и птиц новорожденного периода / I.V.Hrustaleva, B.V. Krishtoforova, V.V. Lemeschenko // Veterinariya selskohozyaystvennyih zhivotnyih. – 2007. – №9. – Р. 48-52.
3. Макарова, О.В. Морфофункциональные изменения иммунной системы мышей BALB/c и C57BL/6 при хроническом бактериальном грамотрицательном эндотоксикозе / О.В.Макарова, М.Е.Диатроптов, С.Н.Серебряков, В.В.Малайцев, И.М. Богданова // Архив патологии. – 2012. – № 74(3). – С. 43-48.
4. Морфофункциональное состояние тимуса и селезенки при воспалении на фоне действия неселективного блокатора опиоидных пептидов налоксона / Н. А. Клименко, И.В.Сорокина, И.А.Савенко, Н.И.Горголь // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2010. – №1. – С. 10-15.
5. Watanabe, N. Wang Y.H., Lee H.K., Ito T., Wang Y.H., Cao W., Liu Y.J. Hassall's corpuscles instruct dendritic cells to induce CD4+CD25+ regulatory T cells in human thymus / N.Watanabe, Y.H.Wang, H.K.Lee, T. Ito, Y.H.Wang, W.Cao, Y.J.Liu // Nature. – 2005. – 436(25). – Р. 1181-1185.

ЗАВИСИМОСТЬ СОДЕРЖАНИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В МЯСЕ ОТ СРОКОВ УБОЯ СКОТА

Добразова Д.А., Ночёвкин Д.В.

Уральский государственный медицинский университет

В рационе питания человека мясо и мясные продукты занимают одно из важных мест. Они являются ведущими поставщиками животного белка в организм человека. За счет белков в суточном рационе питания человека должно быть обеспечено 12% всей калорийности. При этом 55% белков должны иметь животное происхождение [1]. Однако при употреблении мясных изделий вместе с белком в организм человека поступают и другие макро- и микронутриенты, сбалансированное содержание которых также играет роль в функционировании организма.

Материалы и методы. Целью исследования было проведение сравнительного анализа содержания микронутриентов в мясе, полученном в разные сезоны убоя. В качестве материалов исследования были выбраны пробы мяса (свинина), полученные в осенне-зимний и весенне-летний периоды года. Масса каждой из проб составила 100 г. Для определения качественного и количественного состава минеральных веществ в представленных образцах были использованы методы рефрактометрии, спектрографии и химического анализа.

Результаты и обсуждение. По данным статистики, в последнее десятилетие отмечается рост потребления мяса и мясных продуктов на душу населения. При этом в рационе питания на долю свинины приходится 32-36% [2]. В проведенном исследовании было выявлено, что качественное и количественное содержание минеральных веществ (ионов калия, магния, фосфора и др.) в мясе, полученном от убоя в весенне-летний период, выше, чем у аналогичного образца, полученного в осенне-зимний период. Так, например, содержание калия, магния и фосфора в образце мяса, полученном в летний сезон, составило 375 мг, 26 мг и 224 мг, соответственно. В пробе мяса, полученного в зимний сезон года, содержание калия, магния и фосфора составило 367 мг, 21 мг и 222 мг, соответственно. Такое распределение микронутриентов, вероятно, связано с различиями в питании животных в разные сезоны года: летом, питаясь свежей зеленью, животные получают с пищей больше микроэлементов, которые затем накапливаются в тканях организма.

Выводы. При употреблении мясных продуктов в организм человека, помимо макронутриентов, поступают также различные минеральные вещества, количественное и качественное содержание которых зависит как от породы животного, его пола и возраста, так и от сезона, когда был произведен убой. Таким образом, можно сделать вывод, что пищевая ценность мясного продукта зависит не только от породы животного, его пола и возраста, но и от сезона убоя.

Список литературы

1. Липанова, Л.Л. Гигиена: учебное пособие для студентов высших учебных заведений в 2-х частях. Часть 1. / Л.Л. Липанова, Г.М. Насыбуллина, Т.Г. Малкова, Н.Л. Хачатурова, З.В. Обвинцева. - Екатеринбург: УГМА, 2012.- 233 с.;
2. Трифанов, А.В. Состояние и тенденции развития производства свинины и Российской Федерации / А.В. Трифанов, В.В. Калюга, В.И. Базыкин // Технологии и технические средства механизированного производства продукции растениеводства и животноводства. – 2016. - № 90. – С. 5-14.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОСТА ГАЗОННЫХ ТРАВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ ПРОТИВОГОЛОЛЕДНЫХ РЕАГЕНТОВ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛЬНОГО ЭКСПЕРИМЕНТА

Дубинина М. С.

Научный руководитель: Бабкина Л. А.

Курский государственный медицинский университет

Озеленение городских территорий является одним из мероприятий по созданию комфортной среды обитания. Газонные травы подвергаются значительной антропогенной нагрузке, поэтому должны обладать устойчивостью к действию негативных факторов. Для решения данной проблемы используют травосмеси, основу которых составляют злаковые растения. Существенное воздействие на формирование газонной растительности оказывают талые воды, обогащенные компонентами противогололедных реагентов (ПГР). Для снижения зимней скользкости автомагистралей и тротуаров в городах используют преимущественно средства на основе хлоридов натрия, кальция, магния, калия [1]. Растворимые соли в процессе таяния снега поступают в почвы, изменяют свойства почвенного раствора, что сказывается на состоянии травянистых растений [1]. Широкий ассортимент используемых ПГР определяет необходимость оценки их воздействия на показатели роста газонных травосмесей.

Цель работы заключалась в изучении влияния различных концентраций хлорид-ионов в составе ПГР, применяемых в г. Курске, на показатели роста газонных трав.

Для исследования были использованы следующие виды реагентов: техническая соль (100% NaCl), INIS-Антилед (CaCl₂, NaCl, (NH₄)₂CO₃), Mr. Defroster Mineral Salt (не менее 98% KCl). Для обоснования доз модельного хлоридного засоления был проведен анализ содержания хлорид-ионов методом осадительного титрования в снежной массе, отобранной с тротуаров улиц г. Курска [1]. Концентрация хлоридов в талом снеге составила $384,30 \pm 2,13$ мг/л, что в 1,28 раза выше ПДК данного иона в сточных водах, допущенных к сбросу в централизованные ливневые системы водоотведения ($cCl^- = 300$ мг/л) [3]. Для изучения токсического влияния были приготовлены серии растворов исследуемых реагентов в дозах 300 мг/л, 600 мг/л, 900 мг/л в пересчете на хлориды. Оценку воздействия ПГР на показатели роста растений проводили по параметрам энергии прорастания семян и силы роста. Для исследования использовали газонную травосмесь растений: *Poa pratensis*, *Festuca rubra*, *Agrosti scapillaris*, *Phleum pratense*, *Lolium perenne*. Энергию прорастания семян оценивали как процент проросших семян на 5 день эксперимента в трехкратной повторности [2]. Проросшие семена (25 шт.) помещали в контейнеры с серой лесной почвой, ранее не подвергавшейся воздействию ПГР. Проводили ежедневное увлажнение почвы в контейнерах модельными растворами ПГР равным объемом. В качестве контроля использовали дистиллированную воду. На 10 день эксперимента определяли силу роста как процент здоровых вышедших на поверхность ростков по отношению к контролю (100%) [4]. Математическая обработка результатов осуществлялась в MS Excel.

Энергия прорастания семян (E) газонной смеси при действии ПГР и в контрольном варианте варьирует (84,33%-97,67%). Использование хлорида натрия приводит к незначительному снижению E при увеличении концентрации хлоридов. Применение реагента INIS-Антилед в дозе 900 мг/л способствует повышению дружности прорастания семян. Сравнительный анализ показал, что увеличение дозы всех исследуемых ПГР до 900 мг/л не оказывает достоверного влияния на показатель E газонной смеси по сравнению с контролем ($tst < 2,78$).

Показатель силы роста (G) позволяет объективно оценить воздействие ПГР на рост трав, поскольку отражает уровень полевой всхожести семян по сравнению с энергией прорастания [4]. Всхожесть семян входящих в состав газонной смеси растений варьирует

в пределах 60-75% [3]. Сравнительный анализ показателей G и нормативов всхожести показал, что действие исследуемых ПГР в дозе до 600 мг/л не снижает всхожесть семян (67,78-98,89%) ниже допустимого уровня. Поступление технической соли и реагента Mr. Defroster Mineral Salt в концентрации 900 мг/л угнетает всхожесть семян, что может привести к снижению качества газона и эффективности его функций в урбозкосистеме. Анализ влияния разных доз ПГР на G показал, что повышение содержания хлоридов до 600 мг/л и выше приводит к достоверному снижению количества вышедших на поверхность почвы проростков, что объясняется токсическим воздействием высоких концентраций ионов хлора, натрия и калия на развитие растений. Реагент INIS-Антилед только в концентрации 900 мг/л вызывает угнетение роста ростков.

Сравнительный анализ влияния хлорсодержащих ПГР на показатель силы роста растений показал, что поступление хлорид-ионов в концентрации, не превышающей ПДК, не вызывает достоверных различий в количестве появившихся здоровых ростков. Повышение концентрации хлоридов до 600 мг/л и выше в составе таких реагентов как техническая соль и Mr. Defroster приводит к достоверному снижению силы роста по сравнению с INIS-Антилед. Отсутствие негативного влияния высоких доз антигололедного средства INIS-Антилед может быть связано с присутствием в его составе мочевины.

Таким образом, для формирования газона, устойчивого к действию негативных факторов городской среды, необходимо осуществлять подбор травосмеси растений. Токсический эффект ПГР определяется их составом и дозой внесения, при этом содержание хлоридов в допустимых пределах не вызывает изменений в показателях роста газонных трав. Добавление в состав антигололедных средств азотных удобрений, замена на более безопасный для растений кальций приводит к компенсации негативного влияния ПГР на показатели роста газонных трав.

Список литературы

1. Бабкина Л.А., Балабина Н.А., Бабенков А.В. Сравнительный анализ устойчивости высших растений к действию противогололедных реагентов // Экологический мониторинг и биоразнообразие: материалы Всерос. (с межд. участием) научно-практической конференции. Ишим, 2018. С. 48-51.
2. ГОСТ 12038-84. Семена сельскохозяйственных культур. Методы определения всхожести. М.: Стандартинформ, 2011
3. ГОСТ Р 52325-2005. Семена сельскохозяйственных растений. Сортовые и посевные качества. Общие технические условия М.: Стандартинформ, 2005
4. Методика определения силы роста семян кормовых культур / В.И. Карпин, Н.И. Переправо, В.Н. Золотарев, В.Э. Рябова, Э.З. Шамсутдинова, Т.В. Козлова. М.: Изд-во РГАУ–МСХА, 2012. 16 с.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОТОПОГРАФИИ ИНТРАМУРАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ

Дмитриева Е.Г.

Уральский государственный медицинский университет

По данным литературы известно, что одной из особенностей передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) является частое наличие над ней мостиков миокарда. Миокардиальный мостик (ММ) – это совокупность волокон желудочкового миокарда, расположенных поверх определенного участка субэпикардиальной ветви венечной

артерии. Ряд исследователей полагает, что систолическое сокращение миокарда мостиков над ПМЖА отрицательно сказывается на кровоснабжении переднебоковой стенки левого желудочка [2, 6]. Имеются сведения о том, что степень систолического сжатия интрамурального отдела артерии зависит от толщины ММ и ширины периваскулярного пространства [4]. Это описано в некоторых клинических работах [1], в то время как анатомические исследования немногочисленны.

Цель. Установить особенности микротопографии интрамуральных отделов ПМЖА и дать им морфометрическую характеристику.

Материал и методы. Исследование проводили на фиксированных в 10% растворе формалина 52 препаратах сердца людей зрелого и пожилого возраста, умерших от несердечных причин. На срезах, сделанных с интервалом 0,5 см поперек передней межжелудочковой борозды, определяли наличие мостиков. При обнаружении ММ над ПМЖА по стандартной методике изготавливали гистологические препараты из трех участков: предмостикового, интрамурального и дистального. Полученные препараты окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону. На препаратах интрамурального сегмента артерии с помощью программы TourView (2017) были измерены толщина ММ, расстояние от ММ до артерии, расстояние от артерии до подлежащего миокарда. Обращали внимание на наличие атеросклеротических изменений в стенке ПМЖА, измеряли наибольший наружный диаметр артерии. Значимость различий этого параметра в трех локализациях оценивали по U-тесту Манна-Уитни в программе Statistica 13.3 при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Мостики над ПМЖА были выявлены на 9 сердцах из 52 (17,3%), что согласуется с данными литературы [6]. Противоречивы сведения о преимущественном уровне расположения ММ на протяжении передней межжелудочковой борозды: одни авторы считают, что ММ чаще располагаются в ее проксимальной трети [3], другие – в средней [2]. По данным настоящего исследования в проксимальной трети борозды мостики были отмечены на шести препаратах, в средней – на трех. Толщина ММ колебалась в широком диапазоне от 0,17 до 4,12 мм (медиана 1,17 мм). Согласно классификации, предложенной Н. Saidi и соавт. (2010), были выделены три типа мостиков [5]. Поверхностные и средние мостики встречались на семи препаратах, и только в одном случае был отмечен глубокий ММ, его толщина составила 4,12 мм. На трех препаратах в миокарде мостиков располагались мелкие кровеносные сосуды, адипоциты и соединительнотканые волокна, но разделения ММ на слои отмечено не было. Для определения ширины периваскулярного пространства А. Kosiński и соавт. (2011) был предложен объективный критерий [4]. В настоящей работе «компактная форма» была отмечена в восьми случаях: вокруг интрамурального сегмента ПМЖА имелось щелевидное пространство, ширина которого от ММ до артерии составила 0,02 - 0,86 мм и в половине случаев уступала величине расстояния от артерии до подлежащего миокарда. «Свободная форма» периваскулярного пространства была выявлена только в одном наблюдении. М.В. Ташником (2009) было отмечено, что на поперечном сечении интрамуральные сегменты ПМЖА имеют звездчатый, неправильный контур или форму песочных часов [3]. На наших препаратах в восьми наблюдениях интрамиокардиальный сегмент ПМЖА имел форму эллипса, и только в одном случае имелась звездчатая деформация артерии, при этом величина расстояния от ММ до артерии в три раза уступала величине расстояния от артерии до подлежащего миокарда. Значения наружного диаметра интрамурального сегмента ПМЖА находились в диапазоне от 3,35 до 6,87 мм. Статистически значимых различий этого показателя в трех сегментах артерии отмечено не было. По мнению кардиологов и кардиохирургов, манифестация симптомов ишемии миокарда в бассейне расположения ММ возникает с появлением атеросклеротических бляшек в проксимальном по отношению к ММ отделе артерии [1]. На наших препаратах атеросклеротические изменения в предмостиковом сегменте ПМЖА определялись на пяти

препаратах, при этом только в одном случае атеросклеротические бляшки были отмечены еще и в двух других участках артерии, что согласуется с данными других авторов [6].

Выводы. Для интрамуральных отделов передней межжелудочковой артерии характерным является тесный контакт адвентиции с окружающим миокардом, эллипсовидная форма артерии на поперечном сечении и отсутствие атеросклеротических изменений в ее стенке.

Список литературы

1. Багманова, З. А. Миокардиальные мостики коронарных артерий / З. А. Багманова//Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Т. 6. – № 6. – С. 125-130.
2. Розенберг, В. Д. Патоморфологические особенности миокардиальных мостиков и их роль в патогенезе ИБС / В. Д. Розенберг, Л. М. Непомнящих// Бюлл. эксп. биол. и мед. – 2002. – Т. 134 – № 12. – С. 685-689.
3. Ташник, М. В. Вариабельность интрамурального расположения венечных артерий / М. В. Ташник//Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2009. – Т. 8. – № 2. – С. 29-35.
4. Kosiński, A. Myocardial bridges in domestic pig – morphological aspects / A. Kosiński, M. Grzybiak, G. Piwko, D. Kozłowski//Polish Journal of Veterinary Sciences. – 2011. – Vol. 14. – № 3. – P. 411-416.
5. Saidi, H. Morphology of human myocardial bridges and association with coronary artery disease / H. Saidi, WK. Ongeti, J. Ogeng'o//African Health Sciences. – 2010. – Vol.10. – № 3. – P. 242-247.
6. Teofilovski-Parapid, G. Myocardial bridges, neither rare nor isolated—Autopsy study / G. Teofilovski-Parapid, R. Jankovic, V. Kanjuh, R. Virmani, N. Danchinf, N. Prates, D. V. Simic, B. Parapid //Annals of Anatomy. – 2017. – Vol. 210. – P. 25-31.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТКАНЕВЫХ БАЗОФИЛОВ ПАРАНЕВРИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

Затолокина Е.С., Бородина К.М., Малетин С.Э., Манахова Д.В.

Курский государственный медицинский университет

Изучению периферических нервов посвящено множество научных исследований, проведенных как отечественными, так и зарубежными учеными, в работах которых отражены особенности архитектоники стволов периферических нервов и таких оболочек, как - эндо-, пери- и эпиневррий. Достаточно подробно описаны нервный и сосудистый компоненты этих структур. Однако, согласно данным, полученным курскими и крымскими морфологами еще в 90-х годах прошлого столетия, периферические нервы на всем протяжении заключены в особые соединительнотканые футляры, так называемые параневральные влагалища или параневрий [1,2]. Данные соединительнотканые структуры обладают широким спектром функций и весьма «тесным образом» посредством образующих их морфологических компонентов, связаны с проводниковым отделом периферических нервов. На сегодняшний день, практически постулатом, является тот факт, что тучные клетки – это основной морфологический субстрат в регуляции структурно-функционального состояния различных органов, в том числе и параневрия, являясь короткодистантными регуляторами тканевого и внутриорганного гомеостаза. Как известно, участие тучных клеток или тканевых базофилов, в разнообразных физиологических процессах обусловлено содержанием, в секретируемых ими гранул, биологически активных соединений [3,4].

Материалы и методы. В данном исследовании изучение морфофункциональных особенностей тучных клеток проводилось на поперечных срезах и тотальных пленочных микропрепаратах, полученных в области средней трети плеча лабораторных животных – крыс, находящихся в обычных условиях вивария и гипокинетических камерах (условиях гипокинезии, патент РФ на полезную модель № 82085 от 20.04.09г.). После фиксации биоматериала и заливки в парафин, были изготовлены гистологические срезы, которые окрашивали гематоксилином и эозином, толудиновым синим при pH 4,9, далее проводили качественно количественную оценку тучных клеток.

Результаты и обсуждения. В результате проведенного эксперимента было выявлено, что в параневральных соединительнотканых структурах или параневральных влагиалищах встречаются тучные клетки четырех типов. Согласно классификации предложенной Линдером Д.И. в 1980 году выделяют мастоциты 0 типа – клетки темно-базофильной окраски, ядро практически не визуализируется, цитоплазма заполнена плотно и компактно расположенными крупными базофильными гранулами, I типа – цитоплазма клеток несколько светлее, ядро хорошо визуализируется, гранулы в цитоплазме расположены менее компактно, II типа – ядро хорошо визуализируется, цитоплазма слабо базофильна, преимущественно за счет резкого снижения в ней количества гранул, часть гранул определяется за границами клетки, III типа – клетки, цитоплазма которых, практически, оптически пустая, хорошо выражено ядро клетки, обращает на себя внимание, большое количество гранул, находящихся за пределами цитоплазмы. У лабораторных животных, находящихся в обычных условиях вивария тучные клетки параневрия визуализировались в непосредственной близости к кровеносным сосудам. При этом, следует отметить, что в поле зрения встречались преимущественно клетки находящиеся в стадии накопления секрета. В условиях гипокинезии происходило увеличение количества тучных клеток параневрия в поле зрения, в сравнении с группой контроля. Так же, было установлено, что на ранних сроках исследования в условиях гипокинезии имело место снижение индекса дегрануляции, что обусловлено увеличением субпопуляции клеток с высокой степенью насыщения гранулами, т.е. 0 и I типов тучных клеток и уменьшение числа клеток с низкой степенью гранулярного насыщения (II и III типов мастоцитов) (рисунок 1).

Общепризнано, что активность тучных клеток находится в прямой корреляции со степенью их дегрануляции. Установлено, что на поздних сроках гипокинезии индекс дегрануляции тучных клеток превышает таковой у животных, находящихся в обычных условиях вивария, что обусловлено увеличением содержания клеток с умеренной и высокой степенью дегрануляции и снижением числа со слабой дегрануляцией.

Выводы. Таким образом, анализируя полученные данные, логично предположить, что наблюдаемая нами картина массивной дегрануляции тучных клеток параневрия и увеличение их количества в поле зрения (обусловленной возросшей миграцией тканевых базофилов из эпиневирия в параневрий) на поздних сроках гипокинезии, обусловлена активацией макрофагов и нейтрофилов. Это, в свою очередь, сопровождается усиленной выработкой гистамин-релизинг фактора, индуцирующего дегрануляцию тучных клеток, что обуславливает повышение содержания биологически активных соединений в микроокружении параневральных соединительнотканых структур.

Список литературы

1. Затолокина, М.А. Функциональная активность тканевых базофилов параневральных соединительнотканых оболочек ветвей плечевого сплетения / М.А. Затолокина // Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 85-летию со дня рождения д.м.н. проф. П.Ф. Степанова (октябрь-ноябрь 2009 г.). – Смоленск, 2009. – С. 38.
2. Затолокина, М.А. Влияние гиперкинезии и гипокинезии на соединительнотканые оболочки периферических нервов ветвей плечевого сплетения / М.А. Затолокина // Журн. теор. и практ. медицины. – 2010. – Т.8. – С. 112-114.

3. Затолокина, М.А. Гипокинетическая камера для мелких лабораторных животных – универсальный способ создания экспериментальной гипокинезии / М.А. Затолокина // Журн. теор. и практ. медицины. – 2010. – Т. 8. – С. 272-274.
4. Затолокина, М.А. Влияние ограниченной двигательной активности (гипокинезии) на реактивные изменения тучных клеток параневрия / М.А. Затолокина // 21 век: фундаментальная наука и технологии : материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. (7-8 сент. 2015 г.). – North Charleston, USA, 2015. – С. 32-34.

К ВОПРОСУ О МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ БОЛИ

Затолокина Е.С., Малетин С.Э., Манахова Д.В., Ярмамедова О.М.

Курский государственный медицинский университет

Проблема боли, несмотря на ее значительную давность, до сих пор относится к одной из наиболее сложных проблем практической медицины. Особенно это касается ответа на вопрос: Что же является материальной основой болевых ощущений, например, при различных патологических процессах в периферических нервах? Учитывая то, что в соединительнотканых оболочках и стромах нервных стволов располагается собственный нервный аппарат, насыщенный разнообразными афферентными структурами, весьма закономерным является вопрос о восприятии болевых раздражений из стромы нервов. Морфологические особенности рецепторов стромы нервов и взаимоотношения их с окружающими структурами, прежде всего, свидетельствуют о механо- и хеморецепторной функции этих нервных образований [1,2]. Наличие в настоящее время большого количества критериев о нервных механизмах, непосредственно принимающих участие в восприятии и проведении болевых раздражений, в свою очередь свидетельствует об отсутствии однозначности в морфофизиологическом определении боли. Одни авторы указывают на образование в тканях, под влиянием болевого раздражения, специфических веществ, изменяющих функциональное состояние рецепторов, другие считают, что происходит нарушение ионного равновесия в нервном волокне и изменение частоты прохождения по нему импульсов. Третья группа авторов считает, что чувство боли связано с сосудистой рецепцией или с восприятием болевых раздражений свободными нервными окончаниями диффузного типа [3]. При этом, более вероятными представляются данные о том, что болевые рецепторы как специализированные афферентные структуры, не существуют, а все рецепторные образования могут реагировать как болевые в случае большой силы раздражения [3]. Болевая чувствительность является для всех рецепторов общей защитной реакцией. Так, например, К.М. Быков указывал, что каждому из видов чувствительности соответствует специфический раздражитель, за исключением болевого, в связи с тем, что каждое раздражение большой силы может быть болевым [3,4].

Материалы и методы. Для изучения были отобраны нервные стволы лабораторных животных - крыс. Препараты были зафиксированы и окрашены гематоксилином и эозином. Далее были проведены морфометрические исследования.

Результаты и обсуждения. В нервном аппарате оболочек нервных стволов, после измерения диаметра нервных волокон, составляющих нервные стволы оболочек, а так же относящихся к различным видам рецепторов, было установлено, что в нервных стволках невралных оболочек содержится больше всего волокон, относящихся к группам В и С. Так же, была выявлена закономерность, заключающаяся в том, что увеличение толщины миелиновых волокон пропорционально усложнению рецепторных приборов. При исследовании афферентной иннервации стромы нервных стволов особенно интересным является вопрос о механизмах восприятия боли в связи с тем, что болевая

реакция всегда выступает на первый план при различных патологических процессах в периферических нервах. Следует отметить, что это относится не только к тем заболеваниям, которые касаются непосредственно проводникового аппарата нервов, но и к заболеваниям их оболочек. В качестве примера – интерстициальные невриты, при которых патологический процесс локализуется преимущественно в стромах нервных стволов, характеризуются наличием весьма интенсивных болевых ощущений. При разнообразных невралгиях, проявляющихся особенно часто в начальных стадиях невритов, когда еще не нарушена нервная проводимость и на первый план выступает лишь болевой синдром. Особый интерес могут иметь данные об афферентном нервном аппарате оболочек нервных стволов в связи с патогенезом каузалгических болей. Наличие в ряде нервов, особенно в седалищном и срединном, специфических каузалгогенных зон можно объяснить не только развитостью в этих участках сосудистых сетей, но и присутствием в них большого количества рецепторных приборов, относящихся как к внутриствольным сосудам, так и к стромам нервов.

Выводы. Таким образом, именно в участках нервов, насыщенных афферентными окончаниями возникают ирритационные очаги каузалгии, которые постепенно генерализуются в каузалгический синдром. Косвенным доказательством этому является обнаруженная большая концентрация афферентных нервных приборов, в тех участках нервов, которые соответствуют клинически выявленным болевым точкам при заболеваниях нервных стволов. Все это свидетельствует в пользу того, что нервный аппарат невралгических оболочек играет значительную роль в восприятии болевых раздражений при патологии периферических нервов. Согласно ранее изложенному, правомерно будет предположить, что при болезненных процессах в нервах, когда резко повышена реактивность стромы нервных стволов и обострена чувствительность, рецепторные образования оболочек нервов реагируют на определенные патологические раздражения болевой реакцией, что является одним из выражений защитных свойств невралгической стромы.

Список литературы

1. Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты // Вестник урологии.-2017.- Том. 5.- №1.- С. 51-62.
2. Затолокина М.А. Структурные особенности сосудисто-нервных пучков периферических нервов плечевого сплетения в области средней трети плеча у представителей отряда парнокопытных// Морфология. – 2016. – № 3. – С. 87-88.
3. Затолокина М.А. Морфологические признаки адаптации структурных компонентов периферических нервов в области средней трети плеча в сравнительном аспекте // Журн. анатомии и гистопатологии. – 2016. – Т. 5, № 1. – С. 20-25.
4. Затолокина М.А. Морфогенез изменений параневральных соединительнотканых структур периферических нервов в эволюционном аспекте : монография; под ред. С.Л. Кузнецова. – Курск : Изд-во КГМУ, 2016. – 128 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАРИЕСОГЕННЫХ ФАКТОРОВ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ

Егорова А.К.

Научный руководитель: Бибарцева Е. В.

Оренбургский государственный медицинский университет

С давних времен людей волновал вопрос заболеваний полости рта. Кариес встречается у людей различного возраста, пола, профессий, этнической принадлежности.

Современный ритм жизни диктует жесткие условия, что ведет к нарушению режима дня, ведет к нерациональному питанию, возникновению вредных привычек. Кариес зубов ведет к тяжелым последствиям - воспалительным процессам, заболеваниям желудочно-кишечного тракта, а зубные камни оказывают негативное влияние на ткани периодонта и зубную эмаль [1,2].

Наряду с большим количеством пищи, содержащей простые углеводы, существуют и различные средства и процедуры по уходу за полостью рта, стоматологическая помощь разнообразна и доступна[4]. Но развитие кариеса остается актуальной проблемой.

Целью исследования является изучение факторов влияющих на развитие кариеса.

Согласно поставленной цели сформулированы следующие задачи:

Изучить в исследуемых группах физико-химические характеристики смешанной слюны

Определить влияние сахарной нагрузки на состояние биохимических показателей смешанной слюны.

Изучить влияния средств гигиены полости рта на биохимические показатели и уровень гигиены полости рта.

Материалы и методы.

Обследовано 14 человек в возрасте 19-21 года.

Забор слюны проводился утром, натощак для исключения воздействия факторов, влияющих на секрецию и изменения физико-химических параметров смешанной слюны:

А. В состоянии покоя в течении 10 минут.

В. При стимуляции с использованием парафина в течение 10 минут.

Кислотность измерялась с помощью индикаторов. Производилось определение глюкозы йодометрическим методом в слюне.

Оценка уровня гигиены полости рта проводилась с применением индекса Федорова-Володкиной.

Кариесогенность зубного налета определялась с помощью цветного индикатора[3]. Поверхность эмали обрабатывалась 1% раствором глюкозы (2 минуты) с последующим нанесением 0,1 % водного раствора метиленового красного. При изменении цвета с желтого на красный расценивается положительная реакция, что свидетельствует о снижении рН зубного налета и о его кариесогенных свойствах. При отсутствии изменений цвета — отрицательная реакция.

С целью определения риска образования кариеса производили сахарную нагрузку и чистку зубов зубной пастой Lacalut fluor. Выбранная зубная паста обладает противовоспалительным, противокариозным действием, повышающим резистентность зубной эмали к воздействию кислот.

Участники исследования были разделены на 2 группы: I группа (n= 7) — использовали 5 % и 10 % раствор глюкозы; II группа — (n= 7) — применялся 5 % и 10 % раствор глюкозы, с последующим использованием пасты — Lacalut fluor.

Регистрацию изучаемых показателей осуществляли в сроки:

Непосредственно до сахарной нагрузки.

Через 5 минут после сахарной нагрузки (5 и 10 % растворами);

Через 10 минут после чистки зубов.

Результаты.

До проведения исследования определяемые физико-химические показатели смешанной слюны находились в пределах допустимых физиологических значений.

Значение рН смешанной слюны в норме колеблется от 6,5 до 7,4 со средней величины = 7,0 [5]. Значения рН в I группе до сахарной пробы 6,7, после каждой сахарной нагрузки наблюдалось уменьшение рН слюны в кислую сторону, в то время как во II группе отмечалось изменение кислотности, не выходящее за пределы нормы. Полученные

данные подтверждались определением кариесогенности, снижении pH зубного налета отмечалось в I группе.

После ополаскивания ротовой полости 5% раствором сахара, в I группе содержание глюкозы увеличилось в 1,9 раз, после применения 10% раствора в 2,5 раза. Во II группе после использования 5% раствора глюкозы и чистки ротовой полости зубной пастой содержание глюкозы в смешанной слюне составило 0,13 моль/л, что это в 1,4 раза меньше, чем в I группе, а после 10 % раствора и чистки зубной пастой 0,16 моль/л, что достоверно ниже, чем в I группе.

Оценка уровня гигиены полости рта в изучаемых группах показала, что в исходном состоянии индекс Федорова-Володкина в обеих группах находился в неудовлетворительном состоянии. В I группе изменения гигиенического состояния не наблюдалось после 5 % нагрузки сахарным раствором, но после полоскания 10 % раствором сахара ухудшилось на 0,1 единицу. Во II группе показатели имели достоверно низкие значения и составили $1,2 \pm 0,03$, то есть индекс гигиены стремился к положительному значению.

В ходе исследования установлено наличие достоверных изменений биохимических характеристик смешанной слюны в исследуемых группах. Определено положительное влияние на снижение кариесогенности зубного налета при использовании зубной пасты Lacalut fluor.

Список литературы

- [1] Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. Биологическая химия, - М.: Медицина, 1983.-С.27, 46-48.
- [2] Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. М: Медицинская книга — Н. Новгород: Изд-во НГМА 2001;304.
- [3] Питаева А.Н., Недоседко В.Б., Моисеева Н.Е. Методика определения остаточного сахара в ротовой жидкости // Профилактика и лечение стоматологических заболеваний. Омск, 1979. - С. 28-29.
- [4] Федоров Ю.А. Средства гигиены полости рта. Ленинград: Медицина, 1984.-96 с.
- [5] Шараев П.Н., Бутолин Е.Г., Наумова И.Г. Биохимические константы жизни сред и тканей человека, - Ижевск, 1992.-37 с.

АНАЛИЗ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА НА ОСНОВЕ ИНДЕКСА НАПРЯЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Емельянова А.С., Степура Е.Е., Дармограев Д.А.

*Рязанский государственный агротехнологический университет имени Костычева
Рязанский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова*

Известный факт, который знаком каждому патофизиологу – при влиянии различных экзогенных и эндогенных факторов-раздражителей инициируется реализация разнообразных механизмов, которые лежат в основе ряда ответных реакций. Эти реакции реализуются за счет различных систем организма, неразрывно связанных друг с другом. К одной из наиболее чувствительных к разным раздражителям относят сердечно-сосудистую систему [1].

Проявляющиеся изменения, если речь идет именно об этой системе, весьма неоднотипны и имеют далеко не идентичный характер у одного и того же организма в одних и тех же условиях при воздействии одного и того же раздражителя [2-4].

Тем не менее, существуют различные методики, позволяющие идентифицировать эти изменения в виде определенных показателей, найти закономерности и сделать

конкретный вывод. Это возможно благодаря использованию методик кардиоинтервалографии, показателей вариабельности сердечного ритма, индекса напряжения, который впервые был введен Р.М. Баевским [5-6].

Математический анализ сердечного ритма используется как новый метод исследования процессов регуляции в живом организме.

Изучение взаимосвязи между воздействием раздражителей и их влиянием на сердечно-сосудистую систему и выявлением закономерностей проявления различных изменений после их воздействия – цель нашего исследования.

Материал и методы. Исследование проводили на студентах. Производили запись ЭКГ с помощью современной компьютерной электрофизиологической лаборатории «CONAN-4.5». После снятия ЭКГ была проведена обработка полученных данных с помощью приложения, расположенного в этой лаборатории. Всего в исследовании приняли участие 100 студентов. Запись электрокардиограммы производили на студентах сидя. Согласно цветовой маркировке, красный электрод накладывали на правую руку, желтый – на левую, зеленый – на левую ногу, черный – на правую ногу. Все эксперименты провели с соблюдением принципов биоэтики.

Статистическая обработка полученного материала осуществлялась с использованием t-критерия Стьюдента и программного пакета Microsoft Excel 2007 методом вариационной статистики с вычислением средних показателей значений и программы Statistica version 10. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

В ходе анализа ЭКГ были получены индексы напряжения, предложенные Р.М. Баевским, а градация числовых значений была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрасти до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведенного нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели деление участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН.

В первую группу вошли студенты с индексом напряжения до 30 у.е. с предполагаемым исходным вегетативным тонусом «ваготония». Такая группа характеризуется преобладанием парасимпатической вегетативной нервной системой. Количество студентов этой группы составило 10 человек (10% от общего числа участников).

Вторая группа составила 22 студента, с индексом напряжения от 31 до 120 у.е. с предполагаемым исходным вегетативным тонусом «нормотония». Такая группа характеризуется равновесным состоянием вегетативной нервной системы между парасимпатической и симпатической, что составило 22% от общего количества исследуемых.

Третья группа характеризуется преобладанием симпатической вегетативной нервной системой с индексом напряжения от 121 до 300 у.е. с предполагаемым исходным вегетативным тонусом «симпатикотония». В данной группе количество студентов составило 63 человека, то есть 63 % от общего числа участников.

Четвертая группа характеризуется значительным повышением показателей деятельности симпатической вегетативной нервной системы с индексом напряжения более 301 у.е., с предполагаемым исходным вегетативным тонусом «сверхсимпатикотония». Здесь количество студентов составило всего 5 испытуемых, то есть 5 % от общего количества.

Полученные числовые значения индекса напряжения после анализа электрокардиограмм студентов, отражают соотношение активности симпатического отдела и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Таким образом, усиление влияния симпатического отдела на ритм сердца может быть связано с истинной активацией симпатического отдела на фоне неизменной активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы или ее снижение, либо оно является следствием снижения активности парасимпатического отдела при неизменной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Список литературы

1. Баевский, Р. М. Анализ variability сердечного ритма: история и философия, теория и практика / Р.М. Баевский // Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 54–64.
2. Баевский, Р.М. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, И.В. Чирейкин // Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Variability сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2015. № 2. С. 108.
4. Голухова, Е. З. Неинвазивная аритмология / Е.З. Голухова. – Москва, 2002. – 200 с.
5. Емельянова, А.С. Параметры variability сердечного ритма коров джерсейской породы / А.С. Емельянова, Е.Е. Степура. – Рязань, 2017. – 173 с.
6. Кулаичев, А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / А.П. Кулаичев. – Москва, 2007 – 640 с.

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА НАПРЯЖЕНИЯ С ЧИСЛОМ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У СТУДЕНТОВ

Емельянова А.С., Степура Е.Е., Новикова Ю.

Рязанский государственный агротехнологический университет

Ежедневно нас окружает безграничное число различных факторов, влияние которых тем или иным образом отражается на любом биологическом объекте. Этим раздражителем присущи разнообразные характеристики, но их влияние оказывается «замеченным» организмом только если они достигают порогового значения. Тем менее, таких факторов немало как в группе экзогенных, так и в группе эндогенных. И ответная реакция на воздействие таких факторов переопределена благодаря наличию различных, ассоциативных в отношении друг друга, систем [1-2].

У человека, например, к одной их таковых относится сердечно-сосудистая система, параметры и показатели которой будут изменены после или (и) во время воздействия разнообразных раздражителей [3-4].

Все это возможно благодаря некоторым методикам. К ним относят variability сердечного ритма, кардиоинтервалометрию и некоторые другие методики. Также немаловажное значение в рамках отражения объёма адаптационного резерва имеет определение индекса напряжения Баевского.

Аналитический подход позволит провести связь между различными показателями функционирования сердечно-сосудистой системы и воздействием «триггерных» факторов порогового значения, инициирующих реализацию ответных механизмов [5-6].

Материал и методы. Исследование проводили на студентах. Производили запись ЭКГ с помощью современной компьютерной электрофизиологической лаборатории «CONAN-4.5». После снятия ЭКГ была проведена обработка полученных данных с помощью приложения, расположенного в этой лаборатории. Всего в исследовании приняли участие 100 студентов. Запись электрокардиограммы производили на студентах сидя. Согласно цветовой маркировке, красный электрод накладывали на правую руку, желтый – на левую руку, зеленый – на левую ногу, черный – на правую ногу. С электродов регистрировали ЭКГ в трех стандартных отведениях (I, II, III).

Статистическая обработка полученного материала осуществлялась с использованием t-критерия Стьюдента и программного пакета Microsoft Excel 2007 методом вариационной статистики с вычислением средних показателей значений, а также программы Statistica version 10. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения. В ходе анализа ЭКГ были получены индексы напряжения, предложенные Р.М. Баевским, а градация их числовых значений была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И., которая учитывала, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрастать до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведенного нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели разделение участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН.

В первую группу вошли студенты, у которых индекс напряжения был минимален – до 30 у.е. Испытуемые с таким значением ИН имеют предполагаемый исходный вегетативный тонус, который можно обозначить как «ваготония». Такая группа характеризуется преобладанием парасимпатической вегетативной нервной системой. Количество студентов этой группы составило 10 человек (10% от общего числа участников). Показатель ЧСС варьировался в диапазоне $65 \pm 0,13$ уд/мин.

Вторая группа составила 22 студента, с индексом напряжения от 31 до 120 у.е. с предполагаемым исходным вегетативным тонусом нормотония. Такая группа характеризуется равновесным состоянием вегетативной нервной системы между парасимпатической и симпатической, что составило 22% от общего количества исследуемых. ЧСС у данной группы находилась в диапазоне $70 \pm 0,21$ уд/мин.

Третья группа характеризуется преимущественным преобладанием симпатической вегетативной нервной системы и градацией индекса напряжения в пределах от 121 до 300 у.е. с предполагаемым исходным вегетативным тонусом симпатикотония. В данной группе количество студентов составило 63 человека, то есть 63 % от общего числа участников. Здесь усреднённая ЧСС также отличалась от предыдущих групп – $73 \pm 0,16$ уд/мин.

Четвертая группа отличается значительным повышением показателей деятельности симпатической вегетативной нервной системы с индексом напряжения более 301 у.е., с предполагаемым исходным вегетативным тонусом сверхсимпатикотония. Здесь количество студентов составило всего 5 испытуемых, то есть 5 % от общего количества. И диапазон ЧСС в данном случае составил $80 \pm 0,27$ уд/мин.

По результатам исследования становится понятно, что определённая корреляционная взаимосвязь между числовым выражением ИН и усреднённым значением ЧСС всё же существует. Чем больше числовое значение ИН, тем больше показатель усреднённого диапазона ЧСС.

Список литературы

1. Баевский, Р. М. Анализ вариабельности сердечного ритма: история и философия, теория и практика / Р.М. Баевский // Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 54–64.
2. Баевский, Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, И.В. Чирейкин // Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2015. № 2. С. 108.
4. Голухова, Е. З. Неинвазивная аритмология / Е.З. Голухова. – Москва, 2002. - 200 с.
5. Емельянова, А.С. Параметры вариабельности сердечного ритма коров джерсейской породы / А.С. Емельянова, Е.Е. Степура. – Рязань, 2017. - 173 с.
6. Кулаичев, А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / А.П. Кулаичев. – Москва, 2007 - 640 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНОМНЫХ МУТАЦИЙ СРЕДИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2017-2018 ГОДОВ

Исаева Е.С.

Научный руководитель: Лукьянчик И. Д.
Брестский государственный университет им. А.С. Пушкина

Профилактика любого заболевания, в том числе и наследственного, базируется в значительной степени на эпидемиологии соответствующего заболевания, которая в обязательном порядке предусматривает изучение механизмов его распространения в популяции. Проблема врожденной и наследственной патологии является актуальной не только с медицинской точки зрения, т.к. имеет большое социально-экономическое значение в связи с нетрудоспособностью больных тяжелыми наследственными заболеваниями и незанятостью в производстве лиц, осуществляющих уход за ними.

Цель работы – проанализировать распространенность геномных мутаций среди новорожденных Брестской области за период 2017–2018 гг. на примере клинко-диагностической (генетической) лаборатории Учреждения здравоохранения Республики Беларусь «Брестский областной родильный дом» с использованием методов описательной статистики.

Материалы и методы. Проводился анализ структуры и распространенности геномных мутаций за период 2017–2018 гг. по данным медицинской документации и архивного материала цитогенетических препаратов аномальных кариотипов в лимфоцитах периферической крови новорожденных детей. Оценивали абсолютные и интенсивные показатели (на 100 тыс. населения) по данным официальной статистической отчетности: количество выявленных случаев (использованы данные сайта www.belstat.gov.by о половозрастной структуре населения РБ). Статистический анализ проведен при помощи программного пакета «Statistica» с использованием методов описательной статистики. Для относительных значений определялся 95 % доверительный интервал, абсолютные величины представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты и обсуждение. Доля новорожденных детей с аномалиями в кариотипах в 2017 г. составляла 2,6 случаев на 100 тыс. населения Брестской области. В 2018 г. доля аномалий снизилась на 3,8 %, что соответствовало 1,9 случаев на 100 тыс. жителей. Среди хромосомных аномалий выявлены 2 типа геномных мутаций: трисомия по 21-й хромосоме

(синдром Дауна) и моносомия по X-хромосоме (синдром Шерешевского-Тернера). Среди новорожденных с геномными мутациями преобладала доля больных с Синдромом Дауна: в 2017 г. – 1,3 случая на 100 тыс. населения, в 2018 г. – снижение доли до 0,5 случаев на 100 тыс. человек (среднегодовой темп снижения – $61,6 \pm 2,4$ %). Синдром Шерешевского - Тернера встречался лишь в 2017 г. с низкой частотой – 1 случай на 1 467,4 тыс. чел).

Выводы. Врожденные наследственные заболевания продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения в Брестской области. Однако, проанализировав эпидемиологические данные, можно проследить тенденцию к снижению встречаемости геномных мутаций среди детей, рожденных в 2018 г. по сравнению с 2017 г. (темп убывания составил $27,8 \pm 1,8$ % за год). Уменьшение случаев геномных мутаций среди новорожденных связано со снижением рождаемости детей с синдромом Дауна: среднегодовой темп снижения доли случаев за исследуемый период составил $61,6 \pm 2,4$ %, что обусловлено эффективностью биохимического скрининга беременных 1-го триместра и проведением инвазивного метода диагностики – амниоцентеза (для цитогенетического исследования на материале амниотической жидкости), которые позволяют выявить патологию развития плода на ранних сроках беременности.

Выражаем благодарность за оказанную помощь в проведении исследований руководству и сотрудникам медико-генетической консультации учреждению здравоохранения Республики Беларусь «Брестский областной родильный дом».

Список литературы

1. Дюбкова, Т. П. Врожденные и наследственные болезни у детей (причины, проявления, профилактика): учеб.-метод. пособие / Т. П. Дюбкова. – Минск: Асобины, 2008. – 48 с.

ФОРМЫ, ВЕС И ОБЪЕМ ПЕЧЕНИ В ПРЕ- И ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ

Йулдошев А.А.С., Убайдуллаев Р.Л.

Научный руководитель: Убайдуллаев Р.Л.

Андижанский государственный медицинский институт

Изучение топографических особенностей печени представляет определённый интерес в гепатологии. Анатомию, топографию, проекцию и синтопию печени после рождения и до 90 лет изучали многие авторы. Однако до последнего времени в литературе не сложилось единого мнения о форме, весе и объёме в ante- и постнатальном онтогенезе, недостаточно изучены изменения этих образований в процессе роста организма.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили 181 трупа плодов от 7 до 10 месяцев, а также людей от периода новорожденности до старческого возраста. Исследование проводили визуально (определяли форму печени), с помощью весов и сосуда с делениями измеряли массу и объем соответственно. Данные обработаны методом вариационной статистики.

Цель исследования

Целью настоящего исследования явилась изучить форму, вес и объем печени в ante- и постнатальном онтогенезе. Определить присущие к каждому возрастному периоду форму печени, а также выявить динамику наибольшего и наименьшего изменения массы и объема ее на протяжении жизни человека.

Форма печени.

У плода от 7 до 10 месяцев жизни, а также у новорожденных печень в 90% случаев (в 45 на 50 наблюдений) имеет четырех угольную форму, лишь в единичных случаях – треугольную (4%), округлую (2%), овальную (2%) и перпендикулярную (2%) форму.

В грудном возрасте в первые шесть месяцев после рождения печень в 60% случаев наблюдений имеет (в 12 из 20 наблюдений) – треугольную, в 20% случаев – четырехугольную, а в остальных – овальную и неправильную форму. Начиная с 7 месяцев после рождения до II периода зрелого возраста в 92% случаев (в 81 из 88 наблюдений) встречается печень треугольной формы.

Во II периоде зрелого, в пожилом и старческом возрастах возрастает частота встречаемости овальной формы печени.

Вес печени.

Вес печени у плодов с 7-го по 10-й месяцы внутриутробной жизни увеличивается почти в 3 раза (от $45,25 \pm 0,91$ до $129,50 \pm 11,77$ г), при этом наиболее заметно на протяжении 9-го и 10-го месяцев внутриутробного периода. У новорожденных вес печени становится равным $164,00 \pm 7,40$ г, а в грудном возрасте – увеличивается почти вдвое. В этом периоде увеличение веса печени преимущественно происходит в возрасте от 4 до 9 месяцев после рождения.

В дальнейшем увеличение веса продолжается до I-го периода зрелого возраста и достигает своего максимума, увеличиваясь почти в 10 раз по сравнению с периодом новорожденности. Начиная со II периода зрелого возраста и до старческого возраста вес печени постепенно уменьшается (от $1644,06 \pm 75,90$ до $1213,57 \pm 40,42$ г)

Объем печени.

Объем печени во внутриутробном периоде (от 7 до 10 месяцев) увеличивается почти в 3 раза и перед рождением равняется $125,75 \pm 8,74$ см³. От момента рождения до юношеского возраста объем печени увеличивается почти в 12 раз, в зрелом возрасте постепенно уменьшается от $1433,20 \pm 86,56$ см³ у юношей до $1077,14 \pm 61,07$ см³ в старческом возрасте.

Таким образом, печень к моменту рождения имеет четырехугольную, начиная с грудного возраста приобретает треугольную форму. Начиная со 2 периода зрелого возраста до глубокой старости преобладает овальная ее форма. Вес печени начиная с периода новорожденности до I периода зрелого возраста увеличивается почти в 10 раз, а объем ее увеличивается до юношеского возраста почти, что в 12 раз. Вес печени начиная со 2 периода зрелого и до старческого возраста постепенно уменьшается (от $1644,1 \pm 75,9$ до $1213,6 \pm 40,4$ г), а объем печени также уменьшается в тех же возрастных периодах как ее масса (от $1433,2 \pm 86,6$ до $1077,1 \pm 61,2$).

Вывод

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что форма печени с четырехугольной становится треугольной, к старости имеет больше овальную форму. Вес и объем печени максимальную величину имеет в юношеском и зрелом возрастах, а в последующих возрастных группах отмечается уменьшение этих показателей.

Список литературы

1. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста: руководство для врачей. – М., 1982. -384с.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. – М., 1988. -415с.
3. Доронина Л.В. К хирургической анатомии печеночных вен: Дисс.канд.мед.наук.- Смоленск., 1959. -333л.
4. Кетиладзе М.Р. Нормальная анатомия сосудов печени у человека // Матер.конф.ин-та экспериментальн.морфологии им А.Н. Катишвили АН Груз.ССР. – Тбилиси., 1978.- С.90-93.

5. Соломатов В.Г. Печень и желчный пузырь. М.: Центр доктора Соломатова, 2004. - 136 с.
6. Попова Р.А. Топографическая анатомия печени человека в раннем плодном периоде: Дисс. ..канд.мед.наук.- Оренбург 2005

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ МЕТИОНИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ КРЫС В УСЛОВИЯХ НЕДОСТАТОЧНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ТРИПТОФАНА

Кот В.Н.

Научный руководитель: Наумов А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

В настоящее время особую актуальность приобретают биохимические исследования, базирующиеся на изучении взаимодействия аминокислот в организме человека. Моделируется избыточное/недостаточное поступление аминокислот с источниками питания, вводятся различные комбинации аминокислот с целью выявления влияния на отдельные системы человеческого организма.

Триптофан (Trp) – незаменимая ароматическая альфа-аминокислота. Помимо участия в синтезе белка Trp является предшественником: серотонина, мелатонина. Является обязательным компонентом для синтеза ниацина. Недостаточный синтез никотиновой кислоты приводит к пеллагре, симптомы которой - дерматит, диарея, деменция [1].

Метионин (Met) – незаменимая, серосодержащая альфа-аминокислота. Выполняет следующие функции: является иницирующей аминокислотой в синтезе белка; служит в качестве донора метильной группы в реакциях трансметилирования; служит предшественником цистеина, таурина, глутатиона, гомоцистеина.

Накапливаясь в организме, гомоцистеин приводит к дисфункции эндотелия, провоцирующей образование тромбов и атеросклеротических бляшек; активирует наработку свободных радикалов; снижает синтез антиоксидантных ферментов. Является маркером сердечно-сосудистой и нейродегенеративной патологии[2].

Таким образом, актуальность исследования Trp и Met обусловлена тем, что данные соединения играют одну из ключевых ролей в функционировании организма.

Цель - установить уровень Met в плазме крови крыс в условиях недостаточного поступления Trp. Для этого была выбрана модель кормления животных кукурузной кашей в качестве единственного источника питания (содержание Trp ~ 60 мг/100г каши); определить основные причины, ведущие к парадоксальному понижению уровня метионина на фоне недостаточного поступления триптофана с источником пищи.

Материалы и методы. Исследования проводились на белых беспородных крысах-самцах массой 180-220 г. Контрольная группа (десять особей) – получала нормальный рацион. Опытная группа (восемь крыс-самцов) в течение пяти недель в качестве единственного источника белка получали кукурузную кашу, вода - ad libidum.

Крысы опытной и контрольной группы голодали в течение 12 часов до декапитации.

Содержание аминокислот определяли в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии («Agilent – 1200») с предколоночной дериватизацией ортофталевым альдегидом и детектированием по флуоресценции.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе уровень Met составил 80.9 ± 2.6 мкмоль/литр; в опытной группе – 43.4 ± 3.6 мкмоль/литр. Таким образом, при

недостаточном поступлении Trp с пищей наблюдается статистически достоверное снижение Met в плазме крови.

В процессе исследования были проанализированы метаболические пути, механизмы транспорта и доставки аминокислот. В ходе поиска похожих результатов были изучены как отечественные, так и иностранные источники информации. Мы пришли к выводу, что есть несколько причин, которые объясняют снижение метионина в плазме крови крыс: 1) Недостаток незаменимой аминокислоты Trp влияет на профиль эпигенома, что увеличивает расход донора метильных групп. 2) Метионин может накапливаться в тканях или экскретироваться с мочой. По исследованиям, проведенным в 2018 году, известно, что в канальцах почек есть переносчик, который является общим для транспорта триптофана и метионина. На основании данных, следует, что при дисбалансе аминокислот в плазме крови, начинает больше выбрасываться метионина в мочу, в результате уровень метионина в крови падает. 3) Уникальный механизм транспорта данных аминокислот через гемато-энцефалический барьер. Уникальность заключается в следующем: как метионин, так и триптофан, являясь представителями LNAAs (large neutral amine acids – большие нейтральные аминокислоты), конкурируют друг с другом за возможность быть транспортированными через гемато-энцефалический барьер за счет использования общего переносчика – LAT-1 (Large amino acids transporter-1 – транспортер больших нейтральных аминокислот-1). Соотношение уровней LNAAs, так и факт конкуренции за транспорт являются лимитирующими факторами, обуславливающими транспорт той или иной аминокислоты через гематоэнцефалический барьер.

Таким образом, при недостаточном поступлении триптофана, возникает отсутствие конкурентных отношений “метионин/триптофан”. Это приводит к бесконтрольному поступлению метионина в ткани головного мозга из кровеносного русла. Единственный способ решить данную проблему – восстановить стабильное поступление триптофана в организм с целью возобновления конкурентных отношений. Это приведет к нормализации концентраций как метионина, так и триптофана в живом организме.

Также есть зарубежные исследования, о том, что для уменьшения агрессивности пациентов используют пониженное содержание триптофана в диете [3]. В нашем случае, наоборот, крысы были гипотрофные и агрессивные.

Выводы. Результаты показывают, что в условиях недостаточного поступления Trp с пищей резко снижается уровень Met в плазме крови крыс.

Таким образом, следуют выводы: А) Недостаток Trp влияет на профиль эпигенома, что увеличивает расход донора метильных групп (метионина); Б) Метионин и триптофан имеют связь в области переносчика. Отсутствие конкурентных отношений “метионин/триптофан” приводит к бесконтрольному поступлению метионина в ткани головного мозга из кровеносного русла.

Список литературы

1. Наумов, А.В. Мелатонин: медико-биологические функции / А. В. Наумов, Е.А. Конюх. - Минск, 2011. - с. 132 – 136.
2. Наумов, А.В. Гомоцистеин. Медико-биологические проблемы / А.В. Наумов. – Минск, 2013. - 312 с.
3. Pringle A. Effects of low dose tryptophan depletion on emotional processing in dieters / A. Pringle [et. al.] // Germany/ - 2012/ - Vol.13, № 2. – P. 154-157.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В19

Кошелев И.Г., Мелких Н.И., Шилин В.А.

Научный руководитель: Блажняя Л.П.

Кубанский государственный медицинский университет

В последние годы парвовирусная инфекция (ПВИ) является широко распространенным заболеванием, с огромным спектром клинических проявлений, затрудняющих диагностику на догоспитальном этапе. На сегодняшний день не ясны все аспекты эпидемиологии ПВИ, не совершенны методы клинической и лабораторной диагностики. Всё это может повлечь за собой ошибки в тактике ведения и лечения больных.

Цель исследования: дать характеристику факторов риска и особенностей парвовирусной инфекцией у взрослых пациентов для улучшения диагностики и своевременности лечения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациентов, госпитализированных в ГБУЗ СКИБ г. Краснодара в период с 2013 по 2017 г. с диагнозом парвовирусная инфекция В19. Диагноз ПВИ у всех больных верифицирован методом ПЦР крови.

Результаты: На догоспитальном этапе наиболее частыми ошибочными диагнозами были: острая инфекция верхних дыхательных путей у 26 (48,00%) пациентов, у 9 (18,00%) лихорадка неуточненной этиологии, у 3 (6,00%) инфекционных мононуклеоз, вызванный ВЭБ, у 2 (4,00%) ветряная оспа, у 10 (20,00%) острый тонзиллит неуточненный. В эпидемиологическом анамнезе контакт с больными лихорадочными инфекционными заболеваниями в пределах инкубационного периода (от 4 до 14 дней) был у 6 (12,00%), переохлаждение у 8 (16,00%), выезжали за пределы Краснодарского края 6 (12,00%), из них 4 (8,00%) за пределы страны, контакт с крупным рогатым скотом все пациенты отрицают. Среди заболевших преобладали женщины 35 человек (70,00%) (из них 1 беременная, сроком 27-28 недель), мужчин - 15 человек (30,00%). Возраст заболевших варьировался от 20 до 30 лет у 27 больных (54,00%), 31-40 лет – 20 человек (40,00%), старше 40 – 3 (6,00%) пациента Средний возраст составлял 29,9. Продолжительность заболевания составила: от 2 до 4 дней – 12 человек (24,00%), от 5 до 7 дней – 33 больных (66,00%) и 8-9 дней – 5 (10,00%) пациентов. Продолжительность госпитализации колебалась от 3 до 11 и более дней: от 3 до 5 койко-дней – 14 (28,00%) больных, 6-10 койко-дней – 27 (54,00%) человек, больше 11 койко-дней пробыло 9 (18,00%) пациентов. При поступлении все больные предъявляли жалобы на общую слабость, недомогание, головную боль, кашель, повышение температуры тела, артралгии, экзантему, увеличение лимфатических узлов. Головная боль была у 15 (30,00%) человек: из них у 7 (14,0%) пациентов продолжительность составляла от 3 до 5 дней, у остальных 8 (16,00%) – от 8 до 9 дней. Лихорадочный синдром наблюдался у 47 человек: субфебрильная температура (до 38 С) была у 17 (34,00%), от 38 до 39 градусов по Цельсию – у 25 больных (50,00%), и от 39 до 40 С – у 5 человек (16,00%). Продолжительность лихорадки от 3 до 7 дней у 35 больных (70,00%), 8-10 дней – 10 человек (20,00%) и больше 10 суток повышенная температура наблюдалась у 2 (4,00%) пациентов. Мелкоточечная папулезная экзантема была у 46 (92,00%) пациентов из 50. Локализация экзантемы была следующая: по всему телу у 28 (56,00%) пациентов, преимущественно на туловище, верхних и нижних конечностях у 13 (26,00%) больных, а также изолированно сыпь наблюдалась на волосистой части головы и лице, паховых и подмышечных складках, в области половых органов. Длительность экзантемы: 4-6 дней у 19 (38,00%) пациентов, 7-10 дней у 14 (28,00%) пациентов и больше 10 дней также у 13 (26,00%) пациентов. Першение и боли в горле наблюдались у 20 (40,00%) человек, у 16 (32,00%) больных был кашель. У 10

(16,00%) из них продолжительность кашля составляла от 6 до 9 дней, у 6 (15,00%) от 10 до 13 дней. Артралгии наблюдались у 18 (36,00%) пациентов, продолжительность их составляла от 6 до 11 дней. Увеличение лимфатических узлов было у 35 (70,00%) пациентов. Чаще увеличивались заднешейные – у 14 (28,00%) пациентов, поднижнечелюстные у – 10 (20,00%), и подмышечные у 8 (16,00%).

Сопутствующая патология наблюдалась у 22 (44,00%) больных. Из них у 3 (6,00%) острая крапивница рецидивирующее течение, у 3 (6,00%) ВИЧ. В единичных случаях наблюдались хронический ринит, хронический тонзиллит, инфекция мочевыводящих путей, реактивный гепатит. А также неинфекционные заболевания: хронический панкреатит, фиброзно-кистозная и мастопатия.

Выводы: 1. Среди госпитализированных больных с ПВИ преобладали женщины 35 человек (70,00%), в возрасте от 20 до 30 лет (54,00%). Наиболее частым диагнозом на догоспитальном этапе была острая инфекция верхних дыхательных путей (48,00%).

2. У больных с головной болью, недомоганием, слабостью, лихорадкой, кожными высыпаниями, болями в горле, болезненностью в суставах, увеличением лимфатических узлов необходимо включить в диагностический поиск анализ на выявление ПВИ.

Список литературы

1. Антипова А. Ю. и др. Распространение парвовирусной инфекции в Северо-Западном федеральном округе России //Журнал инфектологии. – 2014. – Т. 3. – №. 4. – С. 44-48.
2. Rogo L. D. et al. Human parvovirus B19: a review //Acta Virol. – 2014. – Т. 58. – №. 3. – С. 199-213.

МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ДЕКОРАТИВНЫХ ГУБНЫХ ПОМАД

Кравчук Э.С., Горшкова А.П., Бондарева А.М.

Тверской государственный медицинский университет

Декоративная косметика является очень востребованной в современном мире [3-5]. Качество, внешний вид и органолептические свойства этих изделий во многом определяются составом и сбалансированностью рецептуры, степенью обработки массы и технологией приготовления [2]. Особое внимание следует уделить губным помадам как одному из самых знаменитых и востребованных средств для ухода и красоты губ. Компоненты губной помады, прежде всего не должны быть ядовитыми; они должны быть приятными на вкус не раздражающими, поскольку входят в непосредственное соприкосновение со ртом и его слизистой [1]. Однако, несмотря на существующие требования, в составе помад часто встречаются компоненты, которые являются хорошей питательной средой для микроорганизмов (синтетические воска, ланолин) и могут вызывать воспалительные реакции на коже губ (полимеры и оксиды тяжелых металлов) при постоянном использовании [6].

Поэтому, целью исследования стала оценка спектра, частоты встречаемости и количества микробиоты на поверхности декоративных помад.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 22 студентки второго курса Тверского ГМУ. Было проведено анкетирование, которое включало вопросы о наличии инфекционных и соматических заболеваний, водном и пищевом режимах, наличии вредных привычек, аллергии и воспалительных реакций на коже губ, о частоте использования декоративной косметики и др. Все респонденты были разделены на 2 группы по периоду использования декоративной помады после вскрытия упаковки: первая

– до трёх месяцев использования, вторая – более трёх (но не более пяти месяцев использования). Все помады разделили в зависимости от ценового сегмента и состава на 3 группы: до 300 рублей (нижний), от 300 до 600 рублей (средний), более 600 рублей (высший). Забор материала проводили с поверхности карандаша помад с помощью стерильных ватных тампонов. Для анализа применялись классические бактериологические методы для исследования спектра, распространенности и количества микроорганизмов. Посевы проводили на желточно-солевой агар, кровяной агар, на среду Эндо и инкубировали в термостате при 37° С в течение 18-24 ч. в аэробных условиях. Для статистической обработки результатов использовалась прикладная программа STATISTICA (StatSoftRussia), различия считали достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анкетировании 22 студенток установлено, что частота встречаемости заболеваний желудочно-кишечного тракта составила в первой группе девушек - 36%, во второй - 18%, распространенность заболеваний дыхательной системы и воспалительных реакций на коже губ в первой группе составило 18%, во второй - 36%. Наличие аллергии у девушек из первой группы и второй отмечено у 36% в обоих случаях. Вредные привычки имели 50% девушек, принявших участие в исследовании. Смешанного питания и соблюдения водного режима до 1,5 литров в сутки придерживались 95% респондентов в обеих группах.

95% исследованных девушек обеих групп использовали помаду на регулярной основе (3-7 дней), и только 5 % из них - до 3 дней в неделю. Выявлено, что 82% девушек, входящих в 1 группу, используют помады ценового сегмента более 600 рублей и только 18% - среднего. Среди девушек 2 группы 50% использовали помаду из нижнего ценового сегмента, 27% - из среднего и 23% - из высшего.

Микрофлора губ студенток была представлена следующими микроорганизмами: резидентными- стрепто- и микрококками, стомато- и пептококками, пептострептококками и вейллонеллами; условно-патогенными: энтеро- и стафилококками (в т.ч. золотистым стафилококком), бациллами, актиномицетами и кандидами.

Наблюдалось увеличение спектра и частоты встречаемости микроорганизмов в помадах 2 группы девушек - от 7 до 50%. При этом, возрастала распространенность резидентных и условно-патогенных бактерий. Количество бактерий в помадах незначительно увеличивалось при использовании в интервале от 4,3 lg КОЕ/мл для стафилококков и кандид до 5,6 lg КОЕ/мл для стрептококков.

Выявлено, что с губных помад нижнего ценового сегмента высевался наибольший спектр микроорганизмов с высокой частотой встречаемости (до 100%). С помад среднего ценового сегмента выделялось наименьшее количество представителей микробиоты (только 4): стафило- , стомато- и микрококки, актиномицеты (от 33-67%). Распространенность бактерий на помадах высшего ценового сегмента колебалась от 20 до 80%, причем наивысший процент выделялся у представителей резидентной микробиоты. Наибольшая обсемененность бактериями была обнаружена на помадах нижнего ценового сегмента (от 4,5 lg КОЕ/мл для кандид и актиномицетов до 5,6 lg КОЕ/мл для стоматококков), наименьшая - для всех микроорганизмов на помадах высшего сегмента (4,3 lg КОЕ/мл).

Закключение. Установлено, что студентки, использующие помаду более 3 месяцев, больше имеют жалоб на нарушения дыхательной системы, аллергию и воспалительные реакции на губах. Обнаружена тенденция к увеличению спектра, частоты встречаемости и количества микроорганизмов на губной помаде, используемой более 3 месяцев. Количество условно-патогенных микроорганизмов на губной помаде нижнего ценового сегмента превышает их количество на помадах среднего и высшего сегментов.

Список литературы

1. Вилламо Х. Косметическая химия. / Вилламо Х. - Пер. с фин. Мир. - Москва, 1990 - 288 с.
2. Войцеховская, А.Л. Химия для Вас. Косметика сегодня. /А.Л. Войцеховская, И.И. Вольфензон. - Химия. - Москва, 1988.- 176 с.
3. Вшивков, А.А. Основы косметической химии. / А.А. Вшивков - Рос. гос.проф. - пед. ун-т. - Екатеринбург, 2005. - 429 с.
4. Дрибноход, Ю. Введение в косметологию. Учебник для косметологов. / Дрибноход Ю. - 2-е изд. Питер. - СПб., 2003. - 352 с.
5. Пучкова, Т.В. Энциклопедия ингредиентов для косметики. /Т.В. Пучкова, А.А. Родюнин, Е.Д. Богданова// Школа косметических химиков. - Москва, 2006. - 336 с.
6. Lee S.Y. Assessment of bacterial contamination of lipstick using pyrosequencing / S.Y. Lee // J Cosmet Sci. - 2017 Jul/Aug. - № 68(4). – P. 245-252.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОЙ СПЕКТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ

Красникова О.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет

До 1,9 % всего населения ежегодно лечится от шизофрении, манифестные формы которой поражают преимущественно людей молодого и зрелого возраста [1,6].

Статистические данные показывают, что в 5-8% случае среди больных с поставленным диагнозом шизофрении на самом деле выявляются пациенты, страдающие различными заболеваниями нервной системы: опухолями головного мозга, нейроинфекцией, сосудистыми нарушениями, дегенеративными заболеваниями. Для точной диагностики шизофрении проводят комплексное дорогостоящее обследование по поводу исключения из диагноза всех вышеперечисленных патологий [5].

В качестве метода диагностики шизофрении целесообразно рассмотреть инфракрасную спектроскопию сыворотки крови, так как этот метод позволяет достаточно точно отслеживать изменения содержания метаболитов в крови [4], что может послужить надежным диагностическим критерием данного заболевания.

В связи с этим, целью данного исследования является обоснование применения метода инфракрасной спектроскопии для диагностики шизофрении.

Материалы и методы: Методом инфракрасной спектроскопии исследовали сыворотку крови 30 здоровых добровольцев и 30 пациентов с шизофренией. В качестве диагностических параметров принимали частные от деления высот пиков полос поглощения (см-1/см-1): П1 - 1150/1040; П2 - 1160/1040; ПЗ - 1140/1100, которые, в свою очередь, позволяют дифференцировать шизофрению от злокачественных новообразований головного мозга (анапластическая астроцитома, глиобластома) [2,3].

Результаты и обсуждение: Параметры инфракрасных спектров сыворотки крови для группы пациентов с диагнозом «шизофрения» составили: П1 = $1,80 \pm 0,10$; П2 = $1,30 \pm 0,10$; ПЗ = $4,10 \pm 0,15$; для группы здоровых добровольцев - П1 = $0,80 \pm 0,05$; П2 = $0,70 \pm 0,06$; ПЗ = $3,10 \pm 0,05$ ($p \leq 0,001$). Как видно из полученных результатов, изменение в обмене веществ организма при патологии приводит к тому, что изменяются концентрации важнейших метаболитов в сыворотке крови и метод инфракрасной спектроскопии позволяет регистрировать данные изменения при шизофрении в крови. Полученные прогностические параметры могут быть использованы в качестве диагностических критериев шизофрении.

Заключение. Метод инфракрасной спектроскопии сыворотки крови позволяет выявить заболевание – шизофрения. Данный подход является достаточно точным и простым, а также позволяет дифференцировать шизофрению от злокачественных новообразований головного мозга.

Список литературы

1. Алтынбеков, К.С. Новые подходы к терапии больных шизофренией (обзор литературы по данным последнего десятилетия) / К.С. Алтынбеков // Российский психиатрический журнал. - 2014. - №5. - С.54-59.
Altynbekov, K.S. New approaches to the treatment of schizophrenia patients (literature review according to the data of the last decade) / K.S. Altynbekov // Russian Psychiatric Journal. - 2014. - No. 5. - P.54-59
2. Гордецов, А.С. Способ дифференциальной диагностики новообразований головного мозга / А.С. Гордецов, О.В. Красникова, И.А. Медяник, И.Г. Терентьев // Патент на изобретение № 2519151 от 10.01.2013.
Gordetsov, A.S. The method of differential diagnosis of brain tumors / A.S. Gordetsov, O.V. Krasnikova, I.A. Medyanik, I.G. Terentyev // Patent for invention No. 2519151 dated 01/10/2013.
3. Гордецов, А.С. Способ дифференциальной диагностики шизофрении и злокачественных новообразований головного мозга / А.С. Гордецов, О.В. Красникова, Л.Н. Касимова, А.А. Минаева, Е.К. Павлова // Патент на изобретение № 2664444 от 03.07.2017.
Gordetsov, A.S. The method of differential diagnosis of schizophrenia and malignant neoplasms of the brain / A.S. Gordetsov, O.V. Krasnikova, L.N. Kasimova, A.A. Minaev, E.K. Pavlova // Patent for invention No. 2664444 of 07/03/2017/
4. Красникова, О.В. Физиологический анализ инфракрасных спектров плазмы крови животных в норме и при экспериментальном онкогенезе / О.В. Красникова // автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата биологических наук. Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского. Нижний Новгород, 2012. – 23 с.
Krasnikova, O.V. Physiological analysis of infrared spectra of animal blood plasma in norm and in experimental oncogenesis / O.V. Krasnikova // abstract of the dissertation for the degree of candidate of biological sciences. Nizhny Novgorod State University N.I. Lobachevsky. Nizhny Novgorod, 2012. - 23 p.
5. Прощенко, И.В. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении / И.В. Прощенко, Н.Е. Максимова / Социальная и клиническая психиатрия. - 2018. – Т. 28. - № 3. – С. 105-107.
Proshenko, I.V. A comprehensive study of patients with paranoid form of schizophrenia / I.V. Proshenko, N.E. Maksimova / Social and clinical psychiatry. - 2018. - T. 28. - No. 3. - P. 105-107.
6. Ягода, С.А. Биомаркеры шизофрении и пути объективизации психофармакотерапии / С.А. Ягода // Современная терапия психических расстройств. – 2011. - № 2. – С. 2-8.
Yagoda, S.A. Biomarkers of schizophrenia and ways of objectifying psychopharmacotherapy / S.A. Yagoda // Modern therapy of mental disorders. - 2011. - No. 2. - P. 2-8.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ КОНСТРУКЦИИ КОРОНАРНОГО РУСЛА СЕРДЦА

Лежнина Е.К., Бузина Д.В., Скоробогач Е.И.

Научные руководители: Коробкеев А. А., Лежнина О. Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет

По данным демографического ежегодника России ишемическая болезнь сердца и её тяжелое проявление – инфаркт миокарда занимают ведущее место в структуре сердечно-сосудистой патологии и смертности [2]. Основной причиной данных заболеваний является нарушение коронарного кровотока, требующего быстрого восстановления просвета инфаркт-зависимой венечной артерии [1]. Поэтому выявление анатомических особенностей коронарного русла сердца сохраняет свою актуальность.

Цель исследования: представить закономерности изменения общего просвета передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии у людей пожилого возраста с различными вариантами ветвления венечных артерий в норме.

Материал и методы. У людей пожилого возраста без видимой патологии изучены субэпикардальные разветвления передней межжелудочковой ветви 9 прижизненных коронароангиограмм. Исследованы объекты с левовенечным (ЛВВВА), правовенечным (ПВВВА) и равномерным (РВВВА) вариантами ветвления венечных артерий, по три сердца при каждом варианте.

Морфометрические измерения осуществляли с помощью специальной компьютерной программы (Махаон). Перед началом морфометрических измерений проводилась калибровка. Для разработки морфо-математических моделей передней межжелудочковой ветви и определения количественных значений суммарной площади сечения артериальных сосудов использована оригинальная компьютерная программа.

Статистическая обработка проведена с использованием программы SPSS 21.0 for Windows. В работе представлены средние величины и средние ошибки ($M \pm m$). Различия при $p < 0,05$ считали статистически значимыми [3].

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало особенности конструкции артериального русла сердца при различных вариантах ветвления венечных артерий. Левовенечный вариант характеризуется наибольшим количеством ветвлений передней межжелудочковой ветви, формирующий 7 поколений. Несколько меньше – 4 субэпикардальных деления выявлено на объектах с ПВВВА. Тогда как при РВВВА в среднем определено лишь 2 субэпикардальных разветвления изученного сосуда.

Установлено, что на всей территории распространения субэпикардальных ветвей передней межжелудочковой ветви (ПерМЖВ) преобладают значения суммарной площади сечения сосудов при РВВВА. Минимальные величины данного параметра выявлены в верхней трети и в начале средней трети передней межжелудочковой борозды при ПВВВА, а в конечных участках средней трети и на протяжении нижней трети – при ЛВВВА.

В середине верхней трети передней межжелудочковой борозды установлено уменьшение общего просвета производных ПерМЖВ при ПВВВА от $10,95 \pm 0,21$ мм² в 1,2 раза. Однако при ЛВВВА в данной топографической области выявлено увеличение общего просвета производных ПерМЖВ с максимальным подъемом до $18,01 \pm 0,34$ мм². При ПВВВА здесь определено однократное увеличение общего просвета ветвей ПерМЖВ от $9,12 \pm 0,15$ мм² до $12,76 \pm 0,38$ мм².

В конечных участках верхней трети передней межжелудочковой борозды суммарная площадь сечения производных ПерМЖВ равномерно уменьшается при ЛВВВА и ПВВВА. Однако на сердцах с РВВВА установлено выраженное увеличение до $20,58 \pm 0,45$ мм² ($p < 0,05$).

Таким образом, в верхней трети передней межжелудочковой борозды суммарная площадь сечения максимально увеличивается при РВВВА до $20,58 \pm 0,45$ мм², её

наибольшее значение на сердцах с ЛВВВА несколько меньше, тогда как на объектах с ПВВВА наибольшая величина составляет $12,76 \pm 0,38$ мм².

При РВВВА в начале средней трети передней межжелудочковой борозды выявлено максимальное увеличение данного параметра до $23,50 \pm 0,42$ мм², а также несколько меньший подъем на сердцах с ПВВВА – до $11,75 \pm 0,18$ мм² ($p < 0,05$). В остальных участках средней трети передней межжелудочковой борозды и на протяжении её нижней трети при всех вариантах ветвления венечных артерий суммарная площадь сечения производных ПерМЖВ равномерно снижается до погружения субэпикардиальных ветвей в миокард.

Отмечено, что в средней трети передней межжелудочковой борозды максимальную величину общий просвет ветвей ПерМЖВ имеет при РВВВА, а на объектах с ЛВВВА и ПВВВА практически одинаков.

В нижней трети передней межжелудочковой борозды данный параметр имеет максимальное значение вновь на объектах с РВВВА ($7,65 \pm 0,07$ мм²), а при ПВВВА его величина несколько меньше ($6,85 \pm 0,07$ мм²). На сердцах с ЛВВВА суммарная площадь сечения имела наибольшую величину – $3,50 \pm 0,07$ мм².

Закключение. Таким образом, установленный параметр отражает закономерности конструкции коронарного русла сердца у людей пожилого возраста без нарушения коронарного кровообращения с учетом варианта ветвления венечных артерий и топографии сосудов. Количественные значения общего просвета артериального русла в норме могут быть использованы в качестве эталона при выборе сосудистых протезов у больных кардиологического профиля.

Список литературы

1. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов / под ред. А.Д. Кэмма, Т.Ф. Люшера, П.В. Серриуса; пер. с англ. под ред. Е.В. Шляхто. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА. – 2011. – С. 1480.
2. Демографический ежегодник России. 2015. Режим доступа: www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf
3. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬШОЙ ВЕНЫ СЕРДЦА И ЕЁ ОСНОВНЫХ ПРИТОКОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ДЕТСТВА

Мингалиева О.Н., Алышева Е.В.

Научный руководитель: Коробкеев А.А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Большинство исследований сосудов сердца человека посвящены изучению артериального русла сердца, в то время как вены системы венечного синуса остаются, по-прежнему, малоизученными. В последние годы продолжает отмечаться быстрый рост болезней кровообращения у людей различных возрастных групп, в том числе и у детей (Коробкеев А.А., 2012). Поэтому новые факты о структурно-функциональной организации сосудов сердца представляют определенный интерес.

Цель исследования: представить динамику изменения площади сечения (Sсеч.) субэпикардиальных отделов большой вены сердца (БВС) у детей первого детства.

Материал и методы. Изучены комплексно 7 сердец взятых при аутопсии мужских и женских трупов детей в возрасте от 4 до 7 лет, погибших в результате несчастных случаев или умерших от патологии, не связанной с сердечно-сосудистой системой. Исследование проводилось с использованием анатомических, гистологических, рентгенологических и морфометрических методов. Установленные показатели (Ссеч., углы схождения и отклонения, длина основного ствола и др.) обработаны с использованием специальной «Video-Test-Morpho, 2005» и оригинальных компьютерных программ.

Полученные результаты.

Субэпикардиальный отдел большой вены сердца (БВС) формируется в результате 2 ± 1 уровней слияния (УС).

В большинстве наблюдений I УС БВС формируется из двух притоков –правого притока (ПП) I УС и левого притока (ЛП) I УС. Ссеч. начального отдела ПП I УС, длиной $10,7\pm 0,2$ мм, составляет $0,21\pm 0,02$ мм². В его конечном отделе Ссеч. увеличивается до $0,45\pm 0,03$ мм². Ссеч. субэпикардиального отдела ЛП I УС увеличивается от выхода из миокарда до слияния с ПП I УС от $0,19\pm 0,02$ мм² до $0,43\pm 0,03$ мм², его длина равна $17,3\pm 0,3$ мм. Σ Ссеч. конечных отделов ПП I УС и ЛП I УС меньше Ссеч. начального отдела основного ствола I УС на $0,15\pm 0,02$ мм².

Ссеч. начального отдела основного ствола I УС, длиной $45,0\pm 0,4$ мм, равна $1,03\pm 0,06$ мм². В конечном отделе, перед впадением в ВС, она увеличивается до $1,19\pm 0,06$ мм².

Угол слияния (β I УС), образованный ПП I УС и ЛП I УС на большинстве исследованных сердец равен $32^\circ\pm 2^\circ$. При этом угол отклонения ПП I УС больше, чем ЛП I УС, составляя, соответственно, β_1 I УС - $17^\circ\pm 2^\circ$ и β_2 I УС - $15^\circ\pm 1^\circ$.

Угол впадения основного ствола I УС в венечный синус равен $90^\circ\pm 4^\circ$.

Закключение. В результате проведенного исследования установлено, что Ссеч. субэпикардиальных отделов большой вены у детей первого детства изменяется на различных уровнях формирования, а также коррелирует с топографией, что отражается в особенностях конструкции разработанных оптимальных морфоматематических моделей изученных сосудов.

Список литературы

1. Коробкеев, А.А. Возрастная характеристика вариантной анатомии кровеносных сосудов сердца / А.А. Коробкеев, В.В. Соколов - Ставрополь, 2004.- С. 79-96.
2. Лежнина, О.Ю. Динамика изменения общего просвета коронарных сосудов новорождённых при различных вариантах ветвлений венечных артерий//Кардиоваскулярная терапия и профилактика: Материалы Российского нац. конгресса кардиологов.- М., 2005. – Т.4. - №4. – С. 163-164.

НАНОЧАСТИЦЫ СЕРЕБРА СТАБИЛИЗИРОВАННЫЕ В РАСТИТЕЛЬНОМ ЭКСТРАКТЕ

Момотова А.А.

Научный руководитель: Эльбекьян К.С.

Ставропольский государственный медицинский университет

Повышенный интерес исследователей к нанообъектам на сегодняшний день вызван обнаружением у них необычных физических и химических свойств, особенностями биологического действия, которые часто радикально отличаются от свойств этого же вещества в форме сплошных фаз или макродисперсий.

Хорошие перспективы открываются для применения наночастиц металлов в биологии и медицине. Возможно применение наночастиц для диагностики и лечения различных заболеваний (в том числе онкологических).

Главной проблемой остается возможность получения коллоидного раствора наночастиц (НЧ) серебра с требуемой устойчивостью, путем стабилизации [1].

Из всех методов получения НЧ наиболее экономичным, универсальным и экологичным является использование природных биологически активных веществ, экстрагируемых из растительных или животных организмов (методы «зелёной химии»).

Низкая себестоимость, короткие сроки производства, безопасность и регуляция необходимого объема продукции делают растения привлекательной платформой для синтеза НЧ.

Присутствие биологических компонентов способствует облегчить в случае необходимости последующее присоединение к наночастицам функциональных молекул, таких, как антитела или ДНК.

НЧ серебра аккумулируются в бактериальных мембранах, что влечет за собой структурные изменения, разрушение и гибель клетки. Также полностью приобретает отрицательный заряд поверхность бактериальной мембраны на уровне биологических величин рН из-за диссоциации избыточного количества карбоксильных и иных групп. Поскольку клетки млекопитающих имеют мембрану совершенно другого типа (не содержащую пептидогликанов), серебро никаким образом не действует на них.

Цель: разработка методики стабилизации наночастиц серебра в экстракте базилика фиолетового.

Материал и методы

Для получения наноразмерного серебра, использовали метод химического осаждения в водной среде, в котором прекурсором серебра выступал его нитрат, восстановителем и стабилизатором – экстракты базилика, а точнее глюкоза и галактоза (0,02 г и 0,27 г, соответственно в 100 г фитосырья) и серосодержащие аминокислоты метионин и цистин (0,036 г 0,028 г, соответственно в 100 г фитосырья).

Результаты и обсуждение

Цистеин – химический модификатор поверхности наночастиц [2]. L-Цистин и L-Цистеин - в организме эти аминокислоты легко взаимопревращаются и в метаболизме их можно рассматривать как единую аминокислоту. Водный раствор на основе L-цистеина и нитрата серебра представляет собой раствор полимероподобного супрамолекулярного соединения, построенного из молекул меркаптида серебра и ионов серебра, с формированием линейных цепочек со связями серебро-сера: -Ag-S-Ag-S-Ag-S-.

Для проведения эксперимента использовали водные экстракты базилика фиолетового, полученные путём диспергирования и отжима фитосырья с последующим разбавлением в разных соотношениях дистиллированной водой и центрифугированием в режимах от 3 до 10 минут при скорости от 2000 до 10000 об/мин.

Состав дисперсной фазы водных растворов серебра в базилике был исследован с помощью фотонно-корреляционной спектроскопии на установке PhotocorComplex (производство ООО «АнтеК-97», Россия). Спектры поглощения синтезированных фитопрепаратов снимали с помощью спектрофотометра UNICO-2100.

Закключение

Определены основные параметры синтеза зольей наночастиц серебра (концентрация нитрата серебра и раствора базилика). Выявлены восстановители и стабилизаторы НЧ в составе фитопрепарата. Проведены исследования размера НЧ серебра в синтезированных препаратах. Установлено, что химическое восстановление серебра в растворах является многофакторным процессом и зависит от подбора пары окислитель – восстановитель и их концентрации.

Список литературы

1. Евдокимов, А. А. Получение и исследование наноструктур: лабораторный практикум по нанотехнологиям / А. А. Евдокимов.- 2010.- 146 с.
2. Комаров, П.В. Процессы самоорганизации и гелеобразования в водном растворе L-цистеина и нитрата серебра / П.В. Комаров, И. В. Михайлов, В. Г. Алексеев, С. Д. Хижняк, П. М. Пахомов / Журнал структурной химии. 2012.- Том 53.- № 35.- С.1006-1023.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДОЛЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА

Муртазина Н.И.

Научный руководитель: Луцай Е.Д.

Оренбургский государственный медицинский университет

Нормальное функциональное состояние щитовидной железы (ЩЖ) в пренатальном периоде онтогенеза влияет на рост и развитие плода [1,5]. Изучение анатомии ЩЖ на всех этапах онтогенеза сегодня доступно методом прижизненной визуализации, во время ультразвукового скрининга, так и с использованием морфологических методик [2,3]. Сопоставление этих сведений могут лечь в основу прогноза аномалий развития ЩЖ у плода [4]. Исходя из этого, целью исследования стало оценка размеров долей ЩЖ в плодном периоде в зависимости от пола, с использованием комплекса морфологических методов исследования.

Материалы и методы исследования

Исследование выполнено на 60 плодах человека (54 % мужского пола, 46% женского пола) в возрасте от 14 до 27 недели, полученных при прерывании нормально протекающей беременности по социальным показаниям, с соблюдением этико-правовых норм (заключение ЛЭК ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России № 210 от 12.10.18), в рамках поискового исследования зарегистрированного № АААА-А18-118120490096-5 от 04.12.2018г. Морфологическая обработка материала включала макромикроскопическое препарирование, метод распилов по Н.И. Пирогову, гистотопографический метод, морфометрия с использованием бинокулярного микроскопа МБС-10 с окуляр микрометром. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Microsoft Excel 2003». Морфометрии были подвергнуты следующие параметры правой и левой долей (ПБ и ЛД) щитовидной железы: высота, ширина, передне-задний размер.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведена морфометрия ПД ЩЖ. Для изученной группы среднее значение высоты ПД составило $8,11 \pm 2,04$ мм, при диапазоне колебаний от 4,3 мм до 12 мм. Для ширины ПД характерен вариативный диапазон от 2,6 мм до 6,4 мм, при этом среднее значение составило $4,38 \pm 1,02$ мм. Значение передне – заднего размера ПД составило $3,95 \pm 0,87$ мм, при диапазоне колебаний от 2,3 мм до 5,5 мм.

Среднее значение высоты ЛД составило $7,69 \pm 2,04$ мм, при диапазоне колебаний от 4,2 мм до 11,4 мм. Для ширины ЛД ЩЖ характерен вариативный диапазон от 3 мм до 6,5 мм, при этом среднее значение - $4,48 \pm 1,02$ мм. Среднее значение передне – заднего размера ЛД составило $4,07 \pm 0,96$ мм, при диапазоне колебаний от 2,4 мм до 6,8 мм.

Таким образом, сравнение размеров долей щитовидной железы показало, что высота ПД больше высоты ЛД на всем отрезке изученного плодного периода. Ширина и передне-задний размер ЛД, наоборот, преобладают над аналогичными значениями ПД.

Морфометрия размеров ПД ЩЖ у плодов женского пола показала, что значение высоты ПД преобладает над значениями ее ширины и передне-заднего размера и составляет: высота - $8,22 \pm 1,76$ мм.

Анализ аналогичных параметров ЛД, показал что сохраняется преобладание высоты ЛД над ее шириной и передне-задним размером. Высота составляет $7,81 \pm 1,52$ мм.

При сравнении размеров правой и левой долей щитовидной железы у плодов женского пола установлены большие размеры правой доли.

Проведена морфометрия размеров ПД щитовидной железы у плодов мужского пола. Средние значения высоты, ширины, передне-заднего размера ПД составили $7,97 \pm 1,58$ мм, $4,34 \pm 0,98$ мм и $3,98 \pm 0,86$ мм соответственно. Для ЛД высота - $7,61 \pm 1,47$ мм, ширина – $4,39 \pm 0,83$ мм, передне-задний размер – $4,14 \pm 0,79$ мм.

Таким образом, сохраняется преобладания значения высоты ПД над значением высоты ЛД, и преобладание значений ширины, передне-заднего размера ЛД над значениями ПД.

Сравнение морфометрических параметров долей щитовидной железы в зависимости от пола показало, что все размеры долей щитовидной железы преобладают у плодов женского пола.

Заключение

Таким образом, в плодном периоде онтогенеза правая доля щитовидной железы выше и более узкая, левая доля короче и шире. Аналогичное соотношение размеров щитовидной железы сохраняется для плодов женского и мужского пола. Установлены половые различия для размеров щитовидной железы, которые заключались в больших значениях для плодов женского пола по всем критериям.

Список литературы

1. Вадина, Т.А. Врожденный гипотиреоз: эпидемиология, структура и социальная адаптация / Т.А. Вадина // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – №8. – С.113-120.
2. Машинец, Н.В. Возможности ультразвукового исследования в диагностике гипотиреоидного зоба плода (обзор литературы и клиническое наблюдение) /Н.В. Машинец, В.Н. Демидов, А.В. Болмасова, Е.А. Филиппова, М.А. Меликян // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2017. – №2. – С.43-48.
3. Муртазина, Н. И. Тиреоидный объем и динамика его изменения в плодном периоде онтогенеза /Н.И. Муртазина, Е.Д. Луцай, А.А. Саренко //Альманах молодой науки. 2019.№3. С.33-35.
4. Сивцева, Т. П. Морфофункциональная характеристика щитовидной железы у плодов и новорожденных / Т. П. Сивцева, В. А. Аргунов // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2010. – Т8, №2. – С. 102-106.
5. Скородок, Ю.Л. Нуждаются ли недошенные новорожденные с транзиторной гипотироксинемией в лечении препаратами гормонов щитовидной железы? / Ю.Л.Скородок, М.Ю.Афанасьева,Т.Е.Хесина, А.Б.Гегкиева,З.И.Мулллахметова// Педиатр.2013. №4. – С.77-83.

ВОЗРАСТ И ТЕМПЕРАТУРА ПЕЧЕНИ. МЕТОД НЕИНВАЗИВНОГО РАДИОТЕРМОМЕТРИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ

Нагорняк А.С.

Научный руководитель: Тараканов А.В.

Ростовский государственный медицинский университет

Метод радиотермометрии основан на измерении интенсивности собственного электромагнитного излучения внутренних тканей организма в диапазоне сверхвысоких частот [1, 2]. При РТМ оценивается температура в градусах Цельсия, как физическая величина и визуализация полей температур, которые передаются в цвете на экране монитора. Метод РТМ применяется в других областях медицины [3]. Печень относится к внутреннему тепловому «ядру» организма. Изменения ее температуры и, как следствие, функции при патологии, а также в зависимости от возраста, представляют клинический и научный интерес.

Материалы и методы.

Исследование проводилось на «РТМ-01-РЭС», (ООО «ФИРМА РЭС», г. Москва) [4]. Измерение кожной и глубинной температур в проекции печени проводилось у 67 пациентов в положении лежа в 9 зонах от средне-подмышечной линии до срединной линии живота по специальной программе. Температура помещения колебалась от 22°C до 26°C. В исследование вошли 67 добровольцев с исключением соматических и инфекционных заболеваний в острой и подострой стадиях, заболеваний печени в анамнезе. Были взяты 2 возрастных диапазона: 1 гр. до 40 лет (18-40; $24,5 \pm 3,4$) и 2 гр. старше 40 лет (41-73; $58,9 \pm 4,2$) года. Такое разделение было принято на основании исследований внутренней температуры в поясничной области в зависимости от возраста [3].

Статистическая обработка осуществлялась с помощью набора прикладных программ «STATISTICA 10.0».

Результаты и обсуждение.

Установлено, что с возрастом отмечается понижение как $\min$, так и $\max$ температуры в зонах исследования. В 1 гр. внутренняя $\min T = 35,2^\circ\text{C}$, а во 2 гр. $\min T = 34,4^\circ\text{C}$ ($P < 0,05$); $\max T = 36,6^\circ\text{C}$ и $\max T = 36,4^\circ\text{C}$ соответственно. Перепад температуры в обеих группах между $\min T$ и $\max T$ не превышал $0,6^\circ\text{C}$.

Наш организм – открытая термодинамическая система. Внутренняя энергия тела (печень) частично передается холодному телу (коже) до тех пор, пока их температуры теоретически не сравняются (смерть). Этот процесс называется теплообменом или теплопередачей. Сам процесс теплопроводности идет в одном направлении – от теплого к холодному. С возрастом процесс теплопроводности ухудшается. В 1 гр. коэфф. корреляции между $\min$ глубинной температурой и температурой кожи равен 0,8, а во 2 гр. – 0,39; между $\max$ глубинной и кожной температурами 0,38 и 0,17 соответственно.

Заключение.

С возрастом глубинная температура печени уменьшается, достоверно только минимальная; отмечается ухудшение теплопередачи от печени к коже, особенно глубинной минимальной температуры. Этот факт может подвергать сомнению показатели инфракрасной температуры кожи в проекции исследования печени при ее внутренней патологии.

Список литературы

1. Barrett A. H., Myers Ph. C., “Subcutaneous Temperature: A method of Noninvasive Sensing” // Science, Nov.14, 1975, vol. 190, pp.669-671.
2. Вайсблат А.В. Радиотермография как метод диагностики в медицине / А.В. Вайсблат. М. : - 2010. - 67 с.

3. Тараканов А.В., Ефремов В.В., Тараканов А.А. Микроволновая радиотермометрия при болях в поясничном отделе позвоночника. Перспективы применения // Российский журнал боли. 2015. - №1. - С. 127-128.

4. Радиотермометр диагностический компьютеризированный интегральной глубинной температуры мягких и костных тканей РТМ -01-РЭС. Методика поверки. Москва. – 2009. – 14 с.

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ ЭПИДЕРМИСА И ДЕРМЫ В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Неволько В.О., Мишина Е.С. Затолокина Е.С.

Научный руководитель: Затолокина М.А.

Курский государственный медицинский университет

Проблема создания тканеинженерных материалов, которые эквивалентны коже, является одной из самых актуальных в сфере регенеративной медицины. Для ее решения необходимо изучение процессов образования структурных компонентов кожи. Основными компонентами кожи являются: эпидермис, дерма, гиподерма [2,4]. Их толщина может меняться из-за изменения размеров коллагеновых пластинок, межволоконных промежутков, росткового слоя и т.п. [1,3]. Целью данного исследования является статистический анализ результатов измерения толщины кожных структур (эпидермиса и дермы) в разные моменты постнатального онтогенеза.

Материалы и методы

Были исследованы фрагменты кожи лабораторных крыс. В опыте участвовали 55 белых крыс самцов линии Wistar, которые были разделены на 5 групп в зависимости от срока жизни на момент вывода из эксперимента: 1 группа – 2 суток, 2 группа – 7 суток, 3 группа – 14 суток, 4 группа – 21 суток, 5 группа – 30 суток. После иссечения фрагмента кожи были сделаны срезы, которые окрасили гематоксилином и эозином по Малори. Образцы просмотрены на сканирующем электронном микроскопе. На основании полученных микрофотографий измерена толщина эпидермиса и дермы. С каждым фрагментом кожи проведено по 10 измерений, рассчитана среднеарифметическая (М) толщина компонентов кожи в группе. Вычислена средняя арифметическая ошибка (mM) в каждой группе. Проведен корреляционный анализ (rx/y) толщины эпидермиса и дермы в зависимости от срока жизни крысы с помощью программы StatSoft Statistica 8.0.

Результаты и обсуждения

Средняя арифметическая величина эпидермиса (М) наблюдается в первые два дня после рождения (М 1 группы = 50,68 мкм), через неделю после рождения отмечается истончение примерно в два раза (М 2 группы = 24,72 мкм), на 14 суток практически еще в два раза (М 3 группы = 11,4 мкм). Наименьшие результаты толщины эпидермиса наблюдались на 21 и 30 дни (М 4 группы = 4,51 мкм и М 5 группы = 2,302 мкм соответственно)

Величина средней арифметической ошибки (mM) при измерении эпидермиса составляет для 1 группы – 0,188312; 2 группы – 0,17852 мкм, 3 групп – 0,145686 мкм, 4 группы – 0,045915 мкм; 5 группы – 0,025473 мкм.

Корреляционный анализ зависимости толщины эпидермиса от возраста (до 30 дней) крысы выявил сильную обратную связь $rx/y = -0,89016$.

Средняя арифметическая (М) величина дермы наоборот увеличивалась. Так в 1 группе она была самой наименьшей (М = 26,76 мкм), через неделю после рождения она увеличивалась в 2 раза (М = 2 группы = 47,38 мкм). На 14 день отмечалось небольшое уменьшение дермы (М 3 группа = 42,04 мкм). На 21 и 30 сутки средняя арифметическая

толщина была самой большой (М 4 группы = 73,92 мкм и М 5 группы = 89,6 мкм соответственно)

Величина средней ошибки для измерения дермы составила для 1 группы – 0,188857 мкм, 2 группы – 0,31022 мкм, 3 группы – 0,1937 мкм, 4 группы – 0,19967 мкм, 5 группы – 0,22315 мкм.

Корреляционный анализ толщины дермы в зависимости от срока жизни крысы (до 30 дней) выявил сильную прямую связь $gx/y = 0,952067$.

Заключение

Таким образом, мы можем сделать вывод, что с увеличением срока жизни в раннем постнатальном периоде до 30 дней толщина эпидермиса уменьшается, а толщина дермы увеличивается.

Список литературы

1. Затолокина М.А. Морфологические особенности дермы после применения филлеров нового поколения / М.А. Затолокина // Региональный вестник .- 2019.-№8.- С.61-67.
2. Мишина Е.С., Затолокина М.А., Сергеева С.Ю. Изучение факторов динамического структурирования коллагеновых волокон в эксперименте/ Морфология. 2019.- Т155.- №2.-С.199.
3. Особенности динамики строения кожи лабораторных крыс в онтогенезе / Е.С. Мишина, Н.П. Омеляненко, А.В. Ковалев и др. // Морфология.-2018.- Т. 153.- № 3.- С. 85-185а.
4. Современные концепции структуры и функции эпидермиса и дермы / С.Л. Кузнецов, В.Л. Горячкина, М.Ю. Иванова и др. // Журнал кожных и венерических болезней.- 2013.- №2.- С.27-31.

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ КАТИОНОВ КАДМИЯ В ОБРАЗЦАХ КЛУБНЕЙ КАРТОФЕЛЯ

Нестеренко П.С., Бордина Г.Е., Лопина Н.П., Некрасова Е.Г., Полякова Л.Т.

Научные руководители: Бордина Г.Е., Лопина Н.П.

Тверской государственный медицинский университет

Кадмий принадлежит к ряду токсичных (иммунотоксичных, нейротоксичных) металлов. Его соединения относятся к 1 группе канцерогенов. Токсическое действие проявляется даже при невысоких концентрациях [3]. Как и многие другие тяжелые металлы, имеет отчетливую тенденцию к накоплению в организме – период его полувыведения составляет 10-35 лет [5].

В организм человека кадмий чаще всего попадает с растительной пищей. Он довольно легко переходит из почвы в растения, в связи с тем, что последние имеют свойство поглощать до 70% кадмия из почвы и лишь 30% – из воздуха [1]. Таким образом, овощи, выращенные на полях и приусадебных участках, загрязненных промышленными отходами и газообразными выбросами, а также обработанных содержащими кадмий удобрениями, способны вызвать крайне серьезные последствия для здоровья человека [4]. Картофель не является здесь исключением.

Цель работы – определение присутствия кадмия в картофеле и изучение химической нагрузки токсичного элемента, поступающего населению г. Твери.

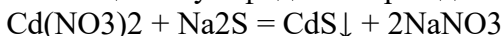
Для достижения цели исследования были поставлены следующие задачи: изучить влияние ионов кадмия на организм человека, рассмотреть возможные способы

поступления кадмия в картофель, провести опыты на модельных растворах и образцах картофеля, проанализировать полученные результаты.

Материалы и методы. Для выполнения исследований был проведен анализ клубней картофеля, поставляемых в торговые сети г. Твери: «Перекрёсток», «Пятёрочка», «ВкусВилл», а также в образцах, купленных в точках мелкорозничной торговли.

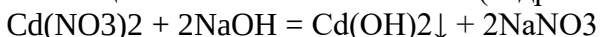
Первый эксперимент заключался в проведении качественных реакций на ионы кадмия:

1. Реакция с сульфидом натрия до образования сульфида кадмия



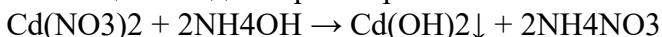
В подготовленные пробы сока картофеля добавили по 10 капель раствора Na_2S . При положительной реакции сульфид кадмия выпадает в виде осадка жёлтого цвета. Данная качественная реакция является одной из самых чувствительных.

2. Реакция с сильным основанием (гидроксидом натрия)

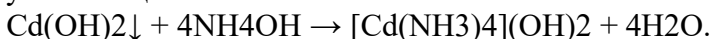


В пробирки с пробами было добавлено по 1 мл гидроксида натрия, который с ионами кадмия осаждает белый аморфный осадок $\text{Cd}(\text{OH})_2\downarrow$, нерастворимый в избытке щелочи, но легко растворяющийся в кислотах и избытке аммиака.

3. Реакция с водным раствором аммиака

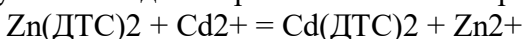


В пробы с соком добавили по 1 мл раствора гидроксида аммония, который даёт с ионами кадмия белый осадок, растворимый в сильных кислотах. При избытке реагента образуется бесцветный комплексный аммиакат:



Второй эксперимент - экспресс-метод определения ионов кадмия с использованием бумаги, импрегнированной дитизонатом цинка, имеющий малиновую окраску.

Определение кадмия проводили при $\text{pH} \sim 4,5$ (по универсальному индикатору). В присутствии кадмия протекает обменная реакция:



При этом малиновая бумага становится оранжевой.

Фильтровальную бумагу пропитали раствором дитизоната цинка и дали ему высохнуть. После чего нанесли несколько капель раствора нитрата кадмия. Бумага в месте нанесения окрасилась в жёлто-оранжевый цвет. То же самое проводим с отстоявшимися пробами сока картофеля.

Третий эксперимент - обнаружение катионов кадмия с помощью фильтровальной бумаги, импрегнированной раствором дитизона в четырёххлористом углероде.

Этот опыт заключается в обнаружении катионов кадмия с помощью фильтровальной бумаги, импрегнированной раствором дитизона (дифенилтиокарбазона) в четырёххлористом углероде. Готовым раствором дитизона пропитали бумагу, на которой после высыхания остались бледно-зелёные следы. Затем нанесли несколько капель отстоявшегося сока картофеля. Положительной реакцией является появления оранжевых точек или вкраплений на бумаге, смоченной раствором дитизона в четыреххлористом углероде.

Четвертый эксперимент – гравиметрическое определение ионов кадмия [2] проводили лишь с образцом из торговой сети «Перекрёсток», т.к. данный образец дал наиболее яркую реакцию на фильтровальной бумаге, пропитанной раствором дитизона. Проба данного картофеля достаточно быстро и в большей степени, по сравнению с остальными образцами, темнела на воздухе.

Выводы:

1. При исследовании образцов с помощью качественных реакций осадок выпал только в реакции с образцом картофеля из сети продуктовых супермаркетов

«Перекресток». Окраски растворов в ходе реакций приобретали различные оттенки жёлтого цвета.

2. Анализ с раствором дитизона в четыреххлористом углероде показал, что во всех образцах, за исключением фермерского картофеля, присутствует кадмий. Однако по размеру оставшегося следа можно судить о количестве содержащихся ионов кадмия в пробе. Наиболее ярко выражен характер реакции в образцах картофеля из торговой сети «Перекресток».

3. Анализ результатов, полученных при проведении гравиметрии показал, что суммарное содержание тяжелых металлов равно 0,84 мг/кг.

Список литературы

1. Гусакова, Н.В. Химия окружающей среды. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2004.
2. Кристиан, Г. Аналитическая химия: в 2 томах – пер. с англ. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – С. 443 – 448.
3. Черных, Н.А., Овчаренко, М.М. Тяжелые металлы и радионуклиды в биогеоценозах. - М.: Агроконсалт, 2004.
4. VI Международная студенческая научная конференция. Студенческий научный форум – 2014. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://scienceforum.ru/2014/article/2014000614> (Дата обращения 03.09.2019)
5. Электронная библиотека «Наука и техника». – [Электронный ресурс]. – URL: <http://n-t.ru/ri/eh/yd04.htm> (Дата обращения 05.09.2019)

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУХОЖИЛЬНЫХ ХОРД ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Носкова М.Е, Дедюхина Г.А, Пономарёва Е.Д.

Научный руководитель: Якимов А.А.

Уральский государственный медицинский университет

Заболевания сердца и сосудов стабильно лидируют среди причин смертности и инвалидизации. В современной литературе есть данные об анатомии правожелудочковых сосочковых мышц (СМ) и хорд у плода [3], но данные об анатомии истинных хорд митрального клапана (МК) отсутствуют. Так, информация о разделении хорд в зависимости от порядка их ветвления исчерпывается единичными публикациями [1, 4]. Однако кардиохирургу “необходимо хорошо знать, какие хорды можно удлинить, мобилизовать, какими можно пренебречь и отсечь, а какие нельзя трогать вообще” [2]. В связи с этим существенным является знание о вариациях морфометрических параметров хорд левого желудочка, необходимых для эффективного протезирования клапанов.

Цель - получить количественные значения, характеризующие диапазон вариации морфометрических параметров сухожильных хорд МК взрослых людей.

Материал и методы. Объектами исследования послужили сухожильные хорды (n=343) СМ МК пяти фиксированных в формалине препаратов сердца взрослых людей. Выбор препаратов производился случайным образом из коллекции сердец без макроскопических признаков патологии МК и левого желудочка. Были измерены длина и ширина истинных хорд с помощью штангенциркуля и окуляр-микрометра стереомикроскопа МБС-9. В зависимости от порядка ветвления выделяют хорды первого (I), второго (II), третьего (III) и следующих порядков; в зависимости от начала - апикальные и боковые; и по месту прикрепления - хорды свободного края, шерховатой зоны, базальные и комиссуральные. Измерение длины хорд I порядка начинали от места

отхождения их от СМ до места первого ветвления. Измерение хорд следующих порядков проводили от места отхождения хорд предыдущего порядка до следующего ветвления или до места прикрепления. Ширина хорд каждого порядка измерялась в месте, равноудаленном от начала и конца отдельного ветвления. Были определены среднее значение, его стандартная ошибка и крайние значения.

Результаты и обсуждение. В настоящем исследовании приведены данные по хордам первых трех порядков, так как они встречались во всех препаратах. Количество хорд I порядка было равно $9,4 \pm 1,8$, II порядка $16,4 \pm 2,7$, III порядка $17,1 \pm 3,8$. Из приведенных данных можно заключить, что количество хорд по мере разветвления возрастает. Установлено, что длина хорд не зависит от порядка их ветвления: длина хорд I порядка составила $6,3 \pm 0,44$ мм, II порядка $6,5 \pm 0,34$ мм и III порядка $5,7 \pm 0,35$ мм, в то же время было отмечено сужение диапазона крайних значений длины по мере увеличения порядка ветвления хорд. Для хорд I порядка этот диапазон варьировал от 2 до 18 мм, для хорд II порядка составил от 1 до 16 мм, а для хорд III от 1 до 12 мм. При изучении ширины хорд были определены средние значения для каждого порядка: $1,14 \pm 0,07$ мм для первого, $0,61 \pm 0,03$ мм для второго и $0,43 \pm 0,04$ мм для третьего. Из этого следует, что чем дальше хорды от СМ, тем уже они становятся. Публикаций, в которых авторы проводили бы такие сопоставления, не обнаружено. В зависимости от места отхождения большинство ($14,06 \pm 3,8$) хорд относились к апикальным, боковых же хорд было значительно меньше ($8,8 \pm 3,7$). По месту прикрепления преобладали хорды свободного края, тогда как в шероховатой зоне створки их встречалось гораздо меньше, а базальные и комиссуральные хорды были представлены в единичных случаях.

В научной работе В.Соколова и Л. Литвиновой (1987) [1] на препаратах 50 сердец определяли распределение хорд правого и левого желудочка в зависимости от порядка ветвления. При анализе данных было выявлено, что независимо от возрастной группы количество хорд до III порядка увеличивалось по мере удаления ветвей от СМ. Авторами статьи в зависимости от места прикрепления были выделены хорды свободного края, превосходящие по числу хорды шероховатой зоны, и базальные, встречающиеся в единичных случаях. Приведенные данные согласуются с данными настоящего исследования.

Gunnal S. и соавт (2015) определили число апикальных ($9,09 \pm 4,29$), боковых хорд ($3,33 \pm 0,94$), а также хорд свободного края и шероховатой зоны [4]. Было выявлено, что хорды свободного края встречались значительно чаще, чем шероховатой зоны, что также соотносится с полученными результатами. Количество апикальных и боковых хорд, отмеченных нами у СМ МК, было соответственно в 1,5 и 2,5 раза больше, чем в работе [4]. Также авторами этой статьи была изложена классификация разделения хорд на порядки, в основу которой было взято их место прикрепления, в то время как использованная нами классификация основывалась на степени ветвления хорд. При сравнении наших данных с результатами исследования [4] выявлено несоответствие понятийного аппарата и невозможность сравнения ввиду разного понимания терминов.

Заключение

Выявлена существенная вариация параметров сухожильных нитей МК. Самая большая вариабельность длины отмечена у апикальных хорд, тогда как вариабельность ширины от места начала и порядка ветвления хорд не зависела. Полученные предварительные результаты будут использованы в анатомо-метрических исследованиях МК у взрослых людей для обоснования численности выборочной совокупности.

Список литературы

1. Соколов, В. В. Возрастные особенности распределения и прикрепления к клапанам сухожильных хорд сердца человека / В. В. Соколов, Л. В. Литвинова // Архив АГЭ. – 1987. - № 4. – С. 34-36.

2. Фальковский Г. Э. Строение сердца и анатомические основы его функции // Материалы курса лекций. НЦССХ им. АН Бакулева. – 2014. – С. 209-210.
3. Якимов А.А. Анатомическая характеристика сосочковых мышц правого желудочка сердца плода человека / А.А. Якимов // Морфология. – 2017. – Т. 151, № 1. – С. 26-32.
4. Gunnal SA, Wabale RN, Farooqui MS. Morphological Study of Chordae Tendinae in Human Cadaveric Hearts // Heart Views. – 2015. – № 16. – P. 1-12.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

Оганнисян А.А., Мкртчян Л.В., Бабикиан Д.Т.

Научный руководитель: Бабикиан Д. Т.

Центр медицинской генетики и первичной охраны здоровья

Существуют различные факторы риска, которые влияют на развития нейродегенеративных заболеваний. Специфические мутации стимулируют агрегацию некоторых белков, в частности про-амилоидогенных пептидов. Про-амилоидогенные белки влияют на экспрессию глутаматных рецепторов в головном мозге и стимулируют эксайтотоксичность и клеточную гибель. Однако цитокины имеют прямое влияние на экспрессию глутаматных рецепторов в норме и при патологических состояниях. Провоспалительные цитокины влияют на агрегацию белков в головном мозге и играют важную роль в патогенезе нейродегенеративных заболеваний[1].

Снижение физической активности и ожирение влияют на функциональную активность головного мозга. В частности, комбинация этих факторов приводит к активации провоспалительных транскрипционных факторов и клеточной гибели в головном мозге, что и играет критическую роль в патогенезе нейродегенеративных заболеваний[2]. Активация цитозольного фактора нейтрофилов напрямую влияет на перекисное окисление липидов и на функциональную активность митохондриальных структур.

Материал и методы

Эксперименты проводились на 48 белых крысах-самцах(n=12). Животные содержались в обычных лабораторных условиях, со свободным доступом к еде и воде. Модель гипокинезии была разработана путем содержания животных в специальных клетках с минимальной способностью к движению. Анестезия проводилась путем внутривенной инъекции нембутала в дозе 40 мг/кг. После декапитации извлекали головной мозг и гомогенизировали в 50 mM Трис-HCl содержащем буфере. Гомогенат центрифугировали в соответствии с действующими протоколами; 6000g 60 min 40C. Определение иммунологических маркеров проводили методом иммуноферментного анализа. Статистика была проведена с помощью программы SPSS 21.0

Результаты и обсуждение

Результаты показывают, что активность нейтрофильного цитозольного фактора-1 увеличилась на 28.1% 45% и 64% в ходе эксперимента(p<0.001). С другой стороны, белок p65 увеличился на 36% 58.5% и 69% на сороковой, шестидесятый и девяностый день, в то время как белок эзрин уменьшился на 25% 46.1% и 60% в течение эксперимента. Активность белка RAC-1 снизилась на 22.7% 49.3% и 61% в ходе эксперимента, тогда как белок RAC-2 снизился на 11.2% 33% и 40% на сороковой, шестидесятый и девяностый день.

Выводы

Результаты свидетельствуют, что снижение функциональной активности регуляторных механизмов в головном мозге резко повышают вероятность гибели

нейронов и стимулируют прогрессию нейродегенеративных заболеваний[3]. Повышение активности изоформ p65 указывает на активацию провоспалительных механизмов, что и приводит к декомпенсации и прогрессированию заболевания. Влияние на провоспалительных механизмов открывает новые пути для лечения нейродегенеративных заболеваний[4]

Список литературы

1. Heneka M.T Carlson M.J. Neuroinflammation in Alzheimer's disease/ Heneka M.T Carlson M.J//Lancet Neurology-2015-No4-p388-405
2. Kounatidis I.T Hayne M.Y Ganetzky I.M NF-kB immunity in the Brain Determines Fly Lifespan in Healthy Aging and Age-Related Neurodegeneration/ Kounatidis I.T Hayne M.Y Ganetzky// Lancet Neurology-2017- No6-p836-848
3. Klein J. A Membrane breakdown in acute and chronic neurodegeneration: focus on choline-containing phospholipids/ Klein J.// Journal of American Medical Association-2017-No9-p1027-1063
4. Viviani B.A Cytokines and neurodegeneration/ Viviani B.A// Journal of American Medical Association-2018- No11-p1042-1056

ИЗМЕНЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФОСФОЛИПИДОВ В ЯДЕРНОЙ ФРАКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

Оганнесян А.А., Мкртчян Л.В, Егиязарян Н.С.

Научный руководитель: Егиязарян Н. С.

Медицинский центр Эребуни

Фосфолипиды являются важными модуляторами функциональной активности головного мозга. На молекулярном уровне фосфорилхолин, убихинон и другие подтипы регулируют экспрессию супероксидсмутазы, каталазы и других изоформ антиоксидантных ферментов. С другой точки зрения специфические факторы ингибируют экспрессию защитных механизмов что и стимулирует прогрессию нейродегенеративных заболеваний. Повышение лизофосфолипидов приводит к повреждению мембраны и апоптозу нейронов[1]. Лизифософолипиды стимулируют экспрессию про-апоптотических белков в ядерной фракции клеток, что и приводит к прогрессии нейродегенеративных заболеваний[2].

Снижение физической активности, специфические мутации и другие факторы риска стимулируют прогрессию патологических процессов в головном мозге. С другой точки зрения повышение активности специфических транскрипционных факторов приводит к фрагментации хроматина и клеточной гибели в головном мозге. Антиоксидантная система защиты играет важную роль в процессе выживания клеток в головном мозге.

Материал и методы.

Эксперименты проводились на 48 белых крысах-самцах(n=12). Животные содержались в обычных лабораторных условиях, со свободным доступом к еде и воде. Модель гипокинезии была разработана путем содержания животных в специальных клетках с минимальной способностью к движению. Анестезия проводилась путем внутривентральной инъекции нембутала в дозе 40 мг/кг. После декапитации извлекали головной мозг и гомогенизировали в 50 mM Трис-HCl содержащем буфере. Гомогенат центрифугировали в соответствии с действующими протоколами; 10.000g 60 min 40C. Определение фосфолипидов и селеноцистеина проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Статистика была проведена с помощью программы SPSS 21.0

Результаты и обсуждение.

Результаты свидетельствуют, что концентрация селеноцистеина уменьшился в ядерной фракции на 11.5% 37.12% и 50% в ходе эксперимента($p<0.02$). Концентрация фарнезилпирофосфата снизилась на 15.22% 29.6% и 42% в ходе эксперимента, в то время как геранил-пирофосфат снизился на 18% на девятый день($p<0.001$). С другой стороны количество кардиолипидов уменьшилось на 13.3% 34% и 52% за время эксперимента, а количество кардиолипидов увеличилось 20% на девятый день($p<0.05$)

Выводы

Результаты свидетельствуют, что резкое снижение концентрации мембранопротекторных фосфолипидов приводит к разрушению хроматина и клеточной гибели в головном мозге[3]. Фосфолипиды играют важную роль в системе вторичных мессенджеров как регуляторы выживаемости нейронов в головном мозге[4]. Фосфолипиды ядерной фракции работают как регуляторы функциональной активности хроматина на молекулярном уровне.

Список литературы

1. Aufschnaiter A.Z Kohler V.M. Neuroinflammation and membrane damage/ Aufschnaiter A.Z Kohler V.M //Cell and Tissue Research-2017-No1-p125-140
2. Orjona V.K .M Lipid peroxidation products and their role in neurodegenerative diseases/ Orjona V.K // Lancet Neurology-2018- No6-p825-832
3. Garvey C.J Phospholipid membrane protection by modulation of duration of neurodegenerative disorders/ Garvey C.J.// Journal of American Medical Association-2018-No4-p1022-1028
4. Hershkowitz M.A Binding of platelet activating factor to platelets of Alzheimer's disease and multinfarct dementia patients/ Hershkowitz M.A // Brain Research Bulletin-2018- No10-p1041-1046

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ШАПЕРОНОВ И MnSOD В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ГИПОКИНЕЗИИ

Оганнесян А.А., Мкртчян Л.В., Егиазарян Н.С.

Научный руководитель: Егиазарян Н. С.

Медицинский центр Эребуни

Регуляция физической активности играет важную роль в физиологическом функционировании мозга и организма в целом. Физическая активность стимулирует нейрогенез и созревание нервных стволовых клеток в мозге, что улучшает память и процесс обучения. С другой стороны, снижение физической активности и ожирение являются мощными триггерами для сосудистой деменции. Гипокинезия влияет на функциональную активность митохондриальных структур в мозге и стимулирует окислительный стресс, что приводит к повреждению большого объема клеточных мембран[1]. Повреждение митохондриальных мембран инициирует процесс клеточной гибели путем активации белков bax и bid[2].

Цель исследования

Мозг обладает уникальной чувствительностью к сигналам, вызывающим повреждение, несмотря на наличие регуляторных механизмов его физиологической активности. Снижение физической активности приводит к повреждению головного мозга через нарушение синаптической пластичности и процессов формирования памяти. С другой стороны сочетание факторов риска приводит к декомпенсации и прогрессированию деменции. Нарушение физической активности напрямую влияет на

процессы миграции и дифференциации нервных стволовых клеток, что является основным путем развития нейродегенеративных заболеваний.

Материал и методы.

Эксперименты проводились на 60 белых крысах-самцах ($n=15$). Животные содержались в обычных лабораторных условиях, со свободным доступом к еде и воде. Модель гипокинезии была разработана путем содержания животных в специальных клетках с минимальной способностью к движению. Анестезия проводилась путем внутривентральной инъекции нембутала в дозе 40 мг/кг. После декапитации извлекали головной мозг и гомогенизировали в 50 mM Трис-HCl содержащем буфере. Гомогенат центрифугировали в соответствии с действующими протоколами; 10.000g 60 min 40C. Определение фосфолипидов проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Определение митохондриального белка теплового шока 75кДа проводили методом иммуноферментного анализа. Определение активности фермента MnSOD проводили методом спектрофотометрического анализа. Статистика была проведена с помощью программы SPSS 21.0

Результаты и обсуждение.

Результаты свидетельствуют, что активность MnSOD уменьшилась на 18,5%, 38,12% и 51,6% в ходе эксперимента ($p<0.05$). Активность шаперона снизилась на 17,4%, 31% и 45% на сороковой, шестидесятый и девяностый день соответственно ($p<0.001$). Концентрация фанезилпирофосфата снизилась на 12.4% 28.6% и 44.3% в ходе эксперимента, в то время как геранил-пирофосфат снизился на 16% на девяностый день ($p<0.001$). С другой стороны количество кардиолипидов уменьшилось на 18,3%, 30% и 52,1% за время эксперимента, а количество кардиолипидов увеличилось 26% на девяностый день ($p<0.02$)

Выводы

Взаимодействие между фосфолипидами и шаперонами играет важную роль в предотвращении повреждения мембран и инициации апоптоза через митохондриальный путь [3]. С другой стороны перекисное окисление липидов усиливает повреждение клеточных мембран, что включает каскад повреждений головного мозга[4].

Список литературы

1. Zhang Y.A Han J.K Chen X.M Plasma membrane changes during programmed cell deaths/ Zhang Y.A Han J.K Chen X.M //Cell and Tissue Research-2016-No1-p111-121
2. Orjona V.K .M Lipid peroxidation products and their role in neurodegenerative diseases/ Orjona V.K // Lancet Neurology-2018- No6-p825-832
3. Klien J.K Membrane breakdown in acute and chronic neurodegeneration/ Klien J.K.// Neurobiology of Ageing-2018- No2-p111-116
4. Chen X. K Oxidative stress and mitochondrial damage in pathogenesis of multi-infarct dementia/ Chen X. K // Brain Research Bulletin-2018- No1-p1011-1016

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В КОСТНОМ МОЗГЕ БЕЛЫХ КРЫС НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Оганнесян А.А., Мкртчян Л.В., Саиян А.Е

Научный руководитель: Саиян А.Е

Медицинский центр Эребуни

Существуют несколько факторов риска, которые играют важную роль в патогенезе аутоиммунных заболеваний. Специфические генетические полиморфизмы участвуют в развитии и прогрессировании заболеваний через нарушение дифференцировки иммунных клеток в системе костного мозга. Стрессоры напрямую влияют на экспрессию специфических рецепторов, а так-же системы TCR и BCR[1]. С другой стороны нарушение рекомбинации V(J) и D(J) в системе костного мозга вызывает образования патологически активных иммунных клеток.[2]

Специфические аутоиммунные заболевания, включая системную красную волчанку являются результатом дисфункции системы костного мозга. Антиядерные антитела являются эффективным маркером раннего определения заболевания, который открывает новый путь для предотвращения прогрессирования процесса. Экспрессия специфических маркеров свидетельствует о развитии устойчивой к лечению формы заболевания[3].

Материал и методы.

Эксперименты проводились на 48 белых крысах-самцах(n=12). Животные содержались в обычных лабораторных условиях, со свободным доступом к еде и воде. Модель системой красной волчанки была разработана путем внутрибрюшинного введения ДНК/липид суспензии в дозе 60 мг/кг . Анестезия проводилась путем внутрибрюшинной инъекции нембутала в дозе 40 мг/кг. После декапитации извлекали костный мозг и гомогенизировали в 50 mM Трис-HCl содержащем буфере. Гомогенат центрифугировали в соответствии с действующими протоколами; 10.000g 60 min 4 C. Определение иммунологических маркеров проводили методом иммуноферментного анализа. Статистика была проведена с помощью программы SPSS 21.0

Результаты и обсуждение.

Результаты свидетельствуют о том, что активность аутоиммунного регулятора транскрипционного фактора (AIRE) увеличилась на 37.4% 55.25% и 69% на сороковой, шестидесятый и девяностый день($p<0.001$). С другой стороны, активность транскрипционного фактора Икарос-1 снизилась на 29.5% 47.2% и 60% на сороковой шестидесятый и девяностый день ($p<0.05$). Активность CD4+/CD25+ Т-хелперных клеток снизилась 33% на девяностый день, тогда FOXP3+ Т регуляторные клетки уменьшились на 39.4% 50% и 71% во время эксперимента($p<0.02$). С другой стороны, активность белка *ba*x увеличилась на 18.6% 30% и 55% в течение эксперимента($p<0.02$)

Выводы

Снижение защитных механизмов, включая Т-хелперные и регуляторные клетки стимулирует активность патологически активных иммунных клеток, что и стимулирует декомпенсацию[4]. Повышение активности специфических транскрипционных факторов указывает на процессы повреждения в системе дифференцировки стволовых клеток костного мозга, что является плохим предиктором конечного результата заболевания [5].

Список литературы

1. Debjani G.A George C.T. Spleen Tyrosine Kinase Regulates Systemic Lupus Erythematosus T cell aignaling/ Debjani G.A George C.T.//The Neuron-2013-No6-p118-124
2. Chenqiong W.M Tong W.U Zheng F.A Sphingomyelin-1 synthase enhances BCR singnaling to promote lupus like autoimmune response / Chenqiong W.M Tong W.U Zheng F.A // Neurobiology of Disease -2016- No4-p355-360

3. Buckner J.H CD4+FOXP3+ Treg in human autoimmunity: more than target?/ Buckner J.H // Journal of American Medical Association-2017- No5-p1011-1016
4. Wen L.A Wang G.H The Regulatory T Cell in Active Systemic Lupus Erythematosus patients / Wen L.A Wang G.H // Journal of American Medical Association-2017- No10-p1033-1041
5. Mason K.D Lin A.K Josefsson E.C Proapoptotic Bak and Bax guard against fatal systemic and organ-specific autoimmune disease/ Mason K.D Lin A.K Josefsson E.C//Neurobiology of Ageing-2018- No5-p811-820

**КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ
ФОСФОЛИПИДОВ В ЯДЕРНОЙ ФРАКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС
НА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОЖИРЕНИЯ**

Оганнисян А.А., Ширванян А.А., Егиазарян Н.С.

Научный руководитель: Егиазарян Н.С.

Эребуни медицинский центр

Комбинированное влияние факторов риска на организм человека увеличивает риск развития и прогрессирования цереброваскулярных нарушений. Нездоровая пища, а так-же пища с высоким содержанием насыщенных жиров стимулирует патологическое ремоделирование эндотелиальных структур в головном мозге, что значительно ускоряет развитие и прогрессирование инсульта и сосудистой деменции. [1] С другой стороны, макрофаги стимулируют прогрессирование заболевания через накопление холестерина и связывание с эндотелиальными рецепторами, что приводит к образованию бляшек холестерина. Специфические цитокины, а так-же факторы роста, включая инсулиноподобный фактор роста-1 ответственны за эндотелиальный гомеостаз в головном мозге.

Фосфолипиды участвуют в регуляции активности гомеостаза головного мозга, который включает в себя также физиологическое функционирование хроматина клеток головного мозга. Ожирение стимулирует нарушение баланса ядерной фракции фосфолипидов, что является важным фактором риска развития сосудистой деменции[2].

Материал и методы.

Эксперименты проводились на 48 белых крысах-самцах (n=12). Животные содержались в обычных лабораторных условиях, со свободным доступом к еде и воде. Модель ожирения была разработана путем кормления крыс с определенным соотношением пищи содержащим 60% жира 20% белка и 20% сахара. Анестезия проводилась путем внутривентральной инъекции нембутала в дозе 40 мг/кг. После декапитации извлекали головной мозг и гомогенизировали в 50 mM Трис-HCl содержащем буфере. Гомогенат центрифугировали в соответствии с действующими протоколами; 10.000g 60 min 40C. Определение фосфолипидов проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Статистика была проведена с помощью программы SPSS 21.0

Результаты и обсуждение.

Результаты свидетельствуют, что концентрация CDP-холина уменьшилась в ядерной фракции на 14,5%, 27,12% и 55% в ходе эксперимента ($p<0.02$). Концентрация фарнезилпирофосфата снизилась на 23,12%, 42,6% и 56% в ходе эксперимента, в то время как геранил-пирофосфат снизился на 18% на девятый день ($p<0.001$). С другой стороны количество диацилглицерола уменьшилось на 15,3%, 31,4% и 50% за время эксперимента, а количество кардиолипидов увеличилось 16% на девятый день ($p<0.05$)

Выводы

Нарушение баланса хроматиновых фосфолипидов увеличивает риск фрагментации ДНК и прогрессирования сосудистой деменции. Важно подчеркнуть роль специфических фосфолипидов в роли мембранной защиты от активных форм кислорода [3]. Результаты эксперимента свидетельствуют, что снижение содержания холинсодержащих фосфолипидов стимулирует клеточную гибель в головном мозге. С другой стороны, значительное увеличение лизофосфолипидов является важным фактором для глобальной декомпенсации в головном мозге [4].

Список литературы

1. Pan D.A Hulert A.J Storlien L.H Dietary fats, membrane phospholipids and obesity/ Pan D.A Hulert A.J Storlien L.H //Neurochemistry International-2016-No9-p155-165
2. Blasco G.M Rivero M.K Neuroinflammation in obesity: circulating lipopolysaccharide-binding protein associates with brain structure and cognitive performance/ Blasco G.M Rivero M.K // Brain Research Bulletin-2017- No11-p355-361
3. Miller A.A Obesity and neuroinflammation: a pathway to cognitive impairment/ Miller A.A // Journal of American Medical Association-2018- No2-p110-114
4. Moira S. K Kerstin H.M The Insulin-Like Growth Factor System in Obesity, Insulin Resistance and Type 2 Diabetes Mellitus / Moira S. K Kerstin H.M // Neurochemistry International-2018- No4-p1561-1574

ИЗМЕНЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ФОСФОЛИПИДОВ В ЯДЕРНОЙ ФРАКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Оганнесян А.А., Ширванян А.А., Егиазарян Н.С.

Научный руководитель: Егиазарян Н. С.

Эребуни медицинский центр

Фосфолипиды являются важными модуляторами функциональной активности хроматина. Важно подчеркнуть роль фосфолипидов в защите хроматина от активных форм кислорода и фрагментации ДНК. С другой стороны, фосфолипиды защищают клетки мозга от воздействия большого количества провоспалительных цитокинов и других возбудителей повреждений[1]. Холинсодержащие фосфолипиды являются важными членами сигнального пути гамма-аминомасляной кислоты в мозге[2].

Цель исследования.

Хронические судороги вызывают повреждение мембран в клетках головного мозга и прогрессирование эпилепсии. Прогрессирование хронических судорог приводит к повреждению головного мозга и развитию глиоза во время эпилепсии. С другой стороны хронические судороги во время эпилепсии вызывают нарушение миграции и дифференцировки нейрональных стволовых клеток в головном мозге.

Материал и методы.

Эксперименты проводились на 48 белых крысах-самцах(n=12). Животные содержались в обычных лабораторных условиях, со свободным доступом к еде и воде. Модель эпилепсии была разработана путем внутрибрюшинного введения пентилентетразола в дозе 85мг/кг . Анестезия проводилась путем внутрибрюшинной инъекции нембутала в дозе 40 мг/кг. После декапитации извлекали головной мозг и гомогенизировали в 50 mM Трис-HCl содержащем буфере. Гомогенат центрифугировали в соответствии с действующими протоколами; 10.000g 60 min 40C. Определение

фосфолипидов и селеноцистеина проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Статистика была проведена с помощью программы SPSS 21.0

Результаты и обсуждения

Результаты свидетельствуют что концентрация селеноцистеина уменьшился в ядерной фракции на 23.5% 47.12% и 60% в ходе эксперимента($p<0.02$). Концентрация фарнезилпирофосфата снизилась на 12.22% 39.6% и 58% в ходе эксперимента, в то время как геранил-пирофосфат снизился на 18% на девятый день($p<0.001$). С другой стороны количество диацилглицерола уменьшилось на 16.3% 39% и 50% за время эксперимента, а количество кардиолипидов увеличилось 25% на девятый день($p<0.05$)

Выводы

Результаты показывают, что длительная продолжительность эпилептических приступов стимулирует повреждение головного мозга и развитие устойчивой к лечению формы заболевания[3]. Хронические судороги стимулируют апоптоз нейронов и патологическую активацию микроглии и астроцитов [4]. Снижение защитных фосфолипидов в хроматине приводит к активации ферментов фрагментации ДНК, что и стимулирует прогрессирование патологического состояния

Список литературы

1. Kovac S.E Albena T.M. Neuroinflammation and membrane damage/ Kovac S.E Albena T.M. //Brain Research Bulletin-2017-No9-p112-118
2. Scharfman H.E The Neurobiology of Epilepsy / Scharfman H.E // Current neurology and neuroscience reports-2018- No4-p348-354
3. Yegin A.Z Secretory phospholipase A2 and phospholipids in neural membranes in an experimental epilepsy model/ Yegin A.Z.// Journal of American Medical Association-2018-No5-p1012-1018
4. Choi J.W Chun J. E Lysophospholipids and their receptors in the central nervous system / Choi J.W Chun J. E // Neurochemistry International-2018- No10-p1021-1028

АНОМАЛИИ ОТХОЖДЕНИЯ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ОТ АОРТЫ

Позоян А.А.

Научный руководитель: Мальгин К.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смерти людей

трудоспособного возраста [2].

Разнообразные аномалии развития коронарных (венечных) артерий на практике встречаются более чем у 2% населения [1]. Это может быть как изменение общего числа сосудов по типу единственной коронарной артерии или добавочных коронарных артерий, так и нехарактерное их отхождение (так называемая эктопия) либо ветвление. К числу эктопий относят аномальное отхождение коронарной артерии от желудочковой камеры, от легочного ствола, от других коронарных артерий и экстракардиальных сосудов. Иногда наблюдается отхождение левой коронарной артерии от правого коронарного синуса Вальсальвы или правой коронарной артерии — от левого коронарного синуса Вальсальвы. Наиболее часто отмечается патология правой коронарной артерии. Описано наличие от 2 до 5 дополнительных устьев в правом коронарном синусе. Ее первая ветвь — артерия конуса — у 50% пациентов отходит в виде самостоятельной артерии от правого синуса Вальсальвы [1].

Однако большее количество аномалий не имеет клинического значения и никак не проявляется на протяжении жизни человека. Верифицировать диагноз можно при выполнении коронарографии [5]. Врожденные аномалии отхождения коронарных артерий от аорты встречаются в 1-1,2% всех коронарограмм, при этом 0,5% из них сопряжены с высоким риском нарушений коронарного кровообращения, обусловленным отхождением ствола левой коронарной артерии либо передней нисходящей артерии от противоположного синуса Вальсальвы. У взрослых аномалии отхождения коронарных артерий от аорты являются причиной внезапных остановок сердца примерно в 15% случаев [4]. Изучению анатомии венечных артерий в норме и при различных патологических состояниях посвящено большое число исследований: А. А. Коробкеев, 2015 [2], О. Ю. Лежнина, 2013 [3], Бузарова, 2013 [2].

Цель исследования: изучить варианты отхождения венечных артерий от аорты с учётом

возрастных особенностей архитектоники артериального русла сердца.

Материал и методы. Проанализировано 1325 ангиокоронарограмм больных, проходивших

лечение в СККБ г. Ставрополя в 2017-2018гг. По заключениям ангиокоронарограмм все

обследуемые были разделены на две группы с учетом половых и возрастных характеристик. I группу составили мужчины и женщины в возрасте 36-60 лет, II группу – мужчины и женщины в возрасте 61-74 года.

Статистический анализ данных осуществлен с помощью программного обеспечения STATISTICA v. 7.0. Сравнение количественных данных выполнено с помощью t-критерия

Стьюдента (для независимых выборок) и критерия Манна – Уитни (при работе с малыми величинами).

Результаты и обсуждение. Исследовались 29 коронароангиограмм людей в возрасте от 36 до 74 лет. Были выявлены аномалии отхождения венечных артерий (ВА) от аорты, которые распределились следующим образом: в I группе обследуемых наиболее частым вариантом явилось отхождение огибающей ветви (ОВ) от правого аортального синуса (ПАС), что составило 12 человек (41,4%). Причем внутри группы частота встречаемости данной аномалии выявлена: у мужчин - 10 случаев, у женщин - 2. Во II группе ОВ отходит от ПАС в 4 случаях (13,8%), распределение внутри группы оказалось одинаковым для мужчин и женщин. Второй по частоте аномалией явилось отхождение ОВ и передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) от левого аортального синуса (ЛАС) отдельными стволами. Данная аномалия была выявлена только в первой группе в 20,7% случаев и одинаково распределилась между мужчинами и женщинами. Третье по частоте встречаемости – это отхождение правой венечной артерии (ПВА) от ЛАС. Данная аномалия также была выявлена только в первой группе в 13,8% случаев и одинаково распределилась между мужчинами и женщинами. Остальные виды аномалий отхождения ВА от аорты составили 10,3%, (единственная ВА отходящая от ПАС – 1 случай во II группе (3,43%); ОВ и ПМЖВ, отходящие от ПАС – 1 случай (3,43%) и аномальное отхождением левой венечной артерии от ПАС – 1 случай в I группе (3,43%).

Выводы. В результате анализа полученных данных можно сделать вывод, что наиболее частой аномалией у жителей Ставропольского края является отхождение ОВ от правого аортального синуса, причем в большем проценте случаев встречается у мужчин.

ВАРИАТИВНОСТЬ СТРОЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРУГА БОЛЬШОГО МОЗГА У МУЖЧИН

Пономарева О.В.

Научный руководитель: Тимофеев В.Е.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Артериальный круг большого мозга (Виллизиев круг) - это важнейшее анастомотическое образование. Он соединяет артерии каротидного и базилярного бассейнов и играет основную роль в обеспечении коллатерального кровообращения и восстановлении кровотока в мозге в случае сосудистой катастрофы. В научной литературе описаны различные варианты строения артериального круга большого мозга, отличающиеся от классического, и представляется актуальным изучать его вариантную анатомию как в теоретических, так и в практических целях.

Цель исследования: Изучить и систематизировать разновидности строения артериального круга большого мозга.

Материалы и методы: Исследование проводилось на 64 препаратах головного мозга группы мужчин в возрасте от 21 до 60 лет, причина смерти которых не была связана с сосудистой церебральной патологией. Материал получен при аутопсиях и предоставлен фондом кафедры. После промывания сосудов 5% раствором формалина выполнялось контрастное окрашивание сосудов тушь-желатиновой массой [1]. Статистическая обработка данных производилась в программе Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и их обсуждение: Все выявленные в ходе исследования варианты строения круга можно разделить на 2 типа: замкнутый и разомкнутый [2, 3]. Замкнутые варианты конструкции артериального круга были найдены в 70,3% препаратов, разомкнутые – в 29,7% препаратов. В свою очередь, типы можно разделить еще на 2 группы: с симметричной и несимметричной формой конструкции круга [2, 3]. В процентном соотношении выявлено: замкнутый симметричный 29,6%; замкнутый несимметричный 40,7%; разомкнутый симметричный 10,9%; разомкнутый несимметричный 18,8%.

Помимо замкнутости и симметричности строения оценивались отдельные варианты строения артерий.

В группе «замкнутый симметричный» обнаружены: классический вариант строения – 12,5% случаев, с гиперплазией двух одноименных артерий – 7,8%, с гипоплазией двух одноименных артерий – 3,1%, с вариантами передней соединительной артерии – 6,2%.

В группе «замкнутый несимметричный»: с гиперплазией одной парной артерии или двух разноименных артерий – 4,7%, с гипоплазией одной парной артерии или двух разноименных артерий – 4,7%, с сочетанием гиперплазии и гипоплазии одноименных или разноименных артерий – 31,3%.

Группа «разомкнутый симметричный» представляла собой вариант строения с отсутствием одноименных артерий (10,9% случаев соответственно). Варианта с отсутствием передней соединительной артерии не выявлено. Группа «разомкнутый несимметричный» - это вариант с отсутствием одной из парных артерий (18,8% случаев), отсутствия двух и более разноименных артерий не обнаружено.

Выводы:

1. Таким образом, можно выделить 2 типа, 4 группы, 11 вариантов строения артериального круга большого мозга.
2. В исследуемой группе преобладают несимметричные, замкнутого типа строения артериальные круги.
3. В большинстве случаев выявлен «неклассический» вариант строения Виллизиева круга, поэтому определение конструкции артериального круга имеет важное практическое

значение из-за его основополагающей роли в обеспечении коллатерального кровообращения мозга.

Список литературы

1. Тимофеев, В.Е., Павлов, А.В. Количественная оценка артериальных стволов в области переднего продырявленного вещества головного мозга у мужчин 25—60 лет. / В.Е. Тимофеев, А.В. Павлов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2016. - №2. - С. 6-12.
2. Павлов, А.В., Тимофеев, В.Е. [и др.] Особенности топографии передних центральных артерий в зависимости от вариантов конструкции артериального круга большого мозга. / А.В. Павлов, В.Е. Тимофеев, С.Р. Жеребятнева, Д.И. Сучков, С.М. Тимофеева // Оперативная хирургия и клиническая анатомия. 2018. - №3. - С. 25-31.
3. Тимофеев В.Е. Анатомическая изменчивость артериальных стволов переднего продырявленного вещества головного мозга человека: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.03.01 / Тимофеев Василий Егорович; Ряз. Гос. Мед. Ун-т им. акад. И.П. Павлова. – Рязань., 2019. – 24 с.

АДАПТАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ К СОДЕРЖИМОМУ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Пулатов М.Д

Научный руководитель: Байбекова Г.Д

Андижанский государственный медицинский институт

.В основе адаптации лежат различные механизмы в том числе срочные основанные на анализе свойств дуоденального содержимого. С двенадцатиперстной кишки панкреатическая секреция корректируется в зависимости от pH ее содержимого, вида и концентрации нутриентов панкреатических ферментов. Так доказано, что интродуоденальное введение панкреатического секрета и его протеолитических ферментов тормозит секрецию поджелудочной железы, особенно секрецию панкреатических гидролиз.

Цель: дальнейшего изучения специфичности торможения секреции панкреатических ферментов предпринято настоящее исследование в котором изучено влияние интрадуоденального введения панкреатической амилазы и ее же совместно с ингибитором а- амилазы в острых и хронических экспериментах.

Материал и методы: Опыты выполнены на 5 беспородных собаках массой 12—15 кг. Наркоз (аминазин, гексенал) проводили под управляемым дыханием Для сбора панкреатического сока канюлировали главный панкреатический проток на малый проток накладывали лигатуру. В начальной части двенадцати-перстной кишки укрепляли катетер для введения стимулятора секреции. Кровь и мочу собирали через катетеры, введенные в оба мочеточника и бедренную вену.

Результаты и обсуждение: Полученными нами результаты показали что интрадуоденальное введение амилазы не оказывало выраженного влияния на объем панкреатической секреции, на содержание в составе сока бикарбонатов, липазы и протеаз. Однако амилолитическую активность сока достоверно в составе секрета снижена.. Введение же в двенадцатиперстную кишку амилазы и ее ингибитора (судя по средним данным) снимал селективный тормозной эффект вводимой в кишку амилазы.

Выводы: Полученные экспериментальные данные позволяют заключить, что введение ингибитора амилазы в двенадцатиперстную кишку снимает торможение

секреции амилазы поджелудочной железой, вызванное снижением амилалитической активности дуоденального содержимого.

Список литературы

1. Коротько Г.Ф Трубцина И.Е Амирова Н.Щ Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. Вып 11-2013 стр 60-61
2. Коротько Г.Ф Секреция поджелудочной железы- Краснодар: Кубанский гос.мед.университет, 2005 - 312 стр
3. Коротько Г.Ф Физиология системы пищеварения. Краснодар Изд ООО БК «Группа Б», 2009 с 608

ТОРМОЗНОЙ ЭФФЕКТ АМИЛАЗЫ НА СЕКРЕЦИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пулатов М.Д.

Научный руководитель: Байбекова Г.Д

Андижанский государственный медицинский институт

С двенадцатиперстной кишки панкреатическая секреция корректируется в зависимости от pH ее содержимого, вида и концентрации нутриентов панкреатических ферментов. Так доказано, что интродуоденальное введение панкреатического секрета и его протеолитических ферментов тормозит секрецию поджелудочной железы, особенно секрецию панкреатических гидролиз.

Цель: Исследования изучения специфичности торможения секреции панкреатических ферментов предпринято настоящее исследование в котором изучено влияние интрадуоденального введения панкреатической амилазы и ее же совместно с ингибитором α - амилазы .

Материал и методы: Острые эксперименты выполнены на 6 собаках (массой тела 5 – 6,5 кг) под гексеналовым наркозом. У собак канюлировали главный панкреатический проток , дополнительный проток перевязывали. Перевязывали также двенадцатиперстную кишку на границе с желудком в начале кишки укрепляли трубку для введения в просвет кишки подкисленного до pH 2,0 гидролизина – стимулятора секреции . В бедренной вене установили катетер для взятия крови, канюлировали оба мочеточника для сбора мочи . собаки находились на управляемом дыхании (аппарат ДП - 8) Гидролизин вводили а кишки каждые 15 мин по 3 мл на протяжении всего опыта длительностью 10*12 ч. Сок поджелудочной железы и мочу собирали часовыми порциями, учитывали их объем каждый час брали венозную кровь. показатели первых 2ч опыта принимали на контрольные . на 3-й час в двенадцатиперстную кишку вводили амилазу в –й час изучали после действия этого введения; на 5- й час с тем же количеством амилазы в кишку вводили пшеничный ингибитор α - амилазы, в 6-7 –й часы изучали последствие собирали контрольные данные для новторения описанного цикла.

Результаты: Показали, что интрадуоденальное введение амилазы не оказывало выраженного влияния на объем панкреатической секрецию, секрецию в составе сока бикарбонатов, липазы и протеаз , но достоверно снижало секрецию амилазы за счет ($p < 0,01$) уменьшение амилалитической активности сока . Это было привело к снижению содержания белка в соке и некоторого уменьшение среднего дебита секреции белка за 1ч (в 7 опытах из 8, т.е по непараметрическому критерию знаков достоверно).

Вывод: Полученные экспериментальные данные позволяют заключить, что введение ингибитора амилазы в двенадцатиперстную кишку снимает торможение секреции

амилазы, вызванное понижением амилалитической активности дуоденального содержимого.

Список литературы

1. Коротько Г.Ф Трубина И.Е Амирова Н.Щ Экспериментальная клиническая гастроэнтерология. Вып 11-2013 стр 60-61
2. Коротько Г.Ф Секрция поджелудочной железы- Краснодар: Кубанский гос.мед.университет, 2005 - 312 стр
3. Коротько Г.Ф Физиология системы пищеварения. Краснодар Изд ООО БК «Группа Б», 2009 с 525-534

ИЗМЕНЕНИЯ ПЛОЩАДИ Т - и В-ЗАВИСИМЫХ ЗОН СЕЛЕЗЕНКИ В ДИНАМИКЕ АНТИГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Давронов Р.Д., Порсоев Ж.А., Орипова Н.А.

Бухарский государственный медицинский институт

Иммунная система, включающая в себе центральные (тимус, костный мозг) и периферические (селезенка, лимфоузлы, вся лимфоидная ткань) органы, а также эффекторные клетки - Т-, В – лимфоциты макрофаги в единстве и во взаимодействии друг с другом, обеспечивает иммунный гомеостаз организма[1, 4].

До настоящего времени недостаточно выяснены структурно-функциональные основы реакции органов иммунитета при различных антигенных воздействиях. Имеющиеся в этом плане работы посвящены, главным образом, количественной характеристике того или иного органа данной системы и они выполнены, в основном, в клеточных взвесах и поэтому не могут отражать сути межклеточных взаимодействий на тканевом, органном и межорганном уровнях [2, 3].

Материал и методы исследования. Экспериментальный сальмонеллез был воспроизведен на белых беспородных крысах-самцах с исходным весом 150-170 граммов по отработанной сотрудниками кафедры методике. Животные были подразделены на три группы – интактные (32 крысы), опытные (218 крысы), контрольные (100 крысы). Опытные и контрольные животные после усыпления эфирным наркозом, забивались декапитацией через 3,6,12,24 часа, 3,5,7,14,21 сутки после заражения штаммом вирулентных бактерий. Материал фиксировался по методу Карнуа и Буэна. На срезах, полученных на уровне ворот селезенки для определения площадей Т-зависимых зон, выявили активность кислой - α -нафтилацетэстеразы по видоизмененному нами методу Е. Меуер и другие (1970). Все цифровые данные обрабатывались методом вариационной статистики по Фишеру–Стюденту в модификации Монцевичюте Эрингене. Достоверными считали различия, удовлетворяющие $P < 0,05$.

Полученные результаты: Установлено, что структурно-функциональные изменения селезенки при экспериментальной сальмонеллезной инфекции характеризуются определенной динамикой, которая условно может быть подразделена на три периода: ранних изменений (от 3 до 24 часов опытов); выраженных иммуноморфологических перестроек (3-14 сутки опытов) и реконвалесценции (21 сутки экспериментов).

Наиболее выраженные изменения площадей Т-и В-зависимых зон наблюдаются на 3-14 сутки эксперимента, достигающие своего пика на 5 сутки исследования, когда происходит трехкратное увеличение общей площади лимфоидных фолликулов. Причем увеличение площадей сопровождается, в основном, за счет гипертрофии площади Т-

зависимой периартериальной зоны. Лишь только к 21-суткам опытов показатели площадей Т, В-зависимых зон селезенки относительно нормализуются.

Закключение. Таким образом в результате нашего исследования установлено, что несмотря на антигенный состав сальмонелл в начальной стадии сальмонеллезной инфекции в основном происходит стимуляция Т-зависимых зон селезенки, хотя предполагалась активация В-зависимых зон органа. На стадии ранних изменений сальмонеллезной инфекции наблюдается уменьшение площадей Т-зон, сопровождающейся мобилизацией лимфоцитов в кровь, что по-видимому, обусловлено с процессами распознавания Т-лимфоцитами антигенов сальмонелл и активизацией иммунного ответа.

Список литературы

1. Алексеев Л. П. Регуляторная роль иммунной системы в организме / Л. П. Алексеев, Р. М. Хаитов // Российский физиологический журнал имени И. М. Сеченова. – 2010. – Т. 96, № 8. – С. 787-805.
2. Зуфаров, К.А. Ультраструктурные изменения клеток белой пульпы селезенки при экспериментальной сальмонеллезной инфекции / К.А. Зуфаров, К.Р.Тухтаев, Р.Д.Давронов. – Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1986. – №12. – С. 69-71.
3. Клименко, Н. А. Морфофункциональное состояние селезенки в динамике хронического иммунного воспаления / Н.А.Клименко, С.В.Татарко, И.В.Сорокина // Теоретична і експериментальна медицина медицина. – 2009. – №1. – С. 35-38.
4. Рябикина, А. И. Возрастная гистофизиология белой пульпы селезенки в раннем постнатальном онтогенезе / А.И.Рябикина, М.Ю.Капитонова, А.И.Краюшкин [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 1. – С. 93-94.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОРЫ МОЗЖЕЧКА У СОБАК

Рахматов М.М.

Научный руководитель: Юлдашева Н.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Причинами заболеваний мозжечка могут быть травмы, врожденное недоразвитие структуры, а также нарушение кровообращения последствия наркомании, нейроинфекции, интоксикации. Существует врожденный дефект развития мозжечка, обусловленный генетической патологией, называемый атаксией Мари. Поражение мозжечка, последствием которого может быть инвалидность, потребность больного в уходе, требуют современного и тщательного лечения, а также ухода и реабилитации пациента. В связи с этим продолжается всестороннее изучение мозжечка, в том числе морфологическими методами.

Цель. Выявить морфометрические показатели слоев коры мозжечка собаки.

Материал и методы. Морфометрическому исследованию подвергнуты учебные препараты мозжечка собаки. Препараты импрегнированы азотнокислым серебром по Кампосу. Морфометрия проведена с помощью окулярной линейки при увеличении микроскопа об.10, ок.9. Измерения слоев мозжечка проведены в 10 полях зрения, всего изучены препараты 3 животных. После соответствующего перерасчета получены результаты в мкм. Для математической обработки данных применен метод Стьюдента с определением средней арифметической M , средней ошибки относительных величин m и коэффициента достоверности разности t ; использованы прикладные субпрограммы

программного продукта Microsoft Excel 97 в разделе описательной статистики, определения стандартных отклонений и сравнения выборок.

Результаты и обсуждение. На учебных препаратах мозжечка определяются его борозды и извилины. При импрегнации азотнокислым серебром в центральной части органа выявляются аргирофильные нервные волокна белого вещества. Вокруг этих волокон располагается кора мозжечка. На препарате первого животного молекулярный слой составляет $121,5 \pm 6,5$ мкм, ганглионарный – $46,5 \pm 4,15$ мкм, зернистый слой – $75 \pm 4,47$ мкм. У второго животного все слои коры толще, чем у первого, особенно молекулярный слой, его толщина достоверно больше и равна $211,5 \pm 10,11$ мкм ($P < 0,05$). Хотя толщина ганглионарного слоя также больше, чем в первом случае, она равна $55,5 \pm 3,2$ мкм, но различия недостоверны. Зернистый слой у второго животного также достоверно толще ($120 \pm 11,4$ мкм, $P < 0,05$). Измерения, проведенные у третьего животного, показали, что наблюдаются такие же изменения размеров слоев как у второго животного, по сравнению с первым. Молекулярный слой составляет $196,5 \pm 15,88$ мкм ($P < 0,05$), ганглионарный слой $48,5 \pm 3,5$ ($P > 0,05$), зернистый слой $115,5 \pm 12,26$ мкм ($P < 0,05$). Сопоставление параметров слоев коры мозжечка третьего животного со вторым не выявило между ними достоверных различий.

Выводы. У разных животных различаются толщина молекулярного и зернистого слоев. При этом, толщина ганглионарного слоя, представленного грушевидными нейронами Пуркине, не различается. Изменения молекулярного и зернистого слоев мозжечка у разных животных могут быть обусловлены возрастными изменениями.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕОБЛАДАЮЩЕГО ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Рисс М.Е., Райкова А.П.

Научный руководитель: Шабает В.С.

*Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого
Санкт-Петербургский государственный университет*

В современных условиях малое значение уделяется психологической поддержке пациентов [2]. Одним из важных прогностических признаков адаптации личности к условиям среды считается уровень личностной тревожности, а также преобладающий тип вегетативной регуляции, их взаимосвязь остается до конца не выясненной [1,2].

Цель исследования: Сравнить преобладающий тонус вегетативной нервной системы у пациентов с различным уровнем личностной тревожности.

Материалы и методы: Исследование было проведено на базе ГОБУЗ ЦГКБ Клиника №1 в Великом Новгороде. В исследуемую группу входило 80 пациентов, 26-89 лет. Уровень тревожности определяли с помощью теста личностной тревожности по Спилбергу. Преобладающий тип вегетативной регуляции- при помощи вегетативного индекса Кердо.

Результаты: По результатам проведенного исследования испытуемые были разделены на группы: лица с высоким уровнем личностной тревожности-36 человек, умеренным уровнем тревожности-27 человек и низким уровнем тревожности-17 человек. У испытуемых с высоким уровнем тревожности наблюдается выраженная симпатикотония ($ВИ=32,64 \pm 11,23$), у лиц с умеренным уровнем тревожности-

наблюдается симпатикотония ($ВИ=4,72\pm 16,72$), у испытуемых с низким уровнем тревожности - наблюдается выраженная парасимпатикотония ($ВИ=-22,49\pm 12,46$).

Вывод: В результате исследования было выявлено, что у пациентов с высокими показателями личностной тревожности преобладает низкая активность парасимпатической нервной системы, а среди пациентов с низкими показателями личностной тревожности преобладающее большинство - ваготоники. Соответственно, необходима психологическая поддержка лиц с выраженным преобладанием тонуса симпатической нервной системы, с целью лучшей адаптации к условиям среды, в стрессовой для них ситуации при нахождении в стационаре.

Список литературы

Вейн А.М. Неврология для врачей общей практики. 2001. 504 с. 2. Новик А.А., ИONOва Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М., 2007. 315 с

СПОСОБ СОЗДАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОСТЕОПОРОЗА

Сирак С.В., Щетинин Е.В., Сирак А.Г., Диденко Н.Н., Диденко М.О.

Научные руководители: Сирак С.В., Щетинин Е.В., Сирак А.Г.

Ставропольский государственный медицинский университет

Создание модели остеопороза в эксперименте на крупных животных продиктовано необходимостью прогнозирования течения и возможных исходов различных патологических состояний организма на фоне сопутствующего остеопороза.

Цель исследования: разработать способ создания экспериментальной модели остеопороза, позволяющей исключить летальность подопытных субъектов, получив при этом полноценную и необратимую модель остеопороза с большим объемом тканей, доступных для исследования.

Материалы и методы. Исследование проведено на 10 трехлетних овцах Северо-Кавказской породы.

В основной группе (6 животных) под общим наркозом (Zoletil 50) выполняли двухстороннюю овариэктомию, затем начиная со второго дня после операции в течение 3 месяцев проводили внутримышечные инъекции дексаметазона по 12 мг на 1 кг массы животного по 6 инъекций в неделю.

В контрольной группе (4 животных) под общим наркозом (Zoletil 50) выполняли одностороннюю овариэктомию, затем через 3 дня производили инъекции гидрокортизона: 1, 14 день 0,1 мл (мг); 2, 3, 12, 13 дни - 0,2 мл (мг); 4-11 дни 0,3 мл (мг).

Экспериментальную модель считали окончательно сформированной при плотности костной ткани нижней челюсти ниже 750 ЕД по шкале Хаунсфилда.

Результаты и обсуждение. В основной группе через 3 месяца плотность костной ткани челюстных костей по шкале Хаунсфилда составила 725 ЕД, а в контрольной группе плотность костной ткани челюстных костей по шкале Хаунсфилда составила 925 ЕД.

Проведена серия опытов с целью изучения возможности активизации репаративного остеогенеза челюстных костей овец в искусственно созданном дефекте при использовании остеопластических материалов на основе аллогенной кости, пористого титана и β -трикальцийфосфата. При этом в группе овец ($n=12$) предварительно сформирован экспериментальный остеопороз по разработанному способу. На предварительной фазе эксперимента удалось добиться значимого снижения минеральной плотности костной

ткани у всех животных (ниже 750 ЕД по шкале Хаунсфилда). В результате эксперимента летальных исходов в послеоперационном периоде на фоне терапии глюкокортикоидом не отмечено, все животные могут быть использованы в исследованиях повторно.

Закключение. В результате проведенного исследования получена экспериментальная модель остеопороза, наиболее пригодная для исследований в области оперативной хирургии, клеточных технологий, челюстно-лицевой хирургии, травматологии, стоматологии, а также для изучения особенностей действия фармакологических препаратов в условиях остеопороза.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Соловьева Д.В.

Научный руководитель: Бузарова О. А.

Ставропольский государственный медицинский университет

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему, остаются главной причиной смертности в индустриально развитых странах мира. Пожилой возраст - является основным фактором риска смерти от заболеваний сердца и его сосудов. Поэтому в этом возрастном периоде особенно важно изучение сосудистого русла сердца человека

Цель исследования: Установить особенности сосудистых разветвлений и углов отклонения основных ветвей левой и правой венечных артерий в пожилом возрасте при различных вариантах ветвлений венечных артерий.

Задачи исследования:

Определить морфометрические показатели венечных артерий и их ветвей при различных вариантах их ветвлений от начальных отделов до погружения в миокард.

Представить сравнительную характеристику основных структурно-функциональных показателей сосудистых разветвлений левой и правой венечных артерий при различных вариантах их ветвлений.

Представить диаграммы сосудистых разветвлений венечных артерий в изученном возрастном периоде при различных вариантах их ветвлений.

Исследованы артерии 10 сердец, взятых при аутопсии мужских и женских трупов людей в возрасте от 56 до 74 лет, погибших в результате несчастных случаев или умерших от патологии не связанной с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

В комплексном исследовании венечных артерий применены: анатомические, гистологические, рентгенологические, морфометрические методы. Установленные числовые показатели обработаны с использованием специальных и оригинальных компьютерных программ, а также комплекса аппаратно-программной визуализации морфологических объектов Видео-Тест.

Варианты ветвления венечных артерий определялись в соответствии с современной классификацией. Изучены препараты сердец с 3-мя крайними вариантами ветвлений, установленные на рентгенограммах и нативных препаратах: (левовенечный, правовенечный, равномерный).

Артериальное субэпикардальное русло человека условно рассмотрено в виде последовательно формирующихся коронарных разветвлений. В каждом из них выделялся основной ствол и образующиеся в результате деления правая и левая «дочерние» ветви, конечные отделы которых в последующем являлись основными стволами новых уровней ветвлений, либо погружались в миокард.

Исследованы артериальные разветвления сердец с тремя крайними вариантами ветвления венечных артерий: левовенечной, правовенечной и равномерной у людей пожилого возраста. В сосудистых разветвлениях левой венечной артерии у людей пожилого возраста при всех вариантах ветвления венечных артерий превалирует длина правой дочерней ветви над левой дочерней ветвью (57,8%), по сравнению с преобладанием длины левой дочерней ветви над правой дочерней ветвью (42,2%). В большинстве ветвлений правой венечной артерии длина правой дочерней ветви преобладает над левой дочерней ветвью (47,8%), а левая дочерняя ветвь протяженнее правой дочерней ветви в 52,2% наблюдений.

В ходе исследования углов сосудистых разветвлений левой и правой венечных артерий при всех вариантах ветвлений общее количество сосудистых разветвлений ВА с углами от 45° до 90° преобладают над числом ветвлений с углами менее 45° и более 90°.

При левовенечном варианте соотношение углов разветвления менее 45° составило 22%, 45° - 90° - 71%, и более 90° - 7% наблюдений. При правовенечном варианте 23%, 64%, 13% случаев. При равномерном варианте 27%, 53%, 20% случаев.

Выводы. Таким образом, у людей пожилого возраста в сосудистых разветвлениях левой венечной артерии правая дочерняя ветвь преобладает над левой, а в разветвлениях правой венечной артерии, наоборот, левая дочерняя ветвь преобладает над правой. Угол разветвления 45°-90° являются преобладающим по сравнению с углами менее 45° и более 90°.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧКИ ПЛОДА ВО ВТОРОМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Солянская Е.Н., Иванцов А.В., Рак М.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Хронические болезни почек становятся все более распространенными, являясь одним из факторов риска развития артериальной гипертензии. Решающее значение для снижения распространенности артериальной гипертензии и хронических заболеваний почек играет реализация профилактических стратегий и признание факторов риска. Особенности внутриутробного формирования плода оказывают глубокое влияние на развитие почек. В начале жизни плода, есть происходят сложные процессы развития почки, сопряженные с регрессом первичной (пронефрос) и вторичной (мезонефрос) почек между 23 и 112 днями эмбриональной жизни. Развитие структурно-функциональных единиц почки продолжается до 36 недели беременности. Длительно происходящий нефрогенез определяет количество и качество нефронов, что напрямую оказывает влияние на функцию почек в течении жизни [2,3,4]. Неинвазивная оценка развития почки возможна с использованием ультразвукового сканирования. В литературе встречается достаточное количество работ, посвященных изучению параметров почек у детей с момента рождения до достижения совершеннолетнего возраста. Установлены корреляционные зависимости от массы и роста ребенка, расовой принадлежности [1]. Однако данные пренатальной морфометрии разрознены и не систематизированы.

Целью нашего исследования было оценить морфометрические параметры почек плодов человека во втором триместре беременности.

Материал и методы исследования: материалом для исследования послужили данные ультразвукографии 54 почек плодов беременных женщин без патологии мочевыделительной системы. Ультрасонография проводилась на базе Гродненского областного клинического перинатального центра. Исследование почек плода

осуществлялось по стандартной методике с оценкой их анатомического состояния, характера кровоснабжения с применением В-режима. Исследования проводили на ультразвуковом аппарате Samsung Medison. Измерялись линейные размеры почки, толщина ее паренхимы. При проведении доплерометрии определяли такие характеристики доплеровских кривых, как пульсационный индекс и индекс резистентности в основном стволе почечной артерии. Малый диаметр ветвей почечной артерии и высокая подвижность плода создавали технические трудности, поэтому оценка показателей данных сосудов не производилась. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного пакета программ Статистика 8.0.

Результаты: При ультразвуковом исследовании почки плода имели округлую форму и определялись в виде парных бобовидных образований средней эхогенности, располагающихся по обеим сторонам позвоночника. При оценке длины почки получены следующие параметры: справа $19,37 \pm 2,57$ мм, слева $18,77 \pm 3,53$ мм. Показатели ширины составили справа $11,1 \pm 3,35$ мм, слева $11,78 \pm 3,76$ мм. При измерении толщины паренхимы установлены следующие значения: справа $4,35 \pm 0,92$ мм, слева $4,38 \pm 0,67$ мм.

Оценивая показатели почечного кровотока по магистральной почечной артерии были получены следующие доплерометрические данные: у почек, расположенных с правой стороны пульсационный индекс был равен $1,59 \pm 0,24$, а индекс резистентности составлял $0,84 \pm 0,06$. С левой стороны пульсационный индекс был равен $1,73 \pm 0,37$, индекс резистентности составлял $0,85 \pm 0,05$. Статистически достоверные отличия в большинстве показателей правой и левой почек отсутствовали ($p \geq 0,05$), лишь выявлена достоверная разница между шириной почек ($p \leq 0,05$).

Выводы: оценка показателей почечной морфологии на разных этапах пренатального морфогенеза, позволяет создать целостную картину для формирования нормативных данных, опираясь на которые можно выявлять предикторы как заболеваний мочевыделительной системы, так и сердечно-сосудистой системы.

Список литературы

- 1) Иванова, И. Е. Нормативы размеров почек здоровых детей Чувашской республики по данным ультразвуковой диагностики / И.Е. Иванова, А.А. Трефилов, В.А. Родионов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – No 6 – С.50-55.
- 2) Chikkannaiah, P. Glomerulogenesis: can it predict the gestational age? A study of 176 fetuses / P. Chikkannaiah., M. Roy, R. Kangle, P.V. Patil // Indian J Pathol Microbiol. – 2012. – №55. – P.303–307.
- 3) Development of the Human Fetal Kidney from Mid to Late Gestation in Male and Female Infants / D.Ryan [at al.] // EBioMedicine. – 2018. – Jan; 27. – P.275 – 283.
- 4) Low birth weight due to intrauterine growth restriction and/or preterm birth: effects on nephron number and long-term renal health / Zohdi V. [at al.] // Int. J. Nephrol. – 2012;2012. – P.136942.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАЦИОННЫХ ПУЛЬСОГРАММ У СТУДЕНТОВ

Степура Е.Е., Буржинский А.А., Дармограев Д.А.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Сердечно-сосудистая система является полифункциональным механизмом, который играет значимую роль на всех структурных уровнях человеческого организма. Одна из её особенностей – изменение функционального состояния вследствие воздействия

различных экзогенных и эндогенных факторов. Причём изменения могут носить молниеносный характер, а могут быть инициированы, и ответной реакции в этом случае можно ожидать только спустя определённый временной промежуток [1-2].

Выявить эти изменения, визуализировать их и провести анализ возможно в настоящее время благодаря различным методикам. Например, с использованием методов кардиоинтервалографии, в ходе анализа вариабельности сердечного ритма. Среди показателей нервной системы, имеющей непосредственную физиологическую связь с сердечно-сосудистой деятельностью, важное положение занимает индекс напряжения, введённый Баевским Р.М., который отражает состояние центрального контура регуляции, степень напряжения функциональных систем [3-6].

Нашей целью явилось выявление коррелятивной связи между изменением вышеуказанных параметров и воздействием различных факторов.

Исследование проводили на студентах. Производили запись ЭКГ с помощью современной компьютерной электрофизиологической лаборатории «CONAN-4.5». После снятия ЭКГ была проведена обработка полученных данных с помощью приложения, расположенного в этой лаборатории. Всего в исследовании приняли участие 100 студентов. Запись электрокардиограммы производили на студентах в положении сидя.

Статистическая обработка полученного материала осуществлялась с использованием t-критерия Стьюдента и программного пакета Microsoft Excel 2007 методом вариационной статистики с вычислением средних показателей значений и программы Statistica version 10. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

В ходе анализа ЭКГ были получены индексы напряжения, предложенные Р.М. Баевским, градация числовых значений которых была предложена Ширяевым О. Ю. и Ивлевой Е. И. Необходимо отметить, что при сортировке числовых значений ИН в рамках данной градации принимается во внимание тот факт, что при сильном стрессе и заболеваниях ИН может возрастать до более высоких значений. В результате было предложено выделить пять типов ИН: ваготонический, нормотонический, симпатикотонический, сверхсимпатикотонический и запредельный. Последний характеризуется повышением показателей преобладания симпатической нервной системы в диапазоне более, чем 600 у.е. Поскольку запредельный тип ИН встречается крайне редко и в ходе проведённого нами исследования данный тип не был выявлен ни у одного испытуемого, мы произвели разделение участников на 4 группы, используя рекомендуемую градацию числовых значений, исключая пятый тип ИН.

Для каждой группы были вычислены числовые характеристики пульсограмм. Таковыми являются мода (M_o), амплитуда моды (AM_o) и вариационный размах (ΔX). Благодаря этим первичным показателям можно выявить преобладание либо симпатического, либо парасимпатического отделов вегетативной нервной системы в рамках участия регуляции сердечного ритма и соотношение влияния этих двух отделов по отношению друг к другу.

Для ваготоников характерны следующие показатели: $M_o - 0,88 \pm 0,1$ сек, $AM_o - 40 \pm 4,2\%$, $\Delta X - 0,65 \pm 0,02$ сек.

Показатели, характерные для нормотонии: $M_o - 0,82 \pm 0,1$ сек, $AM_o - 45 \pm 2,1\%$, $\Delta X - 0,32 \pm 0,07$ сек.

Диапазоны, отмеченные у группы симпатикотоников: $M_o - 0,79 \pm 0,1$ сек, $AM_o - 52 \pm 3,5\%$, $\Delta X - 0,22 \pm 0,04$ сек.

И, наконец, показатели, характерные для гиперсимпатикотонии: $M_o - 0,76 \pm 0,01$ сек, $AM_o - 89 \pm 8,4\%$, $\Delta X - 0,12 \pm 0,06$ сек.

У гиперсимпатикотоников отметились наименьшее значение показателя M_o , поскольку эта группа характеризуется уменьшением наиболее часто встречающегося кардиоинтервала среди всего массива, т.е. время между отдельными циклами уменьшается, а число сердечных сокращений имеет тенденцию к увеличению.

У ваготоников же этот показатель, наоборот, наибольший. Это означает, что ЧСС уменьшается, а время между отдельными кардиоциклами увеличивается.

Нормотоники характеризуются равновесием между симпатическими и парасимпатическими влияниями нервной системы.

У симпатикотоников этот показатель несколько ниже, чем у нормотоников. И это связано с преобладанием у этой группы симпатической нервной системой, оказывающее соответствующее влияние на деятельность сердца.

АМо отражает процент встречаемости Мо. Как видно из полученных данных, АМо имеет тенденцию к снижению числового выражения от гиперсимпатикотоников к ваготоникам. Низкие показатели значения АМо указывают на преобладание автономного контура регуляции сердечного ритма, а высокие – на преобладание центрального контура.

Наибольший ΔX – у ваготоников. Это значит, что у них снижена сократительная способность миокарда, а значит, преобладают парасимпатические влияния вегетативной нервной системы. У нормотоников же, к примеру, значение вариационного размаха может говорить о преобладании дыхательных изменений сердечного ритма.

Список литературы

1. Баевский, Р. М. Анализ variability сердечного ритма: история и философия, теория и практика / Р.М. Баевский // Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 54–64.
2. Баевский, Р.М. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, И.В. Чирейкин // Вестник аритмологии. 2001. № 24. С. 15.
3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Variability сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2015. № 2. С. 108.
4. Голухова, Е. З. Неинвазивная аритмология / Е.З. Голухова. – Москва, 2002. - 200 с.
5. Емельянова, А.С. Параметры variability сердечного ритма коров джерсейской породы / А.С. Емельянова, Е.Е. Степура. – Рязань, 2017. - 173 с.
6. Кулаичев, А.П. Методы и средства комплексного анализа данных. / А.П. Кулаичев. – Москва, 2007 - 640 с.

ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА КАК МАРКЕРОВ ВЫРАЖЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Халимова А.П., Медведева И.В., Демьяненко Е.В.

Научный руководитель: Бойченко П.К.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки

Проблема сочетания патологии почек и сахарного диабета (СД) является актуальной для современной медицины [1]. Согласно литературным данным распространенность хронического пиелонефрита (ХП) у больных СД составляет около 35% [1]. Биохимические изменения, развивающиеся при сахарном диабете, создают благоприятные условия для частого обострения ХП с тенденцией к тяжелому течению со стертой клинической картиной и переходу в гнойные формы [1, 2]. Доказано, что патогенез СД связан с дисфункцией эндотелия сосудов, которая приводит к изменению содержания различных биорегуляторов, одним из которых является оксид азота (NO) [2, 3]. В норме в

ткани почек NO активно участвует в регуляции многих процессов: поддержания тонуса приносящей артериолы, водно-минерального обмена, мочеобразования, продукции ренина, клеточной пролиферации [4, 5]. Однако чрезмерно высокие концентрации монооксида азота оказывают цитотоксическое действие, активизируют процессы апоптоза, что может способствовать развитию патологий почечной ткани [4, 5]. Известно, что на начальных этапах СД концентрация оксида азота повышается, что способствует возникновению гиперперфузии почек и повышению скорости клубочковой фильтрации [5, 6]. С прогрессированием СД в результате накопления продуктов конечной гликолизации наблюдается истощение нитроэргической системы клеток почек [4 – 6]. Однако данные о динамике содержания активных форм оксида азота при сочетании сахарного диабета и хронического пиелонефрита практически отсутствуют.

Цель исследования: определить уровни активных форм оксида азота у пациентов с обострением ХП на фоне СД II типа, а также оценить роль NO в развитии воспалительного процесса.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 165 больных сахарным диабетом и хроническим пиелонефритом. Обследуемые были разделены на две группы: основную (131 пациент с обострением ХП на фоне СД 2 типа) и группу сравнения (34 пациента с обострением ХП). Пациенты основной группы находились на лечении в эндокринологическом отделении, группы сравнения – в терапевтическом отделении Луганской городской больницы № 5. Средний возраст пациентов основной группы составил $56,2 \pm 4,8$ лет, группы сравнения – $55,9 \pm 5,8$ лет. В качестве контроля выступили относительно здоровые люди (доноры станции переливания крови). Проводили забор венозной крови для получения сыворотки. Содержание нитритов определяли методом Грисса с последующей спектрофотометрией на СФ-46 при длине волны 560нм. Для определения нитратов проводили их предварительное восстановление цинковой пылью. Оптическую плотность измеряли с помощью СФ-46 при длине волны 540нм. Статистическую обработку данных проводили пакетом программ Microsoft Office Excel и «Statistica 10.0», оценку групп сравнения проводили по критерию Стьюдента. Результаты расценивались как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Исследованием установлено, что в двух группах пациентов содержание метаболитов оксида азота превышало норму. В сыворотке крови больных основной группы содержание нитритов составляло $7,45 \pm 0,09$ мкг/мл, нитратов – $11,37 \pm 0,08$ мкг/мл, что достоверно превышало показатели контрольной группы в 1,84 раза и 2,15 раза соответственно ($p < 0,05$). В группе сравнения количество нитритов составило $8,98 \pm 0,1$ мкг/мл, нитратов – $12,18 \pm 0,1$ мкг/мл, что достоверно превысило контроль в 2,21 раза и 2,3 раза ($p < 0,05$). В свою очередь, в группе больных без СД среднее количество оксида NO в 1,2 раза выше, чем у больных с сочетанной патологией ($p < 0,05$). Полученные данные могут указывать на более низкую активность воспалительного процесса у больных с обострением ХП на фоне СД 2 типа, что свидетельствует о перегруженности системы иммунной защиты и несовершенности иммунного ответа у лиц с СД. Также можно предположить, что активизация хронического пиелонефрита во многом зависит от стабильности сахарного диабета и эффективности его терапии. В свою очередь активное течение пиелонефрита способствует декомпенсации сахарного диабета.

Закключение. Уровень активных форм оксида азота значительно повышается как у лиц с хроническим пиелонефритом, так и у лиц с сочетанной патологией (обострением хронического пиелонефрита на фоне сахарного диабета II типа). Более низкие концентрации активных форм монооксида азота у пациентов с сочетанной патологией по сравнению с пациентами группы сравнения могут указывать на более низкую активность воспалительного процесса у больных с обострением хронического пиелонефрита на фоне сахарного диабета II типа.

Список литературы

1. Бачурин, Г. В. Современные аспекты проблемы лечения урологических больных с сопутствующим сахарным диабетом / Г. В. Бачурин // Запорожский медицинский журнал. – 2007. – № 1. – С. 70–72.
2. Курапова, М. В., Низямова А.Р. Современное состояние проблемы эндотелиальной дисфункции при хронической почечной недостаточности (Обзор литературы) / М. В. Курапова, А. Р. Низямова // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. – № 1–2. – С. 55–56.
3. Karalliedde, J., Endothelial factors and diabetic nephropathy / J. Karalliedde, L. Gnudi // Diabetes Care. – 2011. – Vol. 34 (2). – P. 291–296
4. Покровский, В. И., Оксид азота, его физиологические и патофизиологические свойства / В. И. Покровский, Н. А. Виноградов // Терапевтический архив. – 2005. – № 1. – С.82–87.
5. Титов, В. Ю., Особенности метаболизма оксида азота в норме и при воспалении / В. Ю. Титов, А. Н. Осипов, М. В. Крейнина // Биофизика. – 2013. – № 58 (5). – С. 57–70.
6. Сомова, Л. М., Оксид азота как медиатор воспаления / Л. М. Сомова, Н. Г. Плехова // Вестник ДВО РАН. – 2006. – № 6. – С. 7–80.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕЛИОТРИННЫЙ ГЕПАТИТ И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕЙЕРОВЫХ БЛЯШЕК

Хасанов Б.Б., Султанова Д.Б., Орипова Н.А.

Бухарский Государственный медицинский институт

При современных неблагоприятных экологических условиях решение проблемы токсических поражений человека является актуальной задачей современной медицины. Известно, первой при поступлении токсических веществ поражается печень, а затем и органы пищеварения. Пейеровы бляшки или групповые лимфатические узелки составляют часть иммунной системы тонкого кишечника, которым принадлежит значительное место как по массе лимфоидной ткани, так и функциональной роли, в обеспечении иммунной защиты слизистых оболочек [2,3]. Тем не менее, некоторые морфофункциональные аспекты ответной реакции ПБ на токсическое воздействие остаются малоизученными.

Материал и методы исследования. Работа проведена на белых лабораторных крысах самцах линии «Вистар» массой 150-170 г. В работе использовалась модель хронического гелиотринного гепатита [1]. Материалом для исследования служили Пейеровы бляшки крыс на 40-, 60- и 90-е сутки хронического экспериментального гепатита. Для светооптических исследований ПБ фиксировали в жидкостях Карнуа и Буэна, после соответствующей проводки материал заливался в парафин, полученные срезы окрашивались гематоксилин-эозином, на которых проводились морфометрические исследования. Для проведения цитометрических исследований использовались полутонкие срезы, окрашенные метиленовым синим и основным фуксином. Для электронно-микроскопических исследований материал фиксировали в 2,5% растворе глутаральдегида и 1% растворе осмиевой кислоты и после обезвоживания заливали в Араалдит. Ультратонкие срезы после контрастирования в уранил-ацетате и цитрате свинца, просматривались на электронном микроскопе JEM-100S. Для выявления достоверности различий результатов исследований в опытных и контрольной группах животных определяли коэффициент Стьюдента (t), возможность разницы выборок (p) и доверительный интервал средней. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты исследования и обсуждение. Исследованы структурно-функциональные изменения ПБ половозрелых крыс при хронической гелиотринной интоксикации. Изменения ПБ свидетельствовали о выраженном дисбалансе между В- и Т-зависимыми структурно-функциональными зонами органа. Гелиотринная интоксикация приводила к снижению темпов миграции лимфоцитов в эпителий ПБ. В частности, на 60 сутки экспериментов число МЭЛ в эпителии купола на 47%, а в эпителии крипт на 40% было ниже контрольных показателей. К 90 дню опытов уменьшение числа МЭЛ соответственно составляла 58% и 60% от контроля. Вместе с тем, общее количество ПБ и число ЛФ в них в динамике гелиотринного гепатита прогрессивно увеличивалось. При этом площадь ЛФ с ГЦ и без них увеличивалась соответственно в 1,9-3,4 раза относительно контрольных данных. И напротив, отмечено уменьшение площади межфолликулярной Т-зависимой зоны, которая в 2-3 раза оказалась ниже контрольных цифр. Аналогичным образом отмечено уменьшение площади купола, которая является смешанной Т-и В-зависимой зоной.

Токсическое воздействие сопровождалось также выраженными изменениями соотношения клеток в различных структурно-функциональных зонах ПБ. В В-зависимых зонах ПБ увеличение общей площади их сопровождалось многократным возрастанием лимфобластов, пролимфоцитов, макрофагов и плазматических клеток, которые в среднем в 2,5-4,5 раза превышали показатели контроля. Исследование митотической активности клеток различных зон ПБ показало прогрессивное увеличение числа митозов в В-зависимых зонах в 1,5-2 раза превышающие контрольные показатели. И напротив, в межфолликулярной зоне митотическая активность клеток в среднем на 28-30% была ниже контрольного уровня. Это сопровождалось высокой частотой деструкции клеток лимфоцитарного ряда, что подтверждалось при электронно-микроскопических исследованиях. Электронномикроскопически в В-зависимых зонах выявлялись многочисленные макрофаги и плазматические клетки с признаками деструкции органелл.

Вывод. Таким образом, при хронической гелиотринной интоксикации в ПБ происходит нарушение равновесия между Т- и В-звеньями, обуславливающее пролиферацию В-зон с последующей гиперплазией, гипертрофией этих зон и образованием многочисленных клонов плазматических клеток; эти изменения предположительно, являются одним из морфологических проявлений аутоиммунных нарушений в организме, при хронической гелиотринной интоксикации.

Список литературы

1. Абдуллаев, Н.Х. Печень при интоксикации гепатотропными ядами. / Н.Х.Абдуллаев, Х.Я.Каримов. – Ташкент.: Медицина. – 1989. - 140 с.
2. Юлдашев, А.Ю. Возрастные особенности строения лимфоидных узелков тонкой кишки крыс / А.Ю.Юлдашев, З.А.Каххаров, М.А.Юлдашев, Н.У.Абдукаримова // Медицинский журнал Узбекистана. – 2006. – №1. – С.72-77.
3. Гусейнова, С.Г. / Морфологические изменения в лимфоидных узелках тонкой кишки при дегидратации // Морфология. – 2010. – Том 38, №5.– С.44-48.

ПРОТОВОКАЯ СИСТЕМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСТОЧНИК ПУТИ КОРРЕКЦИИ СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Худоярова А.Г., Байбекова Г.Д., Гладышев Е.А.

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 протокой системы железы, с выделением в ее составе вставочных, внутридольковых и междольковых протоков. В современной литературе описано четыре типа клапанов: створчатые, полипообразные, угловые, запирающие мышечно-эластические подушки главного выводного протока. 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. 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.

Учитывая актуальность данной проблемы, перед нами была 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.

Нами показано, что раздражение механорецепторов главного протока влияет на дуктомерную и ацинарную секрецию, компоненты которой при этом изменяются в разной мере.

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. 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.

Вывод. 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.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АСИММЕТРИИ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Шепетюк М.Г., Кузнецов И.И., Осипова А.В.

Научные руководители: Чаплыгина Е. В., Каплунова О. А.

Ростовский государственный медицинский университет

Результаты измерений, полученные на КТ, были признаны точными и сопоставимыми с результатами антропометрического анализа мацерированного черепа [2, 3, 6]. Возможности спиральной КТ расширяют её клиническое применение у пациентов с черепно-лицевой асимметрией [4, 5].

Цель. Выявление типовых, возрастных и половых особенностей асимметрии лицевого отдела черепа у жителей юга России.

Материалы и методы. Проведен анализ компьютерных томограмм 104 пациентов обоего пола и различного возраста (16-88 лет), выполненных на мультисрезовом спиральном рентгеновском компьютерном томографе «Brilliance 64 Slice» по поводу предполагаемой сосудистой патологии головного мозга. Измерения производили с использованием стандартной цифровой линейки рабочей станции компьютерного томографа. На спиральных компьютерных томограммах с помощью «веерного» метода [1] в верхнем, нижнем и боковом «веерах» оценивали 27 линейных размеров с каждой стороны. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с применением программы «Excel». Определяли среднее значение этих показателей, вычисляли степень различий между ними [1] и степень выраженности асимметрии (1δ, 2δ, 3δ – слабая, средняя и сильная степени).

Результаты и обсуждение. В общей выборке преобладает асимметрия средней степени выраженности между средними показателями расстояний от точки назион до точки инфраорбитале в «верхнем» веере.

При распределении материала в зависимости от типа мозгового черепа степень различий между средними показателями расстояний в верхнем и боком «веере» наиболее выражена справа у лиц с брахикранным типом черепа (1δ= 68%, 2δ=29%, 3δ=3%). В нижнем «веере» степень различий наиболее выражена слева у лиц с долихокраним типом черепа (1δ= 65%, 2δ=32%, 3δ=3%).

При распределении материала в зависимости от типа лицевого черепа степень различий между средними показателями расстояний в верхнем «веере» наиболее выражена справа при всех типах лицевого черепа. В нижнем «веере» степень различий наиболее выражена слева у мезенов (1δ= 69%, 2δ=27%, 3δ=3%). В боковом «веере» эта степень различий наиболее выражена справа у зуриенов (1δ= 69%, 2δ=27%, 3δ=4%) и лептенов (1δ= 68%, 2δ=29%, 3δ=3%).

При распределении материала в зависимости от пола степень различий между средними показателями расстояний в верхнем и боковом «веере» наиболее выражена справа у мужчин (1δ= 65%, 2δ=29%, 3δ=6%). В нижнем «веере» степень различий наиболее выражена слева у женщин (1δ= 66%, 2δ=32%, 3δ=2%).

При распределении материала в зависимости от возраста выявлена средняя степень выраженности асимметрии. По сравнению с юношеским и зрелым возрастом степень асимметрии увеличивается в пожилом (1δ= 67%, 2δ=30%, 3δ=3%) и старческом возрасте (1δ= 66%, 2δ=32%, 3δ=4%).

Выводы.

В общей выборке у обследуемой группы лиц преобладают брахикранные черепа и черепа с широким лицевым отделом (зуриены), преимущественно с правосторонней асимметрией.

Степень асимметрии не имеет выраженных типовых отличий.

У мужчин преобладает правосторонняя асимметрия средней степени выраженности, а у женщин – слабой степени.

У лиц пожилого и старческого возраста по сравнению с юношеским и зрелым возрастом увеличивается асимметрия средней степени выраженности.

Список литературы

1. Гайворонский И. В., Дубовик Е. И., Крайник И. В., Дергачева Е.А. Асимметрия лицевого черепа у взрослого человека и возможности ее оценки. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2009; 1(25): 140-144.
2. Мареева О.В., Николенко В.Н., Мареев Г.О., Алешкина О.Ю., Маркеева М.В., Данилова Т.В., Федоров Р.В. Компьютерная краниометрия с помощью современных технологий в медицинской краниологии. Морфологические ведомости. 2015. № 1(25) .- С. 49-54.
3. Dos Santos R.M.G., De Martino J.M., Haiter Neto F., et al. Cone-beam computed tomography-based three-dimensional McNamara cephalometric analysis. Jornal of Craniofacial Surgery. 2018; 29 (4): 895-899.
4. Jiang X., Zhang Y., Bai S., et al. Three-dimensional analysis of craniofacial asymmetry and integrated, modular organization of human head. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2017; 10 (8): 11424-11431.
5. Ko E.W.-C., Lin C.-H., Chen Y.-A, et al. YEnhanced Surgical Outcomes in Patients With Skeletal Class III Facial Asymmetry by 3-Dimensional Surgical Simulation. Jornal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2018; 76 (5): 1073-1083.
6. Zhang D., Wang S., Li J., et al. Novel method of constructing a stable reference frame for 3-dimensional cephalometric analysis // American Jornal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2018; 154 (3): 397-404.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОДИАБЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СИОФОР И ГЛИКЛАЗИД НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Шокиров Б.С.

Бухарский государственный медицинский институт

Анализ статистических данных у больных сахарным диабетом по Бухарской области показывает, что несмотря на проводимые лечебные и профилактические мероприятия за последние годы заболеваемость диабетом быстро растет [1, 4]. В частности, если число пациентов с диабетом в 2010 году составило 991, а в 2018 году их число выросло до 2002 или более чем удвоилось. В то же время общая заболеваемость увеличилась на 69,1%. Сравнение заболеваемости сахарным диабетом показывает, что это увеличение в основном связано с сахарным диабетом 2 типа.

В частности, в 2018 году количество больных увеличилось в 2,3 раза по сравнению 2010 годом, тогда как число пациентов с диабетом 1 типа имеет тенденцию к снижению. Анализ заболеваемости по полу показывает, что если 38,4% от общего числа пациентов составляли мужчины, тогда как большинство пациентов – 61,6% составляли женщины, то есть заболевание сахарным диабетом актуально и требует дальнейшего экспериментального исследования.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния перорального приема противодиабетических препаратов (сиофор, гликлазид) на структурно-функциональные

особенности толстого кишечника на фоне экспериментального стрептозотоцинового и аллоксанового сахарного диабета.

Материал и методы исследования. В эксперименте были использованы половозрелые самцы белых беспородных (100 шт) массой 150-170 грамм по общепринятой методике [2, 4]. Животные усыплялись эфирным наркозом, затем декапитировались на первом месяце экспериментального сахарного диабета. Без лечения и после лечения пероральными препаратами (сиофор, гликлазид). Для исследования использовались кусочки толстого кишечника. Материал фиксировался в жидкостях Буэна и Карнуа, после обезвоживания заливался в парафин, морфологические исследования проводили на парафиновых срезах 5-7 мк при окраске гематоксилин-эозином и ШИФ реактивом. Уровень гликогена исследовали общепринятыми методами. Экспериментальные данные подвержены статистической и аналитической обработке. Значимость различий между группами выявляли с помощью t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты. При исследовании морфологии толстого кишечника на фоне экспериментального диабета удалось установить, что нет принципиальной разницы между экспериментальной моделью диабета со стрептозотоцином и аллоксаном, но было обнаружено, что гипергликемия намного выше в модели стрептозотоцина, которая близка к таковой при естественном сахарном диабете.

В течение одного месяца экспериментального сахарного диабета морфологические изменения наблюдались во всех отделах толстого кишечника. В слизистой оболочке отмечалось увеличение количества бокаловидных клеток, кистозных изменений в нижней части полости большинства крипт, уменьшении общей длины крипты, увеличение инфильтрации слизистой оболочки клетками лимфоидного ряда и отечность мышечной оболочки в области Ауэрбаховского нервного сплетения. Эти, отмеченные нами морфологические изменения могут быть следствием начавшихся атрофических изменений слизистой оболочки толстого кишечника и нарушением ее моторики. Однако, значительное снижение гипергликемии и уменьшении патоморфологических изменений в слизистой толстого кишечника наблюдались при пероральном приеме противодиабетических препаратов (сиофор, гликлазид). В частности отмечается относительное снижение количества бокаловидных клеток слизистой оболочки, увеличение удлинение крипт, появление в них значительного числа эпителиальных клеток с фигурами митоза и отсутствие признаков отека нервного сплетения Ауэрбаха в соединительной ткани мышечной оболочки толстой кишки. Отмечено, что такие изменения были более выраженными, при применении препарата сиофор, нежели при лечении препаратом гликлазид.

Заключение. Таким образом, в результате нашего исследования установлено, что пероральные противодиабетические препараты, наряду с гипогликемическими эффектами, способствуют позитивным изменениям в морфологии толстой кишки. В связи с этим, использование пероральных противодиабетических препаратов, которые влияют на рецепторы инсулина и повышают их сродство, относится к числу перспективных методов лечения диабета.

Список литературы

1. Абидов, А.А. Сахароснижающие препараты растительного происхождения и их эффективность на обмен глюкозы / А.А. Абидов // Сб. Современные проблемы биохимии и эндокринологии: Матер. науч.-практ. конф. с международным участием, посвящ. 90-летию со дня рождения Я.Х. Туракулова. – Ташкент, 2006. – С. 87-88.
2. Аметов, А.С. Современные аспекты сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом 2 типа: использование Галвуса в клинической практике: научное издание / А. С. Аметов, Е. В. Карпова // Диабет. Образ жизни. – 2009. – №5. – С. 32-34.

3. Nawa, A. Regulatory action of nitric oxide syntheses on ileal P-glycoprotein expression under streptozotocin-induced diabetic condition. / A. Nawa, W. Fujita-Hamabe, Tokuyama S. Biol. Pharm. Bull. – 2011. – №34 (3). – P. 436-8.

4. Neu, J. / Changes in intestinal morphology and permeability in the biobreeding rat before the onset of type 1 diabetes. J. Neu, C.M. Reverte, A.D.Mackey, K.Liboni, L.M.Tuhacek-Tenace, Hatch Li., N. Caicedo R.A., Schatz D.A., Atkinson M. // 1. J Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2005. – №40 (5). – P. 589-595.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ЕЕ КОМПЛЕКСНОЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Якименко В.В., Кешвединова А.А.

Научный руководитель: Ткач В. В

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского "КФУ им. В.И. Вернадского»

Головная боль (ГБ) – самая частая жалоба среди пациентов, обращающихся за помощью к различным специалистам. Частота встречаемости по различным данным составляет от 7 до 93% в популяции [1,2]. Согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (ICHD-3) ГБ подразделяют на первичные и вторичные (симптоматические). Среди первичных ГБ выделяют головную боль напряжения (ГБН), мигрень, кластерную головную боль и другие [3]. Особо актуальной проблемой ГБН является для студентов, так как может стать причиной снижения работоспособности и успеваемости, повлиять на взаимоотношения с окружающими, привести к значительному социально-экономическому ущербу общества.

Цель исследования: оценить распространенность и комплексное влияние ГБН на качество жизни студентов-медиков.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование 120 студентов-медиков с помощью опросника, включающего в себя основные вопросы характеристики головной боли и влияния ее на качество жизни (Индекс HIT-6). Используя госпитальную шкалу HADS, оценили уровни тревоги и депрессии, при помощи шкалы HART Index определили влияние ГБН на интеллектуальную активность респондентов. Интенсивность боли оценивали от 0 до 10 баллов исходя из показателей визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Студенты, характеристика ГБ которых соответствовала критериям мигрени, были исключены нами из дальнейшего исследования. Для оптимизации обработки полученных данных участники были поделены на группы на основании гендерных различий. С целью интерпретации данных пользовались методами описательной статистики с помощью программного обеспечения Microsoft Excel 2017.

Результаты и обсуждение. Из 120 опрошенных респондентов (юношей - 58, девушек - 62), возрастом от 19 до 31 года (в среднем – 20,4 года) головная боль напряжения согласно критериям выявлена у 84 (70 %) студентов.

В первую группу вошли 42 студента мужского пола. Продолжительность головной боли напряжения: у 8 (19%) студентов составляет до 30 минут, у 12 (28,6%) около 1 часа, у 13 (31%) составила 1,5 часа, у 9 (21,4%) – более двух часов. Сопровождается болезненностью прекарниальных мышц у 20 (47,6%) респондентов, ее отсутствием – у 22 (52,4%). Головная боль напряжения определена у 24 (57,1%) участников как нечастая эпизодическая, у 15 (35,7%) – как частая эпизодическая, и у 3 (7,2%) – как хроническая форма.

По ВАШ самая частая оценка равна 5 и 3 баллам (11 (26,2%) и 10 (23,8%) ответов соответственно). По поводу ГБН 18 (42,9%) студентов принимали лекарства 1-2 раза за

последний месяц, 4 (9,5%) – 6-10 раз за этот же период времени. 50% студентов испытывали усталость различной степени выраженности, у 12 (28,6%) респондентов проблемы со сном из-за ГБН. Уровень тревоги 27 (64,3%) респондентов оценили от 0 до 7 баллов, что соответствует показателям нормы, 10 (23,8 %) – от 8 до 10 баллов (субклинически выраженные симптомы) и 5 (11,9%) – более 11 баллов (клинически выраженные симптомы). Уровень депрессии – 24 (57,1%) обследуемых оценили от 0 до 7 баллов, что соответствует показателям нормы, 14 (33,3%) – от 8 до 10 баллов (субклинически выраженные симптомы) и 4 (9,5%) – более 11 баллов (клинически выраженные симптомы).

Вторую группу составили 42 студента женского пола. Продолжительность ГБН: у 3 (7,1%) – менее 30 минут, у 6 (14,3) – около 1 часа, у 12 (28,6%) – около 1,5 часов и у 21 (50%) студенток составила более двух часов. Болезненность прекарниальных мышц была у 8 (19%), отсутствовала у 34 (81%) девушек. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения определена у 28 (66,7%), частая – у 13 (31%), хроническая – у 1 (2,4%). По ВАШ самая частая оценка равна 4 и 5 баллам - 11 (26,2%) ответов соответственно. По поводу ГБН 22 (52,4%) респондента 1-2 раза за последний месяц принимали лекарства, 4 (9,5%) – от 6 до 20 раз за этот же период времени. 38 (90,5%) участниц анкетирования испытывали усталость, а 15 (35,7%) – проблемы со сном из-за ГБН. Уровень тревоги 21 (50%) участниц оценили от 0 до 7 баллов, что соответствует показателям нормы, 15 (35,7%) – от 8 до 10 баллов (субклинически выраженные симптомы) и 6 (14,3%) – более 11 баллов (клинически выраженные симптомы). Уровень депрессии – 8 (19%) девушек оценили от 0 до 7 баллов, что соответствует показателям нормы, 8 (19%) – от 8 до 10 баллов (субклинически выраженные симптомы) и 4 (9,5%) – более 11 баллов (клинически выраженные симптомы).

Заключение. ГБН является достаточно распространенной проблемой у лиц молодого возраста. Частота и наличие болезненности прекарниальных мышц более выражены у студентов 1-й группы, а продолжительность и интенсивность по ВАШ – у 2-й. Наиболее частый прием медикаментов для снятия ГБН выявлен у девушек, что является фактором риска развития абзусной головной боли. Усталость, проблемы со сном и наличие тревоги чаще встречаются среди 2-й группы, а признаки депрессии – среди 1-й.

Список литературы

1. Есин, Р.Г. Клинические особенности вариантов головной боли напряжения и принципы лечения / Р.Г. Есин, О.Р. Есин, М.В. Наприенко//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. –2010.–№ 9.–С. 22-24.
2. Осипова, В.В. Международные принципы диагностики головных болей: проблемы диагностики головных болей в России / В.В. Осипова, Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева // Вестник семейной медицины. – 2010. – № 2. – С. 8–18.
3. Heldarskard G.F., Kolding L.T. et al. Myofascial trigger points in migraine and tension-type headache // The Journal of Headache and Pain. — 2018. — 19. — P. 84.