МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – «СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ

СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСИВА
ИМ. Р.П. АСКЕРХАНОВА

М А Т Е Р И А Л Ы

66-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Махачкала, 21 мая 2018 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

**НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КЛАСТЕР
СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА – «СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ»**

**СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ
СОВЕТ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСИВА
ИМ. Р.П. АСКЕРХАНОВА**

М А Т Е Р И А Л Ы

66-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Махачкала, 21 мая 2018 г.

УДК 378 : 61 „ 66 ‘‘
ББК 5 г
В - 851

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
С.Н. Маммаев, ректор ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор;
Р.А. Атаханов, проректор по стратегическому развитию, кандидат экономических наук, доцент;
Р.К. Шахбанов, проректор по учебной работе, кандидат медицинских наук, профессор;
Н.Р. Моллаева, проректор по научной работе, доктор медицинских наук, доцент;
М.А. Хамидов, проректор по лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор;
М.Н. Меджидов, научный руководитель совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества им. Р.П. Аскерханова, доктор медицинских наук, доцент;
Э.А. Касаева, председатель совета молодых ученых и специалистов;
Г.Ф. Байрамова, председатель студенческого научного общества им. Р.П. Аскерханова.

Издается под общей редакцией научного руководителя Совета молодых ученых и специалистов и студенческого научного общества имени Р.П. Аскерханова, доктора медицинских наук, доцента **М.Н. Меджидова**

Материалы 66-й Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием. – Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2018.– 608 с.

В сборник вошли материалы научной конференции молодых ученых и студентов Дагестанского государственного медицинского университета, других медицинских вузов Российской Федерации в городах: Москва, Санкт-Петербург, Архангельск, Благовещенск, Владикавказ, Воронеж, Грозный, Екатеринбург, Иваново, Калининград, Киров, Курган, Нижний Новгород, Омск, Оренбург, Самара, Симферополь, Смоленск, Ставрополь, Тверь, Тюмень.

В материалах конференции также опубликованы научные работы молодых ученых и студентов медицинских вузов Белоруссии (г. Минск, г. Гомель, г. Гродно, г. Витебск), Казахстана (г. Астана, г. Семей), Киргизии (г. Бишкек), Узбекистана (г. Бухара, г. Андижан), Украины (г. Запорожье), а также ДНР (г. Донецк) и ЛНР (г. Луганск).

Материалы конференции охватывают широкий спектр научных направлений. Опубликованные работы представляют огромную ценность для широкого круга активной студенческой молодежи, молодых ученых (врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов), занимающихся научно-исследовательской деятельностью, а также для иных молодых специалистов.

ISBN 978-5-904292-41-6 © Даггосмедуниверситет, 2018

MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

**FEDERAL STATE BUDGETARY EDUCATIONAL INSTITUTION
OF HIGHER EDUCATION «THE DAGESTAN STATE MEDICAL UNIVERSITY»
MINISTRIES OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION**

**SCIENTIFICALLY-EDUCATIONAL MEDICAL CLUSTER
THE NORTH-CAUCASIAN FEDERAL DISTRICT – «NORTH-CAUCASIAN»**

**THE COUNCIL OF YOUNG SCIENTISTS AND EXPERTS
THE COUNCIL OF STUDENT SCIENTIFIC SOCIETY
NAMED AFTER R. P. ASKERKHANOV**

M A T E R I A L S

THE 66th
all-RUSSIAN
SCIENTIFIC CONFERENCE
YOUNG SCIENTISTS AND STUDENTS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Makhachkala, 21 may 2018

УДК 61:378.1(063)
ББК5:72
М341

EDITORIAL BOARD:
S. N. Mammaev, rector of the Federal state Budgetary Educational institution of Higher Education «Dagestan state medical University» of the Ministry of health of the Russian Federation, doctor of medical Sciences, Professor;
R. A. Atakhanov, Vice-rector for strategic development, candidate of economic Sciences, associate Professor;
R. K. Shakhbanov, Vice-rector for academic Affairs, candidate of medical Sciences, Professor;
N. R. Mollaeva, Vice-rector on scientific work, doctor of medical Sciences, associate Professor;
M. A. Khamidov, Vice-rector for medical work, doctor of medicine, Professor;
M. N. Medzhidov, scientific Director of the Council of young scientists and specialists and Student scientific society named after R. P. Askerkhanov, doctor of medical Sciences, associate Professor;
E. A. Kasaeva, the Chairman of the council of young scientists and experts**;**
G. F. Bayramova, the Chairman of student scientific society named after R. P. Askerkhanov.

It is published under the General editorship of the scientific Director of the Council of young scientists and specialists and student scientific society named after R. p. Askerkhanov, doctor of medical Sciences, associate Professor **M. N. Medzhidov**.

Materials of the 66th all-Russian scientific conference of young scientists and students with international participation. - Makhachkala: IPC DSMU, 2018.- 608 p.

The collection includes materials of scientific conference of young scientists and students of the Dagestan state medical University and other medical universities of the Russian Federation in the following cities: Moscow, Saint-Petersburg, Arkhangelsk, Blagoveshchensk, Vladikavkaz, Voronezh, Grozny, Yekaterinburg, Ivanovo, Kaliningrad, Kirov, Kurgan, Nizhniy Novgorod, Omsk, Orenburg, Samara, Simferopol, Smolensk, Stavropol, Tver, Tyumen.

In the conference proceedings also published scientific works of young scientists and students of medical universities of Belarus (Minsk, Gomel, Grodno, Vitebsk), Kazakhstan (Astana, Semey), Kyrgyzstan (Bishkek), Uzbekistan (Bukhara, Andijan), Ukraine (Zaporozhye), as well as DNR (Donetsk) and LNR (Lugansk).

The conference materials cover a wide range of scientific areas. The published works are of great value for a wide range of active students, young scientists (interns, clinical residents and graduate students) engaged in research activities, as well as for other young professionals.

ISBN 978-5-904292-41-6 © Daggosmeduniversitet, 2018

ТЕРАПИЯ

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

С.Г. Гамидова – аспирант

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность. Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) тесно связаны с социальными и психическими стрессами, сложными причинно следственными отношениями. Психосоциальные влияния, взаимодействуя с факторами наследственной предрасположенности, особенностями личности, типом нейроэндокринных реакций на жизненные трудности, могут изменять клиническое течение перечисленных выше заболеваний. Действие психосоциональных стрессов, провоцирующих внутренние конфликты и вызывающих адаптивную реакцию, может проявляться скрытно, под маской соматических расстройств, симптоматика которых схожа с симптоматикой органических заболеваний. В подобных случаях эмоциональные нарушения нередко не только не замечаются и даже отрицаются пациентами, но и не диагностируют врачами. До сих пор бытующее представление о СЗСТ, как о не представляющих угрозы для жизни, безусловно, является ошибочным. Во-первых, такие болезни из класса ревматических, как РА, СКВ, ССД, системные васкулиты и др., сохраняют весьма серьезный прогноз в отношении жизни пациентов, несмотря на достигнутые успехи в их ранней диагностике и интенсивном лечении.

Цель исследования. Оценить степень тревожно-депрессивных расстройств у больных ревматоидным артритом (РА) и установить взаимосвязь с тяжестью основного заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 144 больных с РА в возрасте от 18 до 65 лет, из них 70 (48,6 %) мужчин и 74 (51,4%) женщин. Все больные проходили стандартное клиническое обследование. Продолжительность заболевания менее 1 года выявлена у 26 больных (18%), от 1 года до 5 лет - у 44 (30,7%) и свыше 5 лет - у 74 (51,3%). Среди обследованных пациентов наследственность была отягощенной у 70 (49,3 %); имели семью 106 (73,9 %); имели высшее образование – 85 (59,7%) пациентов; положительный ревматоидный фактор (РФ) был выявлен у 108 (75%), отрицательный - у 36 (25%); повышение уровня антител к циклическому цитруллинированному пептиду отмечалось у 144 (100%) больных; повышение уровня СОЭ регистрировано у 96 (66,6 %) пациентов; СРБ выше нормы зарегистрирован у 144 больных (100%);уровень гемоглобина был ниже 120 г/л

у 102 пациентов (70%): анемия 1 степени - у 54 (52,9%), 2 степени - у 42 (41,3%) , 3 степени - у 6 (5,8%) пациентов; уровень лейкоцитов в крови варьировал в пределах от 3,5 до 17,5х10^9 г/л, при этом выше нормы определялось у 36 (25%) пациентов. При изучении нарушений функции суставов было обнаружено, что 1 ст. отмечалась у 43 (29,8%) пациентов, 2 ст. - у 66 (45,8%), 3 ст. - у 35 (24,3%) больных. При определении Rст: Rст.I выставлена 31 (21,5%), RстII- у 74 (51,6%), RстIII- у 39 (26,9%) пациентам.

Результаты исследования. При анализе данных шкалы Бека у 43 (30,3 %) больных не было выявлено депрессии (0–9 баллов). Легкая депрессия (10–15 баллов) была диагностирована у 22 (15,1 %), умеренная (16–19 баллов) - у 37 (25,5 %) и выраженная (20–29 баллов) – у 34 (23,2 %) пациентов. Тяжелая депрессия (более 30 баллов) регистрировалась у 8 (5,6 %) пациентов. Таким образом, умеренная и выраженная депрессия встречалась статистически значимо чаще, чем тяжелая депрессия – в 3,52 и 3,43 раза ($p<0,05$). Кроме того, получены данные о высокой подверженности к депрессии пациентов с высшим образованием - 85 (59%) пациентов и имеющих семьи - 106 (73,6%) пациентов, в отличие от тех пациентов, у которых данные факторы отсутствовали. При анализе данных шкалы Спилберга-Ханина выявлена, преимущественно, тревожность умеренная (31-34 балла) у 93 (64,1%) пациентов, низкая (до 30 баллов) и высокая (более 45 баллов) степень тревожности регистрировалась у 21 (15,2%) и 30 (20,7%) пациентов соответственно. Следует отметить, что умеренно выраженная тревожность наблюдалась практически в два раза чаще у тех пациентов, которые так же имели высшее образование и семьи. Вероятно, это связанно с тем, что более образованные люди чаще занимают должности, требующие высокой ответственности, глубже реагируют на возникающие проблемы, по сравнению с людьми, не имеющими серьезные должностные обязанности, следовательно, более склонны к стрессу, а постоянный стресс увеличивает вероятность развития депрессии и тревоги. Что касается высокого уровня депрессии и тревожности у семейных людей, тут можно говорить о высокой степени ответственности пациентов перед своей семьей и близкими, страх и стыд подвести их держит в постоянном напряжении, что так же усугубляет тревожно-депрессивное расстройство.

Кроме того, выявлена четкая, прямая, статистически значимая взаимосвязь ($p<0,05$) рентгенологической стадия (Rст) РА с выраженностью депрессии. Полученные результаты свидетельствуют, что с нарастанием Rст РА показатели депрессии достоверно увеличиваются, а выраженность тревоги, наоборот, ослабевает. В частности, по шкале Бека уровень депрессии у больных РА с Rст I был оценен в 5,73$\pm$0,38 баллов, при Rст II - 7,21$\pm$0,25 ($p<0,05$), Rст III - 8,02$\pm$0,33 ($p<0,01$) баллов. Тревожность при Rст I - 8,14$\pm$0,22 баллов, Rст II - 6,38$\pm$0,24* ($p<0,05$), при Rст III - 5,14$\pm$0,18 ($p<0,01$).

Такая характеристика патологического процесса, как длительность заболевания так же относится к факторам, предрасполагающим к тревожно-депрессивным расстройствам. Проведенный корреляционный анализ свидетельствует о наличии прямой умеренной связи между показателями депрессии и длительностью заболевания. Длительность заболевания менее 1 года соответствовал уровню депрессии 5,32±0,31баллов, от 1 до 5 лет - 6,88±019 ($p<0,05$), более 5 лет - 7,03±0,28 ($p<0,01$). Статистически значимой взаимосвязи уровня тревожности с длительностью заболевания выявлено не было.

Таким образом, в нашем исследовании установлено, что депрессия и тревожность способствуют прогрессированию воспаления, что может повлиять на соблюдение медицинских рекомендаций, течение и исход болезни. С учетом высокого уровня распространенности РА, необходимо проводить скрининг на присутствие депрессии и тревожности и при необходимости назначить лечение, направленное на коррекцию аффективных расстройств.

Выводы: 1. Для пациентов с РА характерна наиболее частая встречаемость умеренной и выраженной депрессии, а также умеренной степени тревожности.

2. У пациентов с РА с высоким социальным статусом и наличием семьи выраженная и тяжелая депрессия, а так же умеренная тревожность регистрировались значительно чаще в отличие от пациентов с низким социальным статусом и не имеющими собственные семьи.

3. У больных РА с выраженными воспалительными изменениями в крови, более длительным течением заболевания и высокой Rст умеренная и выраженная депрессия, а так же умеренно высокая тревожность встречаются чаще.

СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗЛИЧНОГО ПОЛА

Х.И. Ибрагимова - ассистент

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Артериальная гипертония (АГ) является важнейшим фактором риска ряда сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к увеличению заболеваемости и смертности населения. В России распространенность АГ среди взрослого населения составляет в среднем 39,2 % у мужчин и 41,1 у женщин, при этом в возрастных группах старше 60 лет распространенность АГ в 1, 5-2 раза выше. Одним из новых направлений оптимизации решения этой проблемы является изучение гендерных особенностей этиологии, патогенеза,

клинических проявлений АГ. Известно, что у женщин АГ развивается обычно на 10 лет позже, чем у мужчин и в основном после менопаузы. Период менопаузы сопровождается дефицитом эстрогенов, приводя к снижению концентрации в крови таких мощных вазодилататоров, как оксид азота и простациклин, а также в этот период увеличивается секреция эндотелина-1 (ЭТ-1), способствуя увеличению реабсорбции натрия в почках и усилению оксидативного стресса.

Изучение гендерных особенностей роли ЭТ-1, а также гормонального статуса у женщин в регуляции артериального давления (АД)позволят оптимизировать терапевтический подход при лечении АГ с учётом гендерных особенностей механизмов развития этого заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности суточного профиля и содержание ЭТ-1 в сыворотке крови у больных эссенциальной АГ (ЭАГ) в зависимости от пола и возраста, а также влияние монотерапии ирбесартаном на изучаемые показатели.

Материал и методы исследования. В исследование включено 120 больных ЭАГ I стадии, 1 и 2 степени, в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст 51,2±11,4), из них 60 женщин (50%) и 60 мужчин (50%). Все пациенты были разделены на 4 группы: первая группа – 30 женщин в возрасте до 50 лет (средний возраст 40,5±8,6), без признаков менопаузы, вторая группа – 30 женщин в постменопаузе в возрасте старше 50 лет (средний возраст 59,8±7,9), третья группа – 30 мужчин в возрасте до 50 лет (средний возраст 42,6±4,7), четвертая группа – 30 мужчин старше 50 лет (средний возраст 58,4±7,1). Группу контроля (ГК) составили 45 практически здоровых лиц без АГ в возрасте от 22 до 56 лет: 24 женщин и 21 мужчина (средний возраст 49,6±3,7).

Таблица 1

Основные характеристики обследованных больных

Параметры	Женщины (n=60)		Мужчины (n=60)		ГК
	до 50 лет (n=30)	старше 50 лет (n=30)	до 50 лет (n=30)	старше 50 лет (n=30)	n=45
Возраст, лет	40,5±8,6	59,8±7,9*	42,6±4,7	58,4±7,1*	45,6±1,9
Ср. САД, мм.рт.ст.	145,3±1,9**	168,6±2,6**	148,9±2,1**	158,1±2,7**	119,6±7,5
Ср. ДАД, мм.рт.ст.	92,7±7,2**	90,7±4,3**	95,4±5,5**	89,5±6,4*	75,8±4,9
Ср.ПАД, мм.рт.ст.	47,9±3,7	61,1±4,05**	54,9±2,6*	57,1±3,6*	42,6±10,2
ЭТ-1, фмоль/мл	1,5±0,7*	10,3±3,1***	1,7±0,7**	6,7±0,9***	0,8±0,8

*Примечание: *p<0,05 , **p<0,01,***p<0,001 – по сравнению с контрольной группой*

Всем больным проводилось клинико-лабораторные и инструментальные исследования. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось аппаратом «Валента» («Санкт-Петербург», Россия). Для исследования функции эндотелия определяли уровень ЭТ-1 в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора «Эндотелин-1-21» («BiomedicaMedizinprodukteGmbH&co», Австрия). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программ «Microsoft Excel XP» и «Statistica 10.0».

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов старших возрастных групп средние значения САД были достоверно выше ($p<0,001$), причем у женщин наблюдалась тенденция к более высоким цифрам АД, чем у мужчин ($p<0,01$). Среднесуточное САД у женщин в постменопаузе достоверно ($p<0,01$) выше, чем у женщин в возрасте до 50 лет и у мужчин в 3-й, 4-й группах ($p<0,01$). Среднесуточное ДАД в сравниваемых группах достоверно не отличалось между собой ($p>0,05$). При анализе среднесуточных значений пульсового АД (ПАД) было выявлено его достоверное повышение в группе женщин в постменопаузе ($p<0,01$) и в группах мужчин ($p<0,05$), по сравнению с ГК.

При исследовании сыворотки крови на содержание ЭТ-1 выявлено достоверноеповышение данного показателя во всех группах исследуемых больных, по сравнению с ГК. При оценке показателя ЭТ-1 в исследуемых группах у мужчин и женщин отмечалось его достоверное ($p<0,001$) повышение с возрастом. При проведении гендерного анализа, выявлено достоверное ($p<0,05$) повышение ЭТ-1 у женщин, по сравнению с мужчинами. Наибольшая концентрация ЭТ-1 была выявлена в группе женщин в постменопаузе, что достоверно ($p<0,001$) выше по сравнению с группой женщин до 50 лет и у мужчин 3-й, 4-й групп ($p<0,01$).Полученные нами результаты свидетельствуют, что ЭТ-1 может играть роль в развитии АГ у женщин в постменопаузе, что свидетельствует о максимальной выраженности эндотелиальной дисфункции (ЭД) и преобладании вазоконстрикторных эффектов эндотелина в период постменопаузы.

Из 120 пациентов с ЭАГ, включенных в исследование, были выделены 60 пациентов (30 мужчин и 30 женщин). После выполнения всех обследований у 60 пациентов группы наблюдения была начата гипотензивная терапия антагонистом рецепторов ангиотензинаII – Ирбесартаном. Все пациенты получали препарат в начальной дозе 150 мг в сутки. Подбор гипотензивной терапии проводили при динамическом наблюдении. В случае недостаточного эффекта доза препарата увеличивалась на 1\2 тб до 225-300 мг в сутки. Все исследования проводили до начала терапии и спустя 12 недель после нее.

Таблица 2

Динамика основных параметров СМАД у пациентов исходно и через 3 месяца после лечения.

Группа лечения (n=60)	САД, мм.рт.ст		ДАД, мм.рт.ст		ПАД, мм.рт.ст	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Группа 1 (n=15)	143,9±4,6	121,2±5,3	91,6±5,2	78,2±1,5	46,9±5,3	42,1±5,9
Группа 2 (n=15)	167,5±5,4	127,1±9,1	90,5±6,9	76,9±1,6	60,7±5,5	50,3±3,4
Группа 3 (n=15)	147,8±5,2	129,4±6,2	93,8±6,1	80,4±1,3	54,1±4,9	47,9±4,7
Группа 4 (n=15)	156,9±6,3	130,1±7,8	89,1±4,7	76,1±1,4	56,4±6,6	47,6±0,9

Примечание: # - данные представлены в виде M±SD;

Достичь целевых значений АД на фоне монотерапии ирбесартаном в течении 12 недель удалось у 56,6 % мужчин и 68,3 % женщин. Как у мужчин, так и у женщин с АГ, длительный прием Ирбесартана привел к достоверному ($p<0,05$) снижению САД, ДАД и ПАД к 12-й неделе лечения во всех группах. Анализ гендерных различий на фоне терапии выявил, что у женщин старше 50 лет САД снижалось на 24,1 % по сравнению с 17,1 % у мужчин соответствующего возраста. По отношению ДАД в исследуемых группах отмечались сопоставимые эффекты.

На фоне гипотензивной терапии отмечено достоверное снижение уровня ЭТ-1 во всех группах исследуемых больных, по сравнению с исходными данными (1,49±0,7 фмоль\мл и 1,1±0,2 фмоль\мл, $p>0,05$; 9,9±1.1 фмоль\мл и 6,2±0,3 фмоль/мл, $p<0,001$; 1,67±0,7 фмоль\мл, и 1,4±0,1 фмоль\мл, $p>0,05$;6,5±0,9 фмоль\мл и 4,4±0,2 фмоль/мл, $p<0,05$ до и после лечения соответственно).

Таким образом, показано наличие у ирбесартана положительного влияния на суточный профиль АД по результатам СМАД, а также на уровень ЭТ-1 у больных ЭАГ, причем эффективность терапии в большей степени выявлена у женщин в постменопаузе. Положительная динамика на фоне гипотензивной терапии позволяет контролировать АД, снижается уровень ЭТ-1 у больных вне зависимости от пола, однако эффективность терапии у женщин в постменопаузе выше.

ВЫВОДЫ

1. У больных ЭАГ выявлено достоверное повышение среднесуточных значений САД и ДАД во всех группах исследуемых больных, по сравнению с группой контроля.

2. У больных ЭАГ установлено достоверное повышение уровня ЭТ-1 во всех группах исследуемых, по сравнению с группой контроля, причем наибольшая его концентрация выявлена в группе женщин в постменопаузе. При проведении гендерного анализа установлено достоверное повышение ЭТ-1 у женщин, по сравнению с мужчинами.

3. Установлено, что терапия ирбесартаном сопровождается существенным улучшением суточных профилей АД по результатам СМАД как у мужчин, так и у женщин.

Во всех группах, исследуемых отмечается достоверное снижение САД, ДАД и ПАД, а также снижением уровня ЭТ-1, по сравнению с исходными данными. Гендерный анализ показал, что у женщин уровень АД и содержание ЭТ-1 снижалось в большей степени, чем у мужчин.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИИ

Д.З. Панахова - клинический ординатор

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность. В последнее время во всем мире отмечается непрерывный рост количества больных с хронической сердечной недостаточностью, что в первую очередь связано с успешным лечением и снижением летальности от острых форм ИБС, поскольку именно ИБС занимает ведущее место среди причин развития ХСН. Важной проблемой является своевременное выявление и терапия состояний, усугубляющих тяжесть ХСН, в частности анемии. У многих пациентов с ХСН отмечается анемия, причем, по данным литературы, в таких случаях анемия усугубляет тяжесть сердечной недостаточности и может вызвать ее прогрессирование. Согласно современным данным литературы, анемия обнаруживается примерно у 1/3 больных с ХСН, однако при тяжелой ХСН, особенно у больных с сопутствующей почечной недостаточностью, ее частота может достигать 50-80%. Особенно часто (до 80%) она развивается у больных с IV функциональным классом ХСН по NYHA, рефрактерных к медикаментозной терапии, тогда как при высокой толерантности к физической нагрузке (I-II ФК по NYHA) ее частота может не достигать 10%.

Цель исследования. Изучение влияния сопутствующей анемии на течение ХСН.

Задачи исследования.

1. Проанализировать распространённость и степень тяжести анемии у больных хронической сердечной недостаточностью.
2. Выявить клинические и лабораторные особенности больных ХСН со сниженным уровнем гемоглобина.
3. Изучить изменения показателей обмена железа у больных ХСН в зависимости от наличия или отсутствия анемии.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 30 больных,

страдающих ХСН, в возрасте от 58 до 76 лет (средний возраст 67,3 ±9,2 лет), находящих на стационарном лечении в 1-ом кардиологическом отделении РКБ г. Махачкалы. Среди них мужчин было 21 человек (70%), женщин – 9 человек (30%). В качестве сопутствующего заболевания учитывалась анемия.

Всем пациентам кроме общеклинического обследования: сбор анамнеза, изучение данных объективного статуса, общий анализ крови (гемоглобин, ЦП, эритроциты), проводился специальный комплекс исследования: биохимическое исследование крови с определением уровня сывороточного железа, ферритина, трасферина, насыщения трансферрина, ЭКГ, ХМ-ЭКГ, Эхо-КГ. Функциональный класс ХСН определялся с помощью теста 6-минутной ходьбы.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 10.0» (Statoft Inc., США).

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам проведённого исследования распространённость анемии у больных ХСН составила 23,3% (таблица 2). Сравнительно небольшая распространённость анемии, выявленная в исследовании, объясняется особенностями исследованной популяции: подавляющее число пациентов госпитализируются в РКБ в плановом порядке, часто без явлений декомпенсации ХСН, часть больных была госпитализирована по причинам, не связанным с ХСН, которая являлась лишь сопутствующим состоянием.

Снижение уровня гемоглобина у большей части обследованных было незначительным (таблица 1).

Таблица 1. Распределение больных ХСН с наличием сопутствующей анемии в зависимости от степени тяжести анемии

Степень тяжести анемии	**Абс. кол-во**	**% больных**
Легкая анемия (Hb 110-90 г/л)	4 чел.	57,1
Среднетяжелая анемия (Hb 89-70 г/л)	2 чел.	28,6
Тяжелая анемия (Hb 69 г/л и ниже)	1 чел.	14,3

Для выявления клинических и лабораторных особенностей анемии у больных ХСН был проведён сравнительный анализ больных в зависимости от наличия или отсутствия у них анемии (таблица 2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика больных ХСН в зависимости от наличия или отсутствия анемии

Параметр	**С анемией**	**Без анемии**
Число наблюдений	7 чел. (23,3%)	23 чел. (76,7%)

Дистанция шестиминутной ходьбы, м	271 [210;352]	329 [256;398]	
Стадия ХСН по Стражеско-Василенко			
1	0	0	
2А	1 чел. (3,3%)	7 чел. (23,3%)	
2Б	2 чел. (6,7%)	8 чел. (26,7%)	
3	4 чел. (13,3%)	8 чел. (26,7%)	
Функциональный класс ХСН по NYHA			
I	0	0	
II	2 чел. (6,7%)	6 чел. (20%)	
III	2 чел. (6,7%)	7 чел. (23,3%)	
IV	3 чел. (10%)	10 чел. (33,3%)	
Фракция выброса ЛЖ, %	37 [34;44]	39 [34;44]	
ЧСС в среднем	85	78	
Среднее САД, мм рт. ст.	130	130	
Среднее ДАД, мм рт. ст.	80	80	
Цветовой показатель (в среднем)	0,78	0,93	N= 0,86-1,05
Сывороточное железо, мкг/дл	50 [36;88]	89 [61,4;149]	N=33-150
Ферритин, мкг/л	93,5 [52,1;178,8]	99,7 [55,3;265,8]	N=100-300
Трансферрин, мг/дл	250 [240;270]	260 [250;270]	N=200-360
Насыщение трансферрина, %	19,7 [11,2;28,0]	27,2 [18,2;42,0]	N=20-45

Выводы.

1. Распространённость анемии среди больных ХСН оказалась сравнительно небольшой, что можно объяснить особенностями исследованной популяции.
2. Среди обследованных больных ХСН преобладала анемия легкой степени тяжести.
3. В исследованной группе больных наблюдалась прямая корреляционная связь между степенью тяжести ХСН и количеством больных с сопутствующей анемией, т.е. по мере увеличения тяжести ХСН увеличивалось количество больных с сопутствующей анемией.
4. У больных ХСН с наличием сопутствующей анемии показатель фракции выброса левого желудочка в среднем оказался ниже, чем у больных без анемии.
5. У всех обследованных концентрации сывороточного железа и трансферрина были в пределах нормы, но среди больных ХСН с сопутствующей анемией уровни ферритина и насыщения трансферрина были ниже, чем у больных без анемии, что говорит о том, что у больных с анемией наблюдался истинный дефицит запасов железа в организме.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И ИНДАПАМИДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Д.З. Панахова - клинический ординатор

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность. Как известно, главной задачей при лечении больного артериальной гипертензией (АГ) является достижение целевого уровня АД. Именно снижение артериального давления (АД) приводит к уменьшению частоты сердечно-сосудистых осложнений. Данные фармакоэпидемиологических исследований показывают, что не менее 2/3 от общего числа больных АГ получают комбинированную антигипертензивную терапию, но, несмотря на это, у многих из них целевой уровень АД не достигнут. Все большее практическое значение приобретает сравнение антигипертензивной эффективности как самих различных комбинаций, так и линейки ряда из них, имеющих низкие, средние и полные дозы гипотензивных препаратов в своем составе. При том что более 30 % больных АГ нуждаются в комбинированной двухкомпонентной антигипертензивной терапии, однако, стратегические подходы и алгоритм действий практического врача при ее неэффективности в настоящее время четко не отработаны.

Цель исследования: Сравнить эффективность фиксированной комбинации периндоприла 10 мг/индапамида 2,5 мг по сравнению с другими вариантами двухкомпонентной антигипертензивной терапии для достижения целевого артериального давления (АД) с учетом метаболических эффектов.

Материалы и методы исследования: В наше исследование было включено 80 пациентов (средний возраст 55,5 ± 10,8 лет) с артериальной гипертензией (АГ), находившихся на лечении в городских лечебных учреждениях г.Махачкалы, получавших два антигипертензивных препарата и не достигших целевого АД (< 140/90 мм рт. ст.). В динамике оценивали результаты СМАД, сывороточные уровни общего холестерина, глюкозы и калия. Этим пациентам было предложено сменить получаемую ими комбинацию антигипертензивных препаратов на фиксированную комбинацию периндоприла 10 мг/индапамида 2,5 мг. Через 2 месяца был произведён контроль достижения целевого уровня АД и определено влияние на метаболизм липидов и углеводов. Кроме того, было оценено количество пациентов, которые достигли целевого систолического (менее 140 мм рт. ст. и

при сахарном диабете менее 130 мм рт. ст.) и диастолического АД (менее 90 мм рт. ст. и при сахарном диабете менее 80 мм рт. ст.).

Результаты исследования: Назначение периндоприла 10 мг/индапамида 2,5 мг в фиксированных дозах позволило снизить среднесуточное систолическое и диастолическое АД на 20,3 и 19,6 % соответственно, среднее ночное систолическое и диастолическое АД — на 20,1 и 19,4 %, а также значительно уменьшить скорость подъема систолического и диастолического АД утром. Даже краткосрочное назначение антигипертензивной терапии (2 месяца) периндоприлом 10 мг/индапамидом 2,5 мг в фиксированной комбинации привело к улучшению метаболизма липидов и углеводов, что может быть объяснено тем, что каждый пятый пациент принимал 2,5 мг индапамида вместо 25 мг гидрохлортиазида.

Выводы: Замена двухкомпонентной комбинации антигипертензивной терапии на периндоприл 10 мг/индапамид 2,5 мг в виде фиксированной комбинации обеспечивает дополнительное снижение систолического и диастолического АД на 25 и 15 мм рт. ст. соответственно и благотворно влияет на общий уровень холестерина, глюкозы и гликозилированного гемоглобина.

КОРЕЛЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭАГ

Н.Б. Ханмурзаева - к.м.н., ассистент, Ханмурзаева С.Б. - аспирант

Кафедры фармакологии и неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Н. Маммаев

Актуальность. Одна из основных причин инвалидности и преждевременной смерти жителей индустриально развитых стран – это сердечно-сосудистая патология. Самое распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы – это эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ). Артериальную гипертензию называют «бичом» XXI века, с которым после 45 лет сталкивается каждый 10-й человек. На сегодняшний день актуально изучение патогенеза артериальной гипертензии и поражения органов-мишеней и роль в нем системного и локального воспаления. В отношении механизмов развития эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ) имеется большое количество фактических данных, которые сложно увязать в единую патогенетическую теорию. В настоящее время, развитие экспериментальных методик дает возможность исследовать роль различных цитокинов и клеточных популяций в течение ЭАГ. При всем этом, в условиях практической кардиологии недостаточно клинических исследований, которые позволяют экстраполировать имеющиеся

знания.

Исходя из этого **целью** исследования явилось изучение содержания цитокинов (вчСРБ, MCP-1, IP-10) в плазме крови у больных ЭАГ в зависимости от тяжести ЭАГ.

Материалы и методы. По результатам клинического, лабораторного и инструментального исследования было обследовано 158 пациентов, поступивших в кардиологическое отделение с диагнозом ЭАГ. Пациенты были разделены на группы в зависимости от стадии заболевания (пациенты с ЭАГ 1 стадия n=55, 2 стадия n=43 , 3 стадия n=60), и наличия метаболического синдрома (МС) (пациенты с метаболическим синдромом n= 45, пациенты без метаболического синдрома n=113). Каждому пациенту проводилось суточное мониторирование АД с анализом индекса времени артериальной гипертонии за сутки и показателей суточного ритма АД, также анализировались показатели маркёров воспаления (вчСРБ, IP-10, MCP-1, IL-10) в сыворотке крови нефелометрическим методом. Все пациенты получали антигипертензивную терапию в соответствии с Российскими рекомендациями «Диагностика и лечение артериальной гипертензии» (2010). Терапия проводилась до достижения целевого уровня АД, затем в динамике спустя 3 месяца производился анализ уровней маркёров воспаления вчСРБ, IP-10, MCP-1, IL-10.

Результаты исследования. Содержание провоспалительных маркеров вчСРБ ($p<0,05$), IP-10 ($p<0,05$) и MCP-1 ($p<0,05$) возрастает с утяжелением стадии АГ. Показана прямая корреляционная взаимосвязь между стадией течения ЭАГ и концентрацией IP-10 ($r=0,56$, $p=0,002$). В крови пациентов с метаболическим синдромом по сравнению с больными без МС наблюдалось повышение уровней вчСРБ ($p<0,05$) и MCP-1 ($p<0,05$), но не IP-10. По сравнению с пациентами без МС концентрация MCP-1 повышена ($p<0,05$) у пациентов с МС (подгруппа больных ЭАГ без поражения органов-мишеней). Нагрузку давлением среди анализируемых маркёров у больных ЭАГ отражает только MCP-1. Сопоставляя с теми, индекс времени которых менее 50% ($p<0,05$), концентрация маркёра MCP-1 выше у больных ЭАГ с зафиксированным индексом времени АГ при СМАД более 50% за сутки. По сравнению с пациентами с нормальной и недостаточной СНС выявлены повышенные концентрации маркеров вчСРБ ($p<0,05$) и IP-10 ($p<0,05$) у пациентов с нарушением суточного ритма АД (стойко повышенное АД ночью). Показано, что антигипертензивная терапия приводила к достижению целевых уровней АД, что сопровождалось снижением уровня провоспалительных маркеров в группах 1 и 2 MCP-1 (оба $p<0,05$) и в группе 3 вчСРБ ($p<0,05$) и повышением концентрации противовоспалительного цитокина IL-10 в группе 3 ($p<0,05$). Однако, статистически значимых корреляций уровня IP-10 не выявлено.

Выводы. Анализируя полученные результаты можно сделать вывод, что с утяжелением стадии ЭАГ, содержание провоспалительных цитокинов вчСРБ, MCP-1 и IP-10

возрастает. В исследовании выявлено достоверное повышение содержания вчСРБ и МСР-1 у больных АГ с метаболическим синдромом. Полученные корреляционные зависимости, по данным суточного мониторирования АД, свидетельствуют о том, что при утяжелении стадии ЭАГ и тяжести заболевания увеличивается содержание маркёров воспаления. У пациентов, достигших целевых уровней АД в условиях антигипертензивной терапии зарегистрировано улучшение показателей.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ И НЕ АССОЦИИРОВАННЫМ С ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МАХАЧКАЛЫ С 2015 ПО 2017 ГГ.

Л.Н. Мусаева - старший лаборант

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Э.М. Эседов

Актуальность. Хронический гастрит (ХГ) является наиболее распространенным заболеванием, диагностируемым практически у 40-50% взрослого населения земного шара [2]. По данным из различных регионов Российской Федерации, инфекция H. pylori обнаруживается у 65-92% взрослых [3]. Микрофлора желудка при хроническом гастрите представлена многочисленными видами бактерий (в виде бактериальных ассоциаций: Streptpccocusspp., Staphylococcusspp., Candida), причем Helicobacterpylori, как правило, не является доминирующим микроорганизмом, колонизирующим желудок, а выявленная в желудке мукозная микрофлора обладает адгезивностью и (в значительной части случаев) инвазивностью (в отличие от H. pylori) и патогенными свойствами, включая ее уреазную активность [1].

Цель: изучить структуру заболеваемости пациентов с хроническим неатрофическим гастритом (ХНГ), ассоциированным и не ассоциированным с инфекцией H.pylori, среди госпитализированных больных в отделение гастроэнтерологии Республиканской клинической больницы г. Махачкалы с 2015 по 2017 гг.

Материалы и методы. В исследование было включено 80 больных, поступивших в гастроэнтерологическое отделение нашего стационара с диагнозом ХНГ за последние 2 года, которым был проведен анализ на наличие инфекции H. pylori. Возраст больных составлял от 18 до 65 лет. Среди обследованных женщины составляли 58%, мужчины - 42%.

Диагностика ХНГ основывалась на проведении клинических, эндоскопических и гистологических методов исследований.

Результаты. Клиническая картина заболевания больных хроническим неатрофическим хеликобактерным гастритом (ХНХГ) и хроническим гастритом, не ассоциированным сН.pylori не имела существенных различий и характеризовалась в основном наличием ноющих болей в эпигастральной области, купирующихся после приема пищи либо курсовым приемом антисекреторных препаратов. По результатам гистологического заключения биопсийного материала из антрального и фундального отделов желудка у 62 человек (77.5%) H. pylori обнаруживали, у остальных 18 (22.5%) больных H. pylori оказался отрицательным.

Выводы. Несмотря на то, что на современном этапе развития гастроэнтерологии инфекции Helicobacter pylori придается главенствующая роль, и эрадикационная терапия при ХНХГ стала основополагающей, данные нашего небольшого исследования показывают, что практически у ¼ больных имелся ХНГ без H. pylori. Возможно, отсутствие инфекции H. pylori связано с предшествующим приемом антибиотиков до гистологического исследования. Однако, инфицированность Helicobacter pylori не является единственной причиной генеза ХНГ и вопрос остается открытым относительно этиологии данного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ГЛЮТЕИНЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИАКИИ

М.А. Омарова – студентка 602 группы лечебного факультета,

А.С. Абасова – ассистент

Кафедра госпитальной терапии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Э.М. Эседов

Введение. До недавнего времени глютеинчувствительную целиакию относили к крайне редко встречающейся патологии. В последние годы она перестала быть орфанной болезнью, что связано с целенаправленным обследованием больных с желудочно-кишечными симптомами и доступностью специфичных и гистологических обследований слизистой оболочки тонкой кишки. Тем не менее, клинические признаки целиакии на протяжении многих лет могут проявляться синдромами - масками: железодефицитной анемией при отсутствии генетических и приобретенных факторов дефицита железа, носительством хеликобактерий, функциональной диспепсией, не связанной с характером питания.

Цель. Изучить нетипичные проявления целиакии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 10 больных в возрасте от 14 до 64 лет с нетипичными проявлениями целиакии, из них 4 мужчины и 6 женщин. Длительность болезни - 7-10 лет (у одной больной 25 лет). Для установления диагноза использовались общеклинические лабораторно-инструментальные методы исследования для исключения других причин заболевания, а также определение в крови антител к глиадину, эндомизию и тканевой трансглутаминазе, гистоморфология биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки для подтверждения целиакии.

Результаты. После подтверждения диагноза целиакии и кратковременного назначения курсов глюкокортикоидов на фоне строгого соблюдения аглютеновой диеты удалось добиться стабильной клинической ремиссии у всех больных, в том числе при железодефицитной анемии, рефрактерной к лечению препаратами железа.

Выводы. Учитывая разнообразные клинические симптомы, врачам следует помнить о нетипичных проявлениях целиакии.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Э.Ф. Байрамова – студентка 516 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии № 1

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. С.О. Абдулкадырова

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

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

Материал и методы исследования. В исследование включены истории болезней 150 пациентов (75 женщин, 75 мужчин) с ХБП в возрасте от 29 до 80 лет на базе отделения артериальной гипертонии ГБУ РД «РКБ» в период с 12.08.2017 г. по 12.10.2017 г. Всем пациентам было проведено клинико-лабораторное обследование, а также биохимический анализ крови на выявление уровня креатинина и определение СКФ по формуле CKD-EPI.

Результаты исследования. При изучении историй болезни 150 больных было выявлено повышение уровня креатинина у 24 больных (18 мужчин, 6 женщин), из них иАПФ получали 14 пациентов. По результатам расчета скорости клубочковой фильтрации на основании уровня креатинина сыворотки крови, с учетом пола и возраста, выявлена ХБП: среди мужчин (от 29 до 80 лет) - 1ст. ХБП – 0%, 2ст. -16,5%, 3а ст.-67%, 3б ст.- 16,5%, 4 ст.- 0%, 5ст. – 0%; среди женщин (от 29 до 80 лет) - 1 ст. – 0%, 2 ст. – 0%, 3а ст. -16,5%, 3б - 67%, 4ст. – 0%, 5 ст. – 16,5 %.

Таким образом, среди мужчин наиболее часто встречающейся стадией ХБП является 3а стадия, а среди женщин - 3б стадия. У 12 из 14 пациентов, которые получали иАПФ, наблюдалось увеличение СКФ и нормализация уровня артериального давления.

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

СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА

А.Ч. Джапаров - студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Г.Э. Гаджиев

Актуальность. Это – болезнь, возникновение которого связано с молекулярно-генетическими изменениями в гене, регулирующем связывание непрямого билирубина с глюкуроновой кислотой в печени – УДФГТ1Ф1. В результате мутаций происходит замещение одних нуклеотидов другими в области промотора, или же кодирующих экзонов гена данного фермента. Клинически заболевание характеризуется повышением уровня непрямого билирубина. В связи с чем возникает необходимость дифференциального диагноза с другими заболеваниями печени включая и Синдром Криглера-Найяра. У таких больных отмечается периодическая желтуха, которая зудом не сопровождается,

астенический синдром (быстро наступающая усталость), дискомфорт в правом подреберье. Ранее диагноз орфанных заболеваний не всегда бывает возможен, это связано, как с недостаточной осведомленности врачей об этих заболеваниях, так и отсутствием доступных и валидных методов из диагностики, до недавнего времени к таким редким заболеваниям относили и Синдром Жильбера (СЖ), однако последние десятилетия в связи с повышением осведомленности враче об этом синдроме и появлением точных диагностических критериев обнаружено, что этот синдром не является таким редким, как это представлялось ранее. Если в прошлом диагноз СЖ ставился путем исключения других заболеваний с гипербилирубинемией, то в настоящее время имеется более точные генетические методы диагностики. На нынешнем этапе развития медицины, диагноз СЖ помогают подтвердить новые генетические методы исследования. Этиология СЖ на сегодняшний день точно известна .

Цель исследования. Получение дополнительного материала по эпидемиологии Синдрома Жильбера в Дагестане, в связи с расширением диагностических возможностей и повышением осведомленности врачей о сути этого заболевания.

Задачи исследования:определить частоту заболевания Синдромом Жильбера за последние два года и за 10-летний период с 2001 по 2010 годы, по данным гастроэнтерологического отделения железнодорожной больницы на станции Махачкала.

1. Изучить (роль наследственности) наличие СЖ в предыдущих поколениях, по вертикали и по горизонтали, а также спровоцированный СЖ, основные причины.

2. Изучить распространенность и возрастные показатели. Оценить значимость наследственного фактора по анамнестическим данным.

3. Изучить национальные и гендерные различия среди больных.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось в несколько этапов: 1. Изучение литературного материала; 2**.** Изучение архивного материала железнодорожной больницы на станции Махачкала за периоды: 2001-2010 гг. и 2016-2017 гг.; 3.Статистическая обработка материала.

Результаты исследования. За 2016-2017 гг., в гастроэнтерологическом отделении обследовалось и лечилось 8 больных составляет 1.1% с Синдромом Жильбера. Обращает на себя внимание, что ни у одного из этих больных диагноз СЖ не был установлен при амбулаторном обследовании. В отделении диагноз Синдрома Жильбера поставлен 8 больных путем исключения других заболеваний сопровождающихся гипербилирубинемией, а у трех диагноз был подтвержден выявлением генетических маркеров UGT1A1 . Частота встречаемости данного генотипа в европейской и азиатской популяции составляет; 2-10%. В ходе проведения ДНК-диагностики обнаружен генотип 7TA/7TA. Из них 6 мужчин и 2

женщин. По словам заведующего гастроэнтерологическим отделением за предыдущие годы больных с таким синдром не фиксировалось, также при проверке журналов госпитализации за 2012-2015 не было обнаружено такого синдрома.

Возрастной состав: Средний возраст больных 25 лет, с 1995-1998 годы.

Гендерные различия: В нашем случае 6 больных мужского пола и 2 женского.

Национальный состав: из 8 больных 3 кумыкской, 2 лезгинской, 1 даргинской, 1 русской, 1 аварской национальностей.

Роль наследственного фактора. По словам 3-х больных в их предыдущих поколениях были желтушные проявления. И у одного из них по линии отца имеется двоюродный брат с СЖ. По словам пятерых больных в их роду не было случаев проявления желтухи.

Заключение: В диагностике Синдрома Жильбера большое значение имеет осведомленность врачей об этом заболевании. На это указывает тот факт, что за 10-летний срок в отделении не был выявлен ни один больной с этим синдромом, об этом же говорит и то обстоятельство в амбулаторных учреждениях ни одному их выявленных 8 больных, диагноз не был выставлен. Синдром Жильбера чаще встречается у мужчин,чем у женщин в соотношении 1/3. Синдром Жильбера по нашим данным больше сосредоточен в южной части Дагестана: 2 больных с Магарамкентского, 1 с Дербентского, 2 с Карабудахкентского, 1 с Кайтагского, 1 с Кумторкалинского и 1 с Кизилюртовского районов.

ОСНОВНЫе ТРУДНОСТи ТЕРАПИИ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОлИТОМ

О.М. Анищенко – студентка 314 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. М.Ю. Серкова

Актуальность. Основной возраст людей имеющих данное заболевание от 20 до 40 лет, т.е. заболевание приходится на самый социально-активный период жизни. Необходимо учитывать, что важным является поддержание терапии на постгоспитальном этапе. Имеется мало данных омедикаментозном лечение неспецифического язвенного колита (НЯК) на постгоспитальном этапе.

Цель исследования. Проанализировать характер основных трудностей терапии на постгоспитальном этапе у пациентов с НЯК.

Материалы и методы. В исследование приняли участие 200 человек с диагнозом НЯК. Для сбора информации был составлен клинический опросник, состоящий из 36 вопросов.

Результаты. В исследовании приняли участие 200 больных с НЯК, из них 28,5% мужчин (57 чел), 71,5% женщин (143 чел). Наибольшее количество больных имеют возраст от 25 до 40 (25–30 – 22,5% (45чел), 30–35 – 19% (38чел), 35–40 – 18% (36 чел)). Оценили свой уровень жизни как средний – 69,7%, выше среднего – 13,4%, нижесреднего –16,9%. Среди опрошенных преобладало среднетяжелое течение заболевания у 53,68% (102 чел), легкое –31,58% (60 чел), тяжелое–14,74% (38 чел). Средняя длительность заболевания 6 лет. Диагноз НЯК был поставлен в среднем в возрасте от 20 до30лет–45,5%.Количество пациентов обратившихся за медицинскойпомощью сразу после первых проявлений заболевания составило 15,5 %, те, которые обратились за медицинской помощью в течении месяца – 11,5%, а все кто обратился после первого месяца – 73 %.32,6% больных указали на попытки самолечения. Самостоятельно отменяли медикаментозные препараты –51.8 % пациентов (109 чел), при этом в большинстве случаев самостоятельной отмены препаратов являлась их стоимость или недоступность – 35 % от числа отменивших прием, бросали по причине отсутствия результата – 22 %, подбирали себе лечение самостоятельно – 22 %, забывали употреблять – 21 %. 15 % пациентов вынуждены были обращаться к посредникам для покупки лекарственных средств за границей. Для большинства опрошенных важна стоимость лекарств – 88 % (176 из 200 чел), 83,5 % отмечают, что покупка препаратов влияют на их бюджет. Оценили свой уровень жизни как средний 69,7 % опрошенных, выше среднего – 13,4 %, ниже среднего – 16,9 %. Уровень стресса по 5-ти бальной шкале (5 – максимальный) оценили на 5 баллов – 27,8 %, 4 – 23,2 %, 3 – 33,8 %, 2 – 10 %, 1 – 3,3 %, 0 – 1,9 %.

Выводы. Основная проблема – доступность лекарств, оценили их как труднодоступные в аптечной сети – 71% опрошенных, 15% пришлось обращаться к посредникам для покупки границей. Для большинства покупка лекарств ощутимо влияет на бюджет – 83,5%. Вышесказанное указывает, что22% больных отменяли назначения врача и подбирали себе лечение самостоятельно.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

А.Г. Кокина - студентка 6 курса

Кафедра терапии

ФГБОУ ВО БФУ им. И. Канта, медицинский институт, Калининград, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Р.С. Богачёв

Актуальность. В настоящее время ввиду развития неотложной кардиологии смертность от ОКС и других жизнеугрожающих кардиологических патологий значительно уменьшилась. Однако неуклонно растет распространенность ХСН в популяции. При этом ишемическая болезнь сердца в клинических рекомендациях не позиционируется теперь как единственная причина развития сердечной недостаточности.

Цель исследования: анализ основных этиологических факторов хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка

Материалы и методы исследования. Обследовано 100 пациентов, находящихся на стационарном лечение в кардиологических отделениях Калининградской областной клинической больницы. Проведен сбор анамнеза, анализ медицинской документации, оценка результатов инструментальных исследований.

Результаты исследования. Для этиологического анализа пациенты по данным ЭхоКГ разделены на 3 группы в соответствии с современными клиническими рекомендациями по ХСН: с низкой фракцией выброса левого желудочка (8% пациентов) с промежуточной фракцией выброса левого желудочка (25% пациентов) и сохраненной фракцией выброса левого желудочка (67% пациентов). Далее соответственно СНнФВ, СНпФВ, СНсФВ.

Проанализированы причины развития ХСН в каждой из трех подгрупп, за основу взяты этиологические факторы, перечисленные в рекомендациях по ХСН European Societyof Cardiology.

Основными этиологическими факторами у пациентов с СНнФВ являются артериальная гипертензия (АГ) (100%), ишемическая болезнь сердца (75%) , ожирение и СД 2 с развитием вторичной кардиомиопатии (50%).

У пациентов с СНпФВ лидирующие позиции в качестве этиологических факторов также занимают АГ(100%) , ИБС(70%) и метаболические нарушения (72%) , однако наравне с ними отмечена фибрилляция предсердий (40%), которая может выступать как причина, так и осложнение ХСН. К причинам ХСН, встречающимся реже перечисленных, относятся: ДКМП (8%), ХБП С4-С5 (16%), наличие в анамнезе ЧКВ (16%), наличие в анамнезе АКШ (16%), ХОБЛ (8%), БА (8%).

Среди причинных факторов у пациентов с СНсФВ доминируют АГ (100%), ожирение (56%), ИБС(47%) и ФП (44%). Также в данной группе были выявлены и такие причины: наличие в анамнезе ЧКВ(17%) или АКШ (17%), врожденный порок сердца (аномальный дренаж легочных вен-2%), цитостатическая терапия в анамнезе (2%), ХОБЛ (8%), БА (8%).

У большинства пациентов было сочетание нескольких этиологических факторов, с доминированием АГ, ИБС, СД 2 типа, ФП и ожирение.

Выводы:

1) В структуре ХСН преобладает сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка, т.е. преимущественно диастолическая;

2) Самыми распространёнными причинами ХСН у обследованных пациентов были АГ у 100%, ИБС, СД 2 типа, ожирение, причем вклад в этиологию метаболических нарушений больше у пациентов с СНсФВ.

ПСИХОЭМОЦИНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

М.Р. Ахмадуллин – студент 341 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. М.Ю. Серкова

.

Актуальность: На сегодняшний день заболевания желудочно-кишечного тракта занимают одни из лидирующий позиций среди патологий человека. Особым фактором в их этиологии являются психосоматические расстройства, причинами которых являются частые стрессы, повседневная тревожность.

Цель исследования: Оценить взаимосвязь возникших нарушений в работе желудочно-кишечного тракта с психоэмоциональным фоном пациентов, находящихся в стационаре.

Материалы и методы: На базе гастроэнтерологического отделения больницы им. Петра Великого было опрошено 45 пациентов с функционально желудочными диспепсиями. Из них 18 % мужчин, 82 % женщин. Средний возраст составил 41 год. Состояние нервной системы оценивалось при помощи диагностической методики «Уровень невротизации» (УН), опросника клинического состояния качество жизни оценивалось с применением гастроэнтерологического опросника GSRS.

Результаты и обсуждение: Согласно опросник у оценки клинического состояния 62 % пациентов беспокоил абдоминальный болевой синдром. По результатам GSRS количество баллов по шкале суммарного измерения гастроинтестинальных симптомов у пациентов с нарушениями желудочно-кишечного тракта в среднем соответствовало умеренным показателям и составило 30,4±5,6 баллов, у пациентов наблюдалась повышенная интенсивность гастроинтестинальных жалоб по всем шкалам опросника GSRS, при этом максимальное значение имели баллы по шкалам диспепсического синдрома 7,2 балла и синдрома абдоминальной боли 6,2 балла. Согласно шкале УН, у 7 % испытуемых степень невротизации была очень высокой (от 81 балла – у женщин, от 41 – у мужчин), у 18 % высокой (от –41 до –80 баллов – у женщин, от –21 до –40 баллов – у мужчин), и у 55 %

повышенной (от –21 до –40 баллов, от –11 до –20 баллов – у мужчин).

Выводы: Установлено, что высокие показатели УН были характерны для пациентов с предельными значениями по разным синдромам. Имеется прямая взаимосвязь между степенью эмоциональной возбудимости, продуцирующей различные негативные переживания и выраженностью соматических расстройств.

ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

А.Э. Бабайцева - студентка 3 курса лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. М.Ю. Серкова

Актуальность. За последние десятилетия во всем мире наблюдается рост числа побочных эффектов и осложнений медикаментозной терапии, среди которых большую часть составляют лекарственные поражения печени (ЛПП). В значительной степени это обусловлено либерализацией доступа населения к медикаментам. Следствием этого стало увеличение числа ЛПП у самых разных категорий пациентов. Следует отметить, что ЛПП представляют собой важную проблему внутренней медицины еще потому что определяют трудности правильного и своевременного распознавания патологии гепатобилиарного тракта.

Цели. Анализ лекарственного анамнеза пациентов с заболеваниями гепатобилиарного тракта. Установка закономерностей между развитием основного заболевания и приемом лекарственных препаратов. Выявления основных факторов риска лекарственного поражения печени.

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен опрос 50 пациентов с заболеваниями печени гастроэнтерологического отделения больницы им.Петра Великого в г.Санкт-Петербург и центра хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы городской клинической больницы скорой медицинской помощи в г. Рязань. У всех пациентов был исключен вирусный гепатит (A, B, C, E, EBV, CMV, herpes virus-6), алкогольное поражение печени, врожденные метаболические заболевания печени (гемохроматоз, болезнь Вильсона), аутоиммунный гепатит, холестатические заболевания печени, а также туберкулез легких и беременность у женщин.

В качестве методов использовался опросник, в который были включены вопросы,

касающиеся основного заболевания, сопутствующих заболевания, употребления лекарственных средств, а также шкала депрессии Зунга, тест на скрытый алкоголизм по ВОЗ и шкала CLOMS/RUCAM (The Council for International Organizations of Medical Sciences/Roussel Uclaf Causality Assessment Method), предлагаемая при подозрении на лекарственное поражение печени .

Для обработки результатов, составления статистики и построения графиков использовалась программа Microsoft Exele 2010.

Результаты. Было выявлено, что 40% опрашиваемых составляли пациенты в возрасте 50-60 лет,причем заболевание печени чаще встречается у женщин (64% всех пациентов), 33% из которых принимали комбинированные оральные контрацептивы. На одновременный прием большого количества препаратов указали 36% пациентов (принимают больше 5-8 препаратов), 36% пациентов принимают одновременно 3-5 препаратов, 28% пациентов принимают 1-2 препаратов. Прием истинных гепатотоксичных препаратов выявлен у 55% пациентов. Следует отметить, что прием БАДов, травяных настоек выявлен у 52% пациентов. Принимают НПВС, в частности, диклофенак, мелоксикам, нимесил, найз, почти каждый день - 40% пациентов, несколько раз в неделю - 12% пациентов, при болях- 8% пациентов.

Среди сопутствующих заболеваний можно отметить заболевания сердечно-сосудистой системы, которые имеют 66% обследуемых и все пациенты из этой группы принимают антигипертензивные препараты. Сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта страдают 26% пациентов, почек-12% пациентов. 66% пациентов часто и в больших количествах принимают антибиотические средства, в т.ч. амоксициллин, в связи с частыми инфекционными заболеваниями. 52% больных указали, что имеют наследственную предрасположенность к заболеванию печени и желчевыводящих путей.

Тест на скрытый алкоголизм показал, что пристрастие к алкоголю имеют 52% обследуемых. По результатам теста по шкале Зунга 66% обследуемых имеют подавленное состояние, близкое к депрессии, чувствуют вину перед близкими

Было выявлено, что основным заболеванием печени в среднем больные страдают в течение 8-10 лет. Причем больные отмечали ухудшение состояния на фоне медикаментозного лечения сопутствующего заболевания с постепенным увеличением доз и количества препаратов. По этой причине 36% пациентов добровольно отказывались от приема лекарственных препаратов.

По шкале CLOMS/RUCAM было выявлено, что у 12% пациентов возможно развитие лекарственного поражения печени, у 8% вероятно развитие лекарственного поражения печени.

Выводы. Сбор лекарственного анамнеза показал, что пациенты с заболеванием гепатобиллиарного тракта до начала основного заболевания преимущественно принимали антигипертензивные препараты, НПВС, КОК (женщины), БАДы в высоких дозах и длительное время. Было установлено, что на течение заболевания влияют наследственная предрасположенность, пристрастие к жирной пище и ожирение, пристрастие к алкоголю, наличие сопутствующих заболеваний, тяжесть перенесенных ранее заболеваний печени, наличие заболеваний желчевыводящих путей. Также был сделан вывод об ухудшении состояния пациентов и рецидивов основного заболевания при одновременном приеме 5-8 лекарственных средств.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

К.А.Магомедова – ассистент кафедры факультетской терапии,

М.Б. Исмаилова – студентка 421 группы лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Гусейнов

Актуальность. Гематологические заболевания у беременных – это, прежде всего анемии, на долю которых приходится 90% болезней крови. Причем 9 из 10 больных анемией страдают железодефицитной анемией (ЖДА). Другие формы малокровия встречаются гораздо реже, с той же по существу частотой, что и в популяции среди небеременных женщин или немного чаще. По данным ВОЗ 2010 г распространенность анемии в мире 1,9 млрд. человек (27,9%). До настоящего времени проблема анемии в полной мере не решена ни в одной стране мира, поэтому поиск решения является одной из серьезнейших задач в медицине.

Цель исследования: выявить распространенность ЖДА среди беременных и определить соответствие проводимой диагностики и лечения клиническим рекомендациям.

Материал и методы. В роддоме г.Махачкала нами были обследованы 42 беременные женщины III триместра, средний возраст которых составил 26±2,3 лет.Всем роженицам было проведено анкетирование, в котором учитывались анамнез, особенности течения беременности, количество беременностей/родов, наличие ЖДА до беременности.

Согласно федеральным рекомендациям для верификации диагноза ЖДА необходимо проведение следующих исследований крови:

- общего анализ крови (оценивают концентрацию НЬ (< 110 г/л), снижение цветового показателя (< 0,85))

- определениесреднего объема эритроцита (MCV) (менее 80 фл), среднее содержание НЬ в эритроците (МСН) (менее 26 пг), среднюю концентрацию НЬ в эритроците (МСНС) (менее 320 г/л)

- оценкастепенианизоцитоза эритроцитов (RDW) (более 14%)

- выявление снижения концентрации сывороточного железа — СЖ (менее 12,5 мкмоль/л), повышения общей железосвязывающей способности сыворотки — ОЖСС (более 69 мкмоль/л)

Экспертами ВОЗ принята следующая классификация анемии у беременных:

- анемия легкой степени - НЬ от 100 до 109 г/л;

- умеренная анемия - НЬ от 80 до 99 г/л;

- тяжелая анемия - НЬ менее 80 г/л.

В существующих клинических рекомендациях, алгоритм диагностики, лечения и профилактики железодефицитных состояний изложен противоречиво и сложно.

На наш взгляд, более понятным и конкретным являются рекомендации распределения всех беременныхна группы:

0 (нулевая)- Нормально протекающая беременность. нет признаков ЖДА. Назначают профилактический прием Fe (30-40 мг) с 31 недели беременности в течение 8 недель.

1 группа - нет признаков, но с факторами риска (многократные роды, недостаточное поступление железа с пищей, наличие инфекции, ранний токсикоз). Профилактическая терапия начинается с 12-13-й недели до 15-й, затем с 21-й с 31-й до 37-й недели.

2 группа - женщины, у которых анемия возникла во время беременности. Назначают лечебные дозы препаратов.

3 группа - женщины с беременностью, возникшей на фоне уже существующей ЖДА. Проводится лечение с назначением лечебных доз препаратов, затем терапия насыщения и курсы профилактической терапии.

Результаты исследования. В результате исследования из 42 женщин низкие показатели Hb, MCV, МСН были выявлены у 33 (78%).Уэтих 33 рожениц выявлены: анемия 1 степени - у 15(45%), 2 степени - у 16 (49%). 3 степени – у2 (6%).При этом, клинически ЖДА проявлялась лишь у 13 женщин (40%) в виде жалоб на немотивированную слабость, одышку, выпадение и сечение волос, ломкость ногтей, извращение вкуса.

Распределение беременных по группам было следующим: 0 группа – 22%, 1 группа – 31%, 2 группа – 45%, 3 группа – 2%.

Из 33 женщин с ЖДА только 10(30%) принимали препараты железа (назначенные в консультациях (Мальтофер, Ферлатум, Актиферрин). Из 9 беременных с нормальным уровнем Hb (0 группа), с профилактической целью (с 31 недели) препараты железа не

принимал никто.

Выводы.

1. У большинства беременных III триместра (78%) была диагностирована ЖДА.
2. Терапию железосодержащими препаратами проводило лишь 30% рожениц.
3. Среди беременных с нормальным уровнем Hb необходимую профилактику ЖДА, согласно клиническим рекомендациям, не назначали никому.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е.А. Екимова, Е.В. Климова — студенты 452 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. М.Ю. Серкова

Актуальность. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), часто объединяемые термином кислотозависимые заболевания, представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной медицины, что связано с их широкой распространенностью, существенным влиянием на качество жизни и социальное функционирование человека. Изучение психологических особенностей лиц с заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта позволит выбрать оптимальную тактику по ранней профилактике заболевания, а также разработать рациональные методы лечения.

Цель исследования. Определить психосоциальные особенности пациентов с заболеваниями пищевода, желудка и 12-перстной кишки.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 38 человек с заболеваниями пищевода, желудка и ДПК в возрасте от 22 до 81 года, находящихся на стационарном лечении на гастроэнтерологическом отделении клиники Петра Великого СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Из них 21% составили мужчины и 79% женщины. Средний возраст обследуемых составил 55 лет. Среди опрошенных : у 44% отмечается гастрит, у 37% - ГЭРБ и эзофагит, у 21% - язвенная болезнь. В исследовании учитывались данные, полученные путем анонимного анкетирования пациентов. В качестве опросников для анкетирования использовались «Шкала HADS», «SF-36», «Шкала самооценки» (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина), «Шкала Зунга», «Шкала астенического состояния», по которым оценивались следующие показатели: уровень тревожности и депрессии, астеническое состояние, физический и психологический компоненты здоровья (с целью оценки уровня

качества жизни). Для обработки полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты исследования. Интерпретация полученных результатов выявила, что согласно результатам методик «Шкала HADS» у 42% опрошенных имеются признаки субклинически (13%) и клинически (29%) выраженной депрессии, у 26% опрошенных — признаки тревоги (субклинически — 18% и клинически выраженной — 8%). Анализ результатов тестирования «ШАС» (Л.Д. Майкова) установил наличие астенического состояния у 58% опрошенных пациентов (50% - «слабая астения»; 8% - «умеренная астения»). Результаты опросника «Шкала самооценки» (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л.Ханина) показали, что у 21% из числа опрошенных выявлена высокая реактивная тревожность в то время, как у 74% исследуемых обнаружена высокая личностная тревожность. Показатели высокой личностной тревожности преимущественно наблюдаются у лиц с ЯБЖ (80%) и у лиц с гастритом (75%). У трети пациентов с гастритом отмечаются также высокие показатели реактивной тревожности (у 33%). Согласно анализу результатов опросника «SF-36» у пациентов преимущественно с гастритом и язвенной болезнью желудка отмечается значительное ограничение повседневной деятельности физическим состоянием , а у лиц с язвенной болезнью ДПК отмечается низкая оценка общего состояния своего здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Помимо этого, у пациентов с гастритом эмоциональное состояние несколько затрудняет выполнение работы или другой повседневной деятельности, а также наблюдается низкая оценка своей жизненной активности.

Выводы. Анализ результатов выявил следующие психосоциальные особенности пациентов с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта : для большинства пациентов характерны низкие показатели качества жизни за счёт физического и психического компонентов здоровья. Наиболее часто психосоматические расстройства встречаются у лиц с гастритом и язвенной болезнью в качестве высоких показателей реактивной и личностной тревожности, высокого уровня депрессии и умеренного астенического состояния.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ТРАКТА

М.Ф. Залова - студент 341 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. М.Ю. Серкова

Актуальность. В последние годы все большее число кожных заболеваний рассматривается не в качестве ограниченного местного патологического процесса, а как системное нарушение в организме. Такой подход к решению проблемы обусловлен неопределенностью этиологии некоторых дерматологических проявлений, неэффективностью локального лечения и высокой частотой повторных случаев. Поэтому стали высказываться предположения об этиологической роли заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в патологических изменениях кожи.

Таким образом, на сегодняшний день одной из важных задач медицины является проведение дифференциальной диагностики между первичными кожными заболеваниями и дерматологическими проявлениями заболеваний органов ЖКТ.

Цель. Цель исследования заключалась в том, чтобы выявить характер и частоту возникновения изменений со стороны кожных покровов у пациентов гастроэнтерологического профиля, а также учесть первоочередность обращения пациентов с патологическими изменениями кожных покровов к гастроэнтерологу или дерматологу.

Материал и методы исследования. В проведении опроса приняли участие 28 пациентов гастроэнтерологического отделения клиники им. Петра Великого с имеющейся гастроинтестинальной патологией, а также с наличием симптомов поражения кожного покрова. На проведение исследования от всех опрошенных было получено информированное согласие. Для осуществления исследования были использованы следующие материалы: опросник клинического состояния, опросник ДИЖК (дерматологический индекс качества жизни) для выявления степени влияния дерматологической проблемы на качество жизни анкетированных пациентов или отсутствия какого-либо влияния. Каждому из опрошенных пациентов гастроэнтерологического отделения был проведен объективный осмотр кожного покрова на выявление возможных патологических изменений с его стороны, а также сбор анамнеза. Обработка данных, полученных в результате исследования, была проведена с использованием статистических методов анализа.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что наиболее часто кожные проявления беспокоили пациентов с язвенным колитом, в частности: пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, а именно с язвенным колитом и болезнью Крона, беспокоили сухость кожного покрова, «сосудистые звездочки», крапивница, кожный зуд - в 42 % случаев. Пациентов с патологией печени беспокоили: геморрагическая сыпь, «сосудистые звездочки» - 14% случаев, кожный зуд - 4% случаев. Больные с синдромом раздраженного кишечника в 11 % случаев отмечали гиперпигментацию, а также высыпания на коже в 7% случаев. Пациенты с панкреатитом отмечали изменение естественного цвета

кожного покрова, аллергические реакции, сосудистые звездочки, пигментацию и кожный зуд в 8% случаев. Пациентов с патологией гастродуоденальной зоны беспокоила сухость кожного покрова в 4% случаев. 11% всех анкетированных больных гастроэнтерологического отделения обращались к дерматологу до постановки гастроэнтерологического диагноза, одновременно к гастроэнтерологу и дерматологу обращались – 14%, остальные 75%, имеющих кожные изменения, к дерматологу не обращались.

По результатам опросника ДИЖК было выявлено, что у 70% пациентов кожные проявления не влияют на качество жизни, у 20 % кожные проявления умеренно влияют на качество жизни, снижая его, 10 % отмечают значительное снижение качества жизни в результате кожных проявлений основного заболевания.

Выводы. Пациенты гастроэнтерологического профиля отмечают наличие кожных проявлений, таких как сухость кожного покрова, высыпания, кожный зуд, «сосудистые звездочки». Наиболее часто больных беспокоят высыпания на теле и сухость кожного покрова. Самая высокая частота возникновения изменений со стороны кожного покрова, ассоциированная с патологией ЖКТ, отмечается у пациентов с язвенным колитом.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о значительном влиянии заболеваний органов пищеварения на состояние кожи и на качество жизни больных с патологией ЖКТ.

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК СТАРШЕ 50 ЛЕТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ЭТАПЕ ПРАКТИКИ ПОМОЩНИКА ВРАЧА НА БАЗАХ ОТДЕЛЕНИЙ КАРДИОЛОГИИ И НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ ОГБУЗ «СМОЛЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» В 2015-2017 ГОДАХ

Ю.А. Волынкина, А.С. Романова – студентки 507 группы лечебного факультета

Отдел учебной и производственной практики

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доц. Н.А. Конышко

Актуальность. Современные эпидемиологические данные о гипертензии в РФ говорят о том, что в возрасте 44–55 лет ее распространенностьсреди женщин достигает 54,45%, а, начиная с возраста 56–64 лет, увеличивается до 75,5%. При этом, следует отметить, что частота приема антигипертензивных препаратов среди женщин 56–64 лет достигает 79%, частота эффективного лечения составляет лишь 34,4%.

Цель исследования. Получить данные о частоте встречаемости различных форм

соматической патологии у женщин старше 50 лет и особенностях выбора антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Анализ 500 историй болезней проводился на базах отделений кардиологии и неотложной кардиологии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» в 2015-2017 годах. Исследовались пациентки 68±11,3лет.

Основанием для формирования данных выборок явилось то, что в соответствии с целью и задачами исследования основной контингент госпитализируемых в отделения кардиологии составляют женщины в период постменопаузы, с АГ и множественной соматической патологией.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил 68±11,3лет. У 353 была диагностирована АГ 1 степени (70,6%), АГ 2 степени была выявлена у 63 женщин (12,6%), АГ 3 степени – у 12 пациенток (2,4%), а у 72 женщин АГ отсутствовала (14,4%). На основании литературных данных стало известно, что в постменопаузальный период наблюдается дефицит эстрогенов, приводящий к перестройке эндокринной системы, оказывающий влияние на резистентность периферических сосудов, синтез нейромедиаторов, вазоактивных пептидов, простациклина и тромбоксана.

К прямым последствиям дефицита эстрогенов, которые имеют первостепенное значение для развития АГ, относятся: активация местной (тканевой) ренин-ангиотензиновой системы и симпатической нервной системы, снижение выработки мощных вазодилатационных и антиагрегантных факторов (оксида азота и простациклина), задержка Na, формирование инсулинорезистентности. Все это способствует развитию ИБС: атеросклеротического кардиосклероза(АК) (407 пациенток, 81,4%) и ИБС: стабильной стенокардии (245 пациенток, из них 1ФК – 6 (1,2%), 2 ФК – 157 (31,4%), 3 ФК – 82 (16,4%), что и подтвердило наше исследование.

Основными заболеваниями, приводящими к развитию недостаточности кровообращения, являются ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия. При анализе 500 историй болезней кардиологических больных было выявлено, что у 2 была диагностирована недостаточность кровообращения 3 степени (0,4%), НК 2 степени была выявлена у 303 женщин (60,6%), НК 1 степени – у 122 пациенток (24,4%), а у 73 женщин нет недостаточности кровообращения (14,6%).

Частота сопутствующей патологии оказалась статистически значимо более высокой в группе женщин. В ходе исследования было выявлено, что среди 500 пациенток 7 больны гепатитом, 90 – гастритом, 14 – бронхиальной астмой, 16 – ХОБЛ. Избыточная масса тела была выявлена у 9,6%, а ожирение – у 84,4%.

Так как при АГ имеется нарушение регуляции АД на любом уровне – от коры головного мозга до клеточных мембран, необходимо отметить, что среди исследуемых был выявлен целый ряд заболеваний почек (у 43,8%), прямой и непосредственной причиной развития которых служит АГ.

Проанализировав данные 500 историй болезней, можно сделать вывод, что у 50 женщин имеется анемия, причем у 38 из них – легкой степени тяжести, у 17-средней, и у 5 – тяжелой степени тяжести. Выраженность нарушений липидного обмена: легкая гиперхолестеринемия была обнаружена у 373 женщин, умеренная гиперхолестеринемия у 83 человек, выраженная гиперхолестеринемия у 30 пациенток. Изменения коагулограммы: протромбиновое время ускорено у 195 человек, замедлено - 52, у 237 женщин была обнаружена гиперфибриногенемия.

Основными препаратами выбора стали ингибиторы АПФ, а именно: эналоприл, лизиноприл и рамиприл, в силу того, что данная группа препаратов обладает множеством достинств, одним из которых является – нормализация метаболический нарушения.

К ингибиторам АПФ нового поколения относят **периндоприл, рамиприл и квинаприл**. Рамиприл принимали несколько наших пациенток, которые отметили заметное улучшение состояние. Эти средства обладают главным преимуществом - пролонгированным действие, которое очень облегчает пациенту жизнь.

Выводы. Таким образом, у женщин в постменопаузальный период в результате эстрогендефицита выявлен повышенный риск к развитию сердечно-сосудистой патологии. Кроме того, среди таких пациенток распространены заболевания других органов и систем: щитовидной железы, печени, почек, дыхательной системы и желудочно-кишечного тракта. Поэтому препаратами выбора стали те, которые не оказывают отрицательного метаболического действия и/или способствуют нормализации метаболических нарушений – ингибиторы АПФ. При их назначении перед врачом стоит нелегкая задача выбора, ведь препаратов насчитывается более десятка, а эффективность их практически одинакова, поэтому специалист должен опираться на конкретную клиническую ситуацию и с учетом сопутствующей патологии назначать соответствующее лечение.

КОРОНАРНЫЙ КАЛЬЦИНОЗ КАК ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

А.В. Алексеева, О.Н. Аристова – студентки 603 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.В. Мальчикова

Актуальность. Основной причиной смертности населения в развитых странах, в том числе и в России, является инфаркт миокарда, возникающий вследствие атеросклероза коронарных артерий. Коронарный атеросклероз проявляется наличием атеросклеротической бляшки в просвете сосуда, которая сначала состоит из холестерина, а в дальнейшем может накапливать в себе кальций. Обнаружение кальция в коронарных артериях однозначно указывает на наличие атеросклеротического процесса, а его количество (коронарный Са индекс или индекс Агатстона) указывает на тяжесть заболевания.

Цель исследования. Оценить коронарную кальцификацию в зависимости от наличия ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования. Проанализировано 115 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике Кировского государственного медицинского университета в 2017 году с факторами риска развития ишемической болезни сердца (92 человека) и диагнозом ИБС (23 человека). В медицинской документации отражены данные о 44 представителях мужского и 71 представителе женского пола, средний возраст которых 60,6±9,7лет. Использовалось программное обеспечение Microsoft Office Excel 2003. Для данных с нормальным распределением рассчитывали выборочное среднее (M) и среднеквадратичное отклонение (σ). По Критерию Колмогорова-Соколова, Шапиро-Уилка данная выборка принадлежит к генеральной совокупности с нормальным распределением. При сравнении выборочных средних для данных с нормальным распределением использован критерий Стьюдента. Для сравнения выборочных оценок долей использовали критерий Пирсона (χ^2-тест) в программе BioStat 2008. Для всех видов анализа статистически значимыми считались значения $p<0,05$.

Результаты исследования. По основным факторам риска группы пациентов с факторами риска и ишемической болезнью сердца не отличались: средний возраст 58,96±10,00 и 65± 6,59 лет соответственно. Гипертоническая болезнь сердца встречалась у 88 человек (95,7%) и 21 человека (91,3%) соответственно; диагноз СД 2 типа у 19 человек (20,7%) и 6 человек (26,1%) соответственно. Средний уровень ХС 5,46 ммоль/л и 5,84 ммоль/л соответственно; ЛПНП 3,57 ммоль/л и 3,92 ммоль/л соответственно. Средний уровень глюкозы в крови 6,31 ммоль/л и 7,09 ммоль/л соответственно; гипертрофия левого желудочка отмечается у 50 человек (54,3%) и 15 человек (65,2%) соответственно. Отличия в группах наблюдались при следующих факторах риска: отягощенный семейный анамнез в 92,7% случаев (22 человека) отмечался в группе исследуемых с ИБС; курение выявлялось чаще, а именно у 26,1%, (24 человека) в группе пациентов, имеющих факторы риска

развития ИБС. В группе пациентов с ИБС чаще определялось ожирение, а именно у 65,2% (15 человек) исследуемых, а атеросклеротическая бляшка у 60,9% (14 человек) исследуемых. Терапию статинами получали 10 человек (10,9%) и 5 человек (21,7%) соответственно; антигипертензивную терапию 36 человек (39,1%) и 11 человек (47,8%) соответственно. Исходя из данных показателей мы можем сделать вывод, что исходные значения по количеству пациентов, получающих антигипертензивную и гиполипидемическую терапию не соответствуют должным, т.к. при наличии гипертонической болезни у 95,7% и 91,3% пациентов соответственно такой же процент должен получать антигипертензивную терапию, а при 4 риске развития гипертонической болезни 69,6% и 91,3% исследуемых соответственно должны получать гиполипидемическую терапию. В обеих группах нет существенных различий между количеством пациентов с коронарным индексом 0 и более 0ЕД: в группе пациентов с ФР 27,2% и 72,8% пациентов соответственно, в группе пациентов с ИБС 26,1% и 73,9% соответственно. Изучив корреляцию наличия Са в коронарных артериях и факторов риска развития ишемической болезни сердца было выявлено, что наибольшая корреляция отмечалась с уровнем коронарного Са и наличием СД. Чаще всего у пациентов из группы с диагнозом ИБС коронарный индекс более 400ЕД (30,4%) ($p=0,005$). Кроме того, у пациентов, имеющих СД, чаще (в 68% случаев) определяется коронарный Са в сосудах ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, у больных ишемической болезнью сердца по сравнению с больными без данной патологии, но имеющих факторы риска развития заболевания, чаще выявляется кальцификация при компьютерной томографии с более высокими показателями кальциевого индекса. Определение Са в коронарных сосудах является высокочувствительным методом диагностики ИБС на ранних стадиях ее развития. Фактические данные о количестве пациентов, принимающих антигипертензивную и гиполипидемическую терапию, не соответствуют должным. Дополнительными мотивами к дообследованию и медикаментозной профилактике инфаркта миокарда у больных с факторами риска ишемической болезни сердца являются наличие СД 2 типа и индекс кальцификации более 400ЕД.

ОЦЕНКА УРОВНИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КИРОВА ОБ ОЖИРЕНИИ И ОТНОШЕНИЯ К ЛИЦАМ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Д.Ф. Хайрутдинова., М.Н. Плаксина, Г.И. Гарипова - студентки 3 курса лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и профессиональных болезней, ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель – асс. Р.А. Шамсутдинова

Актуальность проблемы. Проблема ожирения в наши дни – одна из самых актуальных проблем. В средствах массовой информации все чаще появляются статьи с заголовками: «Ожирение - эпидемия 21 века», «Ожирение - глобальная катастрофа». Во всех газетах, сайтах, журналах, рекламах можно увидеть средства для похудения, различные диеты, методы похудения.

Ожирение представляет серьёзный риск для здоровья и сопровождается развитием таких тяжелых заболеваний, как сахарный диабет II типа, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, злокачественные опухоли, которые приводят к снижению трудоспособности и сокращению продолжительности жизни больных. Риск смертности от любых причин, включая сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования, повышен у мужчин и женщин всех возрастных групп, страдающих ожирением различной степени выраженности. Поэтому ожирение является тяжелым экономическим бременем для государства: в развитых странах на лечение ожирения и его осложнений приходится 8-10% от годовых затрат на здравоохранение в целом. В связи с тенденцией к «омоложению» заболевания повышается значимость научных исследований по данной проблеме.

Цель: оценить уровень информированность населения города Кирова об ожирении и отношение к лицам с повышенной массой тела

Задачи:

1. изучить уровень информированности населения города Кирова об ожирении;
2. проанализировать и выявить гендерные и возрастные особенности информированности населения города Кирова об ожирении;
3. провести анализ отношения населения к лицам с повышенной массой тела в зависимости от возраста, пола и ИМТ;
4. выявить уровень заинтересованности населения г. Кирова в получении информации об ожирении и его последствиях;

Материалы и методы. Исследуемый контингент – 143 человека в возрасте от 13 до 60 лет (юноши и девушки), изъявивших желание участвовать в тестировании на основе добровольного информированного согласия. Участники исследования были разделены на 4 группы. Первая группа - 28 человек, в возрасте 13-16 лет. Вторая группа - 48 человек, в возрасте до 21 года. Третья группа - 33 человека 22-35 лет. Четвертая группа - 34 человека 36-60 лет. Из них - 108 женщин и 35 мужчин. Информированность населения об ожирении и отношения к лицам с повышенной массой тела оценивалась методом анкетирования на

основе научной литературы и научно-популярных статей. Анкета, разработанная нами, состоит из 25 вопросов, касающихся знаний факторов риска, симптомов, осложнений, методов лечения и профилактики ожирения.

Полученные данные обработали в Microsoft Office Excel 2007, для сравнения использован χ^2 - критерий Пирсона.

Результаты и обсуждение. Для оценки информированности населения города Кирова использовано процентное число правильных ответов каждого участника анкетирования, по которым были определены группы:

1) плохо информированные (меньше 50% верных ответов),
2) средне информированные (50-80% верных ответов),
3) хорошо информированные люди (больше 80% верных ответов).

При оценке информированности населения было выявлено, что большинство респондентов средне информированы об ожирении.

Достоверных отличий в информированности по возрастным группам не выявлено($p>0,05$). Первая возрастная группа информирована слабо: больше участников ответило плохо и меньше участников ответило средне.

У первой возрастной группы слабые знания об осложнениях при ожирении. По их мнению, подростки больше других страдают от избыточной массы тела. Вторая возрастная группа плохо информирована о профилактике ожирения и об осложнениях при нем. Они придерживаются мнения о том, что люди зрелого возраста больше страдают от ожирения. Третья возрастная группа затрудняется ответить на вопросы об осложнениях при избыточной массе тела и ожирении, плохо знают о профилактике этой болезни и думают, что молодые люди более склонны к ожирению. Четвертая возрастная группа неуверенно отвечает на вопросы о заболеваниях, которые развиваются при избыточной массе тела и ожирении, думают, что люди зрелого возраста больше других страдают от ожирения.

Достоверных отличий в информированности по гендерным различиям не выявлено($p>0,05$). По результатам наших наблюдений можно утверждать, что мужчины менее информированы, т.к. среди мужчин больше людей, отвечающих плохо и меньше, отвечающих хорошо. Женщины более внимательно следят за своим весом тела и больше интересуются вопросами об ожирении.

Мужчины плохо знают о заболеваниях, которые развиваются при избыточной массе тела, затрудняются ответить на вопросы о причинах развития ожирения, недостаточно знают о профилактике болезни. Женщины плохо знают об осложнениях при ожирении, также недостаточно информированы о причинах развития ожирения и его профилактике.

Достоверных отличий в отношении населения к людям с избыточной массой тела по

ИМТ не выявлено($p>0,05$). Но наибольшее количество ответов «отрицательно» дали люди с избыточной массой тела, а наибольшее количество ответов «положительно» дали люди с индексом массы тела ниже нормы.

Достоверных отличий в отношении населения к людям с избыточной массой тела по гендерным различиям не выявлено($p>0,05$), но наибольшее количество ответов «положительно» дали женщины, а наибольшее количество ответов «отрицательно» дали мужчины. Можно делать вывод о том, что мужчины хуже относятся к лицам с избыточной массой тела, чем женщины.

Достоверных отличий в отношении населения к людям с избыточной массой тела по возрастным категориям не выявлено($p>0,05$), но можно наблюдать, что четвертая возрастная группа хуже относится к людям с избыточной массой тела, а лучше всех первая возрастная группа. По результатам видно, что среди четвертой возрастной группы больше людей, ответивших отрицательно, и меньше всех, ответивших нейтрально.

Мы выяснили, что мужчины и женщины в основном хотят получать информацию об осложнениях при ожирении и больше узнавать об этом у участкового терапевта. Участники тестирования, входившие в первую возрастную группу, хотят быть информированными о причинах развития ожирения, вторую группу больше интересует информация о последствиях и осложнениях при избыточной массе тела. Обе группы предпочитают получать информацию из интернета. Третья и четвертая возрастные группы хотят получать подробную информацию о методах лечения и профилактике ожирения, предпочитают узнавать об этом у участкового терапевта и из документальных фильмов.

Вывод:

1) население средне информировано об ожирении;

2) достоверных отличий не выявлено в информированности населения по гендерным и возрастным группам;

3) отличий не выявлено в отношении населения к людям с избыточной массой тела и ожирением в зависимости от пола, возраста и ИМТ.

Заключение. Чтобы расширить знания населения об ожирении, нужно дать более полную информацию о симптомах, факторах риска, последствиях, методах лечения и профилактике ожирения. Для подростков можно создать интернет-тесты или познавательные онлайн - игры, специальные занятия в школе. Для взрослых и людей пожилого возраста можно сделать памятки, напоминающие плакаты, или в стационарах проводить беседы об ожирении.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ И ПЛЕВРИТОМ

Е.В. Волк, К.В. Воронцова – студентки 1315 группы лечебного факультета

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

г. Минск, Республика Беларусь

УЗ «6 я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Научные руководители - д.м.н., проф. Э. А. Доценко, асс. А. Г. Захарова

Актуальность. С внедрением высокотехнологичных лабораторно-инструментальных методов роль физикальных обследований в реальной клинической практике снижается. Вместе с тем, остается ряд приемов, которые позволяют верифицировать диагноз в более ранние сроки.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость методов физикального обследования (пальпация, перкуссия, аускультация) у пациентов с пневмонией и плевритом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 50 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении пульмонологии 6 ГКБ. Все они подвергались физикальным обследованиям: осмотр (статический, динамический), пальпация (определение болезненных точек, резистентности грудной клетки, голосового дрожания), перкуссия (топографическая и сравнительная), аускультация (основные и побочные дыхательные шумы, эгофония) грудной клетки. Кроме того, всем были выполнены лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ плевральных полостей (по показаниям). Полученные результаты были обработаны методами непараметрической статистики.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов: контрольная группа-20 человек, с пневмонией долевой-35, полисегментарной-9, с плевритом выпотным-6. По результатам обследования пациентов в возрасте от 20 до 76 лет, было обнаружено, что наиболее информативными методами в диагностике долевой пневмонии оказались: эгофония (75%), аускультация (68,6%), сравнительная перкуссия (62,5%); в диагностике полисегментарной: эгофония, аускультация (явления крепитации и хрипов), сравнительная перкуссия – по 66,6 %; в диагностике плеврита: сравнительная перкуссия (100%), аускультация (100%), эгофония (88,9%). Остальные методы были не информативны. Расхождение результатов обследования и поставленного диагноза может быть обусловлено избыточной массой тела и различной стадией болезни.

При анализе результатов обследования у пациентов с пневмонией было выявлено, что

чаще всего встречается сочетание таких симптомов как ослабление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, явления крепитации и эгофонии (у 9 пациентов из 44) 20,5%; притупление перкуторного звука, эгофония (5 из 44) 11,4%; ослабление голосового дрожания, притупление перкуторного звука, эгофония (4 из 44) 9,1%; голосовое дрожание, притупление, хрипы, крепитация, эгофония (3 из 44) 6,8%; хрипы, крепитация, эгофония (3 из 44) 6,8%; притупление, хрипы, крепитация, эгофония (3 из 44) 6,8%. Остальные сочетания встречались не более одного раза.

Также было отмечено, что методом эгофонии патологический звук «а» был слышен у 33 из 44 пациентов. Но также еще у 8 отмечался не патологический звук «и», который на правом и левом легком был различной громкости. Также различная громкость была и при выявлении звука «а». Усиление звука на стороне поражения наблюдалось в 20 случаях (45%), а ослабление в 11 (25%).

Выводы:

1. Физикальные методы обследования остаются значимыми для диагностики заболеваний пневмонии и плеврита. Наиболее информативными в диагностике оказались методы эгофонии, сравнительной перкуссии и аускультации. Их чувствительность превышает 50%, что означает, что с помощью данных методов можно проводить верификацию диагноза.
2. В диагностике долевой пневмонии при аускультации явление крепитации в 54% случаев указывает на наличие пневмонии. При диагностике полисегментарой пневмонии такие явления как крепитация и хрипы выявлялись в 66,6% случаев.
3. В диагностике плеврита наиболее информативными оказались методы сравнительной перкуссии, аускультации, эгофонии, а также бронхофонии и голосового дрожания.
4. При эгофонии не только появление звука «а» указывает на патологический процесс, но также и различие громкости на разных легких.
5. Чем больше симптомов выявлено, тем больше вероятность диагностики пневмонии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Ю. Я. Шелкович[1] – ассистент, А. В. Копыцкий[2] – старший преподаватель

[1]2-я кафедра внутренних болезней

[2]Кафедра медицинской и биологической физики

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. В.И. Шишко

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время является лидером кислотозаивсимой патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта и по праву считается эпидемией XXI века. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, ГЭРБ – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным и/или регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных симптомов вне зависимости от того, возникают ли при этом морфологические изменения слизистой оболочки пищевода.

Согласно МКБ-10 выделяют эндоскопически негативную ГЭРБ, что соответствует К21.9 – гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита, и эндоскопически позитивную ГЭРБ (К21.0 – гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом).

ГЭРБ не только значимо влияет на качество жизни пациентов, но также приводит к развитию таких осложнений, как эрозивно-язвенные поражения пищевода, стриктуры, кровотечения, пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода. Стоит отметить, что в настоящее время в мире отмечается рост заболеваемости аденокарциномой пищевода, а наличие у пациента пищевода Барретта повышает риск развития аденокарциномы в 30-40 раз по сравнению с общей популяцией.

В последние годы в качестве коморбидного заболевания, часто сопровождающего ГЭРБ, рассматривается синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС). СОАГС – это заболевание, характеризующееся наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. Согласно литературным данным около 70% пациентов с СОАГС имеют значительную степень ГЭРБ. Причинно-следственные взаимосвязи между данными патологиями не изучены, однако, оба заболевания имеют общие факторы риска и приводят к развитию синдрома взаимного отягощения.

Цель. Оценить клинические особенности ГЭРБ у пациентов с СОАГС.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 84 пациента с трудоспособного возраста (46 (35; 54) лет), подписавших добровольное информированное согласие на участие в исследования. Оценивались жалобы пациентов со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта, проводились сбор анамнеза, физикальное исследование, антропометрия. Всем пациентам с целью выявления нарушений со стороны

верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполнялось эндоскопическое исследование по стандартным методикам с забором биопсийного материала из нижней трети пищевода. С целью диагностики СОАГС проводилось сомнологическое исследование с расчётом индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ) (количество эпизодов апноэ и/или гипопноэ в час). Пациенты были разделены на 3 группы: группа 1 – пациенты с ГЭРБ (n=25) без СОАГС (ИАГ менее 5), группа 2 – пациенты с ГЭРБ и СОАГС (n=41) (ИАГ более 5), группа 3 – контроль (n=18). Для обработки данных проводилось попарное сравнение групп с помощью критерия Бошлу с использованием поправки Холма в программе Statistica 10.0.

Результаты исследования. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика исследуемых групп

Основные жалобы	Группа 1 (n=25)	Группа 2 (n=41)	Группа 3 (n=18)	p1–2	p1–3	p2–3
Изжога, n (%)	20 (80)	6 (15)	4 (22)	0,0000*	0,0004*	0,4753
Регургитация, n (%)	14 (56)	7 (17)	4 (22)	0,0066*	0,0672	0,7214
Боль в эпигастрии, n (%)	10 (40)	11 (27)	7 (39)	0,8655	1	0,8655
Тошнота, n (%)	4 (16)	9 (22)	4 (22)	1	1	1
Нарушение сна в связи с изжогой и/или регургитацией, n (%)	8 (32)	7 (17)	2 (11)	0,4587	0,4587	0,708
Необходимость в приеме препаратов для купирования симптомов изжоги и/или регургитации, n (%)	7 (28)	4 (10)	3 (17)	0,2604	0,8218	0,8218
Отсутствие жалоб со стороны верхних отделов ЖКТ, n (%)	5 (20)	21 (51)	11 (61)	0,0374*	0,0303*	0,5758

Примечание: * - статистически значимые различия между группами, $p<0,05$

Выводы. У пациентов с ГЭРБ в сочетании с СОАГС частота изжоги сопоставима с группой практически здоровых людей. Существенная доля пациентов с СОАГС не предъявляют каких-либо жалоб со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта, что затрудняет диагностику ГЭРБ у данной категории лиц и ставит вопрос о необходимости направления пациентов с СОАГС на эзофагогастродуоденоскопию для предупреждения развития осложнений.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ: АНАЛИЗ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Р.М. Беридзе – студент 327 группы лечебного факультета

Кафедра внутренних болезней №2

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доцент О.Н. Кононова

Актуальность. Нарушения жирового, липидного и углеводного обмена в организме часто сопровождаются нарушением функции печени, которая участвует не только в развитии атерогенной дислипидемии, но и сама выступает в качестве органа-мишени. Чаще всего имеет место неалкогольная жировая болезнь печени, или жировой гепатоз. Инициирующим фактором повышенного отложения липидов в гепатоцитах является висцеральное ожирение и связанная с ним инсулинорезистентность. Кроме этого, нарушение нормального функционирования в гепатобилиарной системе может приводить к повышению экскреции холестерина в желчь и выпадению в осадок кристаллов моногидрата холестерина. Все это влечет за собой увеличение литогенности желчи и развитие клинических форм ЖКБ. Наиболее доступным методом диагностики данной патологии является ультразвуковой метод трансабдоминального сканирования.

Цель исследования. Оценить данные УЗИ печени и желчного пузыря у беременных женщин с компонентами метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования. Обследованы 143 беременных женщины в возрасте от 19 до 43 лет (медиана – 31 (26;35)). В соответствии с целью и задачами исследования все обследованные женщины были разделены на 3 группы: 1-я основная группа – 55 (38 %) женщин, которым был выставлен диагноз МС (3 и более компонентов МС) в I триместре беременности – беременные с МС (ГрМС); 2-я основная группа – 57 (40 %) участниц исследования, которые были отнесены в группу риска (наличие 1-2 компонентов МС) – группа риска (ГрРМС); 3-я группа – группа контроля (ГрК) – была составлена из практически здоровых беременных женщин с нормальной массой тела без компонентов МС – 31 (22 %) женщина.

Группы исследования были сопоставимы по возрасту, срокам и числу беременностей.

Всем беременным проводился общий осмотр, физикальное обследование, комплекс лабораторных и инструментальных исследований по стандартным методикам.

Для верификации диагноза желчнокаменной болезни (ЖКБ), стеатоз печени и оценки функционального состояния печени использовали биохимические и инструментальные

методы исследований. Данные обработаны статистически с использованием пакета StatSoft Statistica 6,0.

Результаты исследования. В результате проведенных нами исследований выявлено определенное количество пациенток в группах сравнения с признаками жирового гепатоза, а также ЖКБ. Частота встречаемости стеатоза печени и ЖКБ в исследуемых группах по данным УЗИ представлена на таблице 1.

Таблица 1. Частота встречаемости стеатоза печени и ЖКБ в исследуемых группах.

Показатель	ГрМС (n=55)	ГрРМС (n=57)	ГрК (n=31)	χ^2; p 1 vs. 2
Частота встречаемости ЖКБ (включая случаи холецистэктомии)	14 (25,5%)	13 (22,8%)	0	0,01; 0,915
Частота встречаемости стеатоза печени в I триместре	27 (49,1%)	19 (33,3%)	0	2,26; 0,133
Частота встречаемости стеатоза печени через 1 год	33 (60,0%)	13 (22,8%)	0	14,5; <0,001

Как видно из таблицы, все случаи ЖКБ и стеатоза печени были зарегистрированы у пациентов в ГрМС и ГрРМС. Наиболее значимое число пациентов было выявлено в ГрМС через год после родов и составило 60,0 % от общего количества пациентов в группе.

Выводы. Все случаи ЖКБ и стеатоза печени были зарегистрированы у пациенток в ГрМС и ГрРМС с наибольшим количеством в 60 % в ГрМС через год после родов. Мы считаем, что проведение УЗИ печени и желчного пузыря у беременных с компонентами метаболического синдрома является целесообразным и помогает подобрать профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возможного обострения заболевания. Все женщины с выявленной патологией должны находиться под диспансерным наблюдением.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЕЕЛЕЧЕНИЕ НОЛИПРЕЛОМ А ФОРТЕ И КРЕСТОРОМ

М.Г. Атаева - студентка 604 группы лечебного факультета,

С.А. Салихов - студент 604 группы лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - к.м.н., доц. Ж.Ш. Умаханова, заведующая терапевтическим отделением поликлиники №6 г. Махачкалы Х.П. Абашилова, заведующая терапевтическим отделением поликлиники №6 Н.А. Алисултанова

Актуальность. В настоящее время повышенное артериальное давление (гипертония) становится наиболее распространенным хроническим неинфекционным(НИЗ) заболеванием. Как мы знаем, гипертония - главный фактор риска развития цереброваскулярных заболеваний, коронарной болезни, повреждений сосудов, почек, глаз и иной патологии. В более чем 90% случаев не оказывается возможным выявить этиологический фактор гипертонии. Тогда мы говорим о первичной, т.е. эссенциальной гипертензии (гипертоническая болезнь - ГБ). У 10% пациентов - гипертония как симптом другого заболевания или побочный эффект применяемых лекарств, т.е. симптоматические (вторичные) артериальные гипертензии. Давно установлено, что есть определенные факторы риска развития гипертонической болезни, которые можно подразделить на следующие группы.

Устранимые факторы риска: табакокурение, гиподинамия, пища с повышенным содержанием NaCl, ожирение, употребление алкоголя, стрессы и нервно-психическое напряжение и др.

Неустранимые факторы: наследственность, возраст, пол.

Это основной перечень факторов риска, однако возможно его дополнение.

Статистические данные также не спешат обрадовать врачей и пациентов. В последние годы отмечен рост заболеваемости артериальной гипертензией (АГ), увеличилось число провоцирующих факторов риска, что является одной из причин увеличения смертности и инвалидности. АГ - актуальная проблема практического здравоохранения. В России заболеваемость АГ составляет около половины населения – 843,8 на 100000 населения. Заболеваемость по РД – 2687872, абсолютное число 20883, заболеваемость взрослых на 100000 населения 1026,8. Распространенность АГ у взрослых, абсолютное число (диспансеризация – 62021), на 100000 населения – 3249,3. Соотношение болезненности/ заболеваемости составило 3.3. Обращаемость взрослых, абсолютное число – 704834, а на 1000 населения в год – 9786,5. По данным поликлиники №6 в 2015г. численность населения 42569, болезненность составила 3057, показатель на 100000 населения - 7181,2, заболеваемость 638, показатель на 100000 населения – 1498,7. На «Д» наблюдении 3002, показатель 7052,1. В 2016г. численность населения 42836, болезненность 3119, показатель на 100000 - 7281,2, заболеваемость 646, показатель на 100000 – 1508,1. На «Д» наблюдении 3105, показатель 7248,5. Рост числа больных АГ, использование новых эффективных

методов их лечения является важной проблемой практического здравоохранения.

Что касается лечения больных с артериальной гипертензией, результаты многочисленных метаанализов свидетельствуют о том, что комбинация двух препаратов, относящихся к различным классам антигипертензивных средств, способствует значительно более выраженному снижению артериального давления, чем удвоение дозы первоначально назначенного препарата.

Цель исследования: оценить заболеваемость и эффективность лечения у больных с артериальной гипертензией нолипрелом А форте и крестором.

Материалы и методы исследования. Нами проводилось лечение 42 больных артериальной гипертензией нолипрелом А форте, а 11 больным к лечению добавили статины (крестор, трайкор). Из наблюдавшихся нами больных женщин было 26 чел (61,9%) и 16 мужчин (38,4%). По возрасту: до 40 лет – 9 человек (21,4%), 14 человек (33,3%) до 60 лет и старше 60 лет – 19 человек (45,2%). Больные получали лечение нолипрелом А форте. Действующее вещество, группа: Индапамид+Периндоприл (Indapamide+Perindopril), Гипотензивное средство комбинированное (диуретик+АПФ ингибитор). Индопамид (диуретик - производное сульфонамидов) и периндоприл аргинин (ИАПФ). Комбинация этих 2х составляющих усиливает действие каждого из них. Комбинированный препарат, оказывает гипотензивное, диуретическое и вазодилатирующее действие. Периндоприл в составе Нолипрела А форте - ИАПФ, блокирует превращение ангиотензина I → II, понижает его вазопрессорное действие и стимулирующий эффект на образование альдостерона. Благоприятно влияет на восстановление эластичности крупных артерий, снижает гипертрофию ЛЖ, давление в легочных сосудах. Вторично активирует ренин плазмы. У больных с ХСН уменьшает гипертрофию миокарда, снижает избыточное количество субэндотелиального коллагена, нормализует изоферментный профиль миозина; уменьшает пред- и постнагрузку на сердце. Снижает давление наполнения в желудочках сердца и ОПСС, а также умеренно урежает ЧСС, усиливает региональный кровоток в мышцах. Индапамид в составе Нолипрела А форте - диуретик; селективно блокирует "медленные" Ca2+-каналы, снижает тонус гладкомышечных клеток артерий, уменьшает ОПСС. Блокирует реабсорбцию Na+, Cl-, воды и в меньшей степени K+. Препарат оказывает выраженное дозозависимое гипотензивное действие, не зависящее от возраста и положения тела больного и не сопровождающееся рефлекторной тахикардией. Длительность действия нолипрела А форте – 24 часа. Пациенты получали нолипрел А форте 5мг + 1.25мг внутрь утром, перед едой по 1тб в день в течение 3х месяцев. Препарат назначался под контролем электролитов крови – K, Na, Ca, исследовали и креатинин (<25мг/л или 220 ммоль/л), количество нейтрофилов

(нейтропений). У 11 больных АГ с явлениями атеросклероза коронарных артерий к лечению добавляли статины (фибраты) трайкор 145 мг и 160 мг/с или крестор (аторис, симвастин, розувастатин) в дозе 10-20-40 мг/с. Крестор - действующее вещество, группа: розувастатин (Rosuvastatin), гиполипидемическое средство - ГМГ-КоА редуктазы ингибитор. Фармакологическое действие: гиполипидемический эффект статинов связан со снижением уровня общего Хс за счет Хс-ЛПНП. Снижение уровня ЛПНП является дозозависимым и имеет не линейный, а экспоненциальный характер.

Фибраты назначали 1 раз в сутки в течение 3х месяцев. Фибраты обладают гипохолестеринемическим, гиполипидемическим действием, вызывают регресс атеросклероза коронарных артерий.

Результаты и их обсуждение. При лечении у больных отмечалось, во-первых, достижение целевых уровней артериального давления, и во-вторых, снижение уровня ЛПНП и увеличение ЛПВП. Назначаемые больным с АГ – нолипрел А форте и трайкор, крестор, входят в список льготных лекарственных препаратов, что дает возможность использования их в амбулаторных условиях и у социально малообеспеченных больных.

Выводы. Таким образом, проводимый нами сравнительный анализ показателей заболеваемости и обращаемости больных АГ в поликлинику №6 показал их рост. Назначение больным АГ в амбулаторных условиях нолипрела А форте и крестора или трайкора – является достаточно эффективным, безопасным, позволяющим равномерно и значительно снижать АД и ЧСС на протяжении суток и действие их продолжительное – 24 часа. Их эффективность зачастую превосходит антигипертензивное действие других широко используемых комбинаций. Такая терапия одинаково эффективна в любых возрастных группах, а также при наличии других факторов сердечно-сосудистого риска и сопутствующей патологии. Кроме этого, нолипрел А форте является препаратом выбора при длительной гипотензивной терапии у больных, которые часто забывают регулярно принимать лекарства (одноразовый прием).

ЭКСПРЕССИЯ CXCR3 РЕЦЕПОРОВ НА ПОВЕРХНОСТИ В-ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

С.В. Девбунова - студентка 1313 группы лечебного факультета

Кафедра биологической химии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель- канд. мед. наук, доцент А. Г. Кадушкин

Актуальность: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется

хроническим воспалительным процессом в легочной ткани. При этом заболевании в различных участках легкого возрастает количество воспалительных клеток, включая В-лимфоциты. Миграция клеток в очаг воспаления осуществляется посредством взаимодействия хемокиновых рецепторов лимфоцитов и их лигандов (хемокинов). Известно, что хемокиновые рецепторы CXCR3 вовлечены в перемещение Т-лимфоцитов при ХОБЛ. Однако их роль в миграции В-лимфоцитов до настоящего времени не известна.

Цель: определить процент субпопуляций В-лимфоцитов, имеющих на своей поверхности рецепторы CXCR3, в крови пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 55 пациентов с ХОБЛ, 10 здоровых курильщиков и 10 здоровых некурящих людей, не имеющих признаков заболевания легких. Анализ популяций В-лимфоцитов периферической крови проводили методом проточной цитометрии.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенного исследования показали увеличение В-клеток крови, несущих на своей поверхности рецепторы CXCR3, у курильщиков с ХОБЛ по сравнению со здоровыми курильщиками ($p<0,001$) и здоровыми некурящими людьми ($p<0,001$). Известно, что определение мембранного белка CD27 на поверхности клеток позволяет выделить CD27- (наивные) и CD27+ (клетки памяти) В-лимфоциты периферической крови. В нашей работе процент наивных В-клеток, содержащих рецепторы CXCR3, был значительно выше в крови курильщиков с ХОБЛ по сравнению со здоровыми курильщиками ($p=0,001$) и здоровыми некурящими людьми ($p<0,001$). У курильщиков с ХОБЛ также была выявлена более высокая доля В-клеток памяти, имеющих рецепторы CXCR3, чем у курильщиков, не страдающих ХОБЛ ($p<0,001$), и здоровых некурящих людей ($p<0,001$). Не было обнаружено различий доли CD19+CD27+CXCR3+ и CD19+CD27-CXCR3+ лимфоцитов между здоровыми курильщиками и здоровыми некурящими людьми.

Выводы:

1. Процентное содержание В-клеток крови, несущих на своей поверхности CXCR3 рецепторы, повышается у курильщиков с ХОБЛ по сравнению со здоровыми курильщиками и здоровыми некурящими людьми.

2. В крови курильщиков с ХОБЛ имеет место более высокое относительное количество наивных В-лимфоцитов, содержащих рецепторы CXCR3, чем у здоровых курильщиков и здоровых некурящих людей.

3. Для курильщиков с ХОБЛ характерна более высокая доля В-клеток памяти, имеющих рецепторы CXCR3, чем у курильщиков, не страдающих ХОБЛ, и здоровых некурящих людей.

КОМПЛЕКСНОЕ РАССМОТРЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА НА ПРИМЕРЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО, ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТОВ

Е.Е. Круглов – аспирант

Кафедра медицинской биологии, генетики и экологии

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Научные руководители – д.м.н., доц. Ю.В. Мякишева, к.м.н., доц. А.В. Лямин

Актуальность. Опираясь на современные научные исследования в области изучения этиологии, патогенеза в направлении группы заболеваний воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) можно сказать, что рассмотрение обозначенной проблемы носит разнонаправленный характер. Систематическое рассмотрение вопроса представленной совокупности заболеваний в настоящее время является наиболее важным, так как позволяет оценить влияние каждого элемента патологического процесса в отдельности и в комплексном виде. Характеризуемая ниша болезней находится в Международной классификации болезней (МКБ-10) в XI классе под шифром K50-52. Неинфекционный энтерит и колит. Выделяя статистическую долю и распространенность ВЗК в Российской Федерации и мире, подчеркивается, что охват эпидемиологическим исследованиями в этом направлении еще недостаточно велик и результаты, представленные в литературных источниках обновляются и пополняются регулярно (варьируются в диапазоне 50-250 случаев на 100 тыс. населения). Условно данную группу заболеваний делят между язвенным колитом (ЯК), болезнью Крона (БК), другими неинфекционными гастроэнтеритами и колитами. Общим объединяющим свойством представленных нозоформ будет: рецидивирующее течение с редкими и/или нестойкими ремиссиями. Существуют проблемы и в клинической дифференцировке данных патологических состояний, установление четких диагностических рамок и критериев при выставлении диагноза. Гистоморфологическое изучение биоптатов слизистой оболочки толстой кишки является основой в диагностическом пути. В данном случае подчеркивается необходимость поиска показателей, инструментов верификации диагноза. Исследователями обозначается важность аутоиммунной, бактериальной антигенной нагрузки в развитии патогенеза ВЗК. Изучение состава микробиома с определением антибиотикочувствительности будет являть собой оптимальное дополнение стандартному гистологическому исследованию, позволяющее точнее поставить диагноз и назначить эффективное лечение пациенту.

Цель исследования. Проанализировать состав микрофлоры, выделенной из биоматериала слизистой оболочки толстой кишки с определением антибиотикорезистентности у представителей рода *Enterococcus.*

Материалы и методы исследования. Исследован биоматериал стенки толстой кишки 26 пациентов с гистоморфологически установленным диагнозом: «язвенный колит». Биоматериал получали при проведении стандартного эндоскопического обследования. Определение видовой принадлежности проводили микробиологическим методом с использованием MALDI-ToF-масс-спектрометрии (Microflex LT, Bruker Daltoniks); антибиотикочувствительность определяли стандартным диско-диффузионным методом, в соответствии с национальными клиническими рекомендациями; статистическую обработку данных проводили с программы SPSS Statistics.20.0.

Результаты исследования. По итогам проведенного анализа, получили данные, которые показывают, что представители рода *Enterococcus* встречались только в составе микробных ассоциаций, что было определено у 22 пациентов (84,62%). У 2 пациентов отмечалось сочетанное выявление 2 представителей рода *Enterococcus* (9,09%). Основной массив микроорганизмов был представлен в ассоциациях *Enterococcus spp с Klebsiella pneumonia, Escherichia coli*. В единичных случаях отмечались с *Serratia mansoni, Enterobacter cloacae, Aeromonas hydrophilis.*

Представители рода *Enterococcus* (*E.faecium* и *E. fecalis)* имеют разные фенотипические свойства и соответственно отличатся по свойствам чувствительности к препаратам. Выявлены следующие особенности антибиотикорезистентности. из 15 штаммов *E.faecium* (68,18%) *резистентные к ампициллину были 100%*; амоциллину с клавулановой кислотой - 40,0%; ципрофлоксацину -57,14%; азитромицину - 78,57%, имипенему - 46,15%. Все 100% *E.faecium* были чувствительны к тигециклину, ванкомицину, линезолиду.

У штаммов *E. fecalis (*5 культур- 22,72%) была выявлена чувствительность к ампициллину 100%; амоксиклаву (100,0%); имипенему (100,0%); ципрофлоксацину 100% , азитромицину (60,0%). Не было выявлено ванкомицинрезистентных энтерококков. Оставшаяся доля (9,09%) в структуре энтерококков принадлежит 2 представителям: *Enterococcus avium, Enterococcus gallinarum.* Авторами настоящего исследования получен патент на полезную модель, который позволяет рационализировать, оптимизировать процесс доставки и пробоподготовки биологического материала для анализа. Патент на полезную модель № 176704 RU от 21.09.2017 «Контейнер для транспортировки в изотермических условиях и гомогенизации биопсийного материала для микробиологических исследований». Также были разработаны программные приложения, оказывающие практическую помощь врачу-бактериологу: «Программа для сбора и обработки данных о результатах лабораторных

анализов «Ауреус 2017» (свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2017662511 от 09.11.2017), и пациенту для оценки своего состояния здоровья: «Программа самоконтроля пациентов с нарушением функции ЖКТ» (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2017663421 от 09.02.2018).

Выводы. Актуализированные данные устойчивости к препаратам дают возможность клиницистам обосновывать назначение антибактериального лечения, которое будет обладать максимальной эффективностью. Наиболее успешное лечение пациентов возможно при вовлечении в диагностический процесс микробиологической диагностики, которая позволит доказательно скорректировать лечебную тактику. Динамический мониторинг за структурой и антибиотикорезистентностью микроорганизмов выделенных из биоптатов стенки толстой кишки пациентов с язвенным колитом, позволит существенно улучшить качество медицинской помощи пациентам имеющих воспалительные заболевания кишечника.

ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

У.О. Алигаджиева - студентка 605 группы лечебного факультета,

В.Т. Меджидов - студент 614 группы лечебного факультета,

Р.М. Максимова - студентка 525 группы лечебного факультета,

А.С. Алиев -студент 640 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии №2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - проф. Г.Р. Аскерханов, доц. М.М. Омаров

Введение. Несмотря на большие достижения современной медицины в области паразитологии и внедрением в хирургическую практику эндоскопических методов, единственным эффективным способом лечения эхинококкоза легких остается торакотомии с последующей эхинококкэктомией.

В настоящее время предложено более 15 способов ликвидации остаточных фиброзных полостей в легких после эхинококкэктомии. При этом не определены критерии применения различных вариантов ликвидации остаточных фиброзных полостей и сравнительной анализ результатов их выполнения.

Цель работы: улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза легких.

Материалы и методы. Нами анализированы результаты лечения 798 больных с различными формами эхинококкоза легких. Их них мужчин было 421, женщин377. У 428 (53.6%) были не осложненные кисты и у 370 (46.4%) осложненные. Множественный эхинококкоз диагностирован у 97 (12,2%), при этом в 68 случаях кисты локализовались в одном легком и в 30 в обоих. Сочетанный эхинококкоз легкого и печени наблюдался у 81 (10,2%)

С целью диагностики всем больным кроме общеклинических методов обследования выполнялись компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, УЗИ грудной клетки и брюшной полости, пробы на выявления антигенов эхинококка.

Доступ и техника оперативного вмешательства на легкий менялись в зависимости от локализации, размера и количества кист, развившихся осложнений. С учётом изложенного нами выполнены следующие виды операций: по методу А.А.Вишневского оперировано 220 больных, капитонаж по Дельбе - выпонен у 215 пациентов, операция Боброва - Спасокукоцкого применена 52 раза, резекция легкого 66 раз, комбинация нескольких методов, чаще при множественных кистах в 155 случаях, экстрипация эхинококковой кисты

- 6 раз, идеальная эхинококкоэктомия в 11 случаях, одномоментное удаление кист из печени и легких произведено у 50 больных, удаление кист из обоих легких раздельными торакотомными доступами - 7 раз, и путем продольной стернотомии у 8 больных, открытое дренирование ложа осложненных кист в 7 случаях. У 15 больных с двухсторонним эхинококкозом удаление кист выполнено последовательно в два этапа с промежутком от 1 до 3 месяцев.

Результаты исследования. Из осложнений эхинококкоза чаще наблюдались перфорации кист в бронх у 172 больных, в плевральную полость в 66 случаях и нагноение кист у 132 пациентов. Больные с перфорациями кист в бронх подвергались операциям в плановом порядке, в отличие от ситуация когда кисты перфорировали в плевральную полость и требовали экстренного вмешательства. Техника эхинококкэктомий включала тщательную изоляцию кисты, ее пункцию, вскрытие фиброзной капсулы и удаление всех элементов паразита путем ее санации, ушивание всех бронхиальных свищей и ликвидацию остаточной фиброзной полости одним или комбинацией нескольких способов.

Из послеоперационных осложнений имели место следующие: пневмонии в 16 случаях, ателектаз сегмента или доли легкого у 5 больных, подкожная эмфизема в 8 наблюдений, внутриплевральные кровотечения в 4 случаях, эмпиема плевры у 11 больных, формирование бронхиальных свищей у 17 пациентов, нагноения ран в 15 случаях, с остаточными полостями выписано 14 больных. В отдалённом периоде рецидивы эхинококкоза наблюдались в 8 случаях, из них у 5 пациентов кисты были осложненные и у 3 не осложненные.

Вывод. Анализ результатов хирургического лечения различных форм эхинококкоза легких показал, что наименьшее количество послеоперационных осложнений возникает после применения закрытых вариантов эхинококкэктомий с первичным швом раны легкого.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Д.А. Монастырская - студент 1.5.10 в группы лечебного факультета,

Н.О. Сомов - аспирант

Кафедра факультетской хирургии №2

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент П.Ю. Туркин

Актуальность. В настоящее время проблема трофических язв нижних конечностей является одной из актуальнейших задач ввиду огромных трудностей в лечении, резкого

снижения качества жизни и трудоспособности пациентов, а так же высоких затрат на долгосрочную терапию.

Цель исследования. Оценить возможности фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении трофических язв различной этиологии. Изучить частоту и характер возможных побочных эффектов при проведении ФДТ с препаратом гидроксиалюминия трисульфофталоцианин.

Материалы и методы.В исследовании приняли участие 112 пациентов в возрасте от 48 до 87 лет. Все испытуемые были разделены на три группы: 1.Пациенты с трофическими язвами венозной этиологии (60 человека). 2.Пациенты с трофическими язвами артериальной этиологии (34 человек). 3. Пациенты с трофическими язвами смешанной этиологии (18 человека). На язвенную поверхность производили аппликацию раствора фотосенсибилизатора гидроксиалюминия трисульфофталоцианин с экспозицией на 24 часа. После этого во всех группах пациентов облучали раневую поверхность низкоинтенсивным лазерным излучением. Результаты лечения оценивали по следующим характеристикам: интенсивность болевого синдрома, количественные показатели размеров язвы, гистологическое исследование, 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.

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.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ TAVI И ОТКРЫТОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРИОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ

Д. В. Ковалевская – студент 1537 группы лечебного факультета

Лаборатория хирургии сердца РНПЦ «Кардиология»

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н. В. В. Шумовец

Актуальность. Протезирование аортального клапана (АК) сердца является

единственным эффективным методом лечения у пациентов с выраженным стенозом АК. Операция по протезированию АК открытым способом требует подключения ИК и остановки сердца, является технически сложной и связана с повышенным риском для пациента. TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) – малоинвазивный метод протезирования АК, заключающийся в чрезкатетерном подведении и установке биопротеза. Данный вид вмешательства является наиболее актуальным для пациентов с тяжёлой коморбидной патологией.

Цель исследования: анализ открытого и малоинвазивного протезирования аортального клапана по критериям коморбидности и периоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. При ретроспективном анализе были отобраны 149 последовательных пациентов. У 15 пациентов было выполнено TAVI (1-я группы) и у 134 пациентов – открытое протезирование (2-я группы). Проведен сравнительный анализ двух групп по тяжести пациентов, коморбидности и периоперационным осложнениям.

Результаты исследования. Пациенты 1-ой группы: мужского пола – 7 (возраст от 66 до 82, мода 81) и женского – 8 (возраст от 69 до 81, мода 76). Пациенты 2-ой группы: мужского пола - 81 (возраст от 28 до 79, мода 71) и женского – 53 (возраст от 19 до 83, мода 72), что достоверно меньше, чем у пациентов TAVI ($p < 0,05$). У пациентов 1 и 2 групп наиболее часто встречающийся диагноз – сочетанный порок АК (66,7%) и критический стеноз АК (43,3%) соответственно. Среди причин: дегенеративный генез – 20% и 44,8%, ХРБС – 20% и 12,1% в 1 и 2 группах; ВПС - 12,1% во 2 группе. Критический стеноз был диагностирован у 53,3% пациентов 1 группы, сочетанный порок - у 41,1% пациентов 2 группы. Дополнительно ИБС было у 93,3% и 57,5% пациентов в группах соответственно ($p < 0,05$). Класс по NYHA II диагностирован у 33,3% и у 39,6%; III – у 66,7% и у 56,7% пациентов 1 и 2 групп; I – 2,2%, IV – 0,75% пациентов во 2 группе, что достоверно не отличалось ($X^2=0,13$, $p=0,72$). Недостаточность МК и/или ТК наблюдалась у 66,7% и у 69,4% пациентов соответственно. У 6,7% и у 24,6% пациентов было расширение восходящего отдела аорты. 60% и 46,3% пациентов имели среди сердечной патологии АВ-блокаду, БНПГ, ФП, ЖЭ, ЖТ изолированно либо в сочетании. Среди сопутствующей патологии у пациентов 1 и 2 групп: СД 2 типа - 20% и 17,9%, ХОБЛ - 6,7% и 4,5%, ХБП - 6,7% и 4,5%, нарушение толерантности к глюкозе - 6,7% и 1,5%, нефропатия - 6,7% и 0,75% соответственно. Также у пациентов 1 группы наблюдался цирроз печени - 6,7%; у пациентов 2 группы: НЖО - 3,7%; ДН 1 - 1,5%, стеатоз печени - 1,5%, ОПП - 0,75%.

Пациентам 2 группы изолированное ПАК выполнялось в 29,1% случаев. ПАК с пластикой/протезированием МК и/или пластикой ТК – 39,6%; с АКШ/МКШ/их сочетанием – 35,8%. Сочетание вышеуказанных вмешательств наблюдалось в 11,9% операций. Различные

вмешательства на аорте выполнялись в 13,4% операций. Высокий операционный риск (6 и >) по LogisticEuroScore наблюдался у 12,7%. Доступ при всех операциях TAVI выполнен через бедренную артерию, при открытых операциях, в большинстве случаев, через срединную стернотомию. После операции пациенты находились в АРО в среднем 1 сутки (от 0,5 до 6 и от 1 до 20 суток в группах соответственно). Осложнения в 1 группе наблюдались в 33,3% случаев (ОСН, кровотечение, нарушение ритма и проводимости) и потребовали дополнительных вмешательств: имплантации ЭКС, установки ВАБК и пластики НПА. Осложнения во 2-й группе наблюдались в 18,6%. В структуре осложнений: интраоперационные 5,2% (кровотечение, ИМ, нарушение ритма и проводимости, парапротезная фистула) и послеоперационные 13,4% (из них кровотечение с тампонадой сердца 38,9%, посткардиотомный синдром 33,3%, диастаз грудины 16,7%, инфаркт мозга 11,1%, и ИМ, окклюзия НПА, обострение ХОБЛ, гидроторакс по 5,6% каждое). Среди иных выполненных операций наиболее распространённые - имплантация ЭКС и рестернотомия с целью гемостаза – 12%. Летальность в группе пациентов открытого протезирования АК составила 0,75%.

Выводы. Пациенты группы малоинвазивного вмешательства были достоверно старше стандартного протезирования, при этом симптоматика сердечной недостаточности достоверно не отличалась между пациентами. Также пациенты группы TAVI имели больший спектр коморбидной патологии с достоверным преобладанием нефропатии и хронической болезни почек. Среди пациентов открытого лечения чаще имелась патология восходящего отдела аорты. Процент периоперационных осложнений группы открытого протезирования ниже, однако, с преобладанием тяжёлых осложнений. Наиболее частое вмешательство по поводу периоперационных осложнений в группе TAVI – имплантация ЭКС, в группе открытых операций – рестернотомия по поводу послеоперационного кровотечения. Это предполагает, что метод TAVI – вмешательство с более благоприятным ранним послеоперационным периодом.

СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

П.Ж. Батирмирзаева - студентка 403 группы педиатрического факультета,

З.А. Свелиманов - аспирант

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Ю. Сафаров

Введение. Проблемы сахарного диабета (СД) в его неизлечимости, приросте

заболеваемости на 5-6% в год, снижении трудоспособности, укорачивании жизни на 15-20 лет. Наряду с сердцем, мозгом, глазами почками мишенью диабета становятся ноги (поражается преимущественно сосуды капиллярного звена). По статистике из этих осложнений синдром диабетической стопы (ДС) рассматривается диабетологами как самое частое и грозное, в то же время и как самое предотвратимое. Развивается ДС при СД в 35-70% случаях и характеризуется поражением артерий, нервов, кожи стоп, инфецированием. Развитие гнойно-некротического процесса на фоне ДС доходит 80% и почти всегда становится причиной малых и высоких ампутаций. По сравнению с Западом количество ампутаций ног в России в разы выше, поскольку каждый российский диабетик лечение начинает позднее возможного, ему недоступны качественные лекарственные препараты. В Европе давно сложился мультидисциплинарный подход к лечению синдрома с использованием методов реваскуляризации артерий голени и стопы. Что для них обыденность, для нас – «высокотехнологичная помощь», оказываемая лишь в крупных центрах. У диабетиков и риск развития септических осложнений вдвое выше, что связано с депрессией как клеточного, так и гуморального звена иммунитета. Когда синдром ДС осложняется сепсисом, лечение становится затруднительным, летальность достигает 60%, а при септическом шоке - в 90%.

Цель исследования – изучить трудности терапии и частоту летальных исходов ДС в сочетании септическим осложнением.

Материал и методика. В Республиканский центр Хирургической инфекции в период 2010-2016 гг. поступили 1402 больных СДС. Они были поделены на 2 группы по общепринятой форме ДС. В первую группу вошли 670 чел., страдавшие нейропатической формой ; во вторую- 732- с нейроишемической формой. У 79 из них выявили клинику сепсиса с бактериологическим подтверждением у 35 (44.3%).

В первой группе на фоне компенсированного и субкомпенсированного уровня глюкозы септические осложнения зафиксированы в 21 случаях. В связи с отсутствием острой хирургической патологии, они ограничились консервативной терапией. Во второй группе с нейроишемической формой и декомпенсированным диабетом тяжелый сепсис и септический шок имели место у 58 пациентов. У них был выявлен ряд острых хирургических патологий, требовавшие активные хирургические вмешательства.

Алгоритм диагностики нарушения кровообращения конечности складывался из: визуальной оценки, определения пульсаций на голени и стопе, ультразвуковой допплерографии сосудов нижней конечности, рентгенографии стопы, клинико-лабораторных и бактериологических исследований.

Результаты исследований. Больные первой группы были в возрасте 54-61 год не

отягощены большим числом (всего1-2) сопутствующих патологий. Они также имели небольшой стаж СД (2-5 лет), а длительность поражения стопы - от пары недель до пары месяцев. Сахар в крови у них колебался от околонормальных цифр до 14 ммоль/л. Местно на стопе отмечались плантарные язвы и инфицированные раны, которые могли быть входными воротами для инфекций и вызвать системную воспалительную реакцию организма.

Рис. 1 Б-ной Гаджиев А.М. 63 год.
Гнойно-некротическая рана н/3 голени и стопы.

Рис. 2. Б-ной Юсупова Р.А. 53 г.
Диабетическая язва тыла стопы.

Клинически реакция организма проявлялось: гипертермией до 38-39°С, тахипноэ до 20-24 в 1 мин, учащением пульса до 90-94 в мин, лейкоцитоз определялся на уровне 12-14*10^9/л, АД в большинстве случаев не страдало. Они получали терапию сахароснижающую, направленно антибактериальную, сосудистую (актовегин, вазапростан), дезинтоксикационную с учетом степени эндотоксикоза и местную терапию язв, инфицированных ран с применением современных перевязочных средств.

Во второй группе – 58 пациентов были с септическими осложнениями в возрасте от 66 до 83 лет, с критической ишемией, и выраженной картиной флегмоны, гангрены и остеомиелита костей стопы. «Стаж» диабета у них доходило до 30 лет, ДС – от 7 до 12 лет, уровень гликемии - 13-30 ммоль/л, сахар в моче- 07-1.2%. Редко кто соблюдал диету, сахароснижающие препараты принимали прерывистыми курсами. Бесконтрольной длительный прием антибиотикотерапии привел к потере чувствительности флоры ко многим препаратам. Состояние многих вызывало опасения: АД нестабильное, ~90/60 мм рт. ст., тахикардия до 90-100 в мин., дыхание частое, до 24-28 в мин., Hb 57-90 г/л . Из них большинство переводились к нам в отделение из районных и городских ЛУ, где они госпитализировались первично, некоторые несколько раз. Их мучила постоянная боль, они требовали регулярное обезболивание.

При поступлении пораженная стопа была отечна, холодна, с раздутыми подошвами и язвами, различной глубины и размеров. На подошвенной поверхности имелись несколько мини разрезов, с марлевыми дренажами, плохо дренирующих обширных гнойных очагов. Пальцы стопы багрово-синюшного цвета, между которыми вялые небольшие безжизненные

раны, с небольшим гнойным отделяемым со зловонным запахом. Ноги со спавшими венами и без волос.

Пульсация артерий голени и стопы резко ослаблена или не определялась. На УЗДГ проходимость основных артериальных стволов конечности - всего лишь на 20-30%. Местное лечение по месту жительства проводилось без учета фаз течения раневого процесса, не выполнены адекватные хирургическое санирования гнойных очагов, что привело к переходу критической ишемии в ишемическую. Таким пациентам для срочной коррекции гипергликемии и функциональных сдвигов жизненно важных органов требовалось больше времени, сил и средств.

Рис.3. Б-ой Алиев М.А. 63года.
Диабетическая гангрена стопы

Рис.4. Б-ной Мусаев Р.Т. 52 года
Флегмона голени и стопы.

После кратковременной подготовки 58 больным синдромом диабетической стопы произведены следующие хирургические вмешательства: 28 высокие ампутации на уровне голени и бедра, 17 пациентам – удаление гангренозных пальцев и метатарзальная ампутация стопы по Шарпу, остальным- широкие вскрытия флегмон на стопе и голени с последующей хирургической и химической санацией и дренированием гнойных полостей.

По результатам прокальцитониновой пробы (норма 0.1 нг/мл) выявлено 11.1 нг/мл, что указывает на тяжелое септическое осложнение с большим риском летального исхода и необходимостью экстренного хирургического вмешательства и подключение антибиотиков резерва.

Согласно результатам прокальцитонин–теста в комплекс лечения также включены экстракорпоральные методы детоксикации: 5 сеансов ГБО при рабочем давлении 1.5 атмосфер, длительностью 50 минут. 5 сеансов УФОК на аппарате «ОВК» в режиме 1+3, длительностью 40 минут, из подключичного доступа.

В послеоперационном периоде умерло 33 (56.9 %). Из них у 16 развился септический шок с падением АД до критического, с частым слабым аритмическим пульсом и тахикардией

до 40 в мин. У 7 больных возник септическая пневмония, у 6 печеночно-почечная недостаточность, у 4 - ТЭЛА. Реанимационные пособия и интенсивная терапия - вазопрессоры, ИВЛ, антибиотики резерва, детоксикационная и иммунокорригирующая терапии были безуспешны.

Выводы. 1. СД распространяется глобально и агрессивно. Растет число тяжелых осложнений и летальных исходов.

2. Больные с СДС в силу особенностей клинического течения должны изначально госпитализировать в отделениях хирургической инфекции и вести вместе с эндокринологом и сосудистым хирургом.

3. Септические осложнения, наряду с сердечно-сосудистыми, являются основными в увеличении количества летальных исходов.

4. Необходимо усилить профилактику сепсиса у диабетиков путем адекватной обработки диабетических язв и инфицированных ран.

КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И НАСЫЩЕНИЕ КИСЛОРОДОМ ГЕМОГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В ИНТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДАХ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, М.П. Магомедов, А.С. Абасова

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ФГБОУ ВО ДГТУ Минобрнауки России, Махачкала, Россия

Введение. На современном этапе во многих странах мира, а также в **Российской** Федерации отмечается значительный рост числа заболеваний желчевыводящей системы и, в первую очередь, – жёлчного пузыря (Какурин С.Н., 2008; Пантелеева И.С., 2014; Иманалиев М.Р. и сотр., 2017).

Вместе с тем мало изучен ишемический фактор в возникновении холецистита. Для этого надо сначала выявить нормальные показатели кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в интрамуральных сосудах жёлчного пузыря, что является актуальной проблемой.

Целью исследования является изучение нормальных показателей кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в интрамуральных сосудах жёлчного пузыря.

Материал и методы. В работе приведены нормальные показатели кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в теле и верхушке жёлчного пузыря у 32 больных, у которых не было патологии данного органа.

Методика исследования заключалась в следующем. После общего обезболивания производили лапаротомию. Затем исследовали кровяное давление в интрамуральных сосудах по М.З. Сигалу (1974) и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке верхушки и теле жёлчного пузыря разработанным нами аппаратом (патент RU 2581266 C2 от 13.03.2016 г.). На наш аппарат получена золотая медаль во Франции на международном инновационном салоне 11 сентября 2017 года. В аппарате имеются две камеры. В большой камере расположены светодиодные лампочки, она закрыта сверху резиновой мембраной для измерения кровяного давления в интрамуральных сосудах жёлчного пузыря, а во второй камере находится излучатель для определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови.

Полученные показатели подвергались статистической обработке с помощью компьютерных программ обработки данных STSGRAF и STAT4, а также SPSS версия 7.5.

Результаты. До операции изучались основные показатели лабораторных анализов, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные лабораторные анализы больных (32 больных)

Показатель	Перед операцией	Через 3 дня	P
Общий белок, г/л	68,3±2,8	75,9±2,5	<0,005
Альбумин	32,8±1,6	36,3±1,4	<0,05
Мочевина, ммоль/л	7,8±0,4	7,0±0,5	<0,05
Креатинин, ммоль/л	101,5±6	98,4±6,5	<0,05
Калий, ммоль/л	3,6±0,2	4,3±0,1	<0,05
Натрий, ммоль/л	140,3±1	136,2±1,2	<0,05
Гемоглобин, г/л	116,5±1,4	126,8±1,8	<0,005
Эритроциты, 10^{12}/л	3,5±0,3	4,0±0,2	<0,05
ЛИИ, расчетные ед.	3,9±0,3	2,8±0,3	<0,001
Моноциты, 10^{9}/л	42,2±3	40,5±4	<0,05

P<0,05 – достоверные отличия

Проведённые исследования показали, что в теле жёлчного пузыря артериальное давление равно 60,2±0,8/50,4±0,6 мм рт.ст., а в верхушке жёлчного пузыря 51,4±0,6/45,5±0,5 мм рт.ст. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови соответственно 92±1,5% и 90±1,4% (табл. 2).

Таблица 2

Кровяное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке жёлчного пузыря

Отдел жёлчного пузыря	Кровяное давление M±m		Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови
	Интрамуральное	Общее	
Верхушка жёлчного пузыря	51,4±0,6/45,5±0,5	120,4±1,5/78,6±1,2	90±1,4%
Тело жёлчного пузыря	60,2±0,8/50,4±0,6	120,4±1,5/78,6±1,2	92±1,5%

Обсуждение. Наши клинические исследования представили нормальные показатели кровяного давления и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови. Оказалось, что эти показатели в норме в теле жёлчного пузыря статистически значимо выше (P<0,005), чем в верхушке этого органа. Приведённые показатели могут быть использованы в ходе операции или при других заболеваниях жёлчного пузыря.

Выводы. Показатели кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в теле жёлчного пузыря статистически значимо выше (P<0,005), чем в верхушке этого органа.

Литература

1. Иманалиев М.Р., Нажмудинов З.З., Гусейнов Н.-К.Г., Магомедов М.А., Абдулаев У.М. Анализ хирургического лечения больных острым холециститом // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2017. – № 1. – С. 1323–1324.

2. Какурин С.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // Автореферат дисс… на соискание канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 20 с.

3. Нестеров М.И., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Абдурахманова З.М., Магомедов А.М. Аппарат для исследования сосудов полых органов во время хирургической операции. Патент RU 2581266 от 20.04.2016.

4. Пантелеева И.С. Хирургическое лечение острого деструктивного калькулёзного холецистита из минилапаротомного доступа // Автореферат дисс…на соискание канд. мед. наук. – Москва, 2014. – 27 с.

5. Сигал, М.З. Трансиллюминация при операциях на полых органах / М.З. Сигал. – М., Медицина, 1974. – 183 с.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА И УРОВНЯ АМПУТАЦИЙ НОГ У ДИАБЕТИКОВ

Р. И. Исалаев - студент 502 группы педиатрического факультета

З. М. Шамилова - студентка 411 группы педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Ю. Сафаров

Актуальность. В настоящее время распространенность сахарного диабета (СД) носит характер глобальной эпидемии, им страдает 5-6% населения Земли. По данным ВОЗ к 2017 г. в мире насчитывалось 371 млн. диабетиков, в России-9.6 млн., в Дагестане- 23 187 чел. Из них у каждого четвертого впоследствии возникает тяжелое осложнение - синдром диабетической стопы (СДС), которое в 85% случаев приведет к ампутации конечности. Каждую минуту в мире один диабетик лишается ноги, за год набирается 1 млн. ампутантов. В Европе при СДС ноги теряют 8%, в России - более 50% больных. Причин такой печальной статистики три:

а) каждый второй наш больной лечение начинает позднее возможного;

б) у нас лишь в крупных городах доступны методы реваскуляризации артерий ног;

в) сказывается и острая нехватка качественных лекарственных препаратов.

Несмотря на усовершенствование консервативной терапии, и оперативной техники снижение количества ампутаций пока не наблюдается.

Цель исследования. На основе анализа и оценки накопленного опыта разработать меры по снижению количества и уровня ампутации ног при синдроме диабетической стопы.

Материал и методы исследования. Мы провели ретроспективный анализ 766 больных поступивших в Республиканское отделение хирургической инфекции (РОХИ) за 2015-2017 годы с диагнозом синдрома диабетической стопы. «Стаж» диабета у них от 4 до 30 лет, длительность поражения ног- от 2 до 7 лет. Мужчин 456, женщин- 310, в возрасте 46-75 лет. Каждый из них страдал по 3-5 сопутствующими недугами: ИБС -у 62%-, артериальная гипертония – у 28%, атеросклероз сосудов ног- у 17%, терминальная стадия заболевания почек- у 13%, аллергия- у 11%, алкоголизм- у 7%, слепота -у 4%, курильщики со стажем составляли 42%. Первичная оценка состояния кровообращения стопы нами проводилась на основании осмотра и определения пульсации в обычных точках конечности, почти всем выполнялась УЗДГ, по необходимости- рентгеноконтрастная артериография голени и стопы. После ускоренного обследования и подготовки из 766 пациентов 651 подвергнуты оперативному вмешательству: 310 малым и 141 высоким ампутациям. Данная работа

посвящена анализу высоких ампутаций

Результаты исследования. При поступлении из 141 пациентов 119 были с критической ишемией, большая часть которых были направлены из районных и городских лечебных учреждений, где и были первично госпитализированы. Сахар в крови у них колебался от 13 до 30 ммоль/л, сахар в моче- 07-1.2%. Многие из них были диабетиками во втором, а в 7% случаев в третьем поколении. Редко кто соблюдал диету и, несмотря на гипергликемии, сахароснижающие препараты принимали прерывистыми курсами. Состояние многих вызывало опасения: АД нестабильное, примерно, 90/60 мм рт. ст., пульс до 90-100 ударов в минуту, дыхание частое, до 24-28 в минуту, гемоглобин 57-90 г/л. Состояние гемодинамики, дыхательной и выделительной систем усугубляли упомянутые выше сопутствующие патологии. Больных мучила постоянная боль в ноге, требовали регулярное обезболивание.

В результате длительной бесконтрольной антибактериальной терапии чувствительность флоры ко многим препаратам была потеряна. Пораженная стопа была отечная, холодная, с раздутыми подошвами и язвами различной глубины и размеров. Пальцы стопы багрово - синюшного цвета, между которыми вялые безжизненные раны, с гнойным отделяемым со зловонным запахом. Нарастающий отек, охватывающий нижнюю треть голени, сдавливая и без того слабонаполненные артериальные сосуды, еще больше ухудшал кровоснабжение конечностей. Пульсация артерий голени и стопы либо резко ослаблена, либо вообще не определялась. На УЗДГ проходимость основных артериальных стволов конечности - всего лишь на 20-30%. Местное лечение проводилось без учета фаз течения раневого процесса, не выполнены адекватные хирургическое и химическое санирования гнойных очагов. На фоне этих упущений критическая ишемия постепенно переходила в ишемическую гангрену. Все это сужало сроки интенсивной терапии, затягивало оперативное вмешательство и ухудшало прогноз. Таким пациентам для срочной коррекции гипергликемии и функциональных сдвигов жизненно важных органов требовалось значительно больше времени, сил и средств.

В настоящее время принципы лечения СДС достаточно унифицированы и включают в себя следующие 6 моментов: сахароснижающую терапию; направленное антибактериальное лечение; двигательную разгрузку стопы; сосудистую терапию (актовегин, вазапростан); дезинтоксикационную терапию с учетом степени эндотоксикоза; хирургическая санация гнойных очагов стопы с последующим применением современных лекарственных и перевязочных средств. По мере наших возможностей все эти принципы соблюдали и мы.

В предоперационной подготовке затруднения вызывали коррекция устойчивой гипергликемии и гиповолемии, а также все углубляющийся инфекционно-токсический шок. При удовлетворительных параметрах этих и других сдвигов в течение первой сутки были

произведены высокие ампутации 51 больным (39 на уровне голени и 12- на уровне бедра). На 2-3 сутки 90 больным (23 на уровне голени и 67 на уровне бедра). Итак, в 62 случаях голень была ампутирована на уровне верхней и средней трети, бедро 79 больным на уровне средней и нижней трети. При этом мы стремились соблюдать следующие три требования: максимальное сохранение анатомической функциональности ноги; создание культи, совместимой с конструкцией протеза; смягчение синдрома фантомных болей и других осложнений..

В послеоперационном периоде основным принципом лечения наших больных оставалась триада: коррекция уровня сахара, борьба с инфекцией и интоксикацией. Из них главным считаем инсулинотерапия, которая позволяла удержать гликемию на околонормальном уровне, т.е. 9-10 ммоль/л.

Из послеоперационных осложнений наиболее частыми были: фантомные боли -45, инфицирование ран -65, Сепсис- 16, прогрессирующий некроз тканей (гангрена)- 5, тромбоэмболия- 6, госпитальная пневмония- 4.

В ближайшем послеоперационном периоде мы потеряли 47 (35.8%) больных. Это очень большие цифры для Республиканского отделения хирургической инфекции. С учетом этих реалий в конце 2016 г мы занялись поиском возможностей снижения числа ампутаций и летальных исходов при синдроме диабетической стопы. К началу 2017 г. были выбраны 6 нижеследующих инновационных подходов в лечении этого тяжелого контингента больных.

1. Мультидисциплинарный подход в лечении таких пациентов с участием эндокринолога, хирурга, рентгенэндоваскулярного хирурга, врача УЗИ, ангиохирурга; терапевта, по необходимости привлекали нефролога и кардиолога.

2. По последнему методу Института хирургии им. А.В. Вишневского ампутацию конечности производили в два этапа: первая гильотинная (спасительная), вторая окончательная после стабилизации состояния, примерно, через 2-3 недели. Лучами лазера обрабатывали поверхности гнойных очагов.

3. Реваскуляризация (баллонная дилятация и стентирование) артерий конечности;

4. Внедрены ГБО, внутрисосудистое УФО- и лазерное облучение крови;

5. Прокальцитонин-тест. Как надежный маркер диагностики и мониторинга бактериального эндотоксикоза и сепсиса

6. Широкая профилактика инфицирования стоп: научить больного всем премудростям по уходу за конечностью, страдающей ангиопатией и нейропатией. Перед выпиской снабдить его памяткой и методичкой.

Выводы. В течение минувшего года мы планомерно внедряли намеченное и в конце года подвели предварительные итоги. Хотя статистически достоверных результатов от

наших инноваций еще нет, но тенденция переломить ситуацию очевидна. Летальность в абсолютных цифрах снизилась с 47 до 38, т.е. на 19.2%, что вселяет уверенность, что мы можем еще больше улучшить результаты нашего поиска.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН – МАРКЁР ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ И СЕПСИСА

З. М. Шамилова - студентка 411 группы педиатрического факультета,

Р. И. Исалаев - студент 502 группы педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Ю. Сафаров

Актуальность. Развитие любого инфекционного заболевания определяет продолжительность действия агента и формирование ответной реакции организма. В 1993 г. появилась информация о тесной связи уровня сывороточного прокальцитонина (ПКТ) с бактериальной инфекцией в организме. Дальнейшие исследования показали, что ПКТ-тест незаменим при диагностике и дифференциальной диагностике тяжелых бактериальных инфекций, в раннем выявлении больных с высоким риском развития послеоперационных инфекционных осложнений и мониторировании больных с синдромом полиорганной недостаточности (СПОН). Биохимический маркер для ранней диагностики, мониторинга тяжести течения сепсиса и оценки синдрома воспалительной реакции. Назначается анализ для диагностики и дифференциации бактериальных инфекций, контроля их лечения, раннего выявления послеоперационных осложнений. Биоматериал исследования - сыворотка крови из вены. Сроки выполнения теста прокальцитонина до 3 дней. Главное преимущество данного теста является его ранний и высокоспецифичный ответ на нарастающие и тяжелые системные бактериальные инфекции и сепсис, в то же время, оставаясь низким при вирусных инфекциях, хронических воспалительных реакциях или аутоиммунных процессах. Концентрация прокальцитонина в плазме крови у практически здоровых лиц ничтожна мала, в пределах менее 0,1 нг/мл. Уровень ПКТ четко коррелирует с тяжестью воспалительного процесса.

ПКТ < 0,5 нг/мл – низкий риск тяжелого сепсиса и/или септического шока.

ПКТ от 0,5 до 2 нг/мл – умеренный *ССВР* – "серая зона". Поставить диагноз сепсиса с уверенностью нельзя, рекомендуется повторить измерение в течение 6-24 часов.

ПКТ > 2 нг/мл – тяжелый *ССВР*, высокий риск тяжелого сепсиса и/или септического шока (чувствительность 85%, специфичность 93%).

ПКТ 10 нг/мл и выше – выраженный *ССВР* – практически всегда вследствие тяжелого бактериального сепсиса или септического шока.

Цель исследования. Изучить динамику повышения ПКТ-теста у больных в зависимости от тяжести течения общей и местной гнойной инфекции.

Материал и методы. С 2017 г по 2018г. в Республиканском отделении хирургической инфекции (РОХИ) ГКБ №1 находились 31 больных с различными диагнозами:

Мужчин - 12, Женщин – 19, их возраст от 47 до 73лет. Диабетический «стаж» от -4 до 30 лет, а диабетической стопы от 2 месяцев до 4 лет.

Запущенный синдром диабетической стопы	17
Неклостридиальная анаэробная флегмона передней брюшной стенки, плеча, грудной клетки и спины	2
Остеомиелит свищевая форма	5
Флегмона передней брюшной стенки	2
Перитонит	2
Лигатурный свищ	2
Гранулема ягодичной области	1
Итого	31

Все они лечились в городских и районных больницах по месту жительства, некоторые по 2-3 раза и не раз подвергались малым оперативным вмешательствам, как вскрытие флегмоны на стопе, некрэктомии ран, ампутации гангренозных пальцев нижней конечности. Уровень гликемии у них колебался от 13 до 28 и более ммоль/л. Только один палец был на инсулине, остальные получали таблетированные сахароснижающие препараты. Кроме основного заболевания они имели ряд серьезных сопутствующих патологий: ИБС, артериальная гипертония, атеросклеротические поражения сосудов конечностей, ожирение, нефропатии в терминальной стадии, алкоголизм и др.

При поступлении, 22 больных были тяжелыми, особенно с диабетической стопой. Алгоритм диагностики нарушения кровообращения конечности у них складывался из визуальной оценки, УЗДГ, рентгенографии стопы, бактериологических исследований. Всем пациентам был определен ПКТ в сыворотке крови методом твердофазного трехстадийного ИФА на планшетах, в основе которого лежит принцип «sandwich». Чувствительность метода – 0,04 нг/мл. с диапазоном измерения 0-12нг/мл. Учет результатов проводили спектрофотометрически на полуавтоматическом ИФА – анализаторе «Биорад-680» при длине волны 450 нм.

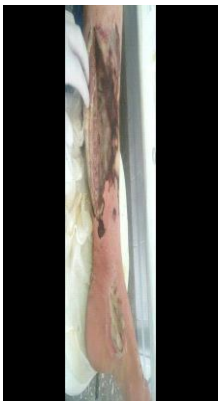
Б-ой А., 49 л. Д-з: сахарный диабет 2 типа, некротический фасциит.

Концентрация прокальцитонина резко возрастает в течение 6-12 часов при системном воспалении бактериального происхождения. Уровень прокальцитонина 0,1-0,5 нг/мл, характеризующий о наличии локальной бактериальной инфекции был обнаружен у 5 больных, 0,5-2нг/мл с нагноением эхинококковой кисты печени и гнойно-некротическая рана у 2 больных, 2-10нг/мл тяжелой септической формы у 4 больных, а также показатель 11,7-21,4 нг/мл с возможным летальным исходом у 20 больных.

Результаты и обсуждение. У диабетиков тяжесть состояния требовала срочной интенсивной терапии, изначально многих укладывали в отделении Реанимации и Интенсивной терапии, далее в плане обследования и лечения, больные с осложнениями и рядом сопутствующих заболеваний нуждались в мультидисциплинарном подходе. В проводимую им интенсивную терапию входило: перевод больных на инсулин, санацию очага инфекции, в/в антибиотикотерапии, иммунокоррекцию – ронколейкином и антистафилококковой плазмы, тканевую перфузию активизировали введением свежезамороженной плазмы, гепарина, витамина С, а детоксикационную терапию – внутрисосудистым УФО крови, гипербарической оксигенацией.

На 3-4 день поступления получены результаты бакпосевов из гнойных очагов:

У 14 – различная флора, чаще золотистый стафилококк, энтеробактер, протей, смешанная флора у 4, остальная – монокультура.



Б-й И., 63, Д-з Сахарный диабет 2 тип, декомпенсация, множественные гнойные раны

правой голени.

Выводы.ПКТ является высокоспецифичным, точным в измерении и высокочувствительным методом для системной и тяжелой бактериальной инфекции, а также хорошим показателем, помогающим в дополнении клинических исследований, в отличие от обычно применяемых тестов имеет ряд преимуществ. Мы убедились, что достоинством теста является его компактность и пригодность для экстренных клинических ситуаций при прогрессировании инфекционного процесса, а также быстрота выполнения. Учитывая анамнез, предварительный диагноз и клиническое состояния наших пациентов, определение ПКТ в сыворотке крови позволяло дифференцировать процессы воспаления лишь на бактериальной, но невирусной инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Х.М. Магомедов, К.А. Магомедова, Ш.Ш. Бекмирзаев, Ш.М. Хандулаев

Кафедра хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность: Синдром механической желтухи возникает у 15-40% больных желчнокаменной болезнью. Декомпрессия билиарной системы является одной из главных целей и важнейшим компонентом лечебных мероприятий у этих пациентов.

В последнее время в лечении больных с механической желтухой различной этиологии все чаще предпочтение отдается малоинвазивным эндоскопическим способам восстановления желчеоттока.

Цель исследования. Анализ результатов диагностики и хирургического лечения пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза.

Материал и методы. В хирургических отделениях ЦСЭМП за 2016-2017гг находились на лечении 91 больных с механической желтухой. Возраст больных колебался от 26 до 88 лет. Мужчин – 36, женщин – 55. Основными причинами развития механической желтухи явились: ЖКБ, холедохолитиаз – 69 (75,8%), синдром Меризи – 7 (7,7%), острый панкреатит – 6 (6,6%), стеноз БДС – 3 (3,3%), эхинококкоз печени с прорывом в желчные пути – 1 (1,1%).

У 52 (57,2%) больных при поступлении выявляли осложнения сопутствующей механической желтухи. Наиболее часто диагностировали печеночно-почечную недостаточность (27,5%) у пациентов с длительно существующей билиарной гипертензией и высокими цифрами билирубина. Холангит диагностирован у 16 (17,6%), холангиогенный абсцесс печени у 2 (2,2%) больных.

Для дифференциальной диагностики механической желтухи применяли – УЗИ, МРХПГ, КТ, ЭРХПГ.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе всем больным выполняли УЗИ, устанавливали тип желтухи и ее причины. При выявлении холедохолитиаза выполняли ЭРХПГ, извлечение камня эндоскопическим методом. В неясных случаях проводили МРХПГ.

Мы применяем двухэтапный подход к лечению этой категории больных. На первом этапе проводили декомпрессию желчевыводящих путей с применением эндоскопических технологий. После устранения желчной гипертензии, улучшения функционального состояния печени переходили к окончательному второму этапу лечения.

Из 91 пациентов на первом этапе 72 выполнены эндоскопические вмешательства, которые позволили уточнить причину обтурации и произвести декомпрессию желчных путей.

Операции второго этапа выполняли после купирования явлений печеночной недостаточности и нормализации уровня билирубина. Лапароскопические холецистэктомии произведены 37 (40,6%) пациентам после выполнения ПСТ, холелитоэкстракции. Холецистэктомия, дренирование холедоха произведены 24 (26,3%) больным, наложение холедоходуоденоанастомоза- 9 (9,9%), наложение гепатикоеюноанастомоза- 6(6,6%).

В послеоперационном периоде умерли 4(4,4%) больных. Причиной смерти у 3 (3,3%) пациентов явились прогрессирования печеночно0почечной недостаточности на фоне гнойного холангита и холангиогенного абсцесса печени. В 1 случае летальный исход наступил в результате острого инфаркта миокарда.

В раннем в послеоперационном периоде осложнения развились у 14 (15,4%) больных: внутрибрюшное кровотечение- 1(1,1%) , нагноенное послеоперационной раны - 8 (8,8%) , пневмония -3 (3,3) , развития острого панкреатита- 1 (1,1%)

Выводы: 1.Результаты лечения механической желтухи зависят от длительности гипербилирубинемии, своевременного и точного определения характера желтухи, ровня и причины обтурации желчных протоков.

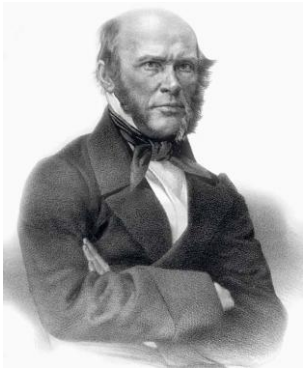
2. У больных с холедохолитиазом, осложнённым механической желтухой, ЭПСТ является операцией выбора, сопровождается минимальным осложнением.

3. Больным с признаки печеночной недостаточности необходимо проводить коррегирующую терапию с момента поступления, включая методы детоксикации.

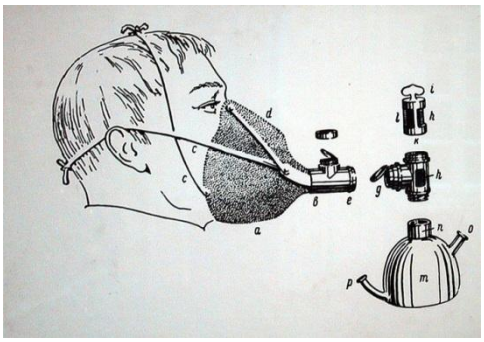
ВЕЛИКИЙ МАГ СКАЛЬПЕЛЯ О ДАГЕСТАНЕ И ДАГЕСТАНЦАХ

А. М. Магомедова - студентка 411 группы педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Ю. Сафаров



8 июня 1847 г в разгар Кавказской войны Пирогов выехал из Петербурга на тарантасе, в действующую армию в горах Дагестана, взяв с собой 30 наркозных масок собственного изобретения и 32 литра эфира. В помощь ему был назначен доктор медицины П.Ю.Неммерт и фельдшер Калашников. Путь, по которому следовал Н.И.Пирогов по Кавказу, шел Ставрополя через Моздок в Кизляр. Здесь, как пишет он в путевых заметках, почтовая дорога заканчивалась.



В 35 градусную июньскую жару, преодолев 80 км за 36 часов, от Кизляра до реки Сулак, Пирогов прибыл в нынешний город Кизилюрт и был с почестями принят в штаб квартире Нижнедрагунского полка, расположенный возле аула Нижний Чирюрт. Здесь обычно останавливались известные личности России и из-за рубежа. Спустя 3 года после Пирогова, здесь устроили царский прием царевичу Александру Николаевичу, в 1858г.-французскому романисту Александру Дюма, путешествующему по России, годом позже, в 1859, пленному имаму Шамилю, следующему в Петербург. Кстати, ровно через 27 лет (1874) после посещения Пироговым этих мест в семье офицера полка родиться один из выдающихся и ярких личностей в отечественной хирургии А.В.Вишневский. Выехав из Чирюрта, Н.И.Пирогов через 12 часов прибыл в Кумторкала, где перед ним впервые открывается природа Дагестана. Николай Иванович спешил в горы и в середине июля 1847 г прибыл в главный лагерь русских войск Турчидаг. В непосредственной близости аула Салта Пирогов развернул примитивный лазарет, как он пишет: «состоящий из нескольких шалашей

из древесных ветвей, крытых сверху соломой. Операционным столом две длинные скамьи, складенные из камней, покрытые так же соломой. Между ними прорыли канаву для стока воды. Солома менялась, насколько можно чаще. На этих же каменьях мы делали наши операции, и перевязки, обыкновенно стоя на коленях и в согнутом положении тела, по 12 и более часов в сутки, а ночью – при свечах. В соломе и белье раненных «гнездились» вши и черви. За оперированными мы обеспечивали 2-4 недельное наблюдение».

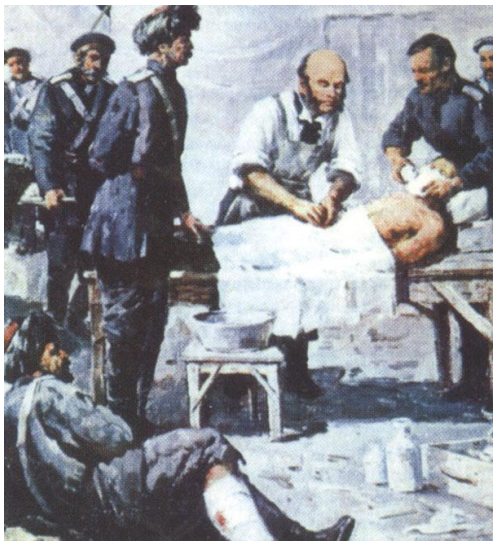
За неполных 4 месяца в горном крае, Пирогов оперировал более 400 раненых, проверяя обезболивающий эффект эфира непосредственно в полевых условиях. В конце он скажет: «Закончилась эра стонов и душераздирающих криков в операционной». А ведь до него было иначе: «Готов биться целый день на поле сражений, чем 5 минут находиться на операционном столе» - эти признания раненого героя Бородинского сражения, кизлярца Багратиона, которого сам Наполеон окрестил как «самого смелого и неуязвимого русского генерала».

Находясь в горном крае, он сделал целый ряд крупнейших открытий, имеющих историческое значение: применил неподвижную крахмальную (гипсовую) повязку для фиксации переломов конечностей у раненых подлежащих транспортированию. Лично сопровождал больных с гипсами из Салта в Кази-Кумухский военно-полевой госпиталь. Спустя 32 года Пирогов вспоминает: даже в Крымскую войну ни англичане, ни французы не знали о гипсовой повязке, в то время, как мы ее широко применяли. Так, с легкой руки Николая Ивановича впервые в истории перелом костей перестал быть приговором к увечью на всю жизнь. В наших горах одновременно он испытал алжирские носилки и сиделки для перевозки раненных в условиях гористой местности. Обобщая свои наблюдения на поле битвы, Пирогов дал известное каждому врачу классическое определение шока и пришел к выводу о противопоказанности, как самой операции, так и анестезирования при шоке. Это положение сохраняется и ныне в хирургии. Одним из первых стал смазывать йодной настойкой окружность ран, а также прижигать гранулирующую рану раствором ляписа. Пирогов заметил, что отверстия входа и выхода пули припухали, в канале скапливался гной, образовалась гангренозно-флегмонозное воспаление, гной пролагал себе путь по различным направлениям. В этих случаях Пирогов ввел в практику метод рассечения пулевых ран, опровергая теорию известного немецкого хирурга Бергмана, «о стерильности огнестрельных ран». Какова глубина и широта изобретательности и научного предвидения?!

Наряду с множество новых открытий, сделавших этим войнам науки, нам не менее интересно каким предстал перед ним горный край, его природа и сами горцы, каким он нашел медицинскую помощь русским солдатам, и местным аборигенам.

Еще по пути в горы, проходя маленькие аулы, Пирогов созерцал: «голые скалы,

неприятность и бедность и в одежде и в саклях». В целом ученный не в восторге от угрюмой природы Дагестана. Вот, что он записал в своем отчете. «Я еще не видел страны более безутешной, чем Дагестан. Вся окрестность покрыта каким-то безжизненным, печальным светом. Везде видишь только одни хмурые скалы и ущелья. А местами к этим скалам примкнуты, как кучки ласточкиных гнезд, аулы, кое-где окруженные садами, зелень которых издали, делает еще разительнее дикую бесплодность окрестных скал. Даже журчанье горных потоков не нарушает здесь пустынного молчания». Похоже, встреча с Сулаком оставили в 37 летнем профессии гнетущее впечатление, чтобы потом в отчете начертать: «Реки и речки в Дагестане мутны и грязны до того, что купаясь в них, можно скорее замараться, нежели вымыться». Как тонко подмечено и художественно описано! Одним словом, гений!



Зато высокого мнения мэтр хирургии о простых воинах, наибах и мюридах имама Шамиля. «В середине июля 1847 г. я прибыл в главный лагерь русских войск Турчидаг и через два дня с отрядом пехоты спустился с этой вершины вниз. Я специально ездил в Салта, мне не верилось, что этот небольшой аул мог выдержать двухмесячный, жесточайший штурм и осада царской армии, которая покорила Наполеона». Далее в дневниковых записях он продолжает: «эти отчаянные приверженцы Шамиля изумляли нас своей твердостью и равнодушием к телесным страданиям. Один из них спокойно, без всякой перемены на лице, сидел на носилках, когда наши солдаты принесли его в лазарет. Одна нога была обвязана тряпками. Я, глядя на его равнодушие, думал, что он легко ранен. Но каково, же было мое удивление, когда, сняв повязку, увидел, что нога его, перебитая выше колена, висела на одной коже! На другой день, после удаления бедра, этот же мюрид сидел между нашими ранеными, опять также спокойно, с той же стойкостью». И еще о стойкости горцев. Наиб Шамиля Махулов отказался от наркоза, назвав его «шайтанским» («дьявольским») и Пирогов ампутировал ему раздробленное бедро **без всякого обезболивания (!)**. Во время операции в руках хирурга сломалась ампутационная пила. После выздоровления Махулов, презрев

реальную опасность быть убитым, прискакал в Темирхан-Шуру и в благодарность за спасение подарил Пирогову такую же пилу, специально изготовленную из знаменитой на Кавказе амузгинской стали, которая хранится по сей день в музее великого хирурга. О безжалостности и жестокости боев в горах в этот период писал участник, ссыльный декабрист Бестужев-Марлинский: «мы жгли дагестанские села, истребляя хлеба, сено и пролегали залу за собой… с каким самосознанием нравственной и политической силы попирали мы Кавказ!» «О пощаде этого народа нельзя и думать» – наставлял своих подчиненных царский генерал Грабе.

По просьбе имама Шамиля Н.И. Пирогов, несмотря на предупреждения командования об опасности поездки к «дикарям», бывал и у горцев. «Чудесный русский доктор» (как его называли аборигены) пользовался у них большим почтением. И он тоже успел уже знать несколько слов на аварском языке, что еще больше вызывали уважение к знаменитому хирургу. Наблюдая горцев, оперированных под наркозом, Пирогов отметил, что «наркоз на горцев действует в меньших дозах, возможно, мусульмане непривычны к употреблению спиртного».

«Страшная скученность раненых, недостаток медикаментов, запоздалая медицинская помощь и полное отсутствие знающих и любящих свое дело лекарей» - вот что нашел Н.И. Пирогов в царских войсках в Дагестане. Он позже напишет: «Во время моей Кавказской экспедиции я, обозрев почти все госпитали Кавказа, не нашел ни одного раненого солдата, которому оказано было бы какое-нибудь серьезное хирургическое пособие, и, напротив, встретил очень многих с застарелыми повреждениями, находящихся по несколько лет в госпиталях без всякой помощи».

Николай Иванович знакомился с деятельностью дагестанских самоучек-врачей и отмечал, что «искусство лечения травм у местных врачей – чисто наследственное и переходящее от отца к сыну, они излечивали такие наружные повреждения, которые, по мнению европейцев, требовали ампутацию». Одобрял он использование ими снотворных трав в лечении раненых, промывание ран охлажденной, засоленной водой, накрытия ран чистыми тряпками, пропитанные пчелиным воском, коровьим маслом и деревянной смолой, введение в выходное отверстие раны отрезанный маленький рог барана для выведения

раневого отделяемого. Удивило светило науки лечение переломов путем «обертывание руки или ноги в сырую шкуру только что резаного барана. Повязка оставалась несколько недель без перемены и шкура, засыхая на теле, образовывала твердую неподвижную коробку… и это не только вылечивает, но и не уродует человека». Далее «раненые туземцы не оставляли лежать вповалку в больницах, как в российских и европейских армиях, а развозили по родным аулам, где они находились в небольших саклях род присмотром близких и друзей, дышать чистым воздухом. Видимо по этому, у горцев смертность после ранения была меньше».

Отчет Пирогова о пребывании в Дагестане заканчивается так: «Россия, опередив Европу, нашими действиями при осаде аула Салты показывает всему просвещенному миру не только возможность в применении, но и неоспоримо благодетельное действие эфирования на раненых на поле самой битвы. Мы надеемся, что отныне эфирный прибор будет составлять точно так же, как хирургический нож, необходимую принадлежность врача». Да, он был пророком в своем отечестве, ибо сегодня хирургия не мыслима без обезболивания! Без преувеличения можно сказать, что для наркоза в России, да и во всем мире никто не сделал больше Пирогова, проведшего более 10 тысяч операций с применением эфира.

Дагестанцы гордятся именем и делами отца русской хирургии, выражают чувство глубокого уважения и памяти Н.И.Пирогова, оставившему неизгладимый след в науке и медицине своими крупными открытиями, сделанными в период пребывания в Стране гор. В Дагестане имя ученого не сходит с уст. В селениях Салта и Огли школьники создали Пироговские обзорные мемориальные площадки. Его именем названа районная больница в Гунибе, улицы в Махачкале и Буйнакске. Ему установлен памятник — обелиск на территории Республиканской клинической больницы в Махачкале, его маршруты сделались туристическими для молодежи.

В заключении хочу сказать, что если бы нынче Пирогов смог воскреснуть хоть на миг, то увидел бы, что почтовая дорога для него вовсе не заканчивается при вступлении в г. Кизляр. Из Кизляра в свой в заветный Турчидаг он поднялся бы не за 4-5 суток, как тогда, а проехал бы по хорошему асфальту с ветерком, меньше чем за световой день. Сегодня вдоль горных серпантин гений созерцал бы зеленые сады и огороды, а у подножий «диких бесплодных скал» - пасущиеся тучные стада скота. В долинах обозрел бы отдающиеся голубизной больших и малых водохранилищ гидроэлектростанций, и появись у него «в полдневный жар в долине Дагестана» желание окунуться в холодные воды горных рек не «замарался» бы, как 170 лет назад, а «вымылся» бы дочиста. Я уверена, не увидел бы наш именитый гость «неприятность и бедность в одежде и саклях» горцев. Радовался бы он широкой сети лечебниц в каждом районе, школы и ясли в каждом ауле. Я уверена, прищурив

свой наметанный глаз, великий маг скальпеля произнес бы в конце: «Да, ребята, вы тогда храбро сражались за каждую саклю, каждую узкую улочку, но сейчас славно преобразили сей благословенный край. Молодцы!»

АМПЛУТАЦИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ БЕДРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

А. М. Магомедова - студентка 411 группы педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Ю. Сафаров

Актуальность: Отмечено, что 6-30% больным, ранее перенесших высокую ампутацию, через 2-5лет необходима ампутация контрлатеральной конечности. По данным А. И. Горюнова (1998) частота ампутаций второй конечности возрастает с 12% в первый год до 51% к пятому году после ампутаций первой конечности. По мнению большинства специалистов, несмотря на то, что у пациентов, перенесших первичную ампутацию, очевидно, повышен риск вторичной ампутации, проблема может быть решена, в первую очередь с помощью строгим контролем за течением диабета и адекватным уходом за стопой (Арипов У. А., (1995), Гостищев В. К., 1995; Каримов Ш. И. 1997).

Цель: изучить результаты ампутации единственной нижней конечности и психологический настрой больных перед операций.

Материал и методы исследования. За период с 2016 по 2018 годы в РОХИ «Городской клинической больницы № 1» г. Махачкалы, являющимся одним из баз кафедры общей хирургии ДГМУ, у 11 больных с синдромом диабетической стопы, осложнившимся влажной гангреной, выполнена ампутация единственной нижней конечности.

Мужчин было 9 (89%), женщин – 2 (11%) в возрасте от 44 до 79 лет. Диагностированы следующие формы СДС: нейро-ишемическая форма выявлена у 8 больных, нейропатическая форма – 3. Согласно классификации СДС по F.W. Wagner патология отнесена к 5 стадии. Больные были госпитализированы в более поздние сроки, что привело к прогрессированию гангрены до уровня нижней трети голени у 3 пациентов, средней трети у 3 и до верхней трети голени – у 5.

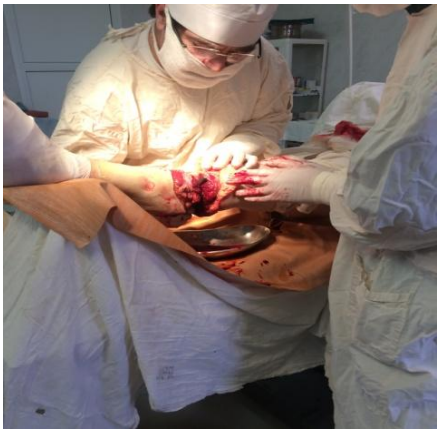
Результаты исследования. Ампутация бедра выполнена двухлоскутным методом с дренированием раны под спинномозговой анестезией. Степень ишемии нижней конечности оценена по модифицированной классификации R.Fontaine и соответствовала IV стадии локальных финалов. Необходимость ампутации второй нижней конечности возникла в

различные сроки после первой ампутации. Ампутация единственной нижней конечности была проведена спустя 1.5 года - у 1, 3 года -2, 4 года – 3, 5 лет – у 5.

Все пациенты страдали декомпенсированным сахарным диабетом II типа. Показатели глюкозы у них колебались в пределах 15-32 ммоль/л.

Отягощающими моментами были следующие сопутствующие заболевания: ИБС, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, диабетическая нефропатия, ожирение, диабетическая ретинопатия.

Спустя 4 месяца после ампутации умерли 2, через 2 года – 3. Остальные наши больные живы.



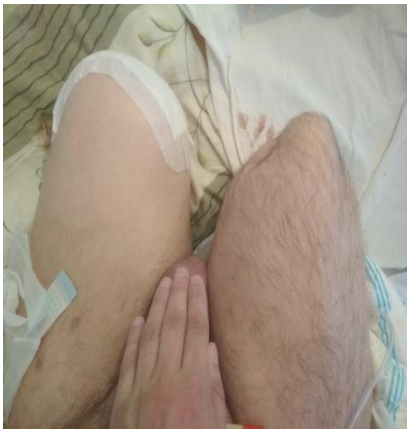


Рис. Б-й И. с гнойно-некротической раной единственной левой стопы во время и после ампутации

Полагаем, что одним из основных моментов подготовки к операции у этой категории лиц является психологическая подготовка. Сообщение о необходимости удалить и вторую ногу ввергло их в шок.

Поэтому с этими больными накануне операции проводили всестороннюю психологическую подготовку. Ведь после ампутации единственной нижней конечности у них резко изменяется качество жизни в худшую сторону. Необходимость присутствия постороннего лица, осуществляющего постоянный и многокомпонентный уход за пациентом и профилактику возможных разнообразных осложнений, зависимость от него и постоянный психологический стресс в связи со своей беспомощностью создает крайне напряженную ситуацию на протяжении всего дальнейшего периода жизни. Если уход за обычным тяжелобольным с наличием нижних конечностей является ситуацией временной и преодолимой в ближайшей перспективе, то при отсутствии обеих нижних конечностей, особенно у лиц старческого возраста, она не преодолима. И больной это должен хорошо понимать и принять как должную плату за спасенную жизнь.

У больных перед операцией отмечались: сильный стресс, обида, страх, высокий

уровень тревожности, дефицит радости. Те, кто раньше были экстравертами, стали интровертами.

Двое отказавшись, стать полными ампутантами, выписались, но вскоре вернулись и в удрученном состоянии заявляли: «Уберите, невозможно жить с этим отвратительным запахом». Один наш больной был в какой-то степени оптимистом, его позитивный настрой помог ему перенести вторую операцию без осложнений и сравнительно быстро, нежели беспрерывно горевавшие остальные, приспособиться к новым условиям быта и общения. При такой его жизненной позиции и окружающие не особо замечали в нем инвалидность, что было немало важно для социальной адаптации.

Рис. Б-й З. с диабетической гангреной всей стопы до и после ампутации правой голени на уровне ср/3.

Выводы:

1. Высокая ампутация бедра у больных с осложненным СДС не ведет к окончательному выздоровлению от синдрома диабетической стопы.
2. Тяжелые осложнения СД со стороны органов и систем, другие сопутствующие заболевания обусловили высокую частоту осложнений после ампутации единственной нижней конечности.
3. Жизненный оптимизм больного, как следствие хорошей психологической подготовки, является неотъемлемой частью успеха в послеоперационном периоде.

ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

В.Т. Меджидов - студент 614 группы лечебного факультета

Кафедра госпитальной хирургии №1 ФГБОУ ДГМУ РД, Махачкала, Россия

Научный руководитель - доц. А.Д. Дибиров

Введение: Ежегодно в РФ выполняется более 100 тысяч операций резекции желудка по поводу осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. 95% этих больных после операции резекции желудка обычно довольны результатами операции.

Панкреатобилиарные поражения сопряженные с гастродуоденальными язвами приобретают все большую актуальность.

Цель исследования: Выявить и изучить сочетания гастродуоденальных язв с поражением органов - сателлитов (билиарнопанкреатической системы).

Материал и методы: По данным архивных материалов двух хирургических клиник Даггосмедуниверситета за последние 15 лет, проведено клиническое исследование сопутствующих гастродуоденальным язвам, заболеваний или пострезекционных осложнений со стороны органов панкреатобилиарной системы.

Выявлен всего 21 случаи у 700 больных, подвергнутых резекции желудка, что составило (3,0%).

Результаты. Поражения соседних органов в сочетании с язвенной болезнью были в 8 случаях, возникшие во время операции – в 2, и в ранние сроки после операции – в 11.

В 4 случаях на операции обнаружены внутренние свищи, обусловленные пенетрацией язвы двенадцатиперстной кишки (2) и желудка в холедох. Двум из них одновременно с резекцией желудка выполнена холедоходуоденостомия конец в бок. У третьего больного первым этапом выполнена резекция желудка и наружное дренирование холедоха, через 4 месяца - холедоходуоденостомия.

У одного больного при фиброгстродуоденоскопии выявлены полип антрального отдела желудка и язва двенадцатиперстной кишки. При изучении полипа путем канюлирования и хромодуктоскопии выявлено сообщение желудка с двенадцатиперстной кишкой через поджелудочную железу (харистома). Ему выполнена стволовая ваготомия в сочетании с иссечением язвы по Джадд – Танака.

У 3 больных язвы, пенетрирующие в гепатодуоденальную связку и холедох, осложнились обтурационной желтухой. У 2 из них обтурация холедоха подтверждена холангиографией. У этих больных выполнены сочетанные операции, т.е. резекция желудка (2) и гастроэнтеростомия в сочетании со стволовой ваготомией и холедоходуоденостомия.

У одного больного при резекции желудка по поводу дуоденальной язвы выявлено впадение холедоха в пилорический отдел желудка. У этого больного в сочетании с резекцией желудка выполнена холедоходуоденостомия конец в бок..

Повреждение общего желчного протока при резекции желудка, по нашему материалу, отмечено в 2 (0,3%) случаях. У одного больного желчный свищ ликвидирован сшиванием концов холедоха над Т-образным дренажом, другому наложена холедоходуоденостома.

Больные выздоровели.

Из 6 больных, у которых в послеоперационном периоде возникли подпеченочные воспалительные инфильтраты, у 4 привели к сдавлению холедоха и развитию механической желтухи, один из них умер от билиарного цирроза печени.

После резекции желудка острый холецистит развился у 5 больных. В течение первой недели после операции у 4 из них и на 10 день у одного. В одном случае выполнена холецистэктомия.

Выводы: Учитывая, что язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки нередко сопутствуют заболевания органов гепатобилиарной системы, считаем в показанных случаях возможными симультанные оперативные вмешательства на желчных путях.

По нашему мнению, показания к радикальной операции при основном заболевании нужно ставить в ранние сроки, т.е. до развития сопряженных с ним заболеваний и радикальная операция при вовлечении в патологический процесс органов-сателлитов допустима лишь при раннем выявлении его.

Отношение к подобным состояниям язвы должно быть минимально

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ И КОМПРЕССИЕЙ ЛЕГКОГО

А.А. Омаров - студент 415 группы педиатрического факультета, Ш.А. Апашева

Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Фатальные ошибки диагностики, приводящие к летальному исходу, надо тщательно изучать и не допускать их повторения. Разбор данного случая посвящен этой проблеме.

Цель. Разбор редкого наблюдения, представляющего интерес в плане тактики лечения.

Материал и методы. Анализ с оценкой адекватности проведенного печения больной женщины с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) со смещением органов и компрессией легкого со смертельным исходом по материалам истории болезни**.**

Результаты исследования. Больная С., 61 год, поступила 26.02.15 г в отделение терапии по скорой помощи с диагнозом: фиксированная грыжа диафрагмы, релаксация левого купола диафрагмы 3 ст., смещение органов средостения, ХОБЛ ДН II ст. ГБ. 3 ст. риск 4, сахарный диабет 2 тип.

Жалобы при поступлении на одышку в покое, кашель с трудноотделяемой гнойной

мокротой.

В анамнезе: более 30 лет страдает ГПОД, неоднократно лечилась в терапевтических отделениях районной и республиканских больниц с диагнозом: хронический обструктивный бронхит, гипертоническая болезнь 3 ст., артериальная гипертония 3 ст, риск 4.

Со слов больной, когда-то в анамнезе были подскоки АД до 240/100 мм. рт. ст. Сахарный диабет 2 типа впервые выявлен при последней госпитализации.

При осмотре: акроцианоз, слизистая мокрота, одышка в покое, отеки на ногах, ЧСС 115 в мин., ЧДД 26-28 в мин., тоны сердца ритмичные, АД 110/70 мм рт. ст. По записям врача скорой помощи и выписке из предыдущей госпитализации колебания АД 110-120/70 мм рт. ст.. Д-s: Гипертоническая болезнь 3 ст.

В назначениях: диротон, кардиомагнил и др.

Консилиум: «Хроническая обструктивная болезнь легких, ОДН 2 ст, ХСН 3 ст. Гипоксическая энцефалопатия».

Анализ крови: гемоглобин 135 г/л, Эр. $4{,}27 \times 10^{12}$, лейкоциты $7{,}4 \times 10^{9}$, СОЭ 3 мм/ч. глюкоза 10,3 ммоль/л, креатинин 96 мкмоль/л, мочевина 7,77 ммоль/л, общий билирубин 2,6 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 86 в мин., ЭОС- горизонтальное положение. Признаки нарушения коронарного кровообращения по левому желудочку.

R-графия легких: очаговые и инфильтративные тени не отмечаются. Корни легких расширены.

На КТ: «Левое легкое поджато содержимым диафрагмальной грыжи (желудок, левая доля печени, селезенка, левая половина ободочной кишки и левая почка) и уменьшено в объеме. Прилегающая ткань легкого уплотнена. Корень правого легкого значительно расширен (до 4,5 см). Средостение смещено вправо. Трахея без особенностей. Сердце поджато и смещено вправо» (рис. 1).

Рис.1 Томография грудной клетки пациентки С.

Заключение: Признаки релаксации левого свода диафрагмы с проникновением внутренних органов в полость грудной клетки. КТ признаки спавшего левого легкого со смещением средостения».

28 февраля консультация торакального хирурга. Д-s подтвержден:

Релаксация диафрагмы III ст. Д/Н III ст. «По тяжести состояния на данный момент пациентка инкурабельна».

Рекомендовано провести посиндромную терапию до стабилизации состояния с последующим осмотром на предмет хирургической коррекции .

Проводилась интенсивная терапия в отделении реанимации, но состояние больной прогрессивно ухудшалось. В результате нарастающих дыхательной и сердечной недостаточности в условиях исскуственной вентиляции легких на 4 сутки после госпитализации (1 марта) констатирована биологическая смерть.

Выводы. По состоянию здоровья больная нуждалась в экстренном хирургическом вмешательстве, что не было проведено. Пациентка С. много лет получала лечение по ошибочным диагнозам, что усугубило ее состояние. Ряд не обоснованных госпитализаций в терапевтические отделения и отсутствие своевременной хирургической помощи привел к роковому исходу.

Оперативное лечение в состоянии относительной компенсации могло бы предотвратить подобный исход.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И ПО БАССИНИ-ПОСТЕМПСКОМУ

О.В. Толстова - студентка 2.5.03 группы педиатрического факультета

Кафедра факультетской хирургии

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.В.Матюшкин

Актуальность: В настоящее время операции по поводу паховых грыж занимают одно из центральных мест среди операций, выполняемых на передней брюшной стенке. И, безусловно, сегодня «золотым стандартом» лечения паховой грыжи является метод герниопластики по Лихтенштейну. Однако, некоторое время назад активно применялся иной метод герниопластики, классический метод по Бассини-Постемпскому. Каждый из этих методов имеют свои плюсы и минусы. В результате использования ненатяжного метода по Лихтенштейну не создается патологического растяжения тканей, сетчатый имплант сразу же принимает на себя всю механическую нагрузку без каких- либо последствий. Имплант, «обрастая» соединительно-фиброзной тканью, создает еще более качественный барьер. В то же время метод натяжной герниопластики по Бассини-Постемпскому имеет хороший результат при небольших, впервые сформировавшихся грыжах.

Цель исследования: определить отдаленные результаты герниопластики по Лихтенштейну и по Бассини-Постемпскому.

Материалы и методы: В исследование включены результаты 193 человека после проведенного грыжесечения по Лихтенштейну и по Бассини-Постемпскому, выполненного в 2016 году. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов; анкетирование пациентов по «оценке послеоперационной боли»; анкетирование пациентов по «Каролинской шкале комфорта» и MOS SF-36.

Результаты: пластика паховой грыжи по Лихтенштейну как метод ненатяжной пластики с использованием сетчатого импланта сопровождается меньшим количеством рецидивов, по сравнению с методом натяжной герниопластики по Бассини-Постемпскому.

Вывод*:* Сделан вывод о том, что метод герниопластики по Лихтенштейну является методом выбора при лечении паховой грыжи.

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Г. Атаян – студент 633 группы лечебного факультета

Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Б.П. Филенко

Актуальность. Среди очаговых или объемных поражений печени эхинококкоз встречается в 15% случаев. Традиционно заражение паразитом происходит в эндемичных районах (Центральной и Южной Америке, Северной Африке, Азиатском и Средиземноморском регионе). Однако в последние годы отмечено появление случаев заболевания эхинококкозом вне эндемичных зон. В Ленинградской области регистрируется около 0,26 случаев на 100 тыс. населения.

Цель исследования. Данным исследованием стоит обратить внимание на возможность паразитарного поражения печени на территориях неэндемичных по эхинококкозу.

Материалы и методы исследования. С 2014 по 2018 годы в клинике факультетской хирургии находилось на лечении шесть пациентов жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области, у которых были обнаружены эхинококковые кисты. Они охватывали возрастную группу с 31 года до 60 лет. Наибольший процент (5 случаев) приходился на средний возраст (классификация возрастов ВОЗ, 1963) от 44 до 60 лет. Соотношением мужчин к женщинам 1:1.

Все они были подвергнуты хирургическому вмешательству, которое является основным в лечении данного заболевания. Оптимальной операцией при эхинококкозе является удаление паразитарной кисты. Существует несколько способов удаления паразита. Выбор способа хирургического вмешательства зависит от длительности заболевания, распространенности процесса, локализации паразита и др., которые влияют на радикальность хирургического вмешательства и частоту рецидивов. Максимальное удаление фиброзной капсулы кисты уменьшает число послеоперационных осложнений и повторных вмешательств. По расположению, паразитарные кисты у четырех больных приходились на правую долю, у одного пациента располагались в обеих долях, и носили смешанный характер, и лишь однажды, локализовались в левой доле, и были изолированного характера.

Среди оперированных нами пациентов, у двоих больных, паразит располагался в I, IVb и IVa, V, VI, VII сегментах печени соответственно и был интимно связан с желчным пузырем, в связи с чем была выполнена закрытая эхинококкэктомия с удалением желчного пузыря. В случаях, когда имелось значительное обызвествление фиброзной капсулы паразита, приходилось выполнять перицистэктомию. Такие вмешательства выполнены троим больным. У одного пациента при локализации кисты в левой доле печени, производилась гемигепатэктомия.

Результаты исследования. Все хирургические вмешательства закончились выздоровлением. Осложнений после выполненных операций не было.

На сегодняшний день программа лечения данной категории пациентов отработана и включает в себя помимо хирургического этапа, противорецидивное лечение в послеоперационном периоде. В качестве профилактики рецидивирования использовали альбендазол.

Непосредственные результаты лечения хорошие. После выздоровления все пациенты вернулись к дооперационной профессии.

Выводы. Таким образом, появление случаев эхинококкоза в неэндемических зонах России требует усиления санитарно-просветительной работы, в первую очередь среди сельского населения, имеющего домашний скот.

Решающим в выборе объема хирургического лечения является радикальность. Она зависит от локализации паразита и может ограничиваться закрытой перицистэктомией или расширяться до резекции печени. Появление у пациентов жалоб на дискомфорт, тяжесть в правом подреберье, диспепсические расстройства, проживание в сельской местности, должны нацелить врача на исключение очагового или объемного поражения печени.

Список литературы:

1) Инфекционные болезни и эпидемиология, под редакцией В.И.Покровского.М., 2007 год.

2) http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs377/ru/ (ВОЗ) – Эхинококкоз. Информационная бюллетень, 03.2017 год.

3) Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Кахаров М.А., Икрамов Р.З., Гаврилин А.В. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии, 2002,т.7,№1,с.18 - 22.

4) Патютко Ю.И., Сагайдак И.В., Котельников А.Г. и соавт. - Применение специальной хирургической техники при резекции печени. В кн.: « Новые технологии в хирургической гепатологии », С.-Пб., 2001, с. 125-126.

ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛИНЕЗОЛИДА В ОТНОШЕНИИ ОСНОВНЫХ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШТАММОВ

А.Ю. Кузьменков - аспирант

Кафедра микробиологии

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск, Россия

Научный руководитель - член-корреспондент РАН, д.м.н., проф. Р.С. Козлов

Актуальность. Внутрибольничные инфекции, вызванные штаммами, устойчивыми к

антимикробным препаратам, значимо влияют на практическую деятельность врача, как терапевтического, так и хирургического профиля, увеличивая статистику летальных исходов, длительность госпитализации и, соответственно, стоимость лечения.

Цель исследования. Оценить фармакодинамические параметры линезолида (группа оксазолидинонов) в отношении микроорганизмов, вызывающих нозокомиальные хирургические инфекции в Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. В исследовании был ретроспективно проанализирован клинический материал 5118 пациентов с нозокомиальной хирургической инфекцией за период с 1997 по 2015 гг. из 74 центров клинических исследований 37 городов РФ. В отношении основных возбудителей была получена информация об in vitro активности линезолида. Все расчёты были проведены на языке программирования R.

Результаты исследования. Было продемонстрировано, что среди изолятов S. aureus, E. faecalis, E. faecium значение МПК50 и МПК90 к линезолиду не менялось с течением времени.

При анализе интерпретированных данных МПК доля чувствительных изолятов E. faecalis существенно не менялась с 1997 по 2015гг. и колебалась в пределах от 97,18% до 100%. Также доля чувствительных изолятов E. faecium и S. aureus оставалась на уровне 100% на протяжении всего анализируемого периода.

Изучая доли чувствительных изолятов по территориальному признаку, констатировано, что все 95% ДИ находятся в пределах перекрытия друг друга, а также пересекают линию общероссийского уровня, то есть для всех федеральных округов доля чувствительных изолятов S. aureus, E. faecalis, E. faecium равна или близка к 100%.

Выводы. Активность линезолида в отношении основных нозокомиальных изолятов S. aureus, E. faecalis, E. faecium остаётся на высоком уровне, что позволяет рассматривать его препаратом выбора при лечении нозокомиальных инфекций хирургического профиля, вызванных данными микроорганизмами.

ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ, ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

А.И. Коваленко, П.П. Шевченко

ФГБОУ ВО СТГМУ Минздрава России, Ставрополь, Россия

Актуальность. Несмотря на длительное изучение проблемы рассеянного склероза, многие проблемы в диагностике и лечении на сегодня остаются открытыми т.к. лечение рассеянного склероза является недостаточно эффективным.

Одной из главных причин развития заболевания является нарушение в работе иммунной системы, в которой разобщается программа иммунного ответа и вместо того, чтобы защитить организм, клетки иммунной системы нападают на собственные ткани, в частности на нервную ткань, повреждая ее [9]. Проблемой в лечении рассеянного склероза является недостаточная его эффективность, данный аспект находится в стадии изучения. Попытки лечения больных рассеянным склерозом предпринимались не однократно, но неожиданный и впечатляющий эффект был достигнут в России в 1999 году под руководством А.А. Новик [8]. Под его руководством впервые была проведена пересадка аутологичных стволовых клеток. Однако, по мнению авторов остаются многие вопросы лечения и отдаленных последствий, которые до конца не разрешены. Это заставляет ученых работать дальше над данной проблемой [3,4]

Цель. Проанализировать по литературным данным лечение рассеянного склероза стволовыми клетками и его отдаленные результаты.

Результаты. Метод трансплантации стволовых кроветворных клеток используется много лет. Следует отметить, что пересадка этих клеток может быть проведена с уверенным положительным эффектом лишь при взятии данного материала у самого больного [6]. Именно при трансплантации аутологичных клеток исключается возможность занесения инфекций или клеток с опухолевой генетикой, всевозможные иммунологические несовпадения. Первым этапом трансплантации является получение от больного собственных кроветворных стволовых клеток [5,7]. В ходе этого этапа кровь пациента через обычную внутривенную систему поступает в специальный прибор – сепаратор [3,6]. Он помогает среди сотен тысяч клеток крови отобрать только стволовые клетки. Стволовых клеток в периферической крови мало, поэтому, чтобы выделить их необходимое количество, требуется время [6]. Иногда на это уходит 1-2-3 дня. У каждого больного индивидуально. Полученные кроветворные стволовые клетки замораживают при помощи жидкого азота, в таком виде они могут храниться длительное время. Этим завершается 1-й этап операции [11].

Далее следует 2-й этап. Целью его является уничтожение «больных» иммунных клеток, повреждающих ткань центральной нервной системы больного рассеянным склерозом [2]. Задача эта не самая простая, так как данные клетки присутствуют практически во всех тканях, а не только в головном и спинном мозге. Для решения этой задачи больному вводят мощные иммуносупрессоры и противовоспалительные препараты. Иными словами проводится химиотерапия. Введение препаратов практически полностью уничтожают «больные» клетки иммунной системы [9]. Такая массивная химиотерапия имеет отдаленные последствия в виде повышения риска развития онкологических заболеваний. Несмотря на положительную статистику данного метода лечения новые иммунные клетки могут снова

обучаться действовать против собственного миелина, так как несмотря на химиотерапию сохраняются дендритные клетки в лимфоузлах. В редких случаях заболевание может снова активизироваться.

На 3-м этапе больному внутривенно вводят заготовленные заранее собственные кроветворные стволовые клетки, которые были размморожены в специальном режиме непосредственно перед трансплантацией [7]. Они помогут восстановить здоровую систему иммунитета с нормальной программой иммунной защиты организма и восстановить нормальное кроветворение [2,10]. Есть предположение о том, что кроветворные стволовые клетки, попадая после трансплантации в вещество головного и спинного мозга, способствуют восстановлению нервной ткани в очагах повреждения [5,9]. В целом исследования показывают, что трансплантация стволовых клеток наиболее эффективна у пациентов до 50 лет на ранних стадиях прогрессирующего течения заболевания, когда основным его механизмом является аутоиммунное воспаление [3]. В поздних стадиях рассеянного склероза преобладают нейродегенеративные процессы, в данном случае трансплантация стволовых клеток менее эффективна [6]. Поэтому не разумно проводить трансплантацию больным с далеко зашедшими стадиями рассеянного склероза, у которых функции движения, мочеиспускания, опорожнения кишки безвозвратно утрачены [1,2].

Выводы. Улучшение качества жизни больных с рассеянным склерозом на раннем этапе заболевания возможно благодаря мощному регенеративному потенциалу стволовых клеток. Лечение рассеянного склероза стволовыми клетками характеризуется достижением высоких результатов, оно обеспечивает стойкую ремиссию. В итоге наблюдается остановка прогрессирования заболевания, а в ряде случаев отмечается восстановление ранее нарушенных неврологических функций. Что улучшает значительно качество жизни некоторых больных..

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И ПО БАССИНИ-ПОСТЕМПСКОМУ

О.В.Толстова — студентка 2.5.03 группы педиатрического факультета

Кафедра хирургических болезней №1

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

Научный руководитель — д.м.н., проф. А.В.Матюшкин

Актуальность. В настоящее время операции по поводу паховых грыж занимают одно из центральных мест среди операций, выполняемых на передней брюшной стенке. И, безусловно, сегодня «золотым стандартом» лечения паховой грыжи является метод

герниопластики по Лихтенштейну. Однако, некоторое время назад активно применялся иной метод герниопластики, классический метод по Бассини-Постемпскому. Каждый из этих методов имеют свои плюсы и минусы. В результате использования ненатяжного метода по Лихтенштейну не создается патологического растяжения тканей, сетчатый имплант сразу же принимает на себя всю механическую нагрузку без каких- либо последствий. Имплант, «обрастая» соединительно-фиброзной тканью, создает еще более качественный барьер. В то же время метод натяжной герниопластики по Бассини-Постемпскому имеет хороший результат при небольших, впервые сформировавшихся грыжах.

Цель исследования: определить отдаленные результаты герниопластики по Лихтенштейну и по Бассини-Постемпскому.

Материалы и методы: В исследование включены результаты 193 человека после проведенного грыжесечения по Лихтенштейну и по Бассини-Постемпскому, выполненного в 2016 году. Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов; анкетирование пациентов по «оценке послеоперационной боли»; анкетирование пациентов по «Каролинской шкале комфорта» и MOSSF-36.

Результаты: пластика паховой грыжи по Лихтенштейну как метод ненатяжной пластики с использованием сетчатого импланта сопровождается меньшим количеством рецидивов, по сравнению с методом натяжной герниопластики по Бассини-Постемпскому.

Вывод.Сделан вывод о том, что метод герниопластики по Лихтенштейну является методом выбора при лечении паховой грыжи.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Алиева М. М. – студентка 402 группы лечебного факультета

Ибрагимова Х. У. – студентка 301 группы лечебного факультета

Кафедра гистологии и патологической анатомии

медицинского института ФГБОУ ВО ЧГУ, Грозный, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Г. А. Арсаханова

Актуальность. Артериовенозная мальформация головного мозга (АВМ) – это врожденный порок сосудов головного мозга, при котором кровь сбрасывается из артерий в вены, без образования капиллярной сети. К осложнениям АВМ относится ряд опаснейших состояний организма, такие как: кровоизлияния, развитие двигательных и неврологических нарушений, геморрагический инсульт. Эти осложнения могут привести к летальному исходу, что определяет актуальность данного исследования, так как использование наиболее

эффективного метода лечения значительно снижает риск возникновения осложнений.

Цель исследования. Целью исследования является изучение эффективности двух наиболее применяемых методов лечения АВМ – это тотальное удаление АВМ путем трепанации черепа и эндоваскулярная эмболизация (существует также третий, инновационный метод лечения – радиохрургия, однако на сегодняшний день не используется на территории ЧР, в связи, с чем затруднительно оценить его эффективность). Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: изучение архивного материала крупных ЛПУ региона; выведение статистики на основе клинических случаев за период с 2011 по 2018 годы.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили 60 историй болезни пациентов с АВМ из архива РКБСМП им. У. И. Ханбиева и РКБ им. Ш. Ш. Эпендиева за период с 2011 по 2018 годы.

Таблица 1. Характеристика материалов исследования

№ п/п	Материалы исследования	Количество
1	Истории болезни из архива РКБСМП им. У. И. Ханбиева и РКБ им. Ш. Ш. Эпендиева за период с 2011 по 2018 годы:	60
а)	Пациенты с малыми АВМ (до 3 см)	41
б)	Пациенты со средними АВМ (от 3 до 6 см)	12
в)	Пациенты с большими АВМ (свыше 6 см)	7

Таблица 2. Количественная характеристика методов лечения

№ п/п	Методы лечения	Количество
1	Тотальное удаление АВМ путем трепанации черепа	30
	Частичное удаление	3
	Неврологические нарушения	5
	Смертельный исход	2
2	Эндоваскулярная эмболизация	30
	Частичная эмболизация	19
	Неврологические нарушения	2
	Смертельный исход	6

Далее был проведен статистический анализ полученных данных, на основе которого были получены результаты исследования.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования было выяснено, что: у пациентов с АВМ, которым произвели тотальное удаление мальформации путем трепанации черепа, была достигнута тотальная ликвидация патологического очага в 90% случаях. В 10% случаях достигнута лишь частичная ликвидация в связи с глубиной залегания АВМ. У 15% процентов пациентов были обнаружены неврологические нарушения, а 7% закончились летальным исходом. При использовании метода эндоваскулярной эмболизицазии тотальная закупорка была достигнута в 36,5% случаев, в 63,5% случаев достигнута частичная закупорка сосудов. У 7% пациентов встречались неврологические нарушения, летальность составила 20%

Выводы. На основе полученных результатов исследования были сделаны следующие выводы: при тотальном удалении АВМ путем трепанации черепа достигается больший процент полной ликвидации мальформации, а так же снижается риск развития кровоизлияния и летальность. Однако возрастает количество неврологических нарушений.

В случаях эмболизации сосудов чаще достигается лишь частичная закупорка, в связи с чем риск развития осложнений и летальность возрастают, но снижается количество неврологических нарушений. Из этого следует, что методом выбора является тотальное удаление АВМ, в то время как эндоваскулярная эмболизация эффективна лишь при небольших АВМ (до 3 см).

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н.С. ТКАЧУК – КУРСАНТ ГРУППЫ 4401 ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Кафедра урологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.В. Строцкий

Введение. Стрессовое недержание мочи у женщин является актуальной проблемой современной урогинекологии в связи с широким распространением. По данным International Continence Society от 34 % до 38 % женщин в возрасте старше 50 лет отмечают симптомы недержания мочи при физической нагрузке (СНМ), что приводит к социальной дезадаптации, выраженным отрицательным влиянием на качество жизни сопряженной с гигиеническими проблемами.

Цель исследования: провести сравнительную оценку дизурических расстройств,

качества жизни пациентов, количества рецидивов (сохранение симптомов недержания) после хирургического лечения СНМ методами TVT-O (Tension-freevaginatape) и Бёрча.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней 50 пациентов в возрасте от 40 до 79 лет. Прослежены результаты от 24 до 60 месяцев после хирургического лечения. В первую группу включены 25 женщин после коррекции недержания путём операции TVT-O, во вторую группу – 25 женщин после операции Бёрча. Оценка качества жизни и эффективность проведенной операции производилась путём телефонного опроса с применением шкал DITROVIE и UDI-6. Статистическая обработка данных осуществлялась непараметрическими методами (U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена).

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что из 50 оперированных пациенток недержание мочи различной степени выраженности сохранилось у 15 (30%), при этом в первой группе было 3 (12%), во второй – 12 (48%); различные другие расстройства мочеиспускания наблюдались у 5 (20%) и 7 (28%) пациентов в первой и второй группе соответственно.В одном случае после операции Бёрча недержание мочи не устранилось – проведена коррекция операцией TVT-O, после которой симптомов недержания мочи не наблюдалось. При анализе ответов пациенток 2-ой группы, у которых отмечалось недержание мочи после операции, установлено, что потеря нескольких капель при сильной физической нагрузке (первая степень) была у 3 из 12, императивное недержание (при сильном позыве без физической нагрузки) – у 3. Таким образом, значимое недержание мочи при напряжении после операции Берча у 6 (рецидив составил 24%).

Была выявлена корреляция между выраженностью симптомов нарушений мочеиспускания и качеством жизни ($p<0,05$; связь между исследуемыми признаками - прямая сила связи по шкале Чеддока - весьма высокая), а также между значением массы тела (ИМТ), возрастом и выраженностью симптомов нарушений мочеиспускания ($p<0,05$; $p<0,05$).Статистически значимые различия выявлены между показателями качества жизни в первой и второй группах (U-критерий Манна-Уитни равен 161.5.Выборки 25/25= 227(5%), 192(1%). Различия между выраженностью симптомов нарушений мочеиспускания в первой и второй группах оказались также статистически значимы (U-критерий Манна-Уитни равен 104). Также стоит отметить, что среднее значение койко-день в первой и второй группе 5,96±2,55 и 14±3,52 соответственно (U-критерий Манна-Уитни равен 14).

Выводы. Эффективность операции TVT-O и Бёрча составила 88% и 76%в течение 24 до 60 месяцевпосле операции соответственно,однако качество жизни пациентов после операции TVT-O выше, чем после операции Бёрча (средние значения по DITROVIE 1,88±1,12 и 3,12±1,45), количество дизурических расстройств: TVT-O: 3, операция Бёрча: 12.

Наличие избыточной массы тела значительно увеличивает количество и выраженность симптомов нарушений мочеиспускания и, как следствие, ухудшает эффективность операции и качество жизни пациентов после хирургического лечения.

VAC-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОНЫМ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТОМ

Д. В. Ковалевская – студент 1537 группы лечебного факультета

1-я кафедра хирургических болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. А. И. Протасевич

Введение. Послеоперационный стерномедиастинит – жизнеугрожающее осложнение, наблюдающееся после операций на сердце с использованием трансстернального доступа. Частота инфекционных осложнений в зоне оперативного вмешательства после кардиохирургических операций варьирует на сегодняшний день от 1,9 до 9,7%, а летальность – от 10 до 47% без тенденции к снижению. Увеличение количества оперативных вмешательств с использованием стернотомии диктует необходимость совершенствования способов профилактики и лечебных стратегий послеоперационного стерномедиастинита. VAC-терапия (vacuum assisted closure therapy) является эффективным и перспективным методом в комплексном лечении послеоперационного стерномедиастинита.

Цель исследования. Анализ результатов лечения пациентов, имеющих стернальную инфекцию после кардиохирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй болезни 95 пациентов с послеоперационной стернальной инфекцией, находившихся на лечении в Республиканском центре торакальной хирургии на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии учреждения здравоохранения «10-я ГКБ» г. Минска за период с декабря 2013 года по сентябрь 2017 года.

Диагностика послеоперационной стернальной инфекции проводилась в соответствии с критериями Европейского центра профилактики и контроля заболеваний и Центра по контролю и профилактике заболеваний США, дифференцировка – по классификации послеоперационных медиастинитов El Oakley R., Wright J.E (1996).

Результаты исследования. Среди пациентов выборки мужчин было 69, средний возраст 61,2±9,9 лет (min - 33 года, max - 80 лет), женщин – 26, средний возраст 64±6,5 лет (min - 43 года, max - 77 лет). 52 пациентам (54,7%) было выполнено АКШ и МКШ, 15 пациентам (15,8%) - изолированное протезирование клапанов сердца, 2 пациентам (2,1%) -

протезирование аорты. Комбинированные операции (протезирование клапанов, АКШ, МКШ) имели 26 пациентов (27,4%). Встречались следующие формы послеоперационной стернальной инфекции: свищевая форма остеомиелита грудины (8; 8,4%), поверхностная стернальная инфекция (5; 5,2%), однако чаще всего был диагностирован послеоперационный стерномедиастинит (82; 86,3%). Тип послеоперационного стерномедиастинита определяли, используя классификация по El Oakley & John E. Wright (1996). Были диагностированы следующие типы послеоперационного стерномедиастинита: II тип - у 12 пациентов (14,6%), IIIa тип - у 3 пациентов (3,7%), IIIb тип - у 26 пациентов (31,7%), IVa тип - у 18 пациентов (22%), IVb тип - у 8 пациентов (9,8%) и V тип - у 15 пациентов (18,3%). У пациентов наблюдались следующие факторы риска развития стернальной инфекции: СД - у 41 пациента (43,2%), ХОБЛ - у 53 (55,8%), мультифокальный атеросклероз - у 33 (34,7%).

Всем пациентам выполняли общеклиническое обследование, бактериологический мониторинг раневого отделяемого и крови, ЭХО-КГ и КТ. На этапе предоперационной подготовки пациенты получали эмпирическую и этиотропную антибактериальную, дезинтоксикационную и кардиотропную терапию. В условиях операционной выполняли раскрытие послеоперационной раны и некрэктомию с последующей VAC-терапией. После постановки в стерномедиастиностомную рану вакуумной системы создавалось отрицательное давление (75-150 мм рт.ст.), смена повязки проводилась каждые 2-4 суток. Для определения сроков завершения VAC-терапии учитывались динамика раневого процесса, показатели уровня С-реактивного белка, лейкоцитоза и бакмониторинга. Следующим этапом лечения послеоперационного стерномедиастинита было выполнение реконструктивных операций. Сроки данных оперативных вмешательств определялись с учётом скорости разрешения воспалительного процесса в средостении и грудной стенке, а также по достижении максимальной компенсации общего статуса пациента. При стабильности грудины и отсутствии признаков ее деструкции на компьютерной томограмме пластика кожными или кожно-мышечными лоскутами выполнена у 32 пациентов. У 11 из них в последующем развилась свищевая форма хронического остеомиелита грудины, что потребовало выполнения резекционного вмешательства. У 65 пациентов выборки были выполнены резекция грудины и ребер различного объема с торакомиопластикой. Среди них частичная резекция деструктивно-измененной грудины с торакомиопластикой – у 33 пациентов, субтотальная резекция грудины и передних отрезков 2-7 ребер с инвагинационной торакомиопластикой дефекта грудной стенки перемещенными лоскутами больших грудных мышц - у 32 пациентов.

Медиана продолжительности VAC-терапии составила 30 суток, межквартильный интервал 14,5 и 41 сутки, соответственно. Медиана длительности госпитализации – 63,5

суток с межквартильным интервалом 38,5 и 100,3 суток, соответственно.

После проведенного комплексного лечения послеоперационной стернальной инфекции поправилось 83,2% пациентов. На этапе подготовки к радикальному хирургическому вмешательству умерли 9 пациентов. Причины смерти: тяжелый сепсис (4), ТЭЛА (2) и профузное аррозионное кровотечение (3). В раннем послеоперационном периоде после субтотальной резекции грудины умерли 7 пациентов. Общая летальность составила 16,8%, а послеоперационная – 10,8%.

Выводы. Для диагностики послеоперационного стерномедиастинита необходимо проводить следующие исследования: динамическую КТ с болюсным усилением и бактериологический мониторинг. Лечение послеоперационного стерномедиастинита должно состоять из нескольких последующих этапов. Этап предоперационной подготовки включает в себя эмпирическую и этиотропную антибактериальную, дезинтоксикационную и кардиотропную терапию, подобранную индивидуально. Этап подготовки к радикальной реконструктивной операции должен включать VAC-терапию, так как использование данного метода ускоряет разрешение воспалительного процесса в средостении и грудной стенке, а также снижает риск возникновения рецидивов. Этап реконструктивных оперативных вмешательств необходимо проводить по достижении максимальной компенсации общего статуса пациента с последующей интенсивной терапией в послеоперационном периоде. Разработанная в клинике дифференцированная лечебная тактика позволила достигнуть выздоровления у 83,2% пациентов.

ДИНАМИКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Е.Ю. Авдеева – студент 4 группы лечебного факультета

1-ая кафедра хирургической болезни

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент И.С. Довнар

Актуальность. Синдром диабетической стопы объединяет патологические изменения периферической нервной системы, артериального и микроциркуляторного русла, костно-суставного аппарата, которые представляют непосредственную угрозу развития язвенно-некротических процессов и гангрены стопы. Сохранение функционирующей конечности - важнейший вопрос лечения пациентов с СД. В этой связи крайне актуальным является

изучение этиологии и патогенеза синдрома диабетической стопы, поиск новых альтернативных путей улучшения результатов лечения пациентов с данной тяжелой патологией.

Цель. Сравнить этиологическую структуру возбудителей инфекционных осложнений у больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей через 5 лет.

Материалы и методы исследования. Анализ историй болезни с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, находившихся на стационарном лечении во II хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно» в 2010-2011 и 2015-2016 годах

Результаты. За указанный период на лечении в клинике находилось 184 пациента.В исследованной группе мужчин было 89(48,4%), женщин – 95(51,6%). Средний возраст пациентов составил 65 лет.

У исследованных больных были выявлены следующие гнойно-некротические осложнения диабетической стопы: гангрена пальцев и стопы, флегмона стопы и голени, остеомиелит, абсцесс пальцев, трофические язвы голени и стопы.

Видовой состав возбудителей в 2010-2011годах были представлен прежде всего бактериями рода Staphylococcus, составившими 49,3% культур. Среди них на долю S. aureus приходилось 30,6%, S.Epidermidis - 10,7%. Второй по частоте обнаружения группой бактерий были грамотрицательные палочки, составившие 48% культур, в их числе 20% - представители рода Enterobacter, 17,3% - Pseudomonasaeruginosa, 2,7% - Proteus vulgaris и 1,3% бактерии рода Proteus.

В 2015-2016 годах на долю бактерий рода Staphylococcus пришлось 67,8% культур. S. aureusбыл обнаружен в 90,5% случаях , S.Epidermidis – лишь 2,7% штаммов. Грамотрицательные палочки составили 22% культур, среди них: 41,7% - представители рода Enterobacter, 20,8% - Pseudomonasaeruginosa, 8,3% - Proteus vulgaris, 4.2% -бактерии рода Proteus.

Выводы: Бактерии рода Staphylococcus являются основными возбудителями, вызывающими гнойно-некротические осложнения диабетической стопы. За пять лет число бактерий рода Staphylococcus возросло на 18,5%. Среди них S. aureus встречался в 3 раза чаще. Эмпирическая антибактериальная терапия при гнойно-некротических осложнениях диабетической стопы должна быть направлена на подавление, прежде всего бактерий рода Staphylococcus.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Е.Ю. Авдеева, В.И. Гайдукевич – студенты 4 группы лечебного факультета

1-я кафедра хирургических болезней

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент В.П.Василевский

Актуальность. Основным вопросом в лечении пациентов со стенозирующими поражениями проксимальных сегментов брахиоцефальных артерий остается выбор оптимального по эффективности и относительной безопасности метода хирургического лечения. Радикальные хирургические методы лечения атеросклеротических поражений сосудов, в том числе и брахиоцефальных артерий, значительно сокращают число летальных исходов и тяжелой инвалидизации из-за этого заболевания. В настоящее время для восстановления проходимости артерий дуги аорты в основном используют эндартерэктомию (открытое вмешательство) и стентирование (эндоваскулярная методика). Для коррекции стенозирующих поражений плечеголовного ствола, эндоваскулярные вмешательства признаются предпочтительными, а в ряде ситуаций – безальтернативными; для сонных артерий «золотым стандартом» до сих пор остается каротидная эндартерэктомия, которая, благодаря допустимому хирургическому риску операционных осложнений и высокой эффективности, получила широкое распространение и стала лидирующей во всем мире операцией.

Цель исследования. Оценить эффективность различных методов артериальной реконструкциипри поражениях проксимальных отделов брахиоцефальных артерий на фоне атеросклероза.

Методы и материалы исследования. С 2015-2017 года в отделении сосудистой хирургии УЗ «Гродненская областная клиническая больница» 9 пациентам с патологией проксимальных сегментов брахиоцефальных артерий выполнены реконструктивные операции на магистральных артериях дуги аорты. Все пациенты - мужчины. Показанием к операции у восьми пациентов явилась окклюзионная патология брахиоцефального ствола и первых порций общей сонной или подключичной артерии, и лишь в одном случае хирургическое лечение осуществлено вследствие наличия мешковидной аневризматической трансформации приустьевого отдела правой подключичной артерии

Полученные результаты. У всех пациентов патологические изменения брахиоцефальных артериальных структур носили атеросклеротический характер. У восьми из них окклюзионно-стенотические изменения плечеголовного ствола, подключичных и

общих сонных артерий, привели к ишемии головного мозга и верхних конечностей. Вследствие нарушения притока крови явления хронического нарушения мозгового кровообращения было у 4 оперированных. У других четырех пациентов ишемические проявления в верхних конечностях были в виде хронической субкомпессированной артериальной недостаточности с наличием стил (steal)-синдрома через позвоночную артерию, доказанного допплерографически и при ангиографии - 3 наблюдения, а у одного оперированного развилась массивная тромбоэмболия бифуркации брахиоцефального ствола, которая протекала с явлениями острой артериальной недостаточности правой верхней конечности 2А степени.

В рассматриваемых клинических наблюдениях проксимальными поражениями ветвей дуги аорты явились дилятационая трансформация устьевого сегмента правой подключичной артерии в 1 случае, также у 1 пациента имела место окклюзия плечеголовного ствола. Этим пациентам были выполнены прямые трансстернальные реконструкции (резекция аневризмы подключичной артерии + подключично-сонная транспозиция и протезирование брахиоцефального ствола).

Эффективным и безопасным способом хирургического лечения при изолированных хронических поражениях проксимальных сегментов общей сонной и подключичной артерий и невозможности их эндоваскулярной коррекции у 6 оперированных явились экстраторакальные внеанатомические операции. Хирургическое лечение поражений общей сонной артерии заключалось в проведении 2–х ее транспозиций в подключичную артерию и одного подключично-общекаротидного шунтирования синтетическим протезом. Ликвидацию нарушений гемодинамики вследствие окклюзии первой порции подключичной артерии осуществили с помощью общесонно-подключичного шунтирования эксплантатом у 3 пациентов. У пациента с массивной эмболической обструкцией бифуркации брахиоцефального ствола и близлежащих сегментов магистральных артерий представилось возможным ее устранить путем биартериальной полузакрытой баллонной тромбэктомии (доступы через артериотомии в дистальном отделе общей сонной и подкрыльцовой артерии). Следует отметить, что эффективность предварительной экстренной тромбэктомии через доступ в плечевой артерии в области ее бифуркации носило только частичный (парциальный) характер (явления острой декомпенсированной ишемии удалось перевести в хроническую ишемию покоя и напряжения.

Первичный технический и клинический успех вышеописанных хирургических вмешательств получен во всех клинических наблюдениях. Лишь в одном случае после трансстернальной реконструкции через 2 часа потребовалась рестернотомия для достижения окончательного гемостаза.

Выводы. Наиболее распространенными формами сосудистой патологии с нарушением проходимости брахиоцефальных артерий являются атеросклеротическое поражение и патологические деформации артерий. С внедрением высоких технологий в медицине наряду с традиционными хирургическими методами лечения стенозирующих поражений брахиоцефальных артерий появились менее инвазивные. Вместе с тем, вариантом выбора реваскуляризации изолированных проксимальных каротидных и подключичных окклюзий следует считать экстраторакальные межсосудистые шунтирования и транспозиции артериальных магистралей.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР СПОСОБА ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ

М.Г. Атаева, Н.Г. Рагимова, С.А. Салихов, Н.Н. Султанова

Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доц. Г.С. Рагимов

Введение. В структуре повреждений органов брюшной полости травмы селезёнки стоят на 2 –3 месте, составляя от 12 до 50%. Скромный результат, достигаемый при лечении данных повреждений, привел к использованию огромного количества различных методов гемостаза с разной степенью эффективности. Однако, использование того или иного метода гемостаза должно диктоваться характером, объемом и локализацией повреждения селезенки, а также другими немаловажными факторами, как тяжесть травмы, характер сопутствующих повреждений, величина кровопотери и др., и не должно быть эмпирическим. Все это говорит о том, что как сама остановка кровотечений при повреждениях селезёнки, так и правильный выбор метода гемостаза являются одними из актуальных проблем в хирургии паренхиматозных органов.

Цель исследования - выбор способа гемостаза при повреждениях селезёнки в зависимости от характера ранений.

Материалы и методы. Нами обобщены результаты лечения при повреждениях селезёнки в эксперименте на беспородных собаках. Под внутриплевральным тиопенталовым наркозом вскрывалась брюшная полость. Предварительно моделировали раны (резаные разной длины и глубины, сквозные), гематомы (подкапсульные, внутриорганные), разрывы, размозжения зоны, сегмента. В случаях сильных кровотечений, обеспечивался временный гемостаз разработанными устройствами. Раны ушивали атравматическими, кишечными иглами хромированным кетгутом, викрилом.

Результаты. Гемостаз при резаных ранах селезёнки достигнут в 17 из 20 случаев; резаных глубиной не более 2/3 толщины органа – в 16 из 20, резаных глубиной не более 1/2 – в 15 из 20; при сквозных - в 15 из 20. В случаях кровотечений при ушивании ран приходилось прибегать к дополнительным методам гемостаза. При разрыве диафрагмальной поверхности селезёнки в 5 случаях на место разрыва была наложена геммарля, орган фиксирован к брюшной стенке, а у 3 собак при разрыве висцеральной поверхности на место разрыва - геммарля, «Тахокомб», выполнена гастролиенопексия. Для 2 животных с разрывом нижнего полюса селезёнки использовали метод «бинтования» сальником на ножке, геммарлей, с ушиванием. Гемостаза достигли в 17 из 20 случаев. При подкапсульных гематомах малых размеров - диаметром до 3 см (16) с повреждением паренхимы органа и при отсутствии кровотока в ней была выбрана тактика мини-инвазивного лечения, так как опасность вторичного разрыва с последующим кровотечением была высока. При гематомах больших размеров, внутриорганных и при размозженных ранах, расположенных по краю органа и разрывах, занимающих целую зону, сегмент проводили атипичную резекцию. Резекцию селезёнки выполнили у 60 собак. Гемостаз при резекции селезёнки обеспечили у 52 - (86,6%) животных. При кровотечении у 5 животных при резекции селезёнки пришлось наложить дополнительные швы и у 3 – перевязка сосудов в плоскости резекции с помощью разработанного устройства. Обычно резецируем от 1/3 до 2/3 селезёнки. Разработанные швы использовали в клинике у 5 больных при ушивании резаных ран и сквозных - у 3-х. Резекцию селезёнки в клинике произвели 6 больным. Подкапсульные гематомы селезёнки лечили малоинвазивным методом при условии отсутствия в них кровотока 7 больным, размерами до 3 см в диаметре. Во всех случаях достигался надежный гемостаз.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования показывают, что предложенные способы для гемостаза достаточно эффективны и позволяют улучшить результаты органосохраняющих операций при повреждениях селезёнки.

ДИНАСТИЯ ВЫДАЮЩИХСЯ ХИРУРГОВ РОДОМ ИЗ ДАГЕСТАНА

Д.Г. Хайбулаева, студентка 213 группы педиатрического факультета, З.К. Гереева

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. С.Ю. Сафаров

Сегодня все хирургическое сообщества России знает великого хирурга, учителя, экспериментатора, клинициста, доктора медицинских наук — Александра Васильевича Вишневского.

За свои труды он получил немалое количество премий, среди которых орден Ленина, орден Трудового Красного Знамения, Сталинская премия, которые он получил за разработку и внедрение методов местной анестезии новокаиновой блокады и масляно-бальзамической повязки. Но самая главная и почетная его «премия» - это уважение коллег по всему миру.

Родом Александр Васильевич из селения Нижний Чирюрт Кизилюртовского района Дагестана. Но медицинское образование он получил в Императорском Казанском университете. В Казани же он работал сверхштатным ординатором хирургического отделения, в Александровской больнице, сверхштатным прозектором на кафедре оперативной хирургии с топографической анатомией, прозектором кафедры нормальной анатомии, 7 лет доцентом кафедры топографической анатомии. Позже, в ноябре 1903 года, Александр Васильевич защищает докторскую диссертацию.

Самая большая заслуга его — это разработка нового метода местного обезболивания с использованием новокаиновой блокады. Этот способ анестезии используется как поясничная (околопочечная) и шейная вагосимпатическая. Циркулярная новокаиновая блокада используется при невритах, невралгиях, заболеваниях сосудов, при лечении шока после тяжелых травм.

Противников местного обезболивания было много, объясняя это тем, что им не нужно «присутствие больного на операции». Вишневский в ответ им четко отчеканил: «Показания для местного обезболивания определяются противопоказаниями к наркозу, наличием метода местной анестезии и умением хирурга его применять».

Чуть позже в лечении язв конечностей ученый предлагает эффективный способ выключения симпатической (трофической) иннервации путем перерыва рефлекторной дуги новокановым блоком. Были отобраны пять оригинальных методик: футлярная блокада конечности, поясничная или «общая», пресакральная, вагосимпатическая блокады и короткий блок в месте патологического процесса.

Еще одна его немаловажная его заслуга — это масляно-бальзамические повязки с использованием мази, которая так и названа, в его честь — мазь Вишневского. Состав ее не сложен: березовый деготь, ксероформ и касторовое масло. Обширное применение и простота пользования собственной мази прославили Вишневского. Особенно часто вспоминался его труд во время Второй мировой войны солдатами.

Александр Васильевич часто выезжал за границу, чтобы познакомиться с успехами зарубежной хирургии. Будучи в других странах, его интересовали нейрохирургия, урология и хирургия желчных путей. Но даже после того, как он насмотрелся красотами за рубежом, он вернулся в родной Дагестан, селение Чирюрт.

В свой последний приезд летом 1948 года он побывал в Кизилюрте и Кизилюртовском

районе, заезжал в районную больницу, вспоминал свое детство, проведенное в военных казармах и множество кумыкских слов, которых запомнил с детства в результате общения с местным населением.

Дагестанский народ дорожил памятью своего славного земляка. В Махачкале на территории РКБ ему установлен памятник-обелиск. В Кизилюрте его именем названа районная больница и одна из улиц города. В селении Нижний Чирюрт открыт Дом-музей А.В. Вишневского.

Его деятельность продолжил сын — Александр Александрович Вишневский, хирург с мировым именем. Он так же был главным помощником и правой рукой своего отца, который считал достойным приемником своего дела. Он говорил: «Я, откровенно говоря, не всегда могу сказать, что принадлежит мне, а что ему в нашем общем деле». У Вишневского-отца часто спрашивали, как же ему удалось воспитать такого блестящего хирурга, похожего на него в этом деле. И он всегда рассказывал, как десять лет держал его в анатомичке в кругу отличных физиологов и анатомов. Вишневский - средний, во время Великой Отечественной войны, оперировал даже чаще отца, в тылу. Так он и набирался опыта, хотя казалось, будто искусство оперирования у него врожденное.

Александр Александрович до конца своей жизни руководил институтом хирургии, названный в честь имени отца. В 1936 году он защищает докторскую диссертацию на тему «К вопросу о патогенезе и терапии проказы». Александр Александрович заслуженный деятель науки РСФСР, академик АМН СССР, Герой Социалистического труда, лауреат Государственной и Ленинской премий, генерал-полковник медицинской службы. Он создал крупнейшую на то время в СССР хирургическую школу, является автором 300 печатных работ. Будучи выдающимся «учителем», он подготовил 45 докторов и 130 кандидатов медицинских наук. Был награжден тремя орденами Ленина, четырьмя орденами Боевого Красного Знамени, двумя орденами Отечественной войны первой степени, шестнадцатью медалями и даже несколькими иностранными орденами.

Династия выдающихся хирургов не заканчивается на сыне Вишневского. У Александра Александровича рождается сын, который, несомненно, становится хирургом.

Внук Вишневского возглавил отделение торакальной хирургии Института хирургии имени А.В Вишневского. Руководил отделением 40 лет.

Одной из его заслуг считается аппарат для наложения линейного скобочного шва на органы, предложенный им в 1977г. Этот аппарат используется повсеместно во всем мире в эндоскопической хирургии.

Еще одна его заслуга — это внедрение в практику новых лазерных хирургических средств, используемых в гнойной, абдоминальной и пластической хирургии. За это ему была

присуждена Государственная премия СССР.

Александр Васильевич Вишневский передал своим наследникам главное качество врача - это сострадание больным, человечность и трудолюбие. Само слово патология (греческое «patos») переводится как страдание. Стало быть, патология — это «наука о страдании». И династия Вишневских занималась ею всю жизнь.

Профессор Сафаров С.Ю. родом из тех мест, где родился основоположник династии выдающихся хирургов, многое рассказал об А. А. Вишневском. Хирурги-дагестанцы моего поколения хорошо этого подтянутого академика, Главного хирурга Советской армии, всегда в форме генерал-полковника, который регулярно приезжал в республику на каждый хирургический форум, проходившем в Махачкале. Он часто председательствовал на них. В конце заседания очень метко и афористично оценивал сообщения местных хирургов и хирургов-гостей. Весьма доброжелательный по натуре, раскрывая суть и смысл доклада, он давал ценные советы в каком направлении эти диссертационные исследования принесет молодому ученому удачу. Когда выступал сам академик со своими научными обобщениями по актуальным хирургическим проблемам, в зале не бывало мест, врачи стояли на проходах. Он был великолепным собеседником, эрудированным и интеллигентным интеллектуалом. Рассказывал о зарубежных поездках на Всемирные хирургические конгрессы, об интересных случаях и выдающихся личностях, о первых двух операциях в стране, проведенных им по пересадке сердца, о тяжелой операции С. П. Королеву, другим известным личностям нашей страны и их-за рубежа. Он не раз говорил, что в нем заложен кавказский дух и боится потерять или ослабить горский намус, благородство, гостеприимство. Он бывал во многих наших горный районах, любил отдыхать на берегу Каспия.

Будучи крупнейшим хирургом с мировым именем, успешно продолжающий и развивающий научные наследия отца, он за выдающиеся достижения в области хирургии сердца был удостоен присуждения самой высокой для того времени Ленинской премии. У Александра Александровича проходили клиническую ординатуру и аспирантуру многие наши коллеги, под его руководством защищали десятки диссертаций, повышали квалификацию. Он дружил и покровительствовал нашим профессорам Р. П. Аскерханову, М. О. Махачеву, последний защищал в его институте докторскую диссертацию. Почти все дагестанцы, которым необходимо было оперативное вмешательство на сердце, легких, пищеводе ехали в Москву в Институт хирургии им. А. В. Вишневского. Всех он принимал и всех он опекал, как родных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ИЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ

СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ РКБ

И.Н. Альбориев, У.А. Гаджиев, Р.З. Закариев, Р.И. Исламова, О.Г. Гаджиев

Отделение сосудистой хирургии.

ГБУ РД «Республиканская клиническая больница», Махачкала, Россия

Цель: проанализировать результаты комбинированного применения разных методик эндартерэктомии у пациентов с атеросклеротическим поражением ВСА в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 8 пациентов с атеросклеротическим поражением внутренней сонной артерии за период 2016-2017 гг. Средний возраст больных составил 55,0±7,5 лет. Все пациенты в анамнезе имели ИБС, ХСН II, III ФК. Также двое больных, перенесли в анамнезе ишемический инсульт в бассейне ипсилатеральной ВСА, однако при этом клиническое течение болезни имело асимптомный характер поражения ВСА. Предоперационное обследование включало ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС), транскраниальную допплерографию, транскраниальное дуплексное сканирование, магнитно-резонансную томографию (ангиографию),селективная ангиография БЦА.

Показаниями к операции являлись гемодинамически значимые стенозы (более 60%) бифуркации сонных артерий с признаками ишемии мозга и бессимптомные стенозы, как первый этап перед реконструктивными операциями в других артериальных бассейнах. В дооперационном периоде, больным обязательно назначали антиангинальные препараты. Монотерапию нитратами или В-блокаторами, либо антагонистами кальция, получили в основном больные со стенокардией I и II функциональных классов, комбинацию двух препаратов – больные со стенокардией II и III класса.

Материалы и методы: с декабря 2016 по сентябрь 2017 гг. в отделении сосудистой хирургии выполнены 8операции КЭАЭ, в т.ч. 6 по классической методике и 2 по эверсионной. Все оперативные вмешательства выполнены под общей анестезией.

У 1 больного использовалась классическая КЭАЭ с применением техники формирования новой бифуркации сонной артерии, путем Y-образной артериотомии общей сонной артерии, ВСА и НСА. Для предупреждения флотации проксимального отрезка пересеченной в общей сонной артерии атеросклеротической бляшки проводилась ее фиксация П-образными швами.

Временный шунт применялся в двух случаях6:вшивание в артериотомическое отверстие заплаты в одном случае, другом случае критический стеноз ВСА сопровождался окклюзией позвоночной артерии в первом сегмент на стороне поражения ВСА. Перед

основным этапом оперативного вмешательства применялась баллонная ангиопластика ипсилатеральной позвоночной артерии с целью улучшения базиллярного кровотока, что дало нам возможность проведения оперативного вмешательства без применения временного шунта. Оценивались результаты каротидной реваскуляризации в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.Технический результат операции оценивался с помощью послеоперационного УЗДГ.

Результаты: в одном случае, имело место транзиторной ишемической атаки (ТИА) с явлениями ипсилатерального гемипареза. Осложнений таких, как смерть, инсульт, инфаркт миокарда, не было.

Выводы: сделаны выводы, что предварительная разметка каротидной бифуркации с помощью УЗДГ позволяет оптимизировать протяженность доступа при КЭАЭ. Метод формирования новой бифуркации сонной артерии может применяться при пролонгированных стенотических поражениях сонных артерий. Он позволяет избежать применения синтетической заплаты с возможными неблагоприятными последствиямии расширить возможности каротидной реваскуляризации. При этом существенно сокращается продолжительность основного этапа реконструкции.

СТОМАТОЛОГИЯ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИИ ГЕПАТИТА В В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ И МЕРЫ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ

Х. К. Варачанова - студентка 111 группы стоматологического факультета

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент М.Н. Меджидов

Актуальность. Среди всех медицинских специальностей у врачей-стоматологов очень высок риск заражения и передачи вирусного гепатита В, т.к. деятельность врача-стоматолога связана наличием постоянного контакта с биологической жидкостью в полости рта.

По данным исследований около 5.5 млрд. человек имели контакт с вирусным гепатитом В. Около 2 млрд. человек имеют маркеры гепатита В. Число вновь регистрируемых случаев ВГВ около 4-5 млн. ежегодно. Количество смертей, связанных с HBV- 1-2 млн. ежегодно. Риск возникновения рака печени у инфицированных гепатитом в в 223 раза выше, чем при его отсутствии.

По экспертным оценкам в стране насчитывается около 3 млн. человек, носителей вируса гепатита В. В некоторых субъектах Российской Федерации сохраняются уровни заболеваемости, превышающие средние значения по России:

по ОГВ - во Владимирской (3,6 на 100 тыс. населения), Курганской (4,28).

-по ХГВ - в г. Санкт-Петербурге (60,95 на 100 тыс. населения), Мурманской (25,8).

Во многих регионах страны не используются существующие методы лабораторной диагностики вирусных гепатитов, не проводится надзор за их распространением, что затрудняет оценку эпидемиологической обстановки и разработку необходимых профилактических мероприятий.

Цель: изучение распространенности заражения гепатитом В в стоматологических кабинетах и поиск путей устранения заражения этой инфекцией на примере Республике Дагестан**.**

Материал и методы. Статистические данные ФБУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии Республики Дагестан» по заболеваемости гепатитом В среди населения с января 2016 г по апрель 2018 г, а также данные опроса врачей-стоматологов шести частных стоматологических клиник города Махачкалы.

Результаты и обсуждение:. Общее количество заразившихся гепатитом В по данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Дагестан» с января 2016 г по апрель 2018 г

составило – 532 человека (диаграмма 1), в том числе:

2016 г. -279 человек; 2017 г.-197 человек; (с 1 января до 10 апреля) 2018 г. - 61 человек.

Данные опроса шести стоматологических клиник города Махачкала отражены в таблице1.

По данным опроса шести врачей-стоматологов случаи заражения гепатитом, по их неосторожности, не встречались.

Но по данным изучения опроса центра гигиены и эпидемиологии в Республике Дагестан из 532 человек (2016-2018) 60% обратившихся инфицированных людей , заметили симптомы гепатита В после приема врача-стоматолога.

№	Адрес/название стоматологии	Встречались ли вам случаи несоответствия гигиенических норм в кабинете стоматолога в вашей практике?	Какое количество проверок санэпидемстанции в год?	Встречались ли вам случаи заражения гепатитом В в кабинете врача стоматолога в практике ?	Методы борьбы с заражением гепатита В в кабинете врача стоматолога.
1.	«Дента Люкс» Гоголя 43е	Да.	Нет проверок.	Не встречались. За 10 лет работы 4 человека признались о болезни гепатита С	1)стерилизация 2)полная дезинфекция стоматологического кабинета
2.	«Денталь» Ул.Гоголя	Нет.	2 раза в год.	Не встречались. В год около 5 человек признаются о болезни гепатита В	1)Качественная стерилизация 2)Стерилизация в автоклаве
3.	«Стоматология» Белинского 7	Да, особенно часто в государственных клиниках.	2 раза в год.	Были случаи заражения пациента в другой стоматологической клинике. В год около 4 человек признаются о болезни Гепатита В	1)Стерилизация полная 2)Беседа с пациентом о важности достоверности данных 3)Разовые наконечники
4.	«Стоматология» ул. Уроженского 12	Да.	1 раз в год.	Не встречались. За 35 лет работы 2 человека признались о Гепатите В	1)Стерилизация
5.	«Стоматологический центр» ул. Коркмасова	Нет.	Проверки ФОМС	Не встречались. За год 1 человек признался о гепатите В.	1)Беседа с пациентом 2)Соблюдение санитарно-гигиенических норм 3)Стерилизация
6.	«Мед экспресс сервис» Белинского 3	Да, особенно часто в государственных клиниках.	Проверки ФОМС	Не встречались. За 4 года работы 1 человек признался о гепатите В.	1)Отдельное хранение инструментов 2)Полная стерилизация всего кабинета .

По данным Следственного управления РД за 2016-2018 гг. число пострадавших из-за ятрогенных преступлений, следствием которых является заражение гепатитом на приеме у врача-стоматолога, не установлено, хотя это заболевание является очень распространенным.

Выводы. Установлена высокая степень заражения пациентов гепатитом В в стоматологических кабинетах Республике Дагестан, не имеющая тенденцию к снижению. Следовательно, считаем целесообразным проведение частых и внезапных проверок стоматологических кабинетов со стороны санитарно-эпидемологических органов в Республике Дагестан.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО СООТВЕТСТВИЯ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОСВЕЩЕНИЯ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Основным параметром восприятия улыбки является ее эстетическая привлекательность и оптическая целостность. Соответствие оттенка реставрации тканям зуба в условиях дневного естественного освещения может меняться при освещении зубных рядов различными типами искусственных источников света, в частности, флуоресцентного, белого, ультрафиолетового, сценического и тому подобное.

Цель. Установить оптическое соответствие материалов для восстановления зубов под действием ультрафиолетового излучения.

Материалы и методы. Исследовали две группы материалов: композиты химического отверждения на основе акриловых полимеров для изготовления временных коронок Protemp 2 (3M) ручного замешивания, Protemp 4 (3M), VisalysTemp (Kettenbach) не нуждающихся в замешивании и фото-полимерные наногибридные композиты TetricN-Ceram (IvoclarVivadent) и Empress (IvoclarVivadent). Для проведения эксперимента были изготовлены диски одинакового размера диаметром 0.8 см и толщиной 0.5 см с каждого материала, которые одновременно разместили на темном не флуоресцентном фоне с подписью для каждого образца. Исследование проводилось в полностью затемненной комнате. Под действием светового потока 590 Лм ультрафиолетовых лучей, которые падали под углом 90° к поверхности образца, возникало явление флуоресценции, которое фотодокументировали. По полученным фотографиям визуально определяли оптическую градацию образцов - от самого светлого до самого темного, в сравнении с контрольным образцом удаленного неповрежденного зуба.

Результаты. Результаты проведенных исследований показали, что все материалы как акриловые композиты, так и наногибридные композиты, демонстрировали флуоресцентные свойства при попадании ультрафиолетового света. Среди исследуемых материалов флуоресценцию, которая больше всего соответствовала цвету тканей зуба, имел образец VisalysTemp (Kettenbach). Далее, в порядке уменьшения проявлений флуоресценции расположились образцы Protemp 4 (3M), Protemp 2(3M), образцы композитов TetricN-Ceram (IvoclarVivadent), Empress (IvoclarVivadent).

Выводы. Оптические свойства материалов необходимо учитывать для получения максимально эстетичного результата и получения оптической целостности зубного ряда при разных видах освещения. Простой метод освещения источником ультрафиолетовых лучей позволяет определить оптическую градацию между зубом и оцениваемым материалом.

ПРОТОКОЛЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЁННЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ВРАЧЕЙ – ЭНДОДОНТИСТОВ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Проблема совершенствования качества эндодонтического лечения остается важным вопросом современной стоматологии. Когда мы говорим о стандартах в современной эндодонтической практике, часто возникает непонимание терминов для описания этих стандартов. Когда усовершенствованные технологии предлагают явно лучшие результаты лечения, соответственно они не являются предметом выбора лечения, а необходимым требованием для выполнения навыков и внедрение их в практику.

Цель. Целью нашего исследования был обзор мировых стандартов лечения труднопроходимых корневых каналов, их оценка на практике и обзор наиболее распространенных ошибок врачей-стоматологов и стоматологов-эндодонтистов.

Материалы и методы. Исследование состояло из трех этапов: экспериментального, клинического и статистического. Экспериментальный - заключался в изучении протоколов лечения искривленных корневых каналов, которые ведут зарубежные стоматологи и их сравнительная характеристика с отечественными. Клинический этап работы включал подбор пациентов с клиническими проявлениями искривленных каналов и их лечение согласно иностранным протоколам эндодонтического лечения в стоматологической клинике «Все Свои» г. Каспийска. Статистический этап заключался в системном исследовании ошибок, которые чаще всего допускают стоматологи.

Результаты. Лечение корневых каналов постоянных зубов представляет собой биологически допустимую и механическую обработку корневых каналов для ускорения и восстановления перирадикулярных тканей. Полагаясь на статьи американской ассоциации эндодонтистов, мы нашли ряд существенных различий с отечественной системой лечения искривленных каналов. На клиническом этапе мы опробовали их на практике и вели динамическое наблюдение в течение лечения. В течении статистического этапа мы систематизировали типичные ошибки в практике врачей-стоматологов, полагаясь на данные американской ассоциации стоматологов. Также мы приняли во внимание работы известного эндодонтиста Доминико Рекуччи, который собственно описал процесс инструментальной обработки искривленных каналов, что способствует положительному эффекту от эндодонтического лечения и предотвращения появления осложнений.

Выводы. Практическая эндодонтия претерпела изменения в предоставлении услуг и развитии научных открытий. Новые технологии в области инструментария, рентгендиагностики, направленные на сохранение собственных зубов с достоверными результатами являются неотъемлемыми частями современной эндодонтии, которая постоянно развивается. Морфология системы корневых каналов является чрезвычайно тяжелой: апикальные разветвления каналов, перешейки и неровности стенок канала, где бактерии могут находиться в виде биопленок. Для полного удаления патогенных микроорганизмов из дентальных канальцев существует определенный протокол действий, которым успешно пользуются зарубежные стоматологи. Таким образом, врачи должны соблюдать не только отечественные протоколы, но и интересоваться зарубежными, внедряя в практику новые технологии.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ ПЛОМБ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ГИГИЕНЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Согласно статистике, 50-60% всех типов кариозных полостей подлежат реставрации в результате клинического диагноза "вторичный кариес". Повторное моделирование коронки зуба предполагает потерю здоровых тканей эмали и дентина. Обычно, наличие визуально заметного дефекта по краям реставрации свидетельствует об увеличении риска развития вторичного кариеса. В случае нарушения краевого прилегания материала к тканям зуба, возникают кариес-уязвимые зоны, аналогичные таковым в участках естественных

ямок и фиссур. Создаются благоприятные условия для формирования зубной бляшки. Однако, наличие краевого прилегания не является достаточным фактором, чтобы детерминировать рецидив кариеса. Прогрессирование повторного поражения твердых тканей обусловливается динамическим балансом между патологическими факторами, которые приводят к деминерализации защитных факторов, которые инициируют реминерализацию. Именно поэтому, гигиенический статус полости рта влияет на определение вероятности возникновения вторичного кариеса. Таким образом, зависимость между степенью краевого прилегания и гигиеническим индексом имеет важное значение для роста долговечности реставраций и избежания необходимости вынужденного повторного лечения кариеса.

Цель. Клинически оценить зависимость между степенью краевого прилегания пломбы и гигиеническим индексом полости рта по Green-Vermillion.

Материалы и методы. Обязательным условием для привлечения пациентов в исследование было наличие визуально заметного дефекта на границе пломба-зуб. В стоматологической клинике «Все Свои» г. Каспийска нами было обследовано 30 пациентов и определены показатели гигиены полости рта по Green-Vermillion и степень краевого прилегания различных типов реставраций согласно международной классификации Американской Ассоциации Стоматологов.

Результаты. У пациентов с неудовлетворительной гигиеной полости рта (по индексу Green-Vermillion) определялась тенденция к ухудшению краевого прилегания пломбы. Значительно реже наблюдалось сочетание плохого краевого прилегания с высоким индексом гигиены.

Выводы. Несмотря на то, что нарушение краевого прилегания и рецидив кариеса обусловлены многими факторами, среди которых значительную роль играют тип пломбировочного материала, использования систем изоляции рабочего поля, наличие бруксизма у пациента и тому подобное, корреляция между гигиеническим статусом ротовой полости и качеством краевого прилегания имеет существенное значение для риска развития вторичного кариеса.

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Высокие показатели распространенности болезней слизистой оболочки

полости рта и пародонта, например, афт, стоматитов, пародонтитов, а также гингивитов, как самостоятельного, так и симптоматического типов, требуют разработки новых методов внесения активных фармацевтических ингредиентов, при помощи усовершенствованных лекарственных форм, непосредственно к очагу заболевания. Традиционные лекарственные формы, которые на сегодня применяются с целью локальной терапии в полости рта, имеют ряд недостатков, в частности дополнительно травмируют и без того пораженные преимущественно воспалительными процессами эпителиальные ткани, вызывая при этом лишние болевые ощущения и подавляют психоэмоциональное состояние больного, а их недостаточная противомикробная действие может способствовать нарушению микробиоценоза и увеличению патогенной микрофлоры. Кроме того, большинство лекарственных средств локального типа применения не способны поддерживать достаточную терапевтическую концентрацию и соответствующее время для достижения лечебного эффекта

Цель. Выявить и проанализировать современные, альтернативные методы доставки лечебного вещества в ткани пародонта и слизистой оболочки полости рта. В частности, стоматологические лекарственные пленки, как метод атравматичного и пролонгированного лечения больных.

Материалы и методы. Проведен обзор и анализ научных источников, в которых описано терапевтическое лечение с использованием стоматологических лекарственных пленок различного типа действия и фармакотерапевтической активности, в составе лекарственной формы.

Результаты. В процессе научного поиска были собраны и обработаны данные 5 разных по типу действия стоматологических пленок, в частности:

1. Антибактериальные адгезивные стоматологические пленки содержащие: линкомицина гидрохлорид в количестве 0,05-0,09 мг/см2; клиндамицина фосфат в количестве 0,05-0,09 мг/см2; сульфат гентамицина в количестве 0,05-0,09 мг/см2.
2. Противопротозойные адгезивные стоматологические пленки содержащие-метронидазол в количестве 0,01-0,03 мг/см2.
3. Антисептические адгезивные стоматологические пленки содержат - хлоргексидина биглюконат в количестве 0,01-0,03 мг/см2.
4. Кератопластические адгезивные стоматологические пленки содержат -солкосерил в количестве 0,01-0,03 мг/см2.
5. Адгезивные стоматологические пленки с комбинированным действием содержит: - хлоргексидина биглюконат и дексаметазон в количестве 0,01-0,03 мг/см2; -лидокаина гидрохлорид по 0,03-0,05 мг/см2 и хлоргексидина биглюконат 0,01-0,03 мг/см2.

Выводы. В результате детального изучения научных источников, были обработаны данные о современные методики локального введения активных фармацевтических

ингредиентов до очага поражения и проведено ализе 5, чаще всего применяемых типов стоматологических пленок, которые обладают соответствующим спектром фармакотерапевтической действия и могут использоваться не только в составе терапевтической схемы, а и как монокомпонентные средства лечения заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Поскольку лекарственные формы на полимерной основе обладают рядом преимуществ по сравнению с другими лекарственными формами, например, такими как: заявленное локальное действие, пролонгированный эффект, точность дозировки лекарственного средства, уменьшение болевых ощущений и атравматичность.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А. Султанова, К.А. Байрамов

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Важным звеном патогенеза хронического генерализованного пародонтита являются изменения со стороны вегетативной нервной системы и последовательно связанных с этим, нарушений иммунной реактивности. Лечение того или иного заболевания эффективно тогда, когда оно направлено на известные звенья патогенеза. Поэтому применение фитотерапии в комплексе лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом подтверждено, поскольку позволяет проводить не только этиотропное, но и патогенетическое лечение.

В нашей работе мы будем применять лекарственные средства, которые стимулируют нервную систему - препараты женьшеня. Эти препараты усиливают процессы возбуждения и ослабляют процессы торможения в коре головного мозга. Их действие зависит от дозы и функционального состояния коры головного мозга: большие дозы вызывают двухфазною действие: возбуждение и угнетение; малые дозы вызывают лишь возбуждение. Препараты женьшеня обладают тонизирующим действием, повышают неспецифический иммунитет, стимулируют ЦНС, повышают основной обмен, адаптационные свойства организма, оказывают защитное действие при стрессовых состояниях.

Цель. Обоснование применения препаратов корня женьшеня и рябины черноплодной в комплексе консервативного лечения хронического генерализованного пародонтита на основе изучения изменений некоторых параметров нервной системы.

Материалы и методы. Нами обследовано 20 здоровых людей и 36 больных с генерализованным пародонтитом начальной и I степеней (из них 23-с хроническим

генерализованным пародонтитом и 13 больных без сопутствующей патологии); в возрастной категории от 18 до 44 лет. Генерализованный пародонтит диагностировали на основании клинических, индексных и рентгенологических данных с использованием классификации А.Ф. Данилевского, 1994. У пациентов с неврологическими расстройствами проводили тест для выявления уровня тревожности по Спилбергу; выявляли уровень депрессии по Беку. Таким пациентам одновременно назначали фитотерапию в комплексе.

Результаты. Обследование проводилось до и после лечения, используя клинические, параклинические и дополнительные методы обследования, в частности Rtg, функциональные пробы по И. Кулаженко и реопародонтографию. Об эффективности предложенного метода лечения во второй группе больных с генерализованным пародонтитом свидетельствует быстрая ликвидация общих явлений, уменьшение кровоточивости, отека слизистой оболочки полости рта. Также отмечалось сокращение сроков лечения. Благоприятные клинические результаты лечения с применением фитопрепаратов в комплексном лечении подтверждаются динамикой показателей пародонтального индекса, пробой Шиллера Писарева, результатами функциональных методов исследования.

Выводы. Применение фитопрепаратов при лечении генерализованного пародонтита, в частности для пациентов с неврологическими нарушениями создает фон для действия всего лечебного комплекса, повышая его эффективность.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ УДАЛЕНИЯ НЕКРОТИЗИРОВАННЫХ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Высокие показатели распространенности и интенсивности кариозного поражения твердых тканей зуба делают эту патологию очень актуальной. Это обусловливает поиск новых методик и технологий в ее решении. Традиционные методы удаления некротизированных тканей зуба часто сопровождаются как психологическим дискомфортом для пациента, так и повышенной вероятностью травмы незатронутых патологическим процессом твердых тканей и пульпы.

Цель исследования: оценить сравнительную эффективность альтернативных методов удаления некротизированных твердых тканей зуба.

Материалы и методы: проведен обзор и анализ литературных источников, в которых описаны следующие методики: 1) химико-механический метод (Carisolv); 2) использование эрбиевого лазера; 3) воздушно-абразивный метод на основе оксида алюминия; 4) метод

холодного плазменного луча.

Результаты: рассмотренные методы имеют ряд преимуществ и недостатков. Преимущества системы Carisolv: беззвучный метод; меньшая продолжительность процедуры; улучшение адгезии пломбировочных материалов к твердым тканям зуба вследствие отсутствия смазанного слоя; селективно удаляет размягченный дентин; не повреждает пульпу; нет побочных эффектов. Проанализированные литературные источники свидетельствуют об отсутствии негативных свойств данной методики.

Преимущества эрбиевого лазера: психологический комфорт пациента и перспектива лечения без анестезии вследствие отсутствия болевых ощущений; возможность бескровно работать точечно в пределах пораженных тканей, не травмируя при этом интактные участки; значительно сокращается время самой процедуры; это бесконтактная методика, поэтому исключаем фактор вторичного инфицирования от любого инструмента; снятие гиперестезии эмали. Недостатки: неприятный запах; растрескивание зуба в результате воздействия волн, проходящих через зуб во время действия лазера; при несоблюдении технологии выполнения данной методики наблюдается негативное влияние на пульпу зуба и на сетчатку глаза, высокая стоимость данной методики.

Преимущества воздушно-абразивного метода на основе оксида алюминия: безболезненный. Недостатки: сложен в применении.

Преимущества метода холодного плазменного луча: отсутствие побочных эффектов; минимизация боли; меньшая продолжительность процедуры; максимальное сохранение здоровых тканей зубов; хорошая адгезия пломбировочных материалов к твердым тканям зуба.

Выводы: по данным литературных источников, альтернативные методы удаления некротизированных твердых тканей зубов имеют значительные преимущества по отношению к традиционным, что позволяет считать их перспективными и приоритетными.

КЛИНИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТРАКЦИОННЫХ НИТЕЙ НА ОСНОВЕ КАЧЕСТВА ОТПЕЧАТКОВ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Эстетическое восстановление коронковой части зуба требует определенной последовательности клинических и лабораторных этапов. Точность отпечатков является решающим фактором для будущего получения качественных моделей, что играет важную роль во время ортопедического лечения. В случае поддесневого размещения границы препарирования необходима ретракция. Согласно статическим данным, наиболее

распространенными способами ретракции являются механические и химические (ретракционно-импрегнированные нити или нити, импрегнированные с кровоостанавливающим раствором), а техникой, которая используется чаще всего, является техника двойной нити.

Цель. Оценить и сравнить качество отпечатков на основе применения трех различных ретракционных систем и трех техник ретракции.

Материалы и методы. Необходимыми условиями привлечения пациента в исследование были отсутствие воспаления тканей пародонта, глубина зондирования борозды не более 3 мм и отсутствие кровоточивости при зондировании. Все отпечатки были выполнены способом двухэтапных двойных. В качестве оттискного материала было применено А-силикон PRESTIGELight; ретракционные нити Ultrapak двух размеров производителя Ultradent; гемо статическую ретракционную пасту Traxodent; гемостатический гель 20% с раствором хлорида алюминия. В группе 1.1 использовались ретракционные нити неимпрегнированные размерами 000; 0 и техника двойной нити. Группа 1.2: нить неимпрегнированая; техника одинарной нити. Группа 1.3: нить неимпрегнированая; техника одинарной нити без извлечения нити из бороздки. Группа 2.1: ретракционные нити, импрегнированные раствором хлорида алюминия размерами 000; 0; техника двойной нити. Группа 2.2: ретракционная нить, импергнированая раствором хлорида алюминия; техника одинарной нити. Группа 2.3: ретракционная нить, импрегнированая раствором хлорида алюминия; техника одинарной нити без извлечения нити из бороздки. В группе 3 ретракционная паста использовалась согласно инструкции производителя вместе с нитью, импрегнированным раствором алюминия хлорида. До того, как был сделан отпечаток, поверхность зуба была подготовлена, обработана воздушной струей. Для оценки клинической эффективности использования ретракционных нитей было сформировано 6 критериев.

Результаты. Раствор хлорида алюминия не проявил влияния ни на процесс внесения нити в зубодесневую борозду, ни на рабочее время. Точные отображения вокруг десневой бороздки наблюдались при использовании техники двойной нити. Наихудшее качество отпечатков - после применения ретракционной нити без гемостатика.

Выводы. Хотя гемостатические гели и пасты не влияют на процесс внесения нити в бороздку, они существенно улучшают качество отпечатков, высокая точность которых достигается при применении техники двойной нити. Расширение бороздки до определенного уровня является основной целью ретракционной процедуры в клинике ортопедической стоматологии. Следование требованиям и правилам любой методики ретракции десны является приоритетной и гарантирует адекватный клинический результат при протезировании современными ортопедическими конструкциями.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВАЗИЛАЗЕРА (НЕКОРЕГЕНТНОГО КРАСНОГО СВЕТА) В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА И ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА

Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев[1], М.Н. Меджидов[1], А.Н. Акавов[2] – клинический ординатор

[1]Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

[2]Кафедра ортопедической стоматологии

ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия.

Широкое внедрение в клиническую практику лазерных технологий на сегодняшний день ограничено из некоторых объективных причин: высокой стоимости лазерных аппаратов, необходимости специальной подготовки персонала и повышенных требований техники безопасности при применении определенных лазерных технологий. Применение квазилазера (некогерентного красного света), доступнее для широкого круга врачей, имеет многофакторный терапевтический эффект на биологические ткани.

Цель. изучение влияния излучения красного света аппарата UFL-110 (LuxDent) для профилактики воспалительных болезней пародонта и вторичного кариеса.

Материалы и методы. предложена методика применения квазилазера базируется на опыте лечения 22 больных (18 женщин и 14 мужчин), в возрасте 18-32 лет. Из них 11 лицам, которым осуществляли прямое измерение вестибулярных поверхностей фронтальных зубов, в комплексе лечебных мероприятий проводили облучение маргинальных десен и кариозных полостей аппаратом UFL-110 (LuxDent) в режиме «R» (длина волны 632,8 нм) с интенсивностью излучения до 1000 мВт/см2 красного спектра света. 11 человек с реставрациями путем прямого измерения, в которых данный метод не применялся, составили контрольную группу.

Результаты. Все больные основной группы хорошо переносили квазилазерную терапию, аллергических реакций и психоэмоциональных перегрузок не наблюдалось. Оценка эффективности непосредственно после лечения показала, что применение предложенного метода приводило к быстрой ликвидации воспалительных явлений в маргинальном пародонте, вызванных придесневым препарированием и ретракцией десен. Наблюдение за больными в течение 18 месяцев после проведения восстановительного лечения не выявили возникновения вторичного кариеса в придесневом участке и изменений по периферии реставраций.

Выводы. Проведенные клинические исследования показали высокую эффективность применения квазилазера. Полученные данные диктуют необходимость дальнейшего накопления материала и контроля за отдаленными результатами данного метода лечения

больных с целью разработки конкретных показаний к применению квазилазера.

МОДИФИКАЦИЯ ГЛИКОПОЛИМЕРОВ ДЕСЕН ЧЕЛОВЕКА НА ФОНЕ ВОСПАЛЕНИЯ: ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Одними из наиболее важных маркеров развития патологических процессов в ткани являются гликопротеины, гликолипиды на поверхности клеточных стенок и углеводы, входящие в состав клеток. Важно, чтобы углеводная структура десен человека позволяла продуктивно обеспечивать микрофлору ротовой полости. В условиях постоянного воздействия бактерий и высокой вероятности наступления воспалительных процессов происходит модификация такой структуры, и определение гликополимерных взаимосвязей в тканях десен приобретает особенно актуальное значение. Соответственно возникает потребность в проведении гистохимического исследования, которое поможет выявить гистологическое строение ткани десны человека при воспалительном процессе и необходимую концентрацию в них гликополимеров.

Цель. Целью работы было исследовать гистологические изменения и модификацию гликополимеров десен человека на фоне воспаления

Материалы и методы. Исследования осуществлялись в соответствии с основными стандартами GCP (1996 г.), Европейской конвенции по правам человека и биомедицины от 04.04.1997, Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по этическим принципам научных медицинских исследований с привлечением людей (1964-2008).

Результаты. В исследуемых образцах десен, закрашенных гематоксилином и эозином, все вышеперечисленные гистологические структуры были сохранены, однако наблюдались отслоения, отек собственной пластинки слизистой оболочки и частично ороговевающего эпителия. Коллагеновые волокна расположены в разных направлениях. Наблюдалось большее количество сосудов микроциркуляторного русла, при этом их стенка была утолщена и гиалинизированна. Эти изменения могут свидетельствовать о развитии воспалительного процесса в исследуемой ткани, соответственно ее отек и гиперемию. После проведения комбинированной реакции альцианового синего с реактивом Шиффа было отмечено более интенсивное накопление нейтральных мукополисахаридов и гликогена в гистологических структурах исследуемых образцов десен человека. Большое количество этих углеводных детерминант наблюдалась в коллагеновых волокнах собственной пластинки, сосочках и эпителии, что свидетельствует о «подготовке» этих структур к гибели.

Полученные результаты позволили сделать следующие **выводы:** 1. При воспалительном процессе ткань десен изменяет свое гистологическое строение. 2. Активное участие в развитии воспалительного процесса принимают нейтральные мукополисахариды и глюкоза, которые при этом накапливаются в тканях десны человека. 3. Использование лектинов PNA и HPA позволило констатировать накопление αDGalNAc(тетра-сахарид) и βDGal под псевдокератинизированным эпителием, что может служить маркером воспаления десен. 4. Лектинпероксидазная техника может иметь диагностическое значение при развитии воспалительных процессов десен.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЫСТРОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАКОНЕЧНИКОВ С ПОМОЩЬЮ ДЕЗРАСТВОРОВ

Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Дезинфекция стоматологических наконечников является важным элементом предотвращения переноса потенциально опасных микроорганизмов от одного пациента к другому. Классические методы дезинфекции и стерилизации, включая автоклавирование, позволяют надежно провести обработку стоматологического инструментария, однако особенности материала, из которого изготовлено стоматологические наконечники, выдвигает ряд требований к их обработке, что является основанием для поиска альтернативных методов стерилизации.

Цель. Исследовать надежность холодной дезинфекции стоматологических наконечников с помощью спиртосодержащих растворов с содержанием глутарового альдегида и без него.

Материалы и методы. Для исследования было взято дезинфицирующий раствор с содержанием глутаральдегида (Аеродезин 2000) и раствор свободный от глутаральдегида (Фамидез АФ). Влияние указанных дезинфицирующих растворов исследовали на такие культуры микроорганизмов: Staphylococcusaureus, Staphylococcusepidermidis, Streptococcusfaecalis, Escherichiacoli, Candidaalbicans, Klebsiellapneumoniae, Proteusvulgaris, Pseudomonasaeruginosa. Предварительно автоклавированы наконечники погружали в культуру микроорганизмов, после чего обрабатывали дезинфицирующими растворами с экспозицией 5 и 15 минут. После обработки дезинфицирующими растворами с наконечников получали смывы, которые высевали на питательные среды для определения наличия или отсутствия роста микроорганизмов. Кроме того, делали посев мазков, взятых из наконечников после работы в полости рта и после их следующей обработки дезинфицирующими растворами с экспозицией 5

мин.

Результаты. Проведенные исследования позволили выявить следующее: дезинфицирующие растворы оказывают бактерицидное влияние (отсутствие роста) при экспозиции 5 и 15 минут. на такие культуры микроорганизмов Staphylococcusaureus, Staphylococcusepidermidis, Streptococcusfaecalis, Escherichiacoli, Candidaalbicans; на культуры микроорганизмов Klebsiella pneumoniaeProteusvulgaris, Pseudomonasaeruginosa при однократной обработке дезинфицирующими растворами влияния не наблюдалось; на энтерококк бактерицидный эффект вызывал только раствор с содержанием глутаральдегида (Аеродезин 2000). При исследовании эффективности дезинфицирующих растворов относительно микроорганизмов, которые инфицируют наконечник в процессе работы в полости рта, выявлено следующее: в смыве, взятом с наконечника после однократной обработки с экспозицией 5 мин. раствором без глутаральдегида, выявлен незначительный рост микроорганизмов - 4 колониеобразующих единиц (КОЕ)/мл; в смыве, взятом с наконечника после однократной обработки с экспозицией 5 мин. раствором с глутаральдегидом обнаружен рост микроорганизмов в количестве 2 КОЕ/мл.

Выводы. Надежная и быстрая дезинфекция стоматологических наконечников является важным аспектом в работе врача-стоматолога. Специальные растворы, согласно инструкциям производителя, должны эффективно обеззаразить поверхность медицинских инструментов, в том числе и наконечников. Проведенные исследования, в которых изучалось влияние дезинфицирующих растворов, позволяют утверждать следующее: раствор с содержанием глутарового альдегида является более эффективной и оказывает более сильное действие на некоторые виды микроорганизмов, по сравнению с раствором без глутаральдегида. Отсутствие эффективного влияния обоих растворов после однократной обработки на капсулообразующие микроорганизмы, свидетельствует о необходимости повторной обработки поверхности наконечника дезинфицирующим раствором. Оптимальным способом обеззараживания стоматологических наконечников остается термическая обработка в автоклаве.

ИССЛЕДОВАНИЯ IN VITRO ПРОТИВОМИКРОБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СИЛЛЕРОВ ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ДЛЯ ОБТУРАЦИИ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ

Г.М-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Согласно эпидемиологическим исследованиям, проведенными Европейским Эндодонтическим Сообществом, от 5 до 30% эндодонтически леченых зубов

имели периапикальные изменения. Изучение основных причин неудачного эндодонтического лечения, показали наличие микроорганизмов в корневых каналах в 44-100% случаев. Чаще всего проявляли резистентные Enterococcusfaecalis (29 - 77%) и Candidaalbicans (17-35%), которые чаще всего являются причиной апикального периодонтита. Особенностью этих микроорганизмов является высокая резистентность к ряду антисептиков, а также к Ca(OH)2, широко применяется в протоколе эндодонтического лечения.

Цель. Провести ориентировочную оценку антимикробных свойств силлеров для обтурации системы корневых каналов с использованием E. faecalis и C. albicans. Наличие противомикробной активности материалов может быть одним из факторов повышения эффективности повторного эндодонтического лечения.

Материалы и методы. Нами было выбрано пять материалов, чаще всего использующих для постоянной обтурации системы корневых каналов, а именно: AHplus (Dentsply, Germany), EndosequenceBCsealer (Brasseller, USA), PulpCanalSealer (Kerr, USA), MTA+ (Cercamed, Poland), Foredent (SpofaDental, CzechRepublic). Для отрицательного контроля использованы 2% хлоргексидин-гель, что согласно литературным источникам оказывает сильный антибактериальный эффект против E. faecalis и C. albicans. Для скринингового исследования противобактериальной и противогрибковой активности силлеров использовали метод диффузии веществ в агар. В чашки Петри заливали по 30 мл сахарного агара и после его застывания делали лунки диаметром 3мм. Среду засевали газоном суточными культурами тестируемых штаммов Enterococcusfaecalis (1х107 КОЕ/мл) и Candidaalbicans (1х106 КОЕ/мл). На засеянные чашки в лунки вносили по 15мкг исследуемых веществ через 30 мин после подсушивания в термостате при 37оС (I опыт), через 5 час. (II опыт), через 24 ч (III опыт). В контрольную лунку вносили 2% хлоргексидин гель. После инкубации в термостате в течение 24 ч с помощью лупы с окуляр-микрометром оценивали диаметры зон задержки роста микроорганизмов вокруг лунок. Исследования с каждым микробным штаммом выполняли трижды.

Результаты. Высокую антимикробную активность в отношении E. faecalis показали PulpC.S. и Foredent, менее активными оказались ВС и MTA+. AHPlus не проявил противомикробного действия. Также установлено, что ЦОЕ (P. C. S.) и Foredent проявляют противогрибковое действие в отношении грибов рода Candidaalbicans.

Выводы. Высокую противомикробную активность относительно Enterococcusfaecalis показали PulpCanalSealer (Kerr) и Foredent (SpofaDental), менее активным оказался MTA+ (Cercamed). AHPlus (Dentsply) не обнаружил противомикробного действия. Также установлено, что PulpCanalSealer (Kerr) и Foredent (SpofaDental), являются весьма активными в отношении грибков рода Candidaalbicans. Различия в противомикробному активности исследованных материалов могут быть основанием для их дифференцированного применения в эндодонтии.

Согласно нашему исследованию, при односеансном протоколе лечения, целесообразным является использование PulpCanalSealer (Kerr) или MTA+ (Cercamed), поскольку материалы на основе параформальдегида – Foredent (SpofaDental) не являются рекомендованными к использованию, основываясь на принципах «безопасности» и «эффективности».

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕЛИЙ - НЕОНОВОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ

Н.Б. Гамзалова – аспирант, Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор,
М.Н. Меджидов

Кафедра терапевтической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Одна из актуальных проблем современной клинической медицины - вирусные заболевания. Они характеризуются различным клиническим течением, высокой контагиозностью, способностью вызывать эпидемии и пандемии. По данным ВОЗ более 90% зарегистрированной инфекционной патологии приходится на долю вирусов. Особенности течения острых вирусных заболеваний, которые характеризуются неопределенным инкубационным периодом, отсутствием специфических симптомов в продромальном периоде, стремительной клинической симптоматикой приводят к угрожающим последствиям. Все это обуславливает необходимость своевременного диагностирования и назначения этиотропного и патогенетически обоснованного лечения. За последние годы увеличивается количество вирусных инфекций, которые связаны с поражением тканей полости рта. И поэтому врач - стоматолог является первым специалистом в диагностике и предупреждении неблагоприятных последствий вирусной инфекции.

Цель. Провести сравнительную характеристику клинических результатов использования гелий-неонового лазера в лечении больных герпетический стоматит.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами обследовано и определено для дальнейшего наблюдения и лечения 20 человек обоего пола в возрасте 18-22 года больных герпетическим стоматитом. Все пациенты были разделены на две группы: основную (8 человек) и контрольную (12 человек). После проведения первичного клинического обследования и установления диагноза все больные получили традиционное лечение данного заболевания. Больным основной группы (8 человек) рекомендовали соблюдать гигиенический режим, основным условием которого является поддержание гигиены полости рта. Пациентов лечили препаратами общего действия: противовирусные препараты (ацикловир, интерферон, оксолин), жаропонижающие и обезболивающие препараты, общеукрепляющая терапия,

диетотерапия и местное лечение с применением обезболивающих средств (10% лидокаин, Xylestesin в аэрозоле), антисептиков (0,25% р-р хлорамина), 3% раствор перекиси водорода, кератопластические средства. Больным контрольной группы (12 человек), так, как и больным основной группы проводили лечение в сочетании с применением гелий-неоновой лазерной терапии. Больных герпетическим стоматитом направляли на цитологическое исследование материала элементов поражения для подтверждения вирусной этиологии заболевания, в частности на выявление специфических антител классов IgG, IgM к вирусу простого герпеса в серологических реакциях преципитации, связывания комплемента, агглютинации.

Результаты. Во время первичного клинического обследования при выяснении стоматологического анамнеза больные I и II групп жаловались на незначительное повышение температуры, недомогание, слабость, головную боль и высыпания в полости рта. При объективном обследовании в полости рта на фоне отека и гиперемии слизистой оболочки полости рта обнаружены единичные, а в некоторых случаях сгруппированные пузырьки, в количестве 5-7. При осмотре также выявлен острый катаральный гингивит, подчелюстной лимфаденит. После проведенного лечения гигиеническое состояние полости рта у всех пациентов было оценено как удовлетворительное. Проанализировав клинические случаи, мы обнаружили, что у пациентов, которые лечились с применением гелий - неонового лазера, количество посещений уменьшалось, эффективность от лечения была выше в два раза, чем от лечения по общепринятой схеме. В результате проведенного лечения нами разработан алгоритм терапии герпетического стоматита: 1. Нейтрализация вируса и предотвращение новых высыпаний 2. Устранение признаков общей интоксикации 3. Усиление уровня иммунологической активности организма и СОПР 4. Устранение боли, ускорение очищения эрозий 5. Эпителизация элементов поражения 6. Назначение лазерного облучения участков поражения.

Выводы. Таким образом лечебный эффект обеспечивают процессы, связанные с годами, корректирующие эффект лазерной терапии, направленный на восстановление микроциркуляторного русла, нормализации ультраструктурного гомеостаза.

КУЛЬТЕВЫЕ ВКЛАДКИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФИКСАЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор

[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия

[2]*Кафедра ортопедической стоматологии*

ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия.

Актуальность. Пациентам с врожденными несращениями верхней губы и неба (ВНВГН) в течение жизни предоставляется комплексная стоматологическая помощь. Зубочелюстную патологию, что сопровождает ВНВГН, возможно исправить ортодонтическим лечением, результаты которого обязательно должны быть закреплены ортопедическим протезированием с использованием максимального количества сохранившихся зубов. У больных с врожденными несращениями губы, которые граничат с участком несращения, как показали наши исследования, у 87% случаев расположенных в супрапозиции или под углом к остальным зубам. Чаще всего это касается клыков и центральных резцов, которые первыми поражаются кариозным процессом и являются разрушенными. Корни таких зубов могут служить опорой для несъемных конструкций при использовании корнево-культевых вкладок.

Цель. Определить тактику выбора способа изготовления культевых вкладок у пациентов с ВНВГН с целью использования зубов, разрушенных кариозным процессом, расположенных под углом или супраоклюзии к остальным зубов с целью фиксации на них несъемных ортопедических конструкций.

Материалы и методы. Больным с ВНВГН при нетипичном размещении корней зубов, их разрушении или супраоклюзии, мы предлагаем использовать вкладки, изготовленные непрямым методом. Удаление таких зубов с медицинской точки зрения нельзя признать рациональным, а более целесообразным является их использование в качестве опоры несъемных конструкций, в случае необходимости изменив направление коронковой культи при изготовлении коронково-корневой вкладки. У пациентов со значительным наклоном резцов и клыков (>12°) и смещением аномалийного зуба более 1 мм сохранить пульпу живой и путем препарирования и протезирования исправить положение зуба невозможно. В таких случаях необходимо депульпировать аномалийно расположенный зуб, срезать его коронку и изготовить литую культевую вкладку, изменив угол наклона оси культи к оси корня до 15° или смещения ее в сторону до 1,5 мм. Для изготовления цельнолитого мостовидного протеза культи отпрепарированных зубов должны быть параллельными. При повороте центральных резцов более 30°, а боковых резцов более 50° необходимо такие зубы депульпировать и изготовить литые корневой-культевые вкладки с правильным расположением культи в зубном ряде или ее наклоном, или смещением в соответствующую сторону. Подготовка корней зубов под вкладки осуществляется по общепринятой методике, после в положении центральной окклюзии получается одномоментный двойной оттиск С-силиконом. Если изготавливаются несколько вкладок одномоментно, а корни зубов размещены под совершенно разными углами, использование модельных беззольных корневых штифтов является невозможным из-за опасности деформации оттиска при его выведении из полости рта. В таких случаях отпечаток

получается только корректирующей массой, введенной в полость корня с помощью каналонаполнителя.

Результаты. Культевые вкладки дают возможность использовать корни разрушенных зубов кариозных процессом, расположенных в супрапозиции или под углом к остальным в качестве опоры под мостовидные конструкции.

Выводы. Косвенный метод изготовления культевых вкладок дает возможность технику на модели осуществить моделирование наиболее оптимальных направлений коронковых частей вкладок и использовать их в дальнейшем для качественной и полноценной реабилитации пациентов с ВНВГН эстетическими цельнолитыми мостовидными конструкциями.

МЕТОДИКА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК И МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ СОСТОЯНИЯ МЕЖЗУБНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ

Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор

[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия

[2]*Кафедра ортопедической стоматологии*

ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия.

Актуальность. Причины осложнений у пациентов при пользовании несъемными конструкциями зубных протезов могут быть клинического или технологического характера, что обуславливает необходимость предварительного, а также периодического - в разные сроки пользования - контроля их качества (эстетической полноценности, функциональной пригодности, соответствия медико-технологическим требованиям).

Цель. Обеспечить условия для контроля качества зубных протезов, своевременного устранения возможных недостатков и предупреждение развития осложнений благодаря дополнению медицинской карты стоматологического больного (форма 043/о) данными разработанной нами карты-схемы оценки состояния межзубных промежутков с использованием средства Stim-u-Dent.

Материалы и методы. Средства для измерения глубины межзубных промежутков – «Stim-u-Dent» (U. S. A.). Проведение клинических исследований у 10 пациентов с несъемными конструкциями мостовидных протезов.

Результаты. При обследовании пациентов сначала визуально проверяли, коронки, плотно прилегающие к стенкам опорных зубов, наличие апроксимальных контактов, а также

состояние пародонта (цвет, консистенция десен, форма межзубных сосочков). На ортопантомограмме оценивали уровень размещения и соотношения края коронки с тканями зуба (эмалево-цементная граница) и контурами свободного края десны, зубо-десневой бороздки. Карты-схемы вносили данные о кровоточивости десен при зондировании и глубины прохождения в каждый межзубной промежуток средства Stim-u-Dent (по шкале 0-1-2-3) с расчетом суммы баллов для обоих показателей и соотношение этих сумм (индекса), которые учитывали при выборе лечебных мероприятий.

Выводы. Оценка состояния межзубных промежутков является важной для предупреждения осложнений после ортопедического лечения коронками или мостовидными протезами. По нашему мнению, от качественной и точной подгонки и фиксации коронок зависит их функциональная полноценность, продолжительность и удобство пользования несъемными зубными протезами.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЛОЖКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОТТИСКОВ

Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор

[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия

[2]*Кафедра ортопедической стоматологии*

ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия.

Актуальность. Процессы атрофии в тканях протезного ложа беззубых челюстей необратимы, а при пользовании съемными протезами они усиливаются вследствие чрезмерной нагрузки на подлежащие ткани в местах наименьшей податливости мягких тканей. Одним из самых доступных и эффективных методов замедления процессов атрофии является получения дифференцированных функциональных оттисков при изготовлении полных съемных протезов. В результате жевательная нагрузка через базис протеза равномерно передается на ткани протезного ложа. Достичь равномерной нагрузки на слизистую оболочку можно только в том случае, если первоначально базис будет нажимать на слизистую оболочку в участках наиболее податливых тканей, затем — в менее податливых и напоследок — в участках почти неподатливой слизистой оболочки.

Цель. Получение качественного дифференцированного функционального оттиска и достижения равномерного распределения жевательной нагрузки на подлежащие ткани протезного ложа с помощью дифференцированной индивидуальной ложки.

Материалы и методы. Для изготовления индивидуальных ложек использованы

гипсовые модели беззубых челюстей, прозрачные пластинки полиметилметакрилата толщиной 0,5-1,0-2,0 мм, специальный адгезив для фиксации оттискной массы к ложке (Adhesive Iperlink SCT,Zhermack), пневмотермоформирующим аппаратом.

Результаты. Достичь поставленной цели можно путем изготовления дифференцированной индивидуальной оттискной ложки при помощи термоформирования, которая изготавливается следующим образом. Анатомический оттиск получают стандартной ложкой с беззубой челюсти, отливают гипсовую модель с ровной плоскостью основания цоколя. На модели отмечают зоны наименьшей податливости слизистой оболочки, срединного шва, торуса, экзостозов, острых краев альвеол, косой линии и границы будущей индивидуальной ложки по переходной складке. Рабочая поверхность модели покрывается тонким изолирующим слоем ―Изокол-69. В пневмотермоформирующем аппарате поочередно на модели прессуют две пластинки толщиной 2,0 мм. Отформованные пластинки обрезают по границам индивидуальной ложки. На внешнюю пластинку маркером переносят контуры зон наименьшей податливости слизистой оболочки, отмеченные на гипсовой модели. После получения отформованной ложки на внутренней пластинке тоже отмечают зоны пониженной податливости слизистой оболочки через контуры, которые просвечиваются сквозь внешнюю пластинку. В дальнейшем пластинки индивидуальной ложки разъединяют. На внутренней пластинке вырезают части, соответствующие зонам наименьшей податливости, а края, что прилегают к слизистой оболочке, сглаживают. В переднем участке наружной пластинки создается ручка. Индивидуальная ложка передается в клинику для подгонки. Во время наложения и подгонки уточняют границы индивидуальной ложки и зоны разгрузки слизистой оболочки протезного ложа. Перед получением функционального оттиска пластинки индивидуальной ложки склеивают адгезивом, покрывают адгезивом и всю внутреннюю поверхность для удержания оттискной массы.

Выводы. Предложенная конструкция дифференцированной индивидуальной оттискной ложки позволит на отпечатке, а затем и на модели получить рельеф слизистой оболочки, дифференцированной по отношению к степени податливости, что может быть использовано для замедления процессов атрофии тканей протезного ложа.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЗАМЕЩЕНИЯ ВКЛЮЧЕННЫХ И КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЕНТАЛЬНИМИ ИМПЛАНТАМИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор

[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия
[2]Кафедра ортопедической стоматологии
ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия.

Актуальность. Еще совсем недавно для замещения одного утраченного зуба изготавливали мостовидные конструкцию, обтачивая соседние зубы. Однако на сегодняшний день выход существует - это дентальная имплантация, метод лечения, которому уже около 50 лет, который демонстрирует высокий процент положительного результата (около 98%), прекрасную эстетику и функцию, предотвращает обтачивание двух соседних здоровых зубов для изготовления одного, а также дает возможность помочь пациентам, которые страдают вследствие полной потери зубов.

Цель. Исследовать преимущества использования имплантатов в клинике хирургической стоматологии, в качестве опоры для коронок и мостовидных протезов над традиционным протезированием несъемными протезами в клинике ортопедической стоматологии с опорой на естественные зубы, когда зубы, граничащие с дефектом, являются здоровыми или минимально поврежденными, но препарируются исключительно для изготовления искусственных опорных коронок.

Материалы и методы. Обзор и анализ литературных данных, сбор анамнеза пациентов, изучение клинических случаев с рентгенологическими исследованиями. Был проведен анализ 4 клинических случаев пациентов в возрасте от 25 до 75 лет в клинике “Dental House” г. Махачкала, и в зуботехнической лаборатории.

Результаты. В результате проведенной нами работы были получены результаты применения дентальных имплантатов как при частичных, так и при объемных дефектах с последующим протезированием несъемными протезными конструкциями. С хирургической стороны осуществлялся этап дентальной имплантации следующим образом, антисептическая обработка ротовой полости, местное проводниковое обезболивание, разрез слизистой, препарирование костной ткани, установка имплантата, инструментальная проверка его устойчивости в кости, ушивание раны, в последующем через полгода после раскрытия имплантата проводилась ортопедическая часть работы с последующей постановкой несъемной конструкции.

Выводы. Дентальные имплантаты характеризуются высокой прочностью, за счет титана, из которого они сделаны, наиболее родственны с костной тканью, имеют долговременную надежность и преимущества как функционального, так и эстетического характера, о чем свидетельствует последующая ортопедическая реабилитация пациента несъемными конструкциями. Были выявлены положительные результаты свидетельствующие о преимуществах данного метода.

ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕМПЕРАТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ ЗУБА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ КОРОНОК ИЗ САМОТВЕРДЕЮЩИХ ПЛАСТМАСС

Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор

[1]*Кафедра терапевтической стоматологии*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия

[2]*Кафедра ортопедической стоматологии*

ФПДО ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия.

Актуальность. Временное протезирование является обязательным этапом ортопедического лечения несъемными конструкциями зубных протезов. Временные коронки применяются для защиты тканей препарированного зуба от физических, химических, механических раздражителей; воспроизведения окклюзионных соотношений зубных рядов; восстановление эстетики и фонетики; обеспечение психического комфорта пациента до момента фиксации постоянных зубных протезов. Для изготовления временных коронок клиническим (прямым) методом используют самотвердеющие пластмассы, которые характеризуются выделением тепла во время реакции полимеризации. Из предыдущих исследований известно, что при повышении температуры в камере зуба даже на 5,5°С возникает некроз пульпы. Для того, чтобы предупредить термический ожог пульпы препарированных зубов при изготовлении временных коронок, стоит владеть информацией о степени нагрева камеры зуба при внутриротовой полимеризации самотвердеющих пластмасс.

Цель. Определение роста температуры внутри пульповой камеры зуба при изготовлении временных коронок прямым методом из различных видов самотвердеющих пластмасс.

Материалы и методы. Для проведения исследования создали экспериментальную модель изготовление временных коронок прямым методом с использованием самоотвердевающих пластмасс. В 5 молярях с интактной коронковой частью отделили коронковые фрагменты и создали доступ к полости зуба со стороны фуркации корней для ввода термочувствительного датчика на гибком соединении цифрового устройства для фиксации температуры. Коронковые фрагменты моляров зафиксировали в цилиндрических блоках с бесцветной прозрачной пластмассой горячей полимеризации, сохраняя доступ к камере зуба. Получили по два анатомических матрикса (шаблоны) к препарированию каждого моляра – 1) из силиконового материала высокой и низкой вязкости PanasilPuttySoft и PanasilinitialcontactLight (Kettenbach) по методике двухфазного оттиска и 2) из листового прозрачного термопластичного полимера Erkodur (Erkodent) толщиной 1,0 мм. методом

вакуумного прессования. Зубы препарировали под полную коронку на 1,2 мм. Термочувствительный датчик было зафиксирован в пульповой камере для измерения колебаний температуры при изготовлении временных коронок прямым методом из материалов ProtempII (3M), Protemp 4 (3M), VisalisTemp (Kettenbach) и Карбодент (Стома). Материалы замешивали в соответствии с инструкцией производителя, вносили в шаблон и накладывали на исследуемый моляр. Определяли исходную и пиковой температуры полимеризации материала и вычисляли значение повышения температуры в камере зуба.

Результаты. Установлены следующие показатели роста температуры в камере зуба (полимерный шаблон/ силиконовый матрикс): Protemp 4 (2,2 С/0,2 С), VisalisTemp (3 С/0.3 С), ProtempII (3,3 С/0,5 С), Карбодент (6.7 С/ 3.0 С).

Выводы. При использовании всех самотвердеющих пластмасс наблюдали повышение температуры в пульповой камере, которое было выше допустимого порога лишь при сочетании полиметилметакрилатной пластмассы и шаблон из листового прозрачного полимера.

ВЛИЯНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО ПРОРЕЗАННЫХ ЗУБОВ НА СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ

П.Р. Багатаева[1] – ассистент, К.А. Байрамов[1] – ассистент, Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор.,[1] А.Ф. Алимирзоев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[1] - студент 3 курса

[1]Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

[2]Кафедра ортодонтии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Как известно, эволюция человека продолжается до сих пор. Так, наряду с рудиментарностью верхних латеральных резцов и третьих моляров имеет место преждевременное прорезывание зубов. Среди причин этого явления ряд авторов (Leung A. K, Robson W. L, 2006; Adekoya-Sofowora C. A., 2008; Thompson J. L, Nelson A. J., 2011) указывает процессы акселерации через влияние внешней среды и образа жизни, в частности питание генномодифицированными продуктами. Согласно научным исследованиям последних лет, данная проблема все больше встает перед стоматологами.

Цель. Сравнить состояние твердых тканей зубов у детей с преждевременно прорезанными зубами и у их сверстников с своевременно прорезанными зубами, а также предложить способы решения связанных с этими проблемами на уровне профилактики.

Материалы и методы. Обследованы и проанкетированы 25 детей (16 девочек и 9 мальчиков) в возрасте от 4 до 13 лет, проживающие в городе Махачкала с преждевременно прорезанными зубами, а также 25 детей (14 девочек и 11 мальчиков) этого же возраста с

своевременно прорезанными зубами как контрольную группу. Каждую из групп были разделены на 2 возрастные подгруппы: 4-9 лет (8 детей в основной группе и 9 в контрольной) и 10-13 лет (17 детей в основной группе и 16 в контрольной). В обеих группах определяли распространенность кариеса, его интенсивность и индекс Федорова-Володкиной.

Результаты. Чаще других преждевременно прорезываются верхние центральные резцы, первые премоляры и первые моляры (в 28% односторонне). Обнаружена прямая связь между прорезыванием раньше физиологических сроков и пониженной кариесрезистентностью зубов. Как следствие, распространенность кариеса у детей с преждевременно прорезанными зубами составляет 100% в обеих возрастных подгруппах. Распространенность кариеса в контрольной группе составляет 88,89% и 75% в первой и второй возрастных подгруппах соответственно. Интенсивность кариеса у детей основной группы в возрасте 4-9 лет составляет 9,74±0,92 при ИГ = 2,49±0,31. У детей этой же группы в возрасте 10-13 лет интенсивность кариеса составляет 9,48±1,33 при ИГ = 2,43±0,45. Интенсивность кариеса у детей контрольной группы в возрасте 4-9 лет составляет 3,87±0,73 при ИГ = 2,45±0,28, а у детей в возрасте 10-13 лет этой же группы кп+КПВ = 3,22±0,6 при ИГ = 2,41±0,41. Кроме этого, преждевременно прорезавшиеся единичные зубы имеют тенденцию к дистопии, вследствие несовпадения процессов роста челюстей и последовательности смены зубов. С целью профилактики таким детям назначают реминерализирующую терапию. Также следует придерживаться диеты, что минимизирует употребление легкоферментативных углеводов, зато отдавать предпочтение твердой пище (свежие овощи и фрукты), молочным и морепродуктам.

Выводы. Преждевременно прорезавшиеся зубы характеризуются пониженным содержанием минерального матрикса твердых тканей по сравнению с своевременно прорезанными, что приводит к снижению кариесрезистентности эмали. Учитывая причины этого явления, его проблематика требует комплексного подхода.

ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ СИНЕРГЕТИКИ В ОРТОДОНТИИ

К.А. Байрамов[1] – ассистент, П.Р. Багатаева[1] – ассистент, Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор.,[1] А.Ф. Алимирзоев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[1] - студент 3 курса

[1]Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

[2]Кафедра ортодонтии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. В то время, когда жизнь бросает нам новые вызовы, нам необходимо открывать новые возможности развития. Именно такой возможностью является медицинская синергетика. Медицинская синергетика - это наука, которая изучает автоволновые процессы в

активных средах систем организма человека на разных уровнях самоорганизации фундаментальных взаимодействий (определение - StepanS. Yaroshuk – Профессора. Д med. Synerg). Методики, которые предлагает медицинская синергетика успешно применяются в лечении таких заболеваний, как псориаз, сколиоз, эпилепсия и др. В настоящее время в ортодонтии эти методы лечения еще не применялись.

Цель. Ознакомить научный мир с новым течением в медицине – медицинской синергетикой и выделить возможность развития науки ортодонтии в сфере медицинской синергетики.

Материалы и методы. В своем исследовании использованы ознакомительные материалы по медицинской синергетике. Применен феноменологический и аналитический методы.

Результаты. Одним из выдающихся достижений синергетики (учение о взаимодействии), осуществление которого потребовало привлечения тонких биологических, химических, математических методов исследований, является объяснение процессов движения нервных импульсов у здорового человека, так и при различных заболеваниях. Нервные импульсы распространяются в активной среде и являются примером авто волн. За последние 25 лет Нобелевские премии за открытия в медицине были присвоены только ученым синергетикам. Медицинскими синергетиками были изучены автоволновые причины патологических процессов в различных системах организма человека и разработаны современные методы их лечения. Например,: при определенных автоволновых процессах в нейронной системе возникают гиперсинхронные, гиперстойкие и неустойчивые режимы активности, что приводит к возникновению эпилепсии, генерализованным припадкам, астме, детскому церебральному параличу, поражению слуха, речи, зрения; при определенных автоволновых структурах может возникнуть аномально длительная или усиленная активность, что приводит к возникновению сколиоза, остеохондроза, коксартроза, полиартрита и разнообразных болевых синдромов. (StepanS. Yaroshuk – Профессора. Д med. Synerg. Д milit.s.) Исходя из того, что участок лица и сами зубы имеют хорошую инервацию, следовательно, там есть активная среда, и в них происходят автоволновые процессы. Может ли это означать, что зубочелюстные аномалии (в том числе аномалии отдельных зубов, аномалии зубных рядов, прикуса) появляются в дальнейшем прогрессируют, когда в участке, которая инервирует зубы, является нарушение автоволновых процессов? А если так, то это требует дальнейших исследований и, возможно, новых открытий в сфере ортодонтии.

Выводы. После проведения аналитического исследования в сфере медицинской синергетики и ортодонтии, можно сделать вывод, что медицинская синергетика является именно той наукой, которая сумеет открыть все еще не открытые секреты ортодонтии, а ее принципы станут привычными и оправданными для нашей стоматологии в целом.

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

А.Ф. Алимирзоев[1] - клинический ординатор, Г.М.-А. Будайчиев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[2] -студент 3 курса

[1]Кафедра ортодонтии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

[2]Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Ротовая жидкость является одной из информативных биологических жидкостей в организме человека, которая влияет на гомеостаз полости рта. Исследование различных параметров ротовой жидкости позволяют использовать ее как маркер для ряда заболеваний органов полости рта. В предыдущих исследованиях нами было установлено данные о высокую распространенность и интенсивность кариеса зубов среди детей с аутизмом. Отсутствие социального взаимодействия, неудовлетворительная гигиена полости рта, употребление медикаментов, все эти факторы в значительной степени влияют на минерализованный потенциал смешанной слюны, который в свою очередь, выступает индикатором кариесогенной ситуации в ротовой полости. Поэтому определение морфологических свойств ротовой жидкости у детей - аутистов является актуальным.

Цель. Целью данного исследования стало изучение особенностей водородного показателя микрокристаллизации ротовой жидкости и оценка ее минерализующего потенциала как прогностического теста устойчивости зубов к кариесу среди детей с аутизмом.

Материалы и методы. Проведено стоматологическое обследование 22 детей - аутистов в возрасте от 6 до 18 лет. Контрольную группу составило 18 здоровых детей этого же возраста. Исследования проводили путем испарения жидкости из слюны методом клиновидной дегидратации. Полученные препараты изучали под малым увеличением бинокулярного микроскопа HUND-500. Также было проведено оценивание pH ротовой полости с помощью универсальной индикаторной бумаги с градуировкой шкалы 0 – 12. **Результаты**. Анализ морфологических особенностей смешанной слюны детей, больных на аутизм, свидетельствует о преобладании в ее структуре кристаллов III типа, который проявляется в 58,22 % больных, II тип определяется в 27,36%, кристаллы I типа встречаются только в 11,42%. Тогда как частота кристаллов I типа у здоровых детей имеет самое высокое значение – 54, 34%, II типа – 28,22%, III типа – 17,44%. Нами установлено, что у обследованных детей с аутизмом МП потенциал ротовой жидкости среднем составлял 2,03±0,22 балла, в то время как у здоровых детей 2,68±0,28 балла. Следовательно, у детей с аутизмом МП ротовой жидкости характеризуется как низкая, у здоровых детей, как удовлетворительное. Также был проведен анализ водородного

показателя жидкости (pH). Выявлено, что концентрация H+ в ротовой жидкости детей, больных аутизмом, и здоровых находилась в широких пределах: от кислой до щелочной (5,0 – 7,5). В среднем у больных аутизмом детей значение pH ротовой жидкости было 5,96±0,07 и интерпретировалось как слабо кислая; у здоровых – 6,76±0,09 и была в пределах нормы (pH 6,8 – 7,0).

Выводы. Можем сделать выводы, что нарастание кариозного процесса у детей с аутизмом сопровождается снижением минерализационного потенциала ротовой жидкости, преобладанием III типа микрокристаллов и кислым pH, а также о том, что эти показатели являются прогностическими критериями в выборе профилактических мероприятий в отношении кариеса зубов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор. А.Ф. Алимирзоев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[1] - студент 3 курса

[1]Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

[2]Кафедра ортодонтии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Заболеваемость сахарным диабетом среди детей и подростков имеет постоянную тенденцию к росту. На сегодняшний день в Украине зарегистрировано почти 5000 детей и 3000 подростков, больных сахарным диабетом. Последний приводит к негативным последствиям полости рта, таких как: возникновение множественного кариеса, изменений в тканях пародонта и болезней слизистой оболочки полости рта, что впоследствии ведет к потере зубов и нарушению прикуса

Цель. Целью данного исследования является повышение эффективности лечения множественного кариеса и генерализованного пародонтита препаратами кальция у подростков, больных сахарным диабетом, в сочетании с общепринятой инсулинотерапией и санацией полости рта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие четыре пациента: подростки от 9 до 14 лет. Двум пациентам проводилось лечение кариеса и генерализованного пародонтита с назначения препаратов кальция и витамина Д, а остальным двум без назначения последних. Кроме общепринятых лабораторных методов исследования (анализ крови на содержание глюкозы), проводилась электроодонтодиагностика пораженных зубов, зондирование пародонтальных карманов, панорамная рентгенография, посев на наличие candida слизистой оболочки полости рта, анализ на биохимический состав слюны.

Результаты. В результате проведенного лечения множественного кариеса и легкой стадии генерализованного пародонтита, вызванных сахарным диабетом, в двух подростков, которым до комплексного лечения и санации полости рта были добавлены препараты кальция, мы получили более эффективный результат с длительной ремиссией. У другой группы подростков (без применения препаратов кальция) через три месяца после окончания санации полости рта, развился вторичный кариес, а генерализованный пародонтит перешел в стадию обострения.

Выводы. Выводом проведенного исследования можно считать важную роль применения препаратов кальция (кальций Д3 никомед, кальцеминадванс) в эффективности лечения и удлинения срока ремиссии у подростков, болеющих сахарным диабетом в сочетании с инсулинотерапией и санацией полости рта. Уменьшение количества слюны приводит к нарушению процессов реминерализации зубной эмали, в результате чего она становится неустойчивой. Кислота, выделяемая бактериями бурно размножается в зубном налете, легко проникает в зубную эмаль и разрушает ее. Развивается кариес. Нарушение кровоснабжения тканей пародонта ведет к воспалению десен - гингивиту, а затем и пародонтита. Микроангиопатии при сахарном диабете обусловливают распространение процессов резорбции в альвеолярной кости, а утолщение базальной мембраны микрососудов препятствует диффузии кислорода и макроэлементов (в частности кальция) в ткани пародонта, что на фоне метаболических нарушений еще больше угнетает репаративные процессы в кости и слизистой оболочке полости рта. Это все ведет к потере зубов в раннем возрасте. Таким образом, проведенное исследование подтверждает огромное влияние на эффективность лечения заболеваний ротовой полости при сахарном диабете препаратов кальция.

ВЫБОРОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ КАК ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ - II КЛАСС 1 ПОДКЛАСС ПО ЭНГЛЮ

Г.М.–А. Будайчиев - клинический ординатор, А.Н. Чудинов

Кафедры терапевтической стоматологии и стоматологии детского возраста

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия

Актуальность. За последние годы неуклонно растет количество пациентов с такими зубочелюстными аномалиями (ЗЧА), как дистальный прикус и скученность зубов. Часто, перед основным – ортодонтическим этапом лечения данной патологии приходится осуществлять выборочное удаление интактных зубов. Вопрос целесообразности проведения этой операции остается дискуссионным и до сих пор, в связи с разнообразными клиническими особенностями характерными для ЗЧА, которые исследуются.

Цель. Обосновать целесообразность выборочного удаления отдельных зубов у пациента с имеющимся дистальным прикусом.

Материалы и методы. В работе проводилось наблюдение за пациентом Х, 1992 г. н., что обратился в клинику «Dental House» г. Махачкала, 10. 10. 2015 года с жалобами на такие эстетические недостатки как, уменьшение нижней трети лица, сглаженность носогубных складок, незначительное выступание центральных резцов верхней челюсти из-под верхней губы, смещение подбородка кзади, а также боль и хруст в области обоих височно - нижнечелюстных суставов (ВНЧС). В результате проведенного клинико-рентгенологического исследования поставлен диагноз: дистальный прикус, II класс 1 подкласс по Энглю, бипротрузия, скученность зубов, болевая дисфункция ВНЧС. Больному проведена экстракция 14 и 24 зубов, после чего начато ортодонтическое лечение с помощью брекет-системы. Курс лечения длился около 2 лет.

Результаты. После последовательного удаления 14 и 24 зубов по Hotz появилось дополнительное место (4-5мм) в зубной дуге с каждой стороны, что обеспечило в дальнейшем правильное расположение 13 и 23 зубов. Положительная динамика наблюдалась уже после 6-го месяца после проведенного выборочного удаления зубов. На завершающем этапе лечения с помощью брекет-системы было отмечено ортогнатическое соотношение верхней и нижней челюстей в сагиттальной плоскости, устранена скученность и бипротрузия зубов. В результате проведенного комплексного лечения аномалии прикуса достигнута нормализация функции ВНЧС с обеих сторон.

Выводы. В данной научной работе отмечена целесообразность сочетания выборочного удаления зубов при ортодонтическом лечении при таких ЗЧА, как дистальный прикус и скученность зубов. На отдельном клиническом случае продемонстрировано тот факт, что при правильно выбранной тактике предортодонтической подготовки можно добиться не только правильного анатомо-функционального соотношения зубочелюстного аппарата, но и нормализации функции ВНЧС, что объясняется тесной взаимозависимостью этих структур.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЖИДКОГО ХЛОРОФИЛЛА ПОСЛЕ АТИПИЧНОГО УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ

Ш.Р. Махмудов - ассистент, С.Р. Минкаилова – доцент, М.М. Аталаев – студент 3 курса, Г.М-А. Будайчиев – клинический ординатор

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом УВ и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия.

Удаление нижних ретинированных третьих моляров является одной из самых распространенных манипуляций в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Кроме хирургического вмешательства, пациентам показано медикаментозное

лечение, которое включает в себя антисептическую обработку ротовой полости, а именно послеоперационной раны.

Цель. Целью нашей работы было повышение эффективности лечения больных после операции атипичного удаление ретинированных нижних третьих моляров, применяя в качестве антисептика жидкий хлорофилл фирмы NSP.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 16 пациентов в возрасте от 18 до 22 лет. Всем больным проводилась операция – атипичное удаление ретинированных нижних третьих моляров. Клинические обследования охватывали жалобы больных, анамнез, осмотр полости рта. Из дополнительных методов обследования проводились ортопонтомографии костей лицевого скелета или прицельные снимки ретинированных нижних третьих моляров.
Пациенты были разделены на две группы. В контрольную группу входили пациенты, которые применяли в качестве антисептика фурацилин. В основную группу входили пациенты, которые применяли в качестве антисептика жидкий хлорофилл производства фирмы NSP. Клинические исследования проводились до начала лечения и на 14-й день после хирургического лечения.

Результаты. При первичном осмотре обеих групп жалобы пациентов были идентичны. У большинства пациентов клиника характеризовалась бессимптомным течением, в 25%-наблюдались болезненность, припухлость, гиперемия.
На 14-й день пациенты основной группы отмечали значительное улучшение состояния слизистой оболочки. В 25% были признаки воспаления в виде слабо выраженной гиперемии. В контрольной группе отмечалось медленное заживление послеоперационной раны, у 50% пациентов наблюдались остаточные явления в виде незначительной гиперемии.

Выводы. Применение жидкого хлорофилла в послеоперационном периоде у пациентов с ретенцией нижних третьих моляров является эффективным. Хлорофилл обладает выраженным противовоспалительным действием, способствует обновлению тканей и быстрому заживлению ран. Обладает дезодорирующим свойством, а именно устраняет неприятный запах из ротовой полости. Данный препарат защищает и укрепляет клеточные мембраны, что позволяет говорить об уменьшении вероятности расхождения швов в процессе и после заживления. Хлорофилл жидкий способствует восстановлению соединительной ткани, что помогает в заживлении эрозий, язв, послеоперационных ран, препятствует размножению микроорганизмов. Во время приема этого препарата усиливается иммунная функция организма, ускоряется фагоцитоз, предотвращаются патологические изменения молекул ДНК.

ЭЛЕКТРОННАЯ ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ “QUICK SLEEPER” КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЕГО МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Ш.Р. Махмудов - ассистент, С.Р. Минкаилова – доцент, М.М. Аталаев – студент 3 курса, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом УВ и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия

На сегодняшний день важным для врача является выбор проведения адекватного обезболивания, которое было бы комфортным для пациента. Каждый врач должен понимать, что качественная анестезия облегчает выполнение стоматологических манипуляций. На сегодняшний день врач-стоматолог в своей практике использует такие основные виды местного обезболивания: инфильтрационное, проводниковое, интралигаментарное и интрапульпарное. .

Каждая из этих методик имеют как положительные, так и отрицательные моменты. Электронная внутрикостная анестезия, которую мы рассматриваем сводит к минимуму негативные аспекты с которыми мы встречались при других видах обезболивания.

Цель. Определение преимуществ электронной внутрикостной анестезии ―QUICK SLEEPER в клинике хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены в группе из 50 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет с различными патологиями челюстно-лицевой области в стоматологической клинике ВСЕ СВОИ г.Каспийска.

Результаты. Были проведены детальный сбор анамнеза, сопутствующей патологии и аллергологического статуса пациентов. Сформирована группа пациентов, нуждающихся в проведении хирургических вмешательств с использованием внутрикостного обезболивания. Это были преимущественно пациенты с атипичным расположением третьего моляра на нижней челюсти где манипуляции проводились с акцентом на препарирование костной ткани, а также пациенты, которым проводилась костная пластика с пересадкой аутотрансплантата. Данная анестезия показала хорошие результаты, поскольку пациенты чувствовали себя комфортно в течение операций, а врач мог работать без помех. Механизм действия: берем простерилизованную ампулу анестетика, закладываем в специальный поршень аппарата, закручиваем в поршень, закрепляем иглу для анестезии, аппарат имеет две педали, первая для контроля иглы, вторая для выпускания анестетика. Аппарат имеет 4 фазы, и загорается на панели прибора светом, когда использовали одну четвертую, одну третью, одну вторую и полную ампулу. Поэтому мы можем видеть, сколько нам нужно ввести анестетика, после этого игла вынимается, снимается пустая ампула из поршня и анестезия выполнена.

Выводы. Используя электронную внутрикостную анестезию ―QUICK SLEEPER, мы можем обеспечивать все виды местного обезболивания (инфильтрационное, проводниковое, интралигаментарное) при этом уменьшая болевые ощущения пациента, за счет контролируемой подачи анестетика.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОИМПЛАНТАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

Ш.Р. Махмудов - ассистент, С.Р. Минкаилова – доцент, М.М. Аталаев – студент 3 курса, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор

Кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом УВ и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала, Россия

Актуальность. Для лечения ортодонтических аномалий и перемещения зубов необходимо использовать силы, которые создают с помощью активных элементов ортодонтических аппаратов. Согласно третьего закона Ньютона при каждом применении силы возникает обратная сила, действие которой создает противоположные и обычно нежелательные движения или смещения. Сегодня благодаря использованию внутренне внешнеротовых устройств, существует большое количество современных методов, предотвращающих возникновение противодействующих сил. В большинстве случаев эти методы и устройства создают дискомфорт пациентам и сложность в работе ортодонту. В настоящее время успешно используются микроимплантатами с целью создания кортикальной опоры и предотвращению нежелательных противодействующих сил. Именно использование этих микроимлантатов позволяет уменьшить дискомфорт пациента, создать точку опоры там, где невозможно применить другие приспособления и облегчить работу ортодонта. Учитывая выше сказанное, эта тема является актуальной на сегодня.

Цель. Исследовать преимущества применения микроимплантатов в комплексном лечении ортодонтических больных.

Материалы и методы. Нами проведен анкетный опрос 50 ортодонтических пациентов и проанализированы медицинские карты стоматологических больных 24 пациентов с законченным ортодонтическим лечением, которые были разделены на 2 группы: в первую группу вошло 14 пациентов, у которых применялись как опора внешнеротовые ортодонтические аппараты, во вторую группу вошло 10 пациентов, у которых применялись как опора микроимплантаты. Исследования проводились в стоматологической клинике ВСЕ СВОИ г.Каспийска, и стоматологической клинике Dental House г.Махачкала. В работе использовались статистические методы.

Результаты. Первым этапом обработки данных было анкетирование, в результате чего установлено, что 80% (40 человек) опрашиваемых предпочли микроимлантаты, поскольку считали их более эстетичными и менее сложными в использовании. 20% (10 человек) предпочли внешнеротовые ортодонтические конструкции, обосновывая это неуверенностью, а в некоторых случаях страхом перед хирургическим вмешательством. Следующим этапом нашего исследования было изучение и анализ медицинской документации (медицинская карта

стоматологического больного) у пациентов, у которых использовалась дополнительная ортодонтическая опора. Нами установлено, что были пациенты, у которых применение дополнительной опоры не принесло желаемых результатов, а именно: в первой группе установлено, что у 21,4% (3 пациентов) не достигнут желаемого результата вследствие неправильного использования внешнеротовых ортодонтических аппаратов, или нежелание использовать эти аппараты. То есть несоблюдение рекомендованного режима применения ортодонтом внешнеротовой ортодонтической опоры; во второй группе также установлены случаи нежелательных результатов в 10% (1 пациент), которые возникли вследствие отторжения имплантатов.

Выводы. Система микроимплантов расширяет возможности создания стабильной опоры и увеличивает процент достижения ожидаемых результатов. Таким образом данный метод лечения рекомендует себя как положительный для пациента и дает надежный эффект.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

М.В. Заблоцкая – студентка 18 группы 3 курса стоматологического факультета

Кафедра кариесологии и эндодонтии

ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.В. Митронин

Актуальность. Лечение острого апикального периодонтита, если зуб не подлежит удалению по показаниям, требует многосеансной активной местной и общей терапии. Традиционное местное лечение заключается в инструментальной и медикаментозной обработке корневых каналов (КК) зуба для удаления инфицированного дентина, многократных ирригаций КК антисептическими растворами, использовании лечебных повязок. Такое лечение длительно и не всегда эффективно из-за недостаточного очищения системы КК от детрита и экссудата, слабого проникновения противомикробных препаратов в дентинные трубочки (ДТ).

Целью исследования явилось обоснование и апробация нового способа лечения острого апикального периодонтита зубов с применением современных физико-химических методов.

Материалы и методы исследования. Разработанная методика включила в себя, помимо проведения обезболивания и традиционной инструментальной обработки КК зуба, проведение сеанса депофореза гидроксида меди-кальция (ГМК) и обработку КК пучками холодной аргоновой плазмы. При этом, после инструментальной обработки КК проводили их однократную ирригацию физиологическим раствором и высушивание. Затем КК заполняли пастой ГМК и проводили сеанс депофореза по А. Кнаппвосту при величине тока – 1,5-2 мА в течение 5-6 мин. (общее количество электричества – около 10 мА×мин.) Затем, после

повторных ирригации и высушивания КК, осуществляли прямое воздействие на них холодной (37-40^{0}С) аргоновой плазмой сфокусированным пучком на всю длину КК в течение 15-20 с. А затем – рассеянным пучком плазмы на ДТ в течение 2-6 мин. с помощью инструмента-отражателя плазмы. В среднем время обработки одного КК составляло 3 мин. Затем в течение 45 с, пока ДТ остаются сухими, КК традиционно обтурировали и восстанавливали коронку зуба. Провели сравнительную оценку эффективности лечения традиционным и предложенным новым методами у 32 больных с острым апикальным периодонтитом.

Результаты исследования. Всем больным по вышеописанной методике проведено лечение в один сеанс. При наблюдении в ближайшие сутки больные предъявляли жалобы на слабо-выраженную болезненность при накусывании. У двоих больных пальпация в области проекции корней зубов была слабо болезненна. На 3 сутки после лечения все эти симптомы исчезли. Клинически и рентгенологически спустя 7 суток, а также 1 и 6 месяцев симптомов острого или хронического воспаления в периапикальных тканях не наблюдали. Результаты сканирующей электронной микроскопии показали, что в зубе, в котором не проводили лечение, дентинные канальцы были полностью заполнены на разную глубину микроорганизмами. После 15-секундного воздействия сфокусированным пучком холодной аргоновой плазмы отверстия дентинных канальцев оказались открытыми. А после последующего воздействия рассеянным пучком плазмы оказалось, что просвет дентинных канальцев был свободен от микрофлоры на глубину примерно до 300 нм. То есть, холодная аргоновая плазма способствовала устранению микрофлоры из просвета дентинных канальцев.

Выводы. Статистический анализ ближайших и отдаленных (спустя 6 месяцев) клинических показателей показал достоверное преимущество нового способа лечения, заключавшееся в увеличении на 25,0% положительных результатов лечения, а также в очевидных преимуществах для больных односеансного метода лечения. Успех объясняется тем, что сеанс депофореза ГМК позволяет эффективно и быстро очистить систему КК, а использование холодной плазмы – осуществить деконтаминацию и высушивание ДТ корня зуба. При этом нами отмечено, что лечение легко переносится больными. Таким образом, предложенный метод односеансного лечения острого апикального периодонтита с применением депофореза гидроксида меди-кальция и холодной аргоновой плазмы позволяет на 25% повысить эффективность лечения при одновременном сокращении его сроков.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета, Т.А. Абакаров

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Одним из важнейших компонентов здоровья человекаявляетсястоматологический аспект. Он тесно связан с соматическим состоянием, играет большую эстетическую роль, является отражениеммедицинской культуры человека. Государственные программы по повышению эффективности профилактических и просветительских мер, а также по рациональной организации лечебного процесса позволили снизить уровень распространенности и интенсивности кариеса и болезней пародонта почти в два раза и успешно продвигаться к достижению намеченных целей.

Цель исследования - изучение состояния стоматологического здоровья студенческой молодежи с учетом влияющих на него факторов и разработка научно обоснованных предложений по его улучшению.

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами исследования применялись следующие методы: эпидемиологический; социологический, социально-гигиенический, статистический, аналитический, экспертных оценок. Статистическая обработка полученной; информации осуществлялась путем расчета средних и относительных величии, определения степени достоверности полученных результатов.Нами было проведено исследование 315 студентов. Работа проводилась в 2017 г. Объектом исследования явились студенты в возрасте 17-23 лет. Предметом исследования явилось состояние стоматологического здоровья студентов, его зависимость от различных факторов.

Изучаемыми явлениями стали: распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний среди студентов, влияние различных факторов окружающей среды на характер стоматологической патологии у этого контингента, субъективная оценка молодежью своего стоматологического статуса, уровень ее медицинской грамотности и активности, оценка молодежью качества стоматологической помощи в организациях различных форм собственности, медицинская эффективность ежегодной стоматологической диспансеризации студентов.

Результаты исследования. Современная стоматология к числу наиболее значимых факторов в развитии кариеса зубов и болезней пародонта относит питание. Полноценное сбалансированное питание позволяет вводить в организм все необходимые ему вещества, поддерживать должный уровень минерального обмена, а исключение из рациона сладких мягких углеводов, употребление жесткой натуральной пищи способствует самоочищению полости рта, позволяет уменьшить образование зубного налета, его ферментацию микроорганизмами и деминерализацию эмали зуба кислотами. Знание этих правил питания и целенаправленное систематическое их соблюдение является одним из условий сохранения здоровья зубов, особенно в молодом возрасте.

Нами было проведено изучение особенностей питания и влияния этого на состояние стоматологического здоровья.В процессе социологического опроса выявлено, что лишь 13,5% студентов питаются регулярно и полноценно, в то время как 57% питаются путем перекусывания, 28% перекусывают утром и днем и полноценно едят только вечером.При перекусывании используются в основном хлебобулочные изделия и сладости, только 17% опрошенных предпочитают овощной салат, 14,5% - свежие фрукты и 10% - кисломолочные продукты.Выявлено, что 63% студентов используют питание типа fast-food (гамбургеры, хот-доги, колу и т.п.), причем 31% сообщали, что делают это часто, а 27% - периодически. Лишь 23,% учащихся избегают такой пищи.Анкетный опрос показал, что 81% студентов употребляют углеводы очень часто — ежедневно и по нескольку раз в день. Кроме того, 57% студентов употребляют сладкое между основными приемами пищи, 49% завершают прием пищи сладким десертом, а 28% употребляют сладости перед сном. Однако лишь половина из них после этого чистит зубы.

В отношении к спорту исследуемые студенты разделились на две практически равные группы: 51% более или менее регулярно занимаются физкультурой или спортом, 49% не занимаются спортом и не видят в этом необходимости.

О наличии соматических заболеваний заявили 30% студентов. Из них у 75% отмечались болезни желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей), у 37% - болезни дыхательной системы (гайморит, тонзиллит, бронхит, частые ОРВИ), у 14% встречались сердечно-сосудистые, аллергические и эндокринные заболевания. У 23% студентов наблюдалась сочетанная патология.

Таким образом, установлено, что у преобладающего большинства лиц молодого возраста имеют место проявления нездорового образа жизни –неправильное питание, игнорирование физкультуры и спорта, состояние хронического стресса. Возможно, они способствуют возникновению умеренных, а в ряде случаев существенных патологических изменений в тканях пародонта и твердых тканях зубов. Соматическая патология в молодом возрасте еще не весьма выражена и значительного влияния на заболевания зубочелюстной системы, вероятно, не оказывает. В то же время, высокая распространенность и интенсивность заболеваний полости рта может способствовать возникновению болезней желудочно-кишечного тракта, которые обнаружены у трети всех студентов.

Приведенные данные свидетельствуют о низком уровне медицинской грамотности молодежи. Часть студентов (51%) хотели бы пополнить свои знания по стоматологической тематике. Наиболее эффективной формой распространения этих знаний в молодежной среде 64% юношей и девушек считают специальные занятия со стоматологом в учебных учреждениях, 21% предлагают использовать для этого все виды СМИ - газеты, журналы, телевидение, Интернет, 12% - специальные стенды, буклеты, листовки, брошюры в

поликлиниках.Согласно данным опроса 95% студентов знают о необходимости регулярного посещения стоматолога с профилактической целью, но 63% из них никогда не делают этого, а 29% бывают в стоматологическом кабинете «крайне редко». Лишь 8% студентов регулярно проводят профилактические посещения стоматолога.

С проведением профессиональной гигиены полости рта дело обстоит еще хуже. 74% студентов ничего не знают о ней. 27% студентов периодически обращаются к стоматологу с целью проведения профессиональной чистки зубного налета и камня, но лишь 7% делают это регулярно 1-2 раза в год.

Выводы. Учитывая, что современные студенты большую часть суток проводят в стенах учебного учреждения, необходимо принять меры к организации их рационального питания, созданию условий для проведения стоматологических гигиенических мероприятий, проведению адекватного санитарного просвещения. По нашему мнению, наиболее целесообразными являются следующие меры:удлинение рабочего времени студенческих столовых и буфетов;увеличение ассортимента и качества блюд, включение в него натуральных молочных и кисломолочных продуктов, свежих овощей и фруктов, уменьшение количество сладостей, продуктов fast-food; создание в студенческих столовых и буфетах условий для гигиенических мероприятий полости рта: обеспечение студентов зубочистками, жевательными резинками, зубными нитями, растворами для полоскания рта и одноразовой посудой;обеспечение студентов всеми видами информации о рациональном питании и гигиенических мероприятиях, способствующих сохранению здоровья зубов и десен, проведение специальных занятий со стоматологом в учебных учреждениях.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕНИОПЛАСТИКИ КАК ЭТАПА ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СКЕЛЕТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

П. Н. Омарова – студент 5 группы стоматологического факультета

Кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Росиия

Научный руководитель: к.м.н., асс. Е. Г. Свиридов

Актуальность. Аномалии и деформации зубочелюстной системы широко распространены в популяции и среди всех стоматологических заболеваний занимают одно из ведущих мест. На сегодняшний день стандартом лечения данной категории пациентов является комбинированное ортодонтическое и хирургическое лечение. Хирургический этап лечения заключается в проведении остеотомии верхней челюсти по Ле-Фор I и межкортикальной остеотомия нижней челюсти в сочетании с остеотомией подбородка. Гениопластика- это

хирургическая коррекция подбородочной части нижней челюсти с целью нормализации ее размера и формы для гармонизации эстетических пропорций лица.

Цель исследования. Обоснование проведения гениопластики как этапа ортогнатической операции у пациентов со скелетными аномалиями развития и деформациями челюстей, а также выявление комплекса морфометрических особенностей лиц данных пациентов до и после проведения хирургического этапа комбинированного лечения.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова был проведен анализ 1332 историй болезни пациентов со скелетными аномалиями и деформациями челюстей. Пациентам проводилось клиническое фотографирование до и после комбинированного лечения, по данным которого был проведен антропометрический анализ лиц 80 пациентов до и после проведенного лечения. Пациенты наблюдались на кафедре челюстно-лицевой и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Для оценки эффективности проведения гениопластики были выбраны параметры, изменения которых в основном обусловлены перемещением подбородочной части нижней челюсти, такие как: ментолабиальный угол, подбородочно-шейный угол, угол выпуклости лица по G.A.Arnett и R.T.Bergman, лицевой угол, профильный угол Т по A.M.Schwarz, расстояние от губ до линии В по C.J.Burston и до эстетической Е-линии R.M.Ricketts

Результаты исследования. Проведенный антропометрический анализ пациентов со скелетными аномалиями и деформациями челюстей показал, что ортогнатическая операция в сочетании с остеотомией подбородка позволяет нормализовать эстетические параметры нижней трети лица.

Выводы. Выполнение операции «Остеотомия верхней челюсти по Ле-Фор I, межкортикальная остеотомия нижней челюсти с постановкой в ортогнатическое соотношение. Остеотомия подбородка. Гениопластика» у пациентов со скелетными аномалиями развития челюстей позволяет достичь наиболее предсказуемого эстетического результата, а также в результате проведенного комплексного лечения у данных пациентов происходит нормализация ключевых морфометрических параметров.

ИСПЫТАНИЯ СПОСОБА УПРОЧНЕНИЯ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ВРЕМЕННЫХ ПРОТЕЗОВ

С. В. Лагутенков - студент 5 курса стоматологический факультет,

Г.С. Геворгян - студент 4 курса стоматологического факультета,

Е.О. Петрикас – студентка 5 курса стоматологического факультета,

Э.А. Змеева - аспирант кафедры ортопедической стоматологии

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия
Научный руководитель: д.м.н., профессор О.А. Петрикас

Актуальность. Врачи стоматологи-ортопеды в своей каждодневной деятельности используют провизорные несъемные традиционные либо адгезивные конструкции. Это связано с широким распространением металлокерамических мостовидных протезов, а также, искусственных опор, требующих защиты препарированных зубов и зубных рядов либо имплантатов на период их приживления. Внедрение бисакриловых композиционных пластмасс, благодаря повышенной твердости, меньшей аллергенности, малой усадке и удобства применения, во многом решила проблемы временного протезирования. Однако стоматологи часто сталкиваются с проблемой поломки временных конструкций, особенно, в условиях повышенной функциональной нагрузки на опорные зубы. Это - включенные дефекты средней и большой протяженности или подвижные опорные зубы, когда необходимо сохранить провизорные мостовидные протезы в течение продолжительного времени.

Для повышения прочности временных мостовидных протезов из бисакриловой пластмассы был запатентован "Способ изготовления временных несъемных зубных протезов" № 2544098 от 04.02.2015, где предлагается бисакриловую композиционную пластмассу армировать стекловолокном во время изготовления провизорного мостовидного протеза.

Цель исследования. Изучить путем механического испытания прочность на изгиб балок из бисакриловой композиционной пластмассы, армированных стекловолокном.

Материал и методы исследования. Данное исследование представляло собой лабораторное определение усилий разрушения балок-образцов методом 3-точечного изгиба (соответствующий ГОСТ Р51202-98 пункт 6.1; ISO 10477-92). Методика исследования такова. С помощью специальной формы, состоящей из нескольких элементов, изготавливали экспериментальные образцы размерами 2,0±0,1 х 2,0±0,1 х 25±2 мм из самотвердеющей бисакриловой пластмассы Protemp^{TM}4 (3M) с помещенной внутрь стеклолентой GlasSpan либо без стеклоленты (контроль). Сущность дальнейших испытаний заключалась в нагружении балок до появления видимых разрушений. При этом фиксировали максимальную нагрузку, которую выдерживал образец. Расстояние между центрами опор составляло 20±0,1 мм. Нагрузку прикладывали на одинаковом расстоянии от центров опор. Механические исследования проводили на испытательной машине FPZ 10-1 «Fritz-Heskert» (Германия), обеспечивающей скорость перемещения траверсы 0,75±0,25 мм/сек. На циферблате машины фиксировалась максимальная нагрузка в ньютонах (*Н*), соответствующая усилию разрушения образца.

Высчитывали среднеарифметические значения разрушающих усилий (M) и отклонение средней (m) с переводом *Н* в *МПа*, с последующим статистическим сравнением групп с

использованием параметрического критерия Стьюдента (Т).

Для проведения данного эксперимента нами было всего изготовлено 28 балок-образцов, среди которых выделили 4 группы: по 10 образцов в группах 1 и 2 и по 4 образца в группах 3 и 4.

Изучаемые группы: 1) Protemp 4 (контроль); 2) Protemp 4 + стеклолента (GlasSpan) + адгезив (Single–bond) + жидкотекучий СТК (Filtek flow); 3) Protemp 4 + стеклолента (GlasSpan) + адгезив (Single –bond, 3M); 4) Protemp 4 + стеклолента (GlasSpan) + ангидрин + жидкотекучий СТК (Filtek flow).

Результаты исследования. Удельная сила разрушения на изгиб (М) балок для указанных групп указана в таблице 1.

Таблица 1 – Прочность на изгиб балок из бисакриловой пластмассы Protemp4

№ группы	Число образцов	Средняя сила (М) разрушения (*МПа*)	Отклонение средней (m)
1	10	130,1	2,6
2	10	278,3	2,6
3	4	177,4	9,4
4	4	228,0	6,4

Наименьшие значения прочности на изгиб показали образцы контрольной группы (№ 1) - 130,1±2,6 МПа. Наибольшие – группы №2 с полноценной пропиткой армирующей стеклоленты адгезивом и жидкотекучим композитом - 278,3±2,6 МПа.

Сравнение значений, полученных в группах, показывает статистически значимые различия по критерию Стьюдента (Т) между всеми группами. Так, Т (1-2) = 40,0; Т (1-3) = 4,8; Т (2-3) = 10,3; Т (2-4) = 7,3 (различия достоверны при $p<0,001$). Между группами №3 и №4 Т (3-4) = 4,3 (здесь различия достоверны при $p<0,01$).

Выводы. 1. Сравнение результатов прочности на изгиб между первой контрольной группой (бисакриловая пластмасса) и другими группами (армирование стеклолентой) выявило существенное упрочнение пластмассы после армирования.

2. Использование армирующей стеклоленты с полноценной пропиткой адгезивом и жидкотекучим композитом повышает прочность бисакриловорй пластмассы более чем в 2 раза.

Заключение. Известный эффект армирования полимеров может быть применен для бисакриловой композиционной пластмассы, но требует дальнейшего изучения в плане методики армирования и материалов.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИОСЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПУТЕМ УСТРАНЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ОЧАГА

И. С. Сулейманов - студент 210 группы стоматологического факультета,

Т. Т. Османова, Ю. Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность исследования. С позиций системного подхода пародонтит рассматривается как результат взаимодействия организма с агресогенными факторами внешней и внутренней среды и состояние с возможностью, как стабилизации, так и прогрессирования (А.И.Грудянов,2015). Установлено, что в истоках возникновения и механизмах развития различных нарушений при пародонтите ведущая роль принадлежит расстройствам иммунной и нейрогуморальной систем (И.С.Мащенко,1999). В ряду заболеваний полости рта, патогенное действие которых общепризнанно и сомнений не вызывает, значительная роль отводится хроническим воспалительным заболеваниям пародонта (Г.Д.Овруцкий, Н.А.Горячев, Ю.Ф.Майоров, 1991).

Показано ,что патогенное действие пародонтального очага связано с образованием пародонтальных карманов , устранение которых предусматривает комплексное лечение, вне зависимости от конкретной нозологии заболевания пародонта. Роль и значение устранения пародонтального очага в виде пародонтального кармана на организм практически здорового , а также отягощенного очаговообусловленными заболеваниями человека , изучены ссовершенно недостаточно.

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности комплексного устранения пародонтальных карманов и сопутствующих этому возможных изменений показателей иммунного статуса организма.

Материал и методы исследования. Проведено лечение пародонтита у 61 больного путем устранения 189 пародонтальных карманов. О состоянии иммунобиологической резистентности организма судили по активности лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротиднойслюны (В.Г.Дорофейчук, 1968), концентрации иммуноглобулинов G, A и M (Mancini, 1965), уровню циркулирующих иммунных комплексов (В.Гашкова с соавт., 1978, в модификации КНИИЭМ) .Для устранения пародонтальных карманов применяли метод склерозирующей терапии, которую использовали как самостоятельно, так и в качестве воздействия, завершающего оперативное вмешательство (гингивоэктомия, кюретаж различных модификаций) и обеспечивающего благоприятное послеоперационное течение и заживление.Склерозирующую терапию проводили 2-мя путями – инъекционным и

неинъекционным. При выборе метода устранения пародонтальных карманов критериями служили глубина и состояние десневой стенки, выраженность резорбции альвеолярной кости и ее равномерность. Пародонтальные карманы глубиной до 4,0 мм устраняли неинъекционным путем, при глубине карманов 4,0-7,0 мм, а также при выраженной гипертрофии межзубных сосочков использовался инъекционный путь склерозирующей терапии.

Результаты исследования. Проведенное клинико-лабораторное исследование позволило установить, что после неоперативного устранения пародонтальных карманов имели место положительные изменения показателей состояния краевого пародонта- уменьшение индексов ПМА, Рамфьерда, ГИ, глубины карманов и количества десневой жидкости. Так, если до лечения глубина карманов составляла в среднем 6,8$\pm$0,9 мм, то после лечения она уменьшилась до 3,2$\pm$ 0,4 мм ($P < 0,05$), индекс ПМА с 62,4 ±3,1%, до лечения, снизился до 19,3±4,2% после лечения ($P < 0,01$), а индекс Рамфьерда с 4,09±0,5 до 2,22±0,5, соотвественно,($P<0.05$). Количество кревикулярной жидкости уменьшилось в среднем с 2,8 мкл до 0,6 мкл. Гигиенический индекс снизился с 3,4±0,4 баллов до 2,1±0,5 балла. На рентгенографических исследованиях не обнаруживались признаки прогрессирующей деструкции и снижения высоты межальвеолярных перегородок и отмечались признаки их уплотнения.

Изучение динамики показателей иммунного статуса до и после склерозирующего лечения позволило установить, что после неоперативного устранения пародонтальных карманов наблюдаются достоверно выраженные благоприятные изменения иммунобиологического состояния организма- повышение активности лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротидной слюны, концентрации иммуноглобулинов, снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов.(рис.1, рис.2)

Рис.1 Показатели активности лизоцима

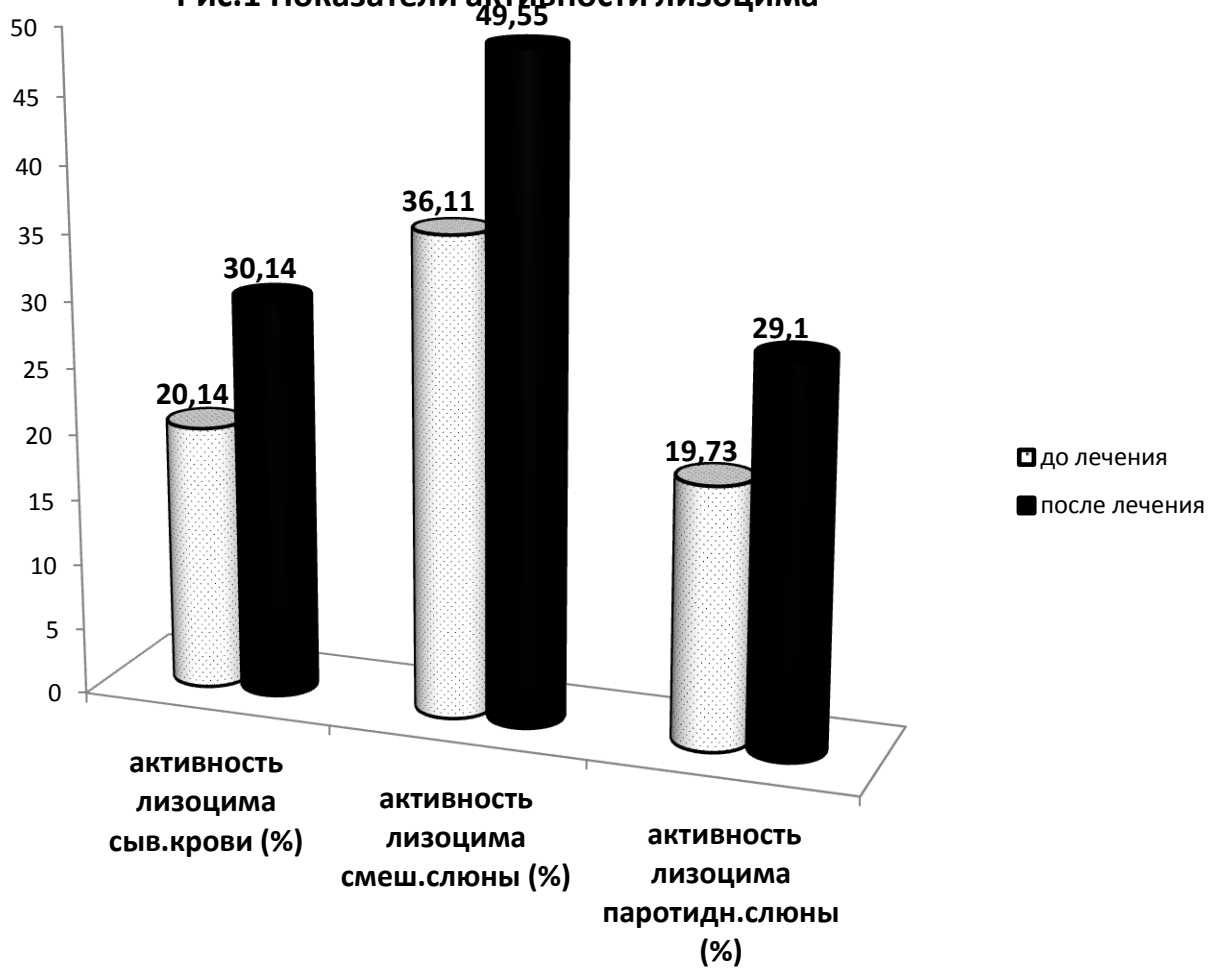
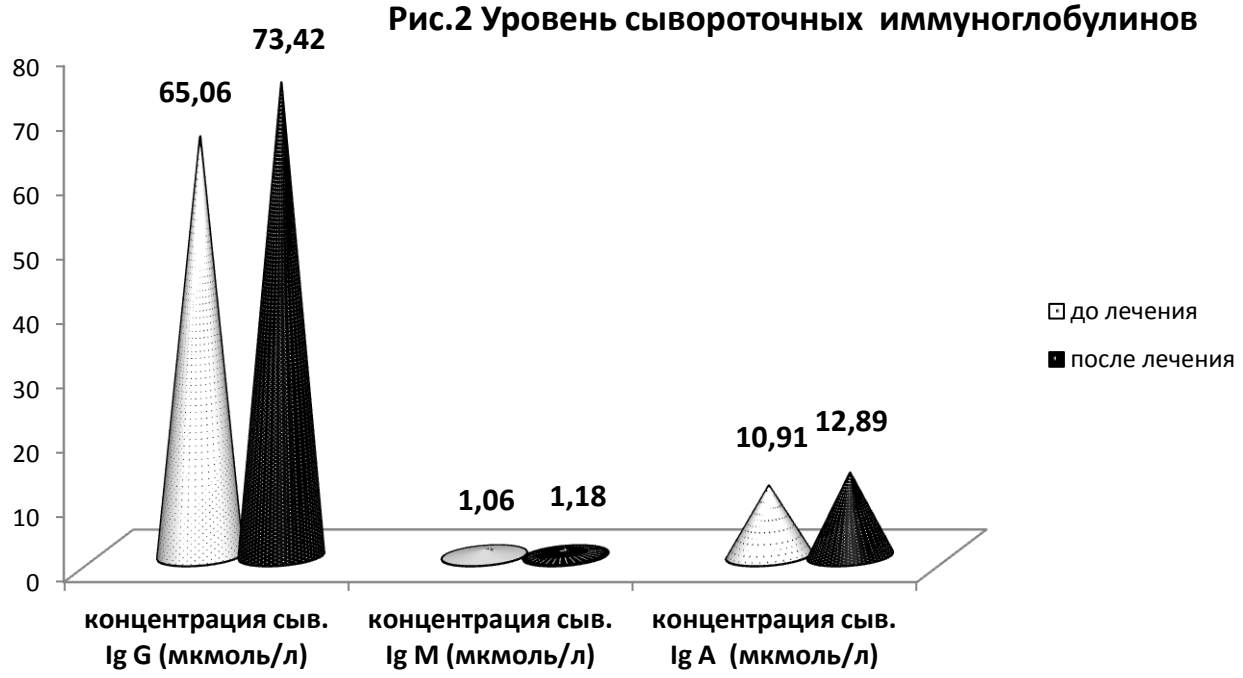


Рис.2 Уровень сывороточных иммуноглобулинов



Полученные результаты различались в различной степени достоверности. Уровень циркулирующих иммунных комплексов претерпел аналогичные изменения – с 53,51±6,38 мкг/мл до лечения, до 20,49±5,16 мкг/мл после проведенной терапии (P< 0,001).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что с ликвидацией пародонтального кармана возможно купирование и присущего ему неблагоприятного иммуносупрессивного очагового воздействия на организм. Установлено, что устранение пародонтального кармана или его значительное уменьшение приводит к выраженным благоприятным изменениям изученных показателей иммунного статуса. Иными словами, результаты проведенного клинико-лабораторного исследования свидетельствуют об эффективности комплексного подхода к устранению пародонтальных карманов и приобретают особое значение в плане клинических ограничений оперативных вмешательств на пародонте, в особенности, при известных очаговообусловленных заболеваниях и иммунодефицитных состояниях для профилактики возможных осложнений.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПУТЕМ ОЦЕНКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ

И. С. Сулейманов - студент 210 группы стоматологического факультета,

Т. Т. Османова, Ю. Н. Кажлаев

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

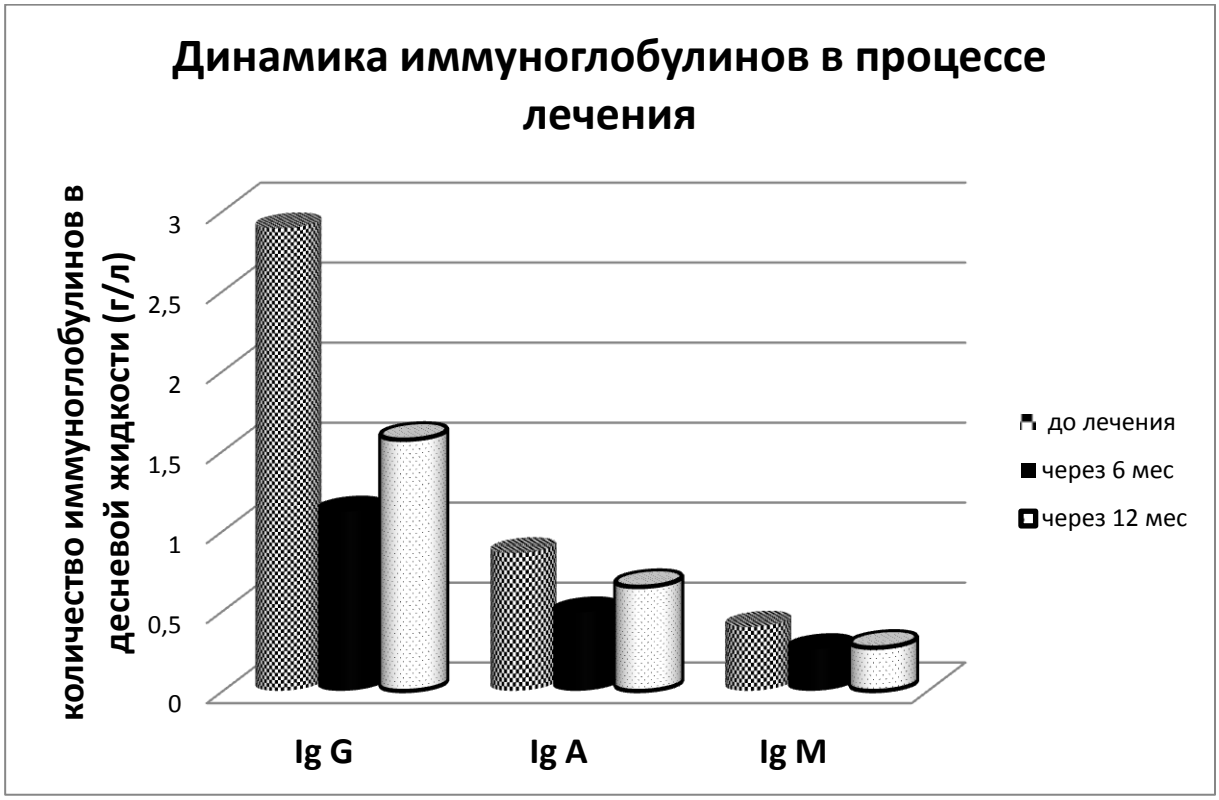
Актуальность. Установлено что развитие, клиническое течение, эффективность терапии генерализованного пародонтита , в отличие от локализованного пародонтита, во многом определяются состоянием иммунной системы (Н. В. Курякина, Т. Ф. Кутепова, 2000). Так, можно считать установленным, что развитие генерализованного пародонтита в весьма высокой степени определяется ослаблением клеточного звена иммунной системы (А. И. Воложин с соавт, 2005, Л. Ю. Орехова, 2012). Большинство работ, посвященных изучению уровня местного иммунитета полости рта при заболеваниях пародонта, касаются, как правило, оценке уровня сывороточных иммуноглобулинов и лизоцима в ротовой жидкости (А.И.Грудянов,2014).. Количественные показатели концентрации сывороточных иммуноглобулинов в десневой жидкости изучены совершенно недостаточно, еще более значимой в плане прогнозирования представляется степень их возможного изменения в процессе комплексной терапии генерализованного пародонтита.

Цель исследования - оценить уровни иммуноглобулинов основных классов десневой жидкости в динамике комплексного лечения генерализованного пародонтита для определения возможности их использования в качестве объективного критерия эффективности проводимой терапии.

Материал и методы исследования. Прослежена динамика сывороточных

иммуноглобулинов IgG, IgA и IgM в десневой жидкости 34 больных генерализованным пародонтитом (возрастом от 26 до 64 лет), не отягощенных другими соматическими заболеваниями, до лечения, спустя 6 и 12 месяцев после лечения. В качестве контроля обследовали 18 пациентов с интактным пародонтом. Состояние пародонта оценивали по показателям- РМА, глубине пародонтальных карманов, цифрового ортопантомограммного исследования. Гигиеническое состояние полости рта определяли с помощью индекса Грин-Вермильона. Для определения количества иммуноглобулинов в десневой жидкости использовали метод смывов зубодесневых бороздок или пародонтальных карманов и проводили изучение их уровня методом простой радиальной иммунодиффузии по Mancini с использованием соответствующих антисывороток.

Результаты исследования. Установлено, что у пациентов с интактным пародонтом определялись лишь следы иммуноглобулина G, иммуноглобулины других классов не выявлялись. Динамика уровня изучавшихся показателей у больных с генерализованным пародонтитом в процессе наблюдения до и после лечения в соответствующие сроки представлена на рис.1.



Как видно из диаграммы у больных генерализованным пародонтитом прослеживалась следующая динамика изучавшихся показателей- до лечения уровень IgG составил 2,89±0.18 г/л, спустя 6 месяцев-1,12±0,09 г/л, через 12 месяцев- 1,57±0,14 г/л; IgA также претерпел существенные изменения – если до лечения его уровень составлял 0,86±0,08 г/л, то спустя 6 месяцев- 0,49±0,05 г/л, через год же - 0,65±0,04 г/л. Среднее значение сывороточного

имммуноглобулина М до лечения составило в среднем 0,4±0,03 г/л, через 6 месяцев - 0,26±0,03 г/л, через 12 месяцев -0,27±0,02 г/л. Сравниваемые показатели различались в достоверной степени. Изучение коэффициента парной корреляции позволило установить наличие выраженной связи между показателями клинического благополучия тканей пародонта и изучавшимися иммунологическими показателями десневой жидкости - РМА, глубины пародонтальных карманов, объемом десневой жидкости с одной стороны и количеством изучавшихся иммуноглобулинов десневой жидкости с другой (R=0,62-0,73). Индекс РМА коррелировал с количеством IgG и IgA , глубина пародонтального кармана с количеством IgA , количество десневой жидкости с IgG и IgA.

Выводы. Таким образом, повышение количества иммуноглобулинов G, A и M в десневой жидкости может быть рассмотрено как неблагоприятная динамика изменений в пародонте, зачастую предшествующая клиническим манифестациям этого заболевания. Иными словами, полученная закономерность изменений иммунологического спектра десневой жидкости при генерализованном пародонтите может быть рекомендована в качестве объективного критерия дляпрогнозировании эффективности лечения и оценки качества комплексной терапии с целью оптимизации выбора методов и средств, используемых при лечении этого заболевания.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ НА СИМУЛЯЦИОННОМ КУРСЕ СТОМАТОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОТРЕНАЖЕРНОГО БЛОКА

И. С. Сулейманов - студент 210 группы стоматологического факультета

М.Г. Абакаров, Ю. Н. Кажлаев

Кафедры терапевтической и пропедевтической и профилактической стоматологии

ФГБОУВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность исследования. Прогрессивно нарастающий объем информации, и не-значительное количество учебных часов делают недостаточно эффективными традиционные методы обучения. Успешная работа специалиста-стоматолога в значительной степени зависит не только от серьёзных теоретических знаний, но и уровня практической подготовки, несомненно, важная роль в которой принадлежит симуляционному курсу. При прохождении предклинического курса студенты должны иметь возможность воспроизведения всех основных мануальных этапов предстоящей клинической деятельности и приобретения практических навыков лечения основных стоматологических заболеваний на фантомах. Высокий процент осложнений после первичного эндодонтического лечения свидетельствует о недостаточном владении мануальными навыками в проведении основных этапов подготовки корневых каналов при хирургических методах терапии осложненного кариеса. Современное

многообразие инструментария, материалов и приборов, используемых при интрадентальных манипуляциях, не позволяет, тем не менее, достичь полноценных результатов при отсутствии хороших мануальных навыков эндодонтической подготовки. Значительный удельный вес осложнений после проведенного эндодонтического лечения определяется, прежде всего, как свидетельствуют многочисленные клинико-лабораторные исследования, качеством выполнения всех этапов эндодонтической подготовки корневых каналов с учетом многовариантности их строения и необходимостью придания каналу определенной (предпочтительно конусовидной) формы и создания апикального упора. В значительной степени высокий процент несовершенства подготовки корневых каналов к последующей обтурации предопределяется, в большинстве случаев, недостаточным владением мануальными навыками эндодонтического характера, отрабатываемыми на эндотренажерах, что и объясняет процент неудач при первичном эндодонтическом лечении (более 30%). Представляется интересным поиск возможностей повышения уровня знаний и мануальных навыков в проведении эндодонтических этапов подготовки зубов при проведении хирургических методов лечения осложненного кариеса.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности обучения эндодонтическим манипуляциям путем разработки и последующего использования эндотренажера со световой индикацией.

Результаты исследования. Предлагаемый эндодонтический тренажерный блок позволяет избежать всех вышеуказанных недостатков как за счет моделирования максимально приближенного естественного масштаба и многовариантности строения корневых каналов, так и возможности текущего контроля за качеством выполнения основных этапов эндодонтической подготовки с созданием апикального упора и манипуляциями с учетом рабочей длины корневого канала, фиксируемой с помощью световой индикации.

Тренажерный блок представляет собой конструкцию, состоящую из двух пластин оргстекла , соединенных с помощью резьбо-винтового соединения . На поверхность одной из пластин с помощью шаровидного бора (или термомеханическим способом) наносятся бороздки ,соответствующие различным вариантам строения корневых каналов., в том числе и многокорневых зубов со сложной анатомией. На наружной грани пластины закреплен батарейно-контактный отсек из металла, переходящий подошвой на нижнюю поверхность конструкции с контактом на (+) 3-х вольтовой батареи и имеющий выход в виде многожильного провода, соединяемого в процессе работы с помощью разъемного легкозажимного щупа с эндодонтическим инструментом, используемым в конкретной ситуации. Минусовой выход батареи соединен с помощью провода с минусовым контактом светодиода, встроенного в пластину из оргстекла. Полноценное прохождении корневого канала инструментом при достижении верхушечного отверстия сопровождается замыканием

электрической цепи и проявляется свечением светодиода (удостоверение на рационализаторское предложение №17-1517, выданное ДГМУ).

Использование блока заключается в следующем - в собранном виде модель используется для выполнения адекватной эндодонтической обработки корневых каналов с приданием им конусовидной формы на рабочую длину с установленными стопперами с учетом светодиодной индикации рабочей длины. После выполнения манипуляций производится съем накрывающей пластины с визуализацией степени подготовки корневого канала и объективной оценки качества с возможностью корректировки выполнения учебного задания

Выводы. Таким образом, современное состояние вопросов материально-технического оснащении учебных фантомных классов с отсутствием реальных возможностей приобретения серийно выпускаемого расходного стоматологического оборудования при его общеизвестной значительной дороговизне, делают предлагаемую конструкцию весьма перспективной и представляющей значительный интерес в вопросах повышения эффективности обучения эндодонтическим мануальным навыкам.

Иными словами, предлагаемый эндотренажерный блок ввиду простоты изготовления, доступности комплектующих, экономичности и высокой эффективности, а также, что особенно важно, возможности визуализации процесса эндокавометрии, причем, как с применением ручных файлов, так и современных машинных никель-титановых эндодонтических систем, представляет значительный интерес для широкого внедрения и использования в процессе обучения на симуляционном курсе с целью значительного повышения качества образовательного процесса на предклиническом этапе подготовки творчески мыслящих и конкурентноспособных, в последующей клинической деятельности, врачей-стоматологов.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПРЯМОМ МЕТОДЕ ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЕЗЗОЛЬНОЙ ПЛАСТМАССОЙ PATTERN RESIN LS

М. Ш. Хизиева – студентка 504 группы стоматологического факультета

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Т.А. Абакаров

Актуальность. Восстановление коронковой части зуба при её полной утрате, в результате кариеса и его осложнений, травмы, патологической стираемости и т.д., не утратила своей актуальности и в настоящее время. Современные технологии реставрации опорных зубов, несмотря на большое разнообразие стандартных штифтов, не всегда находят широкого применения. Уже в течение многих лет врачи стоматологи – ортопеды отдают предпочтение литым культевым штифтовым конструкциям, эффективность использования которых в целом

зависит от точности их изготовления. На сегодняшний день известны прямой и непрямой (лабораторный) методы изготовления штифтовых конструкций. Несомненно, прямой метод изготовления является наиболее точным. Важен не только метод изготовления, но и используемый материал. Эволюция материалов в стоматологии направлена в сторону максимального улучшения их свойств, что непосредственно отражается на конечном результате лечения.

Цель исследования. Изучить эффективность изготовления штифтовых конструкций прямым методом с использованием беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS по сравнению с моделировочным воском для вкладок «Лавакс».

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование и ортопедическое лечение 30 больных, с полным разрушением коронковой части зуба, среди которых было 20 женщин и 10 мужчин. Всем пациентам штифтовая конструкция изготавливалась прямым методом, из них: 10 пациентам с применением моделировочного воска «Лавакс»; 20 пациентам – с применением беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS.

Результаты исследования. Анализ результатов проведенного ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием коронковой части зуба, показал высокую точность штифтовых конструкций изготовляемых прямым методом с использованием беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS и моделировочного воска «Лавакс». Однако необходимо отметить, что при моделировании штифтовых конструкций из воска «Лавакс», не исключалась вероятность деформации конструкций во время моделировки и выведении из корневого канала, травмирование десны, возникала сложность при изготовлении сразу нескольких конструкций. Использование беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS позволяло избежать травмирование краевого пародонта. Из-за жесткости конструкции исключалась вероятность её деформации при моделировании и выведении из корневого канала и предоставлялась возможность получения оттиска для изготовления временных протезов, что сокращало время изготовления временных конструкций. Не возникала сложность при моделировании сразу нескольких штифтовых культевых вкладок, значительно облегчалась работа при изготовлении разборных конструкций жевательной группы зубов.

Выводы. Использование беззольной моделировочной пластмассы PATTERN RESIN LS показало наиболее высокую точность изготовления конструкций, что снижает риск осложнений, наиболее широкие возможности его применения в сравнении с моделировочным воском «Лавакс», позволяющие выбрать данный материал как альтернативу при решении приоритетных клинических задач.

Литература

Материалы 72-й межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием: «Молодые ученые – здравоохранению». Часть 2. Саратов: Изд-во СМУ, 2011. С. 438-439 /Кленкова М.И., Боева А.С.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ГИПОФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

А.В. Бутаева - студентка 504 группы стоматологического факультета, С.М. Исаева

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность работы. На сегодняшний день факт влияния гормонального фона женского организма и состояние зубочелюстной системы доказан. Так патофизиологические изменения в результате естественной менопаузы у женщин разнообразны (психоэмоциональные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой и нейровегетативных систем, дистрофические изменения соединительной ткани). Дефицит эстрогенов приводит к структурно-функциональным нарушениям костной ткани, эксплицитность которого нарастает с увеличением возраста. В литературных данных отмечено, что при возвратной дистрофии пародонта у женщин ведущее значение принадлежит угасанию функции половых желёз.

Цель исследования - выявить изменения пародонта при гипоэтрогении у женщин.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 100 женщин, из них 39 женщин в перименопаузе (1 группа), 26 женщин в менопаузе (2 группа), 35 женщин в постменопаузе (3группа).

Для объективной оценки состояния пародонта в процессе наблюдения женщин с гипоэстрогенией использовали индексы, критерии, позволяющие унифицированно диагностировать патологические признаки: папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (PMA), индекс папиллярный кровоточивости (PBI), индекс налёта контактных поверхностей (API), проба Писарева-Шиллера.

Результаты исследования. Изучая жалобы пациенток и данные стоматологического статуса, установлено, что они характерны для воспалительных и дистрофических заболеваний пародонта. Женщины жаловались на неприятный запах изо рта, кровоточивость дёсен, зуд, покалывания в дёснах, расшатанностью зубов, повышенную чувствительность зубов к холодному, горячему, кислому, соленому. При осмотре выявлен зубной налёт, зубной камень, гиперемия дёсен, изменение положения зубов в зубной дуге, подвижность отдельных зубов. Наиболее часто у пациенток в перименопаузе отмечено воспаление дёсен с умеренной гиперемией, отеком и кровоточивостью.

Эти изменения были выражены в группе пациенток постменопаузы, что свидетельствует

о более выраженной патологии в этой группе. Во второй группе наблюдалось увеличение числа женщин с высоким индексом PBI. В третьей группе увеличение числа лиц с кровоточивостью дёсен наблюдались более часто, чем в 1 и 2 группах.

При проведении пробы Писарева-Шиллера отмечено, что положительная и слабоположительная пробы достоверно выше во всех группах. Показатели положительных и слабоположительных проб возрастает от 1 к 3 группе пациенток, причём эти изменения достоверны.

Изучение гигиенических показателей полости рта у женщин с гипоэстрогенией показало их последовательное ухудшение в направлении от 1 к 3 группе. Гигиенический индекс зубного налёта контактных поверхностей API в норме составляет менее 25%. У подавляющего большинства женщин всех групп 90% - он составил около 65%, что свидетельствует о неудовлетворительной гигиене полости рта. У 13% обследованных лиц он составил 42%, что расценивается как сравнительно удовлетворительную гигиену полости рта.

Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс у обследованных женщин составил соответственно в 1 группе 26%±2 ,1; 2 группе - 34%±2,5; 3 группе - 43%±1,7, что свидетельствует о нарастании воспалительного процесса в пародонте от 1 к 3 группе ($P<0,09$).

Анализируя клиническую картину состояния пародонта у женщин с гипоэстрогенией можно констатировать следующее: в 1 группе пациенток, в основном, представлены легкие формы воспалительных заболеваний пародонта - хронический локализованный катаральный гингивит (28%), хронический локализованный пародонтит (37%), хронический генерализованный пародонтит легкой степени (22%).

Во 2 группе пациенток, наряду со снижением количества лиц и интактным пародонтом и легкими формами хронического гингивита и пародонтита возрастает количество лиц с генерализованным пародонтитом легкой средней степени тяжести, наблюдается хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени (11%) и пародонтоз (7%).

Наиболее тяжелые изменения в пародонтоз установлены у женщин 3 группы. Отмечено возрастание количества пациенток с генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени до 25% и17% соответственно (во 2 группе 14,3%), а также увеличение процента больных пародонтозом 18% суммарно 8% во 2 группе. Лица с интактным пародонтом и легкими формами патологии в этой группе отсутствовали.

Вывод. Анализ полученных данных позволяет судить о том, что у пациенток при выраженной гипоэстрогении, регистрируются изменения воспалительного и дистрофического характера в тканях пародонта.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОТЕРАПИИ

А.В. Бутаева - студентка 504 группы стоматологического факультета, Х.О. Омарова

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Неоднократные исследования, проводимые учеными, доказывали, что общесоматические заболевания, такие как ревматоидный артрит, бронхиальная астма и т.д. оказывают значительное влияние на зубочелюстную систему. В лечении многих патологий применяются синтетические аналоги гормонов коркового слоя надпочечников, что связано с их выраженным противовоспалительным эффектом.

Глюкокортикоиды (ГК) были первым классом гормональных средств в очаге воспаления способные нарушать бактерицидную и фунгицидную активность нейтрофилов и моноцитов за счет ингибирования продукции медиаторов воспаления. Несмотря на это применение ГК нередко сопутствуется побочным эффектом.

Наиболее распространенным и тяжелым является остеопороз.

Остеопороз - системное заболевание скелетов, обнаруживающееся понижением костной массы и нарушением структуры костной ткани, что сопровождается понижением механической крепости костей.

Анализ современной литературы выявил, что разработка нынешних методов лечения пародонтита у пациентов, продолжительно принимающих ГК занимает одно из ведущих мест. Но и исследованию особенностей течения пародонтита, его профилактике и оптимизации этой категории больных уделяется мало времени.

Следовательно, предпочтение наилучшей тактики лечения заболеваний пародонта при применении ГК препаратов с учетом их характерного действия и побочных дефектов является актуальной задачей стоматологии.

Цель исследования: Коррекция комплексного лечения пародонтита у пациентов на фоне длительного приёма глюкокортикоидов.

Материалы и методы исследования: Больные в возрасте от 40 до 55 лет с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени и приобретающие преднизалон по поводу бронхиальной астмы в течение нескольких лет были распределены на две группы (контрольная и основная). В главную группу вошли пациенты, которым в комплексном лечении был прописан препарат "Асепта" по одной таблетке один раз в день в течение трех месяцев.

Результаты исследования: После предложенного нами курса лечения итоги

рентгенологического исследования свидетельствуют об ингибировании резорбции, ускорении регенерации костной ткани альвеолярного отростка.

Выводы: Итак, данные, которые мы приобрели при применении препарата «Асепта» заверяют о его основательном воздействии на динамику остеогенеза при комплексном лечении пародонтита у гормонозависимых пациентов.

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА КАФЕДРАХ СТОМАТОЛОГИИ ДГМУ

Э.Ш. Гусейнова

Отдел интеллектуальной собственности

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава, Махачкала, Россия

Подготовка специалистов с высшим образованием в современных условиях требует определенных знаний и в области охраны интеллектуальной собственности. Одним из основных факторов успешной профессиональной, научной и педагогической деятельности медицинских вузов, является формирование стратегии в области охраны промышленной собственности и в области авторского права. Прогрессивная стратегия развития инновационного потенциала вуза во многом связано с активным участием сотрудников кафедр в инновационной научной деятельности. В Дагестанском государственном медицинском университете на кафедрах стоматологического факультета ведутся актуальные научные исследования, запланированы охраноспособные диссертационные темы. В отделе интеллектуальной собственности предоставляют весь комплекс консультативной и методической помощи, имеются электронные базы данных для проведения информационного патентного поиска, выход в интернет. Для аспирантов организован курс «Основы патентоведения. Защита интеллектуальной собственности».

В процессе выполнения этих научных исследований разрабатываются новые способы лечения, медицинские устройства, программные продукты. Ряд инноваций защищен патентами РФ. Зачастую изобретения в медицине создаются совместным научным творчеством врачей и конструкторов. Так, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии проф. Меджидов М.Н. и сотрудники Дагестанского государственного технического университета разработали ряд устройств, защищенные патентами для практической стоматологии: «Термоэлектрическое полупроводниковое устройство для контрастной термоодонтометрии с воздушным охлаждением», «Термоэлектрическое полупроводниковое устройство для термоэлектроодонтометрии», Термоэлектрическое полупроводниковое устройство для контрастной термоодонтометрии с жидкостным охлаждением», «Термоэлектрическое полупроводниковое устройство для контрастной термоодонтометрии с воздушным охлаждением», «Термоэлектрическое полупроводниковое устройство для контрастной

термоодонтометрии», «Термоэлектрическое полупроводниковое устройство для контрастной термоодонтометрии со съемным радиатором», «Термоэлектрическое устройство для локальной гипо- и гипертермии полости рта». Применяются в клинике запатентованные 2 способа лечения глубокого кариеса и острого очагового пульпита (авторы Меджидов М.Н., Дмитриева Л.А., Чумаков А.А.).

К.м.н. Гусенов С.Г. разработал «Способ изготовления лечебно-профилактической зубодесневой шины».

Автором ряда запатентованных разработок является Заслуженный изобретатель Республики Дагестан проф. Расулов К.А.: «Стоматологическая шина», «Несъемный мостовидный протез», «Способ изготовления пластмассовых капп и устройство для его осуществления», «Способ изготовления мостовидных зубных протезов», «Зубочелюстные шины для лечения пародонтоза» и др.

На кафедре хирургической стоматологии разработан и запатентован «Способ восстановления врожденной свернутой ушной раковины», авторы проф. Асиятилов А.Х., доц. Ордашев Х.А. Этот способ удостоен почетных дипломов международных выставок инноваций в Германии на выставке Российской науки в г.Ганновере, Московского международного салона «Архимед», в Китае на выставке в г. Шеньчжень. «Способ замещения дефектов нижней челюсти», разработанный на кафедрах биохимии и детской стоматологии, авторы проф. Нагиев Э.Р., доц.Чудинов А.Н., также был представлен на выставке в г. Шеньчжень.

Очень важно для дальнейшего развития инновационных научных исследований участие в ней молодых ученых. Так, при участии молодых ученых на кафедре терапевтической стоматологии разработаны Программа для ЭВМ "Ведение документации в стоматологическом кабинете", **удостоившей бронзовой медали** Московского международного салона «Архимед», Программа для ЭВМ «Расчет нагрузки на эндодонтические инструменты» (Меджидов М.Н., Нарчаев М.А.). Программа для ЭВМ «Программная среда для синтеза цветовых составляющих пластмассовых зубов Blesk», разработана коллективом кафедры ортопедической стоматологии (Абакаров АА., Расулов И.М., Гаджиев Х.М., совместно с сотрудником кафедры биофизики, информатики и медаппаратуры к.м.н. Гафуровым К.А.**).** Примечательно, что соавтором является Горелова А.И., студентка 5 курса стоматологического факультета. Рационализаторство формирует очень важные качества у студентов: креативность, творческую инициативу, стремление лучше овладеть учебным материалом, поэтому доцент кафедры терапевтической стоматологии Кажлаев Ю.Н. привлекает к этой работе студентов, и результатом работы являются интересные рацпредложения. Аспирант кафедры хирургической стоматологии Омаров Ш.З. подал заявку на полезную модель «Назубная шина», врач-стоматолог, окончивший ординатуру по стоматологии Юнусов М.Н. подал несколько заявок на изобретения и полезные модели, участвует в научных конференциях, конкурсах.

Несомненно, что изобретательская деятельность молодых ученых является важным мотивационным фактором активной научной работы. В Дагестанском государственном медицинском университете созданы все необходимые условия преподавателям, молодым ученым, ординаторам и студентам для активной, результативной научной, инновационной деятельности. «Система высшего профессионального медицинского образования сегодня призвана готовить молодых специалистов с высоким уровнем теоретической подготовки по своей врачебной специальности, способных быстро и эффективно реагировать на современные достижения медицинской науки» [1]

Литература

1. Шварц Н.Е, Харахордина Ю.Е., Есипова Е.А. Самостоятельная работа как важный аспект формирования компетентного специалиста. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. Махачкала, 2015.- с. 98-100.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

П.А. Рамазанова - студентка 504 группы стоматологического факультета,

С.Х. Курбанова

Кафедра терапевтической соматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава, Махачкала, Россия

Актуальность. Проблема предупреждения кариеса зубов является одной из самых актуальных в стоматологии, что обусловлено высокой распространенностью и интенсивностью этого заболевания среди детского и взрослого населения (1).Одним из основных направлений в современной стоматологии является поиск эффективных путей профилактики. Наиболее эффективным и популярным методом профилактики фиссурного кариеса является герметизация фиссур (2,3).Применение данной методики целесообразно как на молочных, так и на постоянных зубах. Сущность действия герметиков состоит в том, что они создают механический барьер на окклюзионной поверхности зубов, устойчивых к воздействию кариесогенных факторов полости рта.Если в их состав входит фтор, то оказывают еще и реминерализирующее действие на подлежащие твердые ткани зуба (3,5).

Цель исследования. Провести сравнительный анализ эффективности использования в клинике двух герметиков: Ultra Seal XT plus и Fudji IX.

Материал и методы исследования. Проведено исследование эффективности двух материалов для герметизации фиссур первых постоянных моляров.

Герметизация проводилась неинвазивной технологией по традиционной методике согласно инструкции прилагаемой к материалам.

Каждая группа включала по 20 человек. Пациенты подбирались с аналогичными фиссурами (анатомически), в возрасте от 6 до 10 лет, и аналогичными показателями ИГ.

Распределив участников на три группы: В первой группе (А) пациентам герметизацию проводили материалом "Ultra Seal XT". Во второй группе (В) герметизацию проводили "Fudji IX". В третьей группе(С) 20 человек, герметизация не проводилась.

Этапы герметизации:

- Удаление налета.
- Изоляция зубов от ротовой жидкости.
- Высушивание.
- Протравливание эмали, промывание, высушивание.
- Нанесение герметика, распределение его в фиссуре.
- **Полимеризация,** шлифовка, полировка.

Мониторинг результатов герметизации был проведен через 6 месяцев. Данные исследования обработаны статистически.

Результаты исследования. Исследования показали, что через 6 месяцев с момента герметизации фиссур полная или частичная потеря герметика определялась у 4,3% пациентов в группе А и 9,2% - в группе В.

Распространенность кариеса в группе А у 3,3%, в группе В 7,2%, а в группе С 27,4% .

Средний показатель интенсивности кариеса первых постоянных моляров в группе А – нет кариеса, в группе В - нет кариеса, в группе С – 2.

Выводы:

1. Герметизация фиссур однозначно является эффективным методом профилактики кариеса.

2. Оценка эффективности герметиков показала, что редукция кариеса зубов зависит от ретенции герметика на окклюзинных поверхностях зубов и способности выделять ионы фтора в подлежащие твердые ткани зуба и ротовую жидкость.

3. Сравнительный анализ эффективности показал преимущество герметика Ultra Seal XT plus.

Список литературы

1. Авраамова О.Г., Муравьева С.С. Фиссурный кариес: проблемы и пути их решения // Стоматология для всех. 2006.

2. Биденко Н.В. Стеклоиономерные материалы и их применение в стоматологии.

3. Кисельникова Л.П. Герметики- и показание, к их применению // Институт стоматологии.

4. Николаенко С.А., Индюкова М.О. К вопросу герметизации фиссур с помощью стеклоиономерных цементов.

5. Куцевляк В.И. Детская терапевтическая стоматология.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

А.З. Закарьяев[1] - аспирант, М.Н. Меджидов[1], Д.А. Шихнебиев[2]

Кафедры [1]терапевтической стоматологии и [2]госпитальной терапии № 2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Среди прочих проблем стоматологии вопросы сочетанных поражений слизистой оболочки полости рта и внутренних органов занимают видное место, так как позволяют отразить сущность генеза многих зависимых заболеваний полости рта, наметить пути для разработки комплексных профилактических мероприятий, имеющих пато-генетический характер.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-иммунологических особенностей генерализованного пародонтита, развившегося на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЕРБ).

Материал и методы исследования. Для оценки клинических проявлений ХГП на фоне ГЕРБ нами было исследовано 64 больных в возрасте от 24 до 50 лет, которых разделили на 2 группы: 1-я (основная) группа - 46 больных ХГП (16 - легкой и 30 средней степени тяжести) на фоне ГЕРБ; 2-я (контрольная) группа 18 больных ХГП (8 - легкой и 10 - средней степени тяжести) без установленной патологии внутренних органов.

Обследование больных обеих групп проводили при первичном обращении к стоматологу в стадии ремиссии ГЕРБ. Изучали анамнез болезни, анамнез жизни, наследственную предрасположенность к пародонтиту, непереносимость лекарственных препаратов. Оценивали наличие соматических заболеваний, перенесенные стоматологические заболевания. Проводили осмотр полости рта, при котором учитывали состояние десневого края, цвет, тургор, кровоточивость десен, гноетечение из пародонтальных карманов, подвижность зубов, характер зубных отложений, рентгеновское исследование состояния костных структур межзубных перегородок.

Объективное состояние тканей пародонта изучали также на основании динамики тестов: индекса гигиены (ИГ) полости рта по Грину-Вермиллиону, десневого индекса кровоточивости по Muchlemarm, папиллярно-маргинально-альвеолярного (РМА) индекса по Парме и пародонтального индекса (ПИ) Расселя. Кроме того, определяли глубину пародонтальных карманов и уровень потери зубодесневого соединения калиброванным зондом с четырех сторон зубов.

О состоянии гуморального иммунитета судили по уровню иммуноглобулинов А, М, G (определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини с применением моноспецифических сывороток против иммуноглобулинов человека),

Исследования больных проводили при первичном обращении. Диагноз ГЕРБ установлен гастроэнтерологом в стационаре или поликлинике, где больные находились на диспансерном учете.

Результаты исследования. У больных ХГП легкой степени тяжести течения на фоне ГЕРБ кровоточивость десен определялась в 50% случаев, а у пациентов ХГП без сопутствующего соматического фона - в 75% случаев, при средней степени тяжести течения пародонтита - у всех больных обеих групп. Кровоточивость десен у больных ХГП легкой степени чаще всего проявлялась при чистке зубов, а при средней степени тяжести - сразу же после проведения кончиком зонда по стенке кармана, но всегда в пределах 30 сек.

При объективном исследовании у большинства больных пародонтитом на фоне ГЕРБ (55,6%) и без сопутствующего фона (69,6%) выявлялись воспалительные проявления пародонта (гиперемия слизистой, отечность десневого края). У больных обеих групп 100% выявлялись пародонтальные карманы, а также отложения зубного налета. У больных с легкой и средней степенью тяжести пародонтита глубина пародонтальных карманов составляла соответственно 2,4±0,2 и 3,1±0,2, а у больных 2-й группы с легкой и средней степенью пародонтита - соответственно 3,6±0,3 и 4,8±0,3. У 63,3% больных основной и 90% больных контрольной групп при средней степени тяжести пародонтита обнаруживалось отложение зубного камня, преимущественно на язычных поверхностях фронтальных зубов нижней челюсти и щечных поверхностях жевательных зубов верхней челюсти. Гноетечение у больных отмечалось при средней степени тяжести пародонтита только в группе контроля (в 30,0% случаев). Рецессия десен у больных 1-й и 2-й групп при средней степени тяжести пародонтита обнаруживалась соответственно в 70,0% и 20,0% случаев. У больных основной группы при легкой и средней степенях тяжести пародонтита рецессия десен составляла соответственно 1,0±0,2 мм и 2,3±0,2 мм, у больных ХГП без сопутствующего фона соответственно 0,3±0,1 мм и 1,0±0,2 мм. У 20% пациентов основной и у 60% пациентов контрольной групп отмечалась подвижность 1 – 2 степени. Индекс Мюллеманна у больных 1-й группы легкой и средней степени тяжести течения пародонтита составлял соответственно 24,10±3,3 и 39,70±2,3, а у больных контрольной группы – 33,61±3,51 и 49,81±2,90. Величина ИГ у больных ХГП на фоне ГЕРБ составлял 1,36±0,18 - при легкой степени и 2,16±0,14 - при средней степени, а у больных пародонтитом без сопутствующего соматического фона - 1,98±0,16 и 2,51±0,18 балла. Тяжесть воспалительного процесса у больных ХГП на фоне ГЕРБ, выраженная индексом РМА, составляла 18,35±3,10 при легкой степени и 33,74±2,86 - при средней степени, а больных ХГП без сопутствующей патологии - соответственно 26,42±3,02 и 46,47±2,54. ПИ у больных с

легкой степенью пародонтита на фоне ГЕРБ был равен 1,10±0,10, со средней степенью тяжести - 3,20±0,11, а у пациентod контрольной группы соответственно 1,49±0,12 и 3,87±0,13.

При изучении гуморального иммунитета у больных хроническим пародонтитом обеих групп при легкой степени тяжести в крови отмечались недостоверные (в сравнении с нормой) изменения содержания иммуноглобулинов: концентрация IgG (18,65±0,22 г/л - у больных на фоне ГЕРБ и 17,72±0,26 г/л - без сопутствующего фона, при норме -15,90±0,40) и IgM (1,28±0,06 г/л у больных па фоне ГЕРБ и 1,22±0,05 г/л - без сопутствующего фона, при норме - 1,12±0,03) незначительно повышена, а содержание IgA (1,42±0,21 г/л у больных на фоне ГЕРБ и 1,51±0,11 г/л - без сопутствующею фона, при норме -1,61±0,53) имела тенденцию к снижению. В то же время при средней степени тяжести пародонтита отмечалось существенное увеличение концентрации IgG и IgM и снижение IgA в крови. У больных ХГП на фоне ГЕРБ показатели иммуноглобулинов А, М и G составляли соответственно 1,05±0,04, 1,66±0,05 и 26,9±0,08, а при отсутствии сопутствующего соматического фона - соответственно 1,35±0,04, 1,46±0,06 и 20,1 ±0,07.

Выводы. Клинической особенностью изменений пародонта у больных ХГП на фоне ГЕРБ является наличие в нем выраженных воспалительно-деструктивных изменений при отсутствии глубоких пародонтальных карманов, гноетечения из них, а также высокая рецессия десны.

Длительно текущий воспалительный процесс в пародонте сопровождается изменением показателей системного гуморального иммунитета, которые более выражены при сочетании пародонтита с ГЕРБ.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ

Э.Г. Шахаева - студентка 306 группы стоматологического факультета,

М.Г. Шахаев – молодой ученый, Г.Ш. Шахаев – ассистент

Кафедра терапевтической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент Меджидов М.Н

Актуальность работы. Высокая распространенность кариеса и его осложнений заставляет искать новые методы лечения и профилактики. Несмотря на все методики, основным остается пломбирование кариозной полости после его предварительной обработки (Боровский Е.В., 2006).

Для пломбирования кариозной полости используются; амальгамы, различные цементы, композитные материалы химического и светового отверждения. Несмотря на все многообразие пломбировочных материалов все еще остается актуальной имитация пломбируемого участка

под цвет естественного зуба (Максимовский Ю. М., 2009).

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение и анализ различных методик пломбирования зубов.

Материал и методы исследования. По существующей методике после препарирования кариозной полости и его обработки, проводится пломбирование материалом наиболее идентичным по цвету естественного зуба (Максимовский Ю.М., 2011). Но, как известно, поверхность естественного зуба не является одноцветным. И подбор цвета в связи с этим иногда затрудняется. Нами предложена методика пломбирования следующим образом. После препарирования и соответствующей обработки жевательной поверхности зуба, по цвету краев полости подбираем пломбировочный материал и заполняем его. После штопфером по ходу фиссур создаем углубления и проводим световое отверждение материала. В дальнейшем эти исскуственно созданные фиссуры заполняем световым материалом более темного цвета и полимеризуем. Этим мы достигаем эффекта естественности, так как естественные зубы имеют фиссуры более темного цвета. В дальнейшем проводим шлифовку и полировку пломбы, что придает еще более естественный цвет и вид зубу. Таким методом нами было запломбировано 38 зубов у 22 пациентов. Результаты оценивали по общепринятой методике клинического обследования. При обследование через 6 месяцев было выявлено хорошее краевое прилегание а также эстетический вид пломб.

Результаты исследования. Проведение такого метода пломбирования зубов позволило нам придать пломбированной поверхности зуба более естественный цвет, имитируя естественные фиссуры. Данная методика пломбирования также получила положительные отзывы среди пациентов.

Выводы. Данная методика пломбирования может быть внедрена для широкого использования в практической работе врача стоматолога-терапевта в связи с растущей требовательностью пациентов к эстетическим аспектам при пломбировании. Поэтому мы рекомендуем такую методику, особенно если пломбируемая поверхность попадает в зону видимости.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЧАСТИЧНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА

Э.Г. Шахаева - студентка 306 группы стоматологического факультета,

М.Г. Шахаев – молодой ученый, Г.Ш. Шахаев – ассистент

Кафедра ортопедической стоматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент И.М. Расулов

Актуальность работы. Фиксация и стабилизация съемных протезов является необходимой составляющей для жевательной функции. Для фиксации протезов используются; различные виды кламмеров, замковые крепления, балочные фиксации и телескопические системы крепления (Лебеденко И.Ю., 2014).

Все виды крепления имеют свои преимущества и недостатки. Кламмерная фиксация отличается простотой в изготовлении, невысокой ценой, но имеет большой недостаток в эстетическом плане, особенно если кламмер попадает в зону видимости. Замковые виды крепления отличаются высокой эстетичностью, но и высокой ценой и подготовкой опорных коронок, так как часть фиксирующего элемента находится на дистальной поверхности опорной коронки (Трезубов В.Н., 2010). При использовании телескопической системы крепления необходимо подготовка опорных коронок, но имеет хороший эстетический вид. Поэтому, если имеются ранее покрытые коронками зубы, мы можем использовать только кламмерную фиксацию. Для улучшения эстетического вида в настоящее время применяются пластмассовые кламмера по цвету опорных зубов. Но и у них есть большой недостаток, в частности размер кламмеров значительно больше металлических кламмеров (Лебеденко И.Ю., 2014).

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение различных видов фиксации протезов в эстетическом плане.

Материал и методы исследования. При изготовлении кламмеров для фиксации частичных съемных протезов с вестибулярной стороны пациенты остаются неудовлетворенными, так как они ухудшают эстетический вид. Даже если подобрать по цвету, кламмера имеют достаточный объем и внешне это очень заметно. Поэтому нами были изготовлены съемные пластиночные протезы с металлическими кламмерами в области жевательных зубов, а в области фронтальных зубов проведено удлинение альвеолярной части протеза в области межзубных промежутков опорного зуба. Цвет альвеолярной части протеза имитирует цвет межзубных промежутков, тем самым создается хороший эстетический эффект. По такой методике нами было изготовлено 14 протезов у 10 больных.

Результаты исследования. Изготовление протезов по данной методике позволило нам исключить кламмера на вестибулярной поверхности зуба, и улучшила эстетический вид. Фиксация протезов осталась достаточно прочной, так как охват коронки опорного зуба составлял 200-240 градусов. Клиническое обследование через 6-8 месяцев показал хорошую фиксацию и эстетический вид протезов.

Выводы. Таким образом, предложенная конструкция протеза позволяет нам устранить эстетический дефект в виде выпуклого кламмера на вестибулярной поверхности зуба и обеспечило хорошую фиксацию и стабилизацию протезов. Данную конструкцию протезов можно рекомендовать в клинической практике.

ВОПРОСЫ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В РАБОТАХ УЧЕНИКОВ ПРОФЕССОРА А.И. ДОЙНИКОВА

И.Э. Нагиева - преподаватель

Кафедра истории медицины

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. К.А. Пашков

Актуальность. Изученные ранее проблемы несъемного протезирования учениками А.И. Дойникова могут быть полезны в практике врача-стоматолога и служить основой для дальнейших научных исследований в этом направлении.

Цель исследования. Показать вклад учеников А.И. Дойникова в изучение и решение проблем несъемного протезирования.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования использовались авторефераты, публикации; применялись историко-сравнительный, историко-системный и историко-проблемный методы.

Результаты исследования. На кафедре пропедевтики ортопедической стоматологии ММСИ (ныне кафедра ортопедической стоматологии и протетики МГМСУ им. А.И. Евдокимова), основанной в 1963 году профессором А.И. Дойниковым проводились научные исследования в различных направлениях. В том числе, учениками Алексея Ивановича изучались проблемы несъемного протезирования.

В диссертационном исследовании Н.В. Шарагина «Сравнительная характеристика некоторых видов обезболивания в клинике ортопедической стоматологии» (1970) установлено, что применению комплексного обезболивания (комбинированной премедикации и инъекционного анестетика) при препарировании зубов под несъемные протезы, является наиболее эффективным. Разработанная в данной работе комбинация препаратов для премедикации способствовала более быстрому началу анестезии, усилению и пролонгированию (в основном за счет увеличения интервала выносливости к боли) местного действия инъекционных анестетиков и повышению интенсивности их общего болеутоляющего влияния, а также способствовала снятию страха и напряженности.

Г.Г. Таптуновой в диссертации «Распределение функциональных напряжений в нижней челюсти и пародонте опорных зубов консольных протезов» (1976) был определен характер и зоны функциональной деформации нижней челюсти с учетом различных вариантов нагрузок на консольные мостовидные протезы. Рекомендованы схематические модели для исследования напряженного состояния тела челюсти и пародонта опорных зубов при протезировании. Изучены ситуации с наибольшими патологическими изменения подлежащих тканей с опорой на однокорневом, двух однокорневых зубах и применении консольных протезов с включенным

дефектом. Разработаны определенные подходы к ортопедическому лечению данными протезами с учетом полученных данных (расположение консольной части протеза относительно опорного зуба, необходимость учета состояния группы зубов-антагонистов, уменьшение площади окклюзионной поверхности консольной части протеза и т.д).

В результате исследования Ш.Х. Саакян «Применение штифтовых вкладок с эстетическим покрытием при полном разрушении коронковой части зубов» (1984) была определена толщина стенок корневых каналов фронтальной группы зубов. Проведенные исследования показали, что при значительном и полном разрушении коронок передних зубов наиболее эффективным методом восстановления их является изготовление литой культевой штифтовой вкладки с эстетической покрывной конструкцией. Разработан метод моделирования культевой штифтовой вкладки, усовершенствован метод нормализации направления коронок передних зубов, что позволяет использовать культевые штифтовые вкладки при аномалиях положения передних зубов (получены 2 рационализаторских предложения).

Работа А.А. Будаева «Определение резистентности тканей пародонта к нагрузке и изменение ее при протезировании мостовидными протезами» (1989) посвящена изучению функциональных возможностей тканей пародонта при частичной утрате зубов до и после ортопедического лечения. Изучение динамики адаптационного процесса при протезировании мостовидными протезами в зависимости от исходной резистентности тканей пародонта, показания к функциональной тренировке перед протезированием с целью увеличения адаптационных возможностей пародонта. Разработана методика пародонторезистографии, позволяющая оценивать резистентность тканей пародонта к нагрузке. Впервые установлено 3 типа резистентности тканей пародонта к нагрузке (высокий, средний, слабый) у интактных зубов у здоровых лиц в возрасте от 21 до 40 лет. У зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, снижаются показатели ПРГ во всех группах зубов. В пародонте опорных зубов уменьшается интенсивность кровотока, в зависимости от типа резистентности тканей пародонта. Стабилизация показателей ПРГ опорных зубов в процессе адаптации к мостовидным протезам зависит от типа резистентности. Функциональная тренировка тканей пародонта в области опорных зубов, индивидуально дозированная, положительно влияет на процесс адаптации к мостовидным протезам.

Р.Б. Балабановским в диссертации «Восстановление литыми вкладками патологически стертых жевательных зубов на основе оценки их функционального напряженного состояния (экспериментально-клиническое исследование)» (1990) была разработана комплексная методика на основании поляризационно-интерференционного метода, термофотоупругости и голографической интерферометрии для изучения причин и механизма разрушения твердых тканей зубов. Также разработаны конструктивные особенности литых вкладок и основные

приемы препарирования для последних в зависимости от формы поверхности стирания зубов ее степени и направления и способ восстановления патологически стертого зуба сборной вкладкой с наклонными парапульпарными цементируемыми штифтами. Определено, что для объективной оценки функционального состояния пульпы патологически стертых зубов, а также с целью контроля эффективности лечения их вкладками целесообразно применять реодентографию. В результате проведенного исследования под руководством профессора А.И. Дойникова было получено авторское свидетельство на «Способ восстановления коронки частично стертого зуба» (1989).

В диссертационном исследовании «Использование корней зубов, разрушенных ниже уровня десны, в несъемном зубном протезировании» (1994) Б.Л. Земсковым были определены показания к применению ортодонтического выдвижения корней зубов, были установлены оптимальные типы несъемных ортодонтических аппаратов для этих целей. Изучены скорость выдвижения зубов, сила вытяжения корня, зависящая от параметров корня и возраста больного, определены сроки ортопедического лечения после экструзии корней (прямо соотносятся со временем восстановления пародонта к вертикальной нагрузке). Вычислен средний период восстановления пародонта. Автором рекомендовано использование ортодонтической экструзии для лечения при локализации линии разрушения или перелома зуба вблизи альвеолярного гребня.

Выводы. Вопросы несъемного протезирования с работах учеников профессора А.И. Дойникова включали исследования распределения функциональных напряжений нижней челюсти и пародонте опорных зубов консольных протезов, применения комплексного обезболивания при препарировании зубов под несъемные протезы, применения штифтовых вкладок при полном разрушении коронковой части зубов, резистентности тканей пародонта к нагрузке при протезировании мостовидными протезами, методики восстановления литыми вкладками патологически стертых жевательных зубов, использования корней зубов, разрушенных ниже уровня десны, в несъемном зубном протезировании.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКА «ВИБАТИВ» ПРИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТАХ

М.Г. Абдулатипова – врач анестезиолог-реаниматолог, М.А. Омарова - студентка 602 группы лечебного факультета, Р.С. Гитиновасов – студент 643 группы лечебного факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н. Д. Даниялова

Актуальность. Одной из самых тяжелых категорий пациентов в отделении реанимации являются пациенты с гнойными менингитами. Это связано со многими причинами, а главное необходимостью поддерживать ингибирующую концентрацию антибиотика субарахноидально. На сегодняшний день антибактериальная терапия при гнойных менингитах остается основным этиотропным лечением. Неэффективная антибактериальная терапия у данных пациентов, приводит к увеличению внутричерепной гипертензии и росту летальности в ранние сроки. Выбор нашей антибактериальной терапии был обусловлен ростом резистентной флоры в реанимационных отделениях (Pseudomonas aeruginosa, MRSA (метициллинрезистентный золотистый стафилококк)). Комбинированное применение антибактериальной терапии повышала активность в отношении резистентной флоры.

Цель исследования. Целью исследования было изучение эффективности и безопасности комбинированного (парентерального и эндолюмбального) применения антибиотика «Вибатив» при вторичных гнойных менингитах.

Материалы и методы. Исследование проведено у 4 пациентов отделения нейрохирургической реанимации с диагнозом: «Вторичный гнойный менингит, открытая черепно-мозговая травма ». Все пациенты находились в тяжелом состоянии, по шкале ком Глазго 9-8 баллов, признаками внутричерепной гипертензии, стволовой симптоматикой. В анализе ликвора определялся плеоцитоз (320±10 клеток), лимфоцитарного характера (> 75%), повышение уровня белка. Отмечалось повышение ликворного давления (460±60 мм. вод. ст.). Всем больным с момента поступления было назначено комбинированное (парентеральное и эндолюмбальное) введение антибиотика вибатив. Парентерально вибатив вводился медленно, капельно на разведении 200 мл NaCl 0,9% в дозе 10мг\кг\сут. Интратекально вибатив вводился с предварительным разведением в дозе 20 мг через день.

Результаты. Эффективность лечения оценивалась по регрессу неврологической симптоматики (на 5-6 сутки до уровня оглушения) и быстрой лабораторной динамике (стойкое снижение лимфоцитарного цитоза уже на вторые сутки в 2,5 раза по сравнению с исходными

значениями). В целом антибактериальная терапия проводилась в течении 10-14 дней. Все пациенты эндолюмбальную терапию переносили удовлетворительно.

Выводы. Таким образом, комбинированное применение сравнительно нового антибиотика вибатив способствовало быстрой санации ликвора, за счет повышения интратекальной концентрации.

ПРИНЦИПЫ МОДАЛЬНОСТИ АНАСТЕЗИИ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Р.С. Гитиновасов – студент 643 группы лечебного факультета,

М.А. Омарова - студентка 602 группы лечебного факультета,

М.М. Гаджиева - студентка 536 группы лечебного факультета,

У.О. Алигаджиева - студентка 605 группы лечебного факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Н. Д. Даниялова

Введение. СогласноgдоктринеgМонро-Келлиgналичие объемного образования внутри черепа приводит к повышению внутричерепного давления. Следствием этого являются функциональные изменения кровообращения. В этой связи невозможно не учитывать все специфические факторы, gопределяющие проведение анестезии: стрессогенное воздействие на организм хирургической тактикой (что немаловажно на фоне разной степени выраженности гемодинамической компенсации), gснижение метаболической активности мозга, поддержание адекватной мозговой перфузии, незначительное воздействие на механизмыgауторегуляцииgмозговогоgкровообращения. Основные приоритеты в данном случае должны быть направлены на достижение легкоуправляемой анестезии, без негативного воздействия на гемодинамику в целом.

Цель исследования. Изучение клинической целесообразности применения локорегионарной анестезии как компонента нейроанестезиологического пособия у больных с интракраниальными объемными процессами и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. Основу работыgсоставляют данные клинических и лабораторных исследований, проведенных у 45 больных. Всеgбольные были прооперированы в отделении нейрохирургии республиканской клинической больницы №2 г. gМахачкала. С учетом выполняемого анестезиологического пособия больные были распределены на две группы.

Первая группа — исследуемая, в нее вошло 30 человек. Им проводилось мультимодальное обезболивание в комплексе с локорегионарной анестезией наропином.

Вторая группа (контрольная) – 15 человек, они получили только общее обезболивание. Все больные в обеих группах были сопоставимы по полу, возрасту и объему оперативного вмешательства. Структура нейрохирургической патологии распределилась следующим образом: опухоли задней черепной ямки — 23, опухоли средней черепной ямки — 8, опухоли передней черепной ямки — 6 и конвекситально расположенные опухоли — 8. В наше исследование прицельно отбирались пациенты с выраженной сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. Наиболее часто встречалась гипертоническая болезнь (87,3%), ишемическая болезнь сердца (44,8%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (30%).

Результаты. Ygбольныхgcgопухолями головного мозга в группе контроля в раннем послеоперационном периоде отмечена депрессия гемодинамики, которая компенсируется напряжением симпатического звена вегетативной нервной системы в виде повышения артериального давления, величины потребления миокардом кислорода, тахикардией, увеличением работы левого желудочка. Во время травматичных этапов операции в контрольной группе больных отмечались достоверно более высокие показатели глюкозы, кортизола, инсулина. У пациентов исследуемой группы не было мышечной дрожи, отсутствовали нарушения центральной, периферической гемодинамики, отмечалось снижение доз наркотических анальгетиков.

Выводы. Использованиеglокорегионарнойganестезииgbgкомплексе анестезиологического обеспечения позволяет существенно (на 40–50%) уменьшить дозы применяемых анестетиков, а значит уменьшить их кардиотоксическоеgдействие. Также данная методика способствует уменьшениюgотека мозга, gtemgcамымgснижаетgтравмygмозгаgи обеспечивает лучшие условия для работы хирургов.

ПРОФИЛАКТИКА КАПИЛЛЯРНОЙ УТЕЧКИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

М.А. Омарова – студентка 602 группы лечебного факультета,
Д.М. Аджиева – студентка 602 группы лечебного факультета,
Р.С. Гитиновасов – студент 643 группы лечебного факультета
Кафедра анестезиологии и реаниматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель – к.м.н., доцент Н. Д. Даниялова

Актуальность. Как известно, риск развития капиллярной утечки всегда высок при критических состояниях, в частности при сепсисе, ожогах, респираторном дистресс синдроме. В основе патогенеза синдрома капиллярной утечки лежат механизмы, приводящие к дисфункции сосудистого эндотелия. Воспалительная реакция и выброс провоспалительных

медиаторов вызывают вазодилятацию и повышение проницаемости сосудистой стенки. Это приводит к гиповолемии, снижению микроциркуляции, гипоксии тканей и органной недостаточности. Учитывая всю серьезность возможных последствий синдрома капиллярной утечки, важное значение имеет профилактика его развития.

Весьма перспективным в этом направлении является препарат L-лизина эсцинат. Патогенетическое действие L-лизина эсцината заключается в том, что он понижает активность лизосомальных гидролаз, тем самым предупреждая расщепление мукополисахаридов в стенках капилляров и окружающей их соединительной ткани, благодаря чему приводит к нормализации проницаемости сосудистой стенки и оказывает противоотечное и обезболивающее действие. Также препарат обладает умеренным гипогликемическим действием.

Цель исследования. Оценить эффективность L-лизина эсцината в профилактике синдрома капиллярной утечки.

Материалы и методы. Нами было обследовано 40 человек. Из них, в контрольной группе-10, в исследуемой-30 человек. Все пациенты находились в критическом состоянии (сепсис, ожоги, респираторный дистресс синдром), на искусственной вентиляции легких и получали антибактериальную и инфузионную терапию. Каждому пациенту исследуемой группы мы вводили внутривенно раствор L-лизина эсцината в объеме 10 мл в 200 мл физ. раствора. Для установления факта эндотелиальной дисфункции нами применялась неинвазивная методика по D.S.Celermajer, которая заключается в следующем. Надевают манжету тонометра на нижнюю треть плеча, в манжету нагнетают воздух до уровня, который превысит исходное систолическое артериальное давление на 30 мм. рт. ст. Через 60 секунд воздух из манжеты удаляют. Далее оценивают реактивную гиперемию в плечевой артерии после кратковременного пережатия ее манжетой. А именно исследуют диаметр плечевой артерии на нескольких этапах: 1-до компрессии, 2-сразу после декомпрессии, 3-спустя 1 минуту после декомпрессии, 4-через 2 минуты после декомпрессии. Увеличение диаметра плечевой артерии измеряли с помощью линейного датчика, в триплексном режиме. Затем производили оценку функции эндотелия в процентном соотношении.

Результаты и их обсуждения. Нами были получены следующие результаты: у всех пациентов в контрольной группе через 2 минуты после снятия манжеты не произошло реактивной вазодилатации, что указывало на выраженную дисфункцию эндотелия. В исследуемой же группе на 4 этапе пробы у 17 человек (78%) наблюдалось увеличение диаметра плечевой артерии до 9,2%, что расценивалось нами как нормальная реакция эндотелия (норма прироста 10%)

Выводы. Учитывая полученные нами данные о существенном увеличении резистентности капилляров после инфузии L-лизина эсцината при синдроме капиллярной

утечки, мы можем утверждать об эффективности его применения с профилактической целью.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ И МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭПИДУРАЛЬНОМ ОБЕЗБОЛЕВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Е. Г. Федюк – студентка 13 группы 5 курса лечебного факультета,

Н.А. Брикач - студентка 15 группы 5 курса лечебного факультета

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доцент К.М. Бушма

Актуальность. Эпидуральная аналгезия – признанный метод послеоперационного обезболивания, используемый в течение десятилетий. Она считается золотым стандартом лечения боли после торакальных хирургических вмешательств. Но при этом важно знать, каким именно анальгетиком возможно достичь максимально эффективного обезболивания [1, 2].

Цель. Сравнить эффективность опиоидных анальгетиков и местных анестетиков при послеоперационном эпидуральном обезболивании у пациентов после торакальных операций.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 8 пациентов, находившихся на лечении после торакальных операций в отделении анестезиологии и реанимации №1 Гродненской областной клинической больницы. Все пациенты были обезболены эпидурально. 4 пациента получали морфин-спинал 0,1% фракионно, 4 – ропивакаин 0,2% непрерывно с помощью шприцевого дозатора. Пациентам было предложено оценить болевые ощущения по вербальной аналоговой шкале (ВАШ) в диапазоне от 0 до 10 (0 – отсутствие боли, 1-2 балла – минимальная боль, 3-4 балла – умеренная боль, 5-6 баллов – сильная боль, 7-8 баллов – очень сильная боль, 9-10 баллов – максимальная, невыносимая боль).

Результаты исследования. Пациенты оценили свои болевые ощущения следующим образом: получавшие морфин-спинал 0,1%: 2 пациента – 1 балл, 2 пациента – 2 балла; получавшие ропивакаин 0,2%: 1 пациент – 2 балла, 2 пациента – 3 балла, 1 пациент – 4 балла. Средняя оценка боли в первой группе пациентов составила 1,5 балла. Средняя оценка боли во второй группе пациентов составила 3 балла.

Выводы.

1. И морфин, и ропивакаин обладают оптимальными обезболивающими свойствами у рассматриваемой категории пациентов.

2. Анальгетическая активность морфина превышает ропивакаин в 2 раза.

Полученные данные следует учитывать в практической деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов при планировании ведения пациентов с торакальной патологией с целью уменьшения болевых ощущений, психологического стресса и оптимизации течения послеоперационного периода.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО ГОДА

Р.М. Манапова - ассистент

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.М. Алискандиев

Актуальность. Важную роль в физическом и психическом развитии детей имеет особенности течения беременности и родов матери. Все большее место в структуре неврологических расстройств детей занимают перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС). С уверенностью можно считать, что любые неврологические расстройства у детей являются результатом полиэтиологического воздействия на головной мозг. Считается что, чаще всего перинатальное поражение головного мозга может привести в течении жизни ребенка к инвалидности, психическим расстройствам, болезням нервной системы и органов чувств. И что самое важное до 70% причин детской инвалидности связаны с перинатальной патологией. Учитывая отсутствие достаточной информации об отдаленных последствиях неонатальной реанимации и его влияния на процессы адаптации детей в постнатальном развитии нами было решено провести исследования в этой области.

Цель исследования: оценка психомоторного развития детей до года перенесших неонатальную реанимацию.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Детская Многопрофильная больница» г. Махачкала, отделение реанимации новорожденных, куда переводились дети из отделений интенсивной терапии с трех родильных домов города, на второй этап выхаживания. В основную I группу включены 36 новорожденных с перинатальным поражением ЦНС и родившихся в сроке 38 - 40 недель. II группу составили 28 недоношенных с ишемически-гипоксическим поражением головного мозга и родившихся в сроке от 28 до 36 недель беременности. Все дети I и II группы подвергались реанимации и интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения акушерского стационара. Далее при стабильном тяжелом состоянии переведены на второй этап выхаживания в отделение патологии новорожденных или в палату интенсивной терапии Детской многопрофильной больницы. После выписки из стационара дети перешли в амбулаторные условия наблюдения. Контрольную группу составили 35 относительно здоровых новорожденных родившихся в сроке 38 - 40 недель, не нуждавшихся, в интенсивной терапии и выписанных домой из родильного стационара. Оценка состояния новорожденных сразу после родов проводилась:

доношенных по шкале Апгар с определением пяти параметров на первой и пятой минуте. По шкале Сильвермана-Андерсена проводилась оценка недоношенных детей с определением пяти параметров. В постнатальном развитии здоровье детей оценивалась по показателям физического, соматического и психомоторного развития. На каждого ребенка заведена формализованная карта-анкета, которая заполнялась со слов родителей и изучением стационарных и амбулаторных карт. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ Microsoft office Excel 2010 BIOSTAT. Уровень достоверности различий между средними и относительными величинами (p) определялся по критерии t Стьюдента.

Результаты исследования. В начале исследований нами установлена оценка состояния новорожденных в зависимости от срока родов. В I группе (n=36) доношенные дети с перинатальным поражением ЦНС. Оценка проводилась по шкале Апгар, на 1-й и 5-й минуте. Дети контрольной группы в среднем получили 8-9 баллов. Недоношенные новорожденные II группы (n=28) оценивались по шкале Сильвермана-Андерсена. Следует отметить, что все новорожденные I и II группы родились в состоянии асфиксии. Незначительное улучшение состояния отмечалось у 4(6,3%) детей I группы, которые на пятой минуте получили 6-7 баллов. Даже учитывая, улучшения состояния, эти дети в дальнейшем находились в отделении интенсивной терапии. Почти все недоношенные дети имели низкую и экстремально низкую массу тела: 7 (11,0%) - 1080,0 ± 0,20; 14 (21,8%) - 1500,0 ± 0,18 и 7 (11,0%) – 2000,0 ± 0,25.

У 21 (32,8%) из них имелись признаки нарушения внешнего дыхания в связи, с чем проводилась оксигенотерапия. Явления нарушения внешнего дыхания, проявляющиеся учащенным поверхностным дыханием, наблюдали у 7(11,0%) новорожденных. Всем детям был проведен анализ неврологического статуса. При оценке мышечного тонуса определялось, что почти у всех детей I и II группы преобладали а- или - гипомиотонии, гипорефлексии и чаще носили симметричный характер. Асимметрия мышечного тонуса была у 2 (3,1%) новорожденных II группы и в 1(1,6%) случае в I группе. Далее оценка физического развития исследуемых проводилась в возрасте 3-6 месяцев и одного года с использованием таблиц физического развития детей первого года жизни. У детей обеих групп в возрасте 3 и 6 месяцев наблюдалось отставание физического развития: массы тела, роста и окружности груди. Чаще всего отставание было выражено у детей II группы - недоношенных, что достоверно отличалось от детей I группы. В возрасте 3-х месяцев отставание в физическом развитии выявлено у 16 (46%) I группы и 21 (78%) детей II группы. При оценке неврологической симптоматики и психомоторного развития детей 3 – 6 месяцев отмечалось, что темпы и особенности развития конкретного ребенка были индивидуальны и неравномерны. Возможно, данное обстоятельство обусловлено как конституциональными, генетическими и социально-средовыми факторами. В развитии детей контрольной группы были выявлены

незначительные изменения. При достижении исследуемыми детьми одного года ретроспективно проводился анализ физического, неврологического и психомоторного развития. В результате оценки данных физического, неврологического и психомоторного развития установлено, что чаще всего осложнения наблюдались в группе недоношенных детей. Дефицит массы тела наблюдался у 28% детей I группы и у 32% II группы, а в контрольной у 1,5%, что явилось достоверным по отношению к двум группам ($p<0,05$). Не менее важным моментом является то, что дефицит массы тела чаще сопровождался функциональными и неврологическими нарушениями, что явилось достоверным по отношению детей контрольной группы. Избыток массы тела наблюдался у детей контрольной группы в 3 раза чаще, чем дефицит ($p>0,05$). Функциональных и психомоторных нарушений в контрольной группе практически не встречалось, выявленные психоневрологические расстройства были минимальны: ММД - у 2 детей. У детей I и II группы выявлено отставание в моторном и речевом развитии, а также высокий процент ДЦП 25% в I группе, что достоверно отличалось от показателей II группы - 9,3% ($p<0,05$). Смерть детей первого года жизни наблюдались в I группе в трех и во II группе в двух случаях. При этом у всех 5 детей имело место кровоизлияния в мозг и размягчение мозгового вещества при рождении.

Выводы. Итак, в результате проведенного исследования нами установлено, что дети, перенесшие гипоксически-ишемическое поражение ЦНС и неонатальную реанимацию, независимо от срока рождения отличались отставанием в физическом и психомоторном развитии. К году жизни у детей перенесших неонатальную реанимацию помимо патологии ЦНС наблюдались соматические заболевания - патология желудочно-кишечного тракта - 52%, аллергические заболевания-18%, травмы нижних и верхних конечностей - 17,0%, заболевания дыхательных путей 63%. Таким образом, поражения головного мозга, возникающие в перинатальном периоде, является основной причиной инвалидизации и дезадаптации детей.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА У ДЕТЕЙ

А.М. Абакарова - молодой ученый

Кафедра неврологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., доц. М.Г. Абакаров, д.м.н., проф. А.М. Алискандиев

Актуальность. В соответствии с современными принципами рациональной фармакотерапии, терапия должна быть не только эффективной и безопасной, но и должна проводиться по минимальной стоимости для пациента и общества. Выполнение этих условий

при лечении острой крапивницы у детей не всегда оказывается возможным по ряду причин. Так, основными средствами для лечения крапивницы, в соответствии с Европейскими и Российскими клиническими рекомендациями по ведению детей с острой крапивницей и ангионевротическим отеком (АО), являются антигистаминные препараты (АГП) первого и второго поколений. При этом имеется целый ряд противоречий в рекомендациях по выбору препаратов для первой линии терапии, что связано, на наш взгляд, с отсутствием прямых доказательств о преимуществах того или иного АГП при лечении острой и хронической крапивницы (ОК и ХК) (Кокрановский обзор литературы, 2014). Помимо вопроса об эффективности применяемых средств, остается открытым вопрос о том, насколько оправданы расходы на лечение с помощью выбранного метода, особенно в условиях повышающейся стоимости терапии, усугубляемая текущим экономическим кризисом и растущим дефицитом средств на финансирование здравоохранения. В связи этим, оценка фармакоэкономической выгоды с учетом клинической эффективности АГП первого и второго поколений у детей при ОК с целью оптимизации выбора лекарственного средства, является актуальным.

Материалы и методы. Обследовано 76 ребенка обоего пола (38 мальчиков и 38 девочек) в возрасте от 5 до 15 лет с острой аллергической крапивницей средней/тяжелой степени течения без/с сопутствующим ангионевротическим отеком, госпитализированных в стационар ГБУ «Детская клиническая больница №1» г. Махачкала.

Все пациенты были рандомизированы в 4 группы в зависимости от схемы лечения: 1 группа – хлоропирамин (Супрастин®, EGIS, Венгрия); 2 группа – лоратадин (Кларитин®, Schering-Plough, Бельгия); 3 группа – дезлоратадин (Эриус®, Schering-Plough, Бельгия); 4 группа – хлоропирамин (Супрастин®, EGIS, Венгрия) + лоратадин (Кларитин®, Schering-Plough, Бельгия). Учитывая специфику заболевания и тяжесть течения, а так же наличие ангиоотека в области головы и шеи у 36 детей, все пациенты, наряду с исследуемыми препаратами соответственно опытной группе, получали преднизолон из расчета 1мг/кг массы тела в/в капельно в течение первых трех дней, всего 3 инфузии. Клиническая эффективность терапии в исследуемых группах оценивалась на основе анализа индивидуального календаря по крапивнице, динамические изменения симптомов заболевания фиксировались каждый день, утром. Количество уртикарных элементов и степень выраженности кожного зуда оценивались по трехбалльной шкале. Отсутствие зуда и волдырей – 0 баллов. По динамике уртикарных элементов: <20 волдырей/24 ч – 2 балла, >50 волдырей/24 ч или большие сливающиеся волдыри – 3 балла. По интенсивности зуда: присутствует, но не причиняет беспокойства – 1 балл; беспокоит, но не влияет на дневную активность и сон – 2 балла; тяжелый зуд, достаточно беспокоящий, нарушающий дневную активность и сон – 3 балла. Помимо этого, родителем ребенка ежедневно отмечалось наличие или отсутствие признаков ангиоотека в течение 24 часов каждого дня госпитализации.

Для фармакоэкономического анализа применялся метод «минимизации затрат» и производился с точки зрения независимой организации – плательщика, где учитывались прямые затраты на приобретение АГП (на основании средней стоимости препарата в аптеках Махачкалы на 9.08.2015 по данным dagapteki.ru). Кроме того, были учтены непрямые затраты на стоимость выполнения одной инъекции (включая шприц и другие расходные материалы – 15 руб.), так как первые три дня в группах, получавших терапию хлоропирамином и хлоропирамин + лоратадин, препарат хлоропирамин вводился парентерально (в/м), затем принимался перорально (в таблетках). В структуре затрат на лечение не учитывались иные расходы, связанные с пребыванием ребенка в стационаре, поскольку предполагалось, что они одинаковы во всех группах, с учетом соблюдения клинических рекомендаций и стандартов оказания помощи больным аллергическими заболеваниями.

Результаты и их обсуждение. Оценка клинической эффективности по динамике отеков показала, что у всех пациентов симптомы АО (припухлость и локальная болезненность в месте отека) полностью купировались в течение первого дня госпитализации, что, возможно, связано с в/в инфузией преднизолона, необходимость которой была обусловлена ургентным характером патологии - локализацией отеков в области лица и шеи. В связи с этим клиническая эффективность исследуемых АГП оценивалась по наличию рецидива высыпаний и зуда после инфузии преднизолона и динамики этих проявлений.

Во всех группах прослеживается высокая статистическая значимость ($p \leq 0,001$) разницы в проявлениях ОК на фоне фармакотерапии, что позволяет отвергнуть нулевую гипотезу и принять альтернативную, т.е. сделать вывод о связи положительной динамики с терапией антигистаминными препаратами.

Полное купирование уртикарной сыпи во всех группах - 0 баллов отмечено на 3е сутки ($p=0,0004$) и сохранялось в течение всего времени наблюдения, т.е. до выписки пациентов из стационара. Отмечалась следующая динамика: исходно при поступлении – 2 (1;2) балла, 1е сутки терапии – 1 (1;1) балл ($p=0,001$); на 2е сутки – в группах хлоропирамин ($p=0,0004$), лоратадин ($p=0,0007$) и в группе комбинированной терапии ($p=0,0007$) – 1 (0,5;1) балл, а в группе дезлоратадин – 0,5 (0;1) баллов ($p=0,001$). Это подтверждает многочисленные данные в литературе о сравнительной эффективности дезлоратадина относительно других АГП (М.В. Леонова, 2012).

Анализ динамики интенсивности зуда показал, что во всех группах полное купирование симптома (0 баллов) произошло одновременно на 2е сутки ($p=0,0002$), т.е. раньше уртикарных высыпаний и, аналогично проявлениям сыпи, было сопоставимым во всех группах: исходно – 2 (2;2) балла, на 1е сутки – 1 (0;1) балла ($p=0,0002$) .

Фармакоэномический анализ показал следующее расположение групп в порядке возрастания цены на лечение: Группа лоратадин – 207 руб.; Группа хлоропирамин – 378 руб.;

Группа дезлоратадин – 300 руб.; Группа хлоропирамин + лоратадин – 429 руб. Наиболее выгодной с экономической точки зрения оказалась монотерапия лоратадином, но с учетом клинической эффективности дезлоратадин выглядит наиболее приоритетным, несмотря на то, что почти в 1,5 раза дороже. Оба препарата (лоратадин и дезлоратадин) мало подходят для экстренной помощи (а при острой аллергической крапивнице требуется именно экстренная помощь), поскольку применяются исключительно перорально. Учитывая наличие инъекционных лекарственных форм, наиболее подходящим для экстренной помощи препаратом является хлоропирамин – АГП первого поколения, обладающий целым рядом нежелательных лекарственных реакций (НЛР), что значительно ограничивает показания для его применения. Комбинированная схема хлоропирамин + лоратадин, несмотря на то, что оказалась наиболее затратной, учитывая результаты исследования, имеет все же ряд преимуществ: примерно одинаковая клиническая эффективность относительно других АГП сочетается с возможностью парентерального применения хлоропирамина и меньшей степенью выраженности НЛР за счет двухкратного введения. Учитывая, что лечение комбинацией хлоропирамин + лоратадин проводилось кратковременным курсом для лечения ургентной патологии, как нам представляется, более высокая стоимость лечения не может быть аргументом в пользу лоратадина или дезлоратадина в острейшем периоде ОК и тем более при АО (при локализации отека в области головы и шеи, т.е. в случаях, когда РААКИ рекомедует именно парентеральное введение АГП).

Вывод. В острый период ОК и АО следует отдавать предпочтение совместному применению хлоропирамина и лоратадина. После короткого курса комбинированной терапии и стабилизации состояния, рекомендуется назначение дезлоратадина для дальнейшего лечения.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НОВЫХ СХЕМ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

А. К. Абукеримова А.К. – студентка 506 группы лечебного факультета

И. А. Вальц - студент 508 группы лечебного факультета

Кафедра детских болезней лечебного факультета с курсом иммунологии и аллергологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Г.В. Морева

Актуальность. Насущной проблемой нефрологии в педиатрии является определение наиболее эффективной и безопасной терапии гломерулонефрита (ГН). На данный момент основу схем лечения составляют кортикостероиды в стандартных дозах. Они обладают высокой терапевтической эффективностью, но имеют массу побочных эффектов.

Цель исследования. Оценить влияние схем лечения на течение ГН с нефротическим

синдромом (НС) у детей в зависимости от специфики клинического варианта.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы 175 историй болезней в детском отделении №1 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» за 2015–2017г., из которых выделены 48 пациентов с ГН с НС. В исследуемой группе было 25 мальчиков (от 10 месячного возраста до 16 лет), 23 девочек (от 2 до 18 лет). Длительность заболевания колеблется от 1 до 13 лет. В соответствии со стандартами были выделены четыре группы: первая – гормоночувствительный вариант с первым эпизодом ГН (10 детей-5 девочек и 5 мальчиков), вторая – редко рецидивирующий гормоночувствительный (15 детей-6 девочек и 9 мальчиков), третья - стероидзависимый (13 детей-3 девочек и 10 мальчиков) и четвертая – часто рецидивирующий стероидрезистентный (10 детей-9 девочек и 1 мальчик).

Результаты исследования. Имеются гендерные различия в группах: в первой поровну мальчиков и девочек, во второй и третьей преобладают мальчики, в четвертой - девочки. Наблюдается тенденция к увеличению возрастного диапазона и количества рецидивов от группы к группе в связи с длительностью заболевания. Во второй группе (2-13 лет) стаж заболевания 1-5 лет (1 рецидив в год - 60%; 2 - 40% случаев), в третьей (4-16 лет) 3-13 лет (рецидивы 2-5 раз в год), в четвертой (4-18 лет) 1-9 лет (рецидивы 2-4 раза в год на фоне снижения дозы препаратов).

Манифестация приступов ГН в исследуемых группах характеризовалась типичными клиническими проявлениями: отёчным синдромом (95,8%), снижением диуреза (41,7%), повышением артериального давления (16,7%). В четвертой группе у 50% отягощена наследственность по ГН.

В общем анализе крови во всех четырёх группах наблюдается ускорение СОЭ 83,3% (до 62 мм/ч), лейкоцитоз 83,3% (до $23{,}4 \cdot 10^9$/л). В общем анализе мочи: протеинурия 100% (до 25г/л), лейкоцитурия 70,8% (до 10 в п/з), гематурия 47,9% (до 9 в п/з), СПБ до 10,95 г/л. Диспротеинемия за счет повышение альфа-2 фракции 83,3% (до 48%), гипопротеинемия 96% (до 28,8г/л), гипоальбуминемия 87,5% (до 15,5г/л), гиперхолестеринемия 94% (до 17,62ммоль/л), гиперфибриногенемия 64,6% (до 8г/л). Увеличение СРБ 60,4% (8,94мг/дл). Гипокальциемия 70,8% (до 1,85ммоль/л). Увеличение АСЛО наблюдается только в 10,4% случаях (до 969 Ед/мл). В первой группе увеличение С4 у 2,1%, снижение С3 у 2,1%. Снижение С4 у 6,3% в третьей и четвертой и С3 у 2,1% в четвертой группах. При исследовании микрофлоры зева выявлены: Streptococcus haemolyticus альфа 1х103 КОЕ/мл у 48%, Neisseria sp. 1х103 КОЕ/мл у 16,7%. Было принято решение направить на биопсию 17 детей, однако процедуру прошли только 12 за 9 лет.

Во всех группах терапия начиналась преимущественно со 2-3 дня манифистации преднизолоном со средней дозой 2 мг/кг/сут. В третьей и четвертой группах совместно с кортикостероидами назначались майфортик (6 детей), сандиммун-неорал (2 ребенка),

циклоспорин (2 ребенка), совместная терапия сандиммун-неоралом и майфортиком у 1 ребенка. Выявлялись следующие осложнения гормональной терапии: кушингоидный синдром (46%), переломы костей, вследствие остеопороза (12,5%), стероидная катаракта (10,4%), нанизм соматогеннообусловленный (4,2%).

Выводы: 1. Были выявлены следующие варианты нефротического синдрома: гормоночувствительный вариант с первым эпизодом, редко рецидивирующий гормоночувствительный, стероидзависимый, стероидрезистентный.

2. Отмечается низкая частота выполнений нефробиопсий: рекомендована 17 детям, выполнена у 12. Это затрудняет выбор должной иммуносупрессивной терапии в зависимости от морфологического варианта ГН. Относительно небольшая частота выполнения нефробиопсии объясняется отсутствием в г. Тюмени электронного микроскопа и это, в свою очередь, затрудняет выбор должной ИСТ в зависимости от морфологического варианта ГН. 3. Стартовой терапией у всех детей был преднизолон. Выделены схемы лечения в виде сочетания следующих препаратов: преднизолон с майфортиком (4), сандиммун-неорал (4), совместная терапия сандиммун-неоралом и майфортиком (2), ЦФ 1, ЦФ+ЦСА (1).

4. При использовании современных схем ИСТ достигается удлинение ремиссии до 1,5 – 2 лет у больных с стероидрезистентным вариантом НС. Но достижения полной отмены преднизолона на длительное время ни у кого не достигнуто. Окончательные суждения о влиянии современных схем ИСТ требует более длительного наблюдения за пациентами.

ВЕРОЯТНОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМОВ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ: ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА И КЛЕРКА-ЛЕВИ-КРИСТЕСКО, В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Богданова, К.В. Дорожей – студентки 2306 группы педиатрического факультета

Кафедра патологической физиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет» Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н. доцент О.Г. Шуст

Актуальность. Нарушение сердечного ритма составляет от 2 до 27% заболеваний сердечно-сосудистой системы детского возраста и разнообразны по механизму развития, происхождению, встречаются во всех возрастных группах, в том числе внутриутробно, что однозначно определяет трудности диагностики заболевания и его лечения. Синдром предвозбуждения желудочков может не отражаться на самочувствии ребенка, может не обнаруживаться при объективных исследованиях и часто выявляется при проведении ЭКГ исследования совершенно случайно.

Цель исследования: Изучить патофизиологию синдромов предвозбуждения желудочков,

сопоставить с клиническими проявлениями и жалобами больного, определить факторы риска развития осложнений и выявить их частоту на основании историй болезней.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ 40 историй болезни госпитализированных пациентов в кардиохирургическое отделение на базе ГУ «РНПЦ детской хирургии» с 2016-2017гг. Использование программы BIOSTAT предоставило возможность провести статистическое исследование полученных данных.

Результаты и их обсуждение. Отсутствие четких клинико-функциональных маркеров процесса, отсутствие эффективных методов лечения определяет актуальность проблем ранней диагностики, являются основными причинами появления осложнений синдрома предвозбуждения желудочков. Установлено, что осложнения, такие как пароксизмальная наджелудочковая тахикардия встречается в 61,3%, синусовые непароксизмальные тахикардии (экстрасистолии) в 28,5%, пароксизмальная желудочковая тахикардия в 9%, внезапная сердечная смерть в 1,2% случаев. Детская внезапная сердечная смерть может быть первой и единственной манифестацией синдрома предвозбуждения желудочков.

Выводы:

1. Синдром предвозбуждения желудочков вызывает опасные состояния такие как, пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, пароксизмальная желудочковая тахикардия, синусовые непароксизмальные тахикардии, внезапная сердечная смерть.

2. По частоте встречаемости, первое место занимает пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

3. Для предупреждения появления осложнений синдрома предвозбуждения желудочков требуется ранняя диагностика заболевания, профилактика, специальная поддерживающая терапия, соблюдение здорового образа жизни, соблюдение режима дня, коррекция физических нагрузок.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

У.С. Белько – студент 2315 группы педиатрического факультета

Кафедра пропедевтики детских болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет» Минск, Беларусь

Научный руководитель - к. м. н., доцент О. Н. Назаренко

Актуальность. Здоровье детской популяции формируется под влиянием сложного комплекса экологических и социальных факторов. Состояние здоровья подрастающего поколения — важный показатель благополучия общества и государства, отражающий не только демографическую ситуацию, но и являющийся залогом благоприятного прогноза в

будущем. Физическое развитие детей и подростков, характеризующее процесс роста и созревания организма, является ведущим критерием здоровья популяции и позволяет прогнозировать жизнеспособность и трудоспособность взрослого населения страны. На физическое развитие ребенка влияет достаточно большое количество факторов, в том числе и наличие хронической патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Оценивая статистические показатели за последние десятилетия, заболеваемость и распространённость данной нозологии значительно увеличилась. Очевидно, что поражения ЖКТ, в силу взаимосвязи с нарушением функции, может приводить к тем или иным нарушениям физического развития.

Цель: изучить частоту встречаемости отклонений физического развития у детей с различной патологией ЖКТ с последующей попыткой установления влияния наиболее распространенных заболеваний ЖКТ на физическое развитие.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 66 пациентов в возрасте 3-17 лет, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении 4-й ГДКБ за 2017 г., с хронической патологией ЖКТ. Проведена оценка физического развития (рост, вес, индекс массы тела) с помощью программы ВОЗ Anthro+.

Результаты и их обсуждение.

Установлено, что у детей с хроническими заболеваниями ЖКТ наблюдаются следующие отклонения физического развития (z-скор):

Анализируя индекс массы тела:

1)< -1 – 16 человек (24,24 %); 2) (-1)-(+1) – 35 человек (53,03 %); 3) >1 – 15 человек (22,72 %)

Рассматривая ростовые показатели:

1)< -1 – 7 человек (10,7 %); 2) (-1)-(+1) – 37 человек (56 %); 3) >1 – 22 человек (33,3 %)

Среди частоты встречаемости заболеваний выявлена следующая закономерность:

Хронический гастродуоденит – 9 человек (13,84 %); Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – 7 человек (10,76 %); Функциональная диспепсия – 9 человек (13,84%); Хронический гастрит – 25 человек (38,46 %); Запор – 8 человек (12,31 %); Синдром раздраженного кишечника – 7 человек (10,76 %).

При оценке массы тела показано, что среди пациентов с различной патологией ЖКТ обнаружены дети с дефицитом массы (24,24 %) и избыточной массой тела (22,72 %). Изучение ростовых показателей выявило, гиперсомия (33,33 %) встречалась чаще, чем гипосомия (10,6 %).

Среди заболеваний ЖКТ дисгармоничное развитие (ИМТ) наиболее часто встречается при хроническом гастродуодените (66,7 %), а также при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (57,15 %).

Изучая дисгармоничное развитие по ростовым показателям, лидирует функциональная диспепсия и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. В ходе работы будут проведены дальнейшие исследования.

Выводы. Оценка физического развития у детей с заболеваниями ЖКТ целесообразна, поскольку позволяет более точно оценить тяжесть патологического процесса.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ: ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.В. Богданова, К.В. Дорожей – студентки 2306 группы педиатрического факультета

Кафедра пропедевтики детских болезней

УО «Белорусский государственный медицинский университет» Минск, Беларусь,

УЗ «4 ГДКБ», Минска, Беларусь

Научный руководитель: асс. О.В. Самохвал

Актуальность. Геморрагический васкулит (син. болезнь Шенлейна-Геноха, анафилактоидная пурпура, геморрагический иммунный микротромбоваскулит, по МКБ-10 Д69.0 – Д.69.9), самое распространенное геморрагическое заболевание детского возраста, которое относится к группе иммунопатологических состояний инфекционно-аллергической природы. С каждым годом заболеваемость детей увеличивается, что связано с аллергизирующим действием лекарственных средств, продуктов питания, неблагополучным состоянием экологии. Очень часто причиной является наличие очагов хронических инфекций в организме ребенка. Геморрагический васкулит характеризуется многообразием клинических проявлений в дебюте заболевания, что затрудняет диагностику. Отсрочка адекватной терапии предполагает осложнения, ухудшает прогноз. Диагноз является наиболее частым, так как в год регистрируют у 25 на 100.000 детского населения.

Цель исследования: изучение особенностей кинических проявлений, течения и диагностики геморрагического васкулита у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования: Ретроспективный анализ 26 историй болезни пациентов госпитализированных в аллергологическое и ревматологическое отделения УЗ «4 ГДКБ» г. Минска, РБ в период с 2015-2017 гг.Использование программы BIOSTAT предоставило возможность провести статистическое исследование полученных данных.

Результаты и их обсуждение. По результатам статистического исследования манифестация геморрагического васкулита чаще всего приходится преимущественно на младший школьный возраст от 6 до 9 лет (порядка 57.16%). По половому признаку незначительно преобладают мальчики(53%), что согласуется с мировой статистикой за 2015-2017 года. Заболевание чаще средней степени тяжести. Острые респираторные инфекции,

хронические очаговые инфекции(хронический тонзиллит), аллергические состояния предшествуют развитию данного заболевания, что подтверждает его иммунопатологический характер. Особенностью течения геморрагического васкулита является преобладание кожной формы (57,3%) над смешанной (17%), суставной (15,4%) и почечной (10,3%). Сыпь симметрично расположена с преимущественной локализацией на стопах и ягодицах, что является одним из диагностических критериев. Изменения в результатах лабораторной диагностики зависят от степени тяжести течения заболевания. Во всех случаях отмечается увеличение концентрации IgA в сыворотке крови. В общем анализе крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, тромбоцитопения. В коагулограмме наблюдается сдвиг в сторону гиперкоагуляции.

Выводы:

1. Геморрагический васкулит преобладает у мальчиков в возрастной категории от 3 до 7 лет.

2. Особенностью клинического течения является преобладание кожной формы средней степени тяжести.

3.Для диагностики используют общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, микробиологические исследования, коагулограмма, ультразвуковые исследования.

4. Своевременная диагностика и лечение являются основополагающими факторами благоприятного исхода заболевания.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.А.Закарялова[1], С. М-С. Газиев[1] – студентки 401 группы педиатрического факультета, Г.В. Гаджиева[2] – врач-ординатор

[1]Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала Россия

[2]ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница им.Н.М. Кураева»

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.М-Э. Ибрагимов

Актуальность: Внебольничная пневмония (ВП) остается актуальной проблемой в педиатрии. В последние годы вырос процент ВП у детей, остается относительно высокой смертность от этого заболевания. В амбулаторных условиях серьезными проблемами являются ранняя диагностика и рациональная терапия пневмонии у детей. По данным глобального исследования было установлено, что в 2010 г. в развивающихся странах летальность у детей в возрасте до 5 лет, госпитализированных в связи с тяжелыми острыми инфекциями нижних дыхательных путей, была почти в 4 раза выше, чем в развитых (2,3% и 0,6%, соответственно) [1]. По данным Минздрава РФ болезни органов дыхания у детей в возрасте 0–17 лет занимают

третье место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития.[2]

Цель исследования: Изучение этиологической структуры и антибиотикорезистентности возбудителя пневмонии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ микробного пейзажа по результатам бактериологического исследования зева и носовых ходов у 100 детей от 0 до 3 лет, поступивших в грудное отделение ДГБ №1 г. Махачкала с диагнозом пневмония. Из них 58 больных мальчики и 41 девочки.

С учетом возраста дети были разделены на три группы:

1 группа – дети до 6 месяцев

2 группа – дети от 6 месяцев до 1 года

3 группа – дети от 1 года до 3-х лет

Результаты исследований показали, что этиологическая структура пневмонии у детей первой группы в большинстве случаев (62,1%) была представлена грамотрицательной флорой. При этом превалировал Escherichia Coli (36,8%). Второй по частоте встречалась грамположительная флора – 28,9%. Из них стрептококки у 18,5%, а стафилококки у 10,4%, и в единичных случаях высеяна Candida. В группе детей от 6 месяцев до года отмечалось увеличение доли грамположительной флоры в 1,6 раз по сравнению с первой группой исследуемых, с 29% до 44,9%. Частота выявления стафилококков составила 25,9%, а стрептококков 19%. Грамотрицательная флора не претерпевала существенных изменений и отмечалась у 54% больных. В третьей группе детей старше 1 года основную часть возбудителей представляла грамположительная флора – у 51,7% больных. Соответственно, стрептококки выявлялись у 27,6%, а стафилококки 24,1% детей. Грамотрицательная флора представлена у 27,6% детей преимущественно E. Coli и только в 2 случаях обнаружена Klebsiella.

Следовательно, как видно из представленных данных с возрастом увеличивается удельный вес грамположительной флоры с 28.9% до 51,7%, что соответствует литературным данным.

Анализ частоты чувствительности патогенной микрофлоры, выделенной у детей с пневмонией, определил высокую чувствительность возбудителей к антибиотикам группы аминогликозидного ряда (Амикацин у 49% обследованных). У каждого четвертого ребенка отмечалась чувствительность к антибиотикам цефалоспоринового ряда: Цефотаксим у 25% и Цефексим 17% больных. На третьем месте по чувствительности к антибиотикам у детей с пневмонией регистрированы препараты фторхинолонового ряда: Ципрофлоксацин и Офлоксацин в 22% и 18% случаев.

Анализ частоты фоновой патологии (анемия, хроническое расстройство питания, признаки перинатального поражения ЦНС) позволяет отметить, что неблагоприятные

преморбидные состояния различной степени выраженности отмечались у большинства детей. Анемии составили 39% исследуемых, расстройства питания встречались у 25%, и признаки перинатального поражения ЦНС у 12% детей.

Обращает на себя внимание изменение в осадке мочи в виде лейкоцитурии, которое регистрировано у 28% обследованных детей, поступивших в грудное отделение с пневмонией. Это требует более углубленного нефрологического дообследования в катамнезе заболевания.

Таким образом, полученные результаты показывают, что этиологическим фактором пневмонии у детей до 6 месяцев является грамотрицательная флора. С возрастом отмечается увеличение частоты грамположительной флоры. А у детей старше года доминирует грамположительная флора. Высокая чувствительность к такому препарату как Амикацин, вероятно, связана с редким использованием его в детской практике из-за нефро- и ототоксичности.

Выводы:

1. В этиологической структуре внебольничной пневмонии у детей до года преобладала грамотрицательная флора (E.Coli), а у детей старше 1 года основную часть возбудителей представляла грамположительная флора – у 51,7% больных. Соответственно, стрептококки выявлялись у 27,6%, а стафилококки 24,1% детей.
2. У детей раннего возраста высеянные бактериальные возбудители наиболее чувствительны к таким антибиотикам, как Амикацин, цефалоспорины 2, 3 порядка и фторхнолинового ряда (ципрофлоксацин и офлоксацин), что необходимо учесть при эмпирической терапии внебольничных пневмоний у детей.
3. Фоновые заболевания понижают реактивность организма и повышают риск возникновения пневмоний у детей. Эти состояния необходимо своевременно корректировать, что позволит предупредить развитие заболевания у детей.

Литература

Nair H., Simões E.A., Rudan I., et al. Severe Acute Lower Respiratory Infections Working Group. Global and regional burden of hospital admissions for severe acute lower respiratory infections in young children in 2010: a systematic analysis // Lancet. 2013 Vol. 381 P. 138013–90.

Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. — Москва : Оригинал-макет, 2015 — 64 с. Руководитель проекта: Председатель правления Российского респираторного общества, академик РАМН, профессор А.Г. Чучалин

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

З.М. Идрисова, П.М. Абдусаламова – студентки 10 группы 5 курса педиатрического факультета, Р. М. Манапова - ассистент

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. По данным отечественных исследователей и ведущих детских центров психоневрологии Российской Федерации в структуре перинатальных поражений головного мозга большой удельный вес занимает минимальная мозговая дисфункция (ММД). Распространенность частоты ММД среди детей дошкольного и школьного возраста колеблется от 2 до 24%.

Актуальной медико-социальной проблемой является то, что ММД у детей имея стертую клиническую картину, своевременно не диагностируется, соответственно не проводится профилактика и лечение заболевания тем самым вызывая его утяжеление и хроническое течение.

Учитывая вышеизложенное, проблема ММД на сегодняшний день является медико-социальной проблемой, а его своевременная диагностика и лечение приобретает актуальный характер. На сегодняшний день нет данных по заболеваемости и распространенности ММД в Республике Дагестан. Данное исследование явилось попыткой восполнения этого пробела в медицине.

Цельюисследования явилось изучить распространенность ММД у детей дошкольного и младшего школьного возраста в г. Махачкала.

Материалы и методы исследования. С целью изучения распространенности ММД в Махачкале было обследовано 600 детей из детских дошкольных учреждений (детские сады №№ 5, 31,39,55)

Для исследования использовали оригинальную карту «анкета – опросник» разработанную нами совместно на кафедрах факультетской госпитальной педиатрии и детской психоневрологии. Данные карты позволят нам провести объективную оценку клиники и диагностики ММД. Так как заболевание не ограничивается синдромом гиперактивности и дефицита внимания (СГДВ), то особое внимание в анкетировании придавали акушерскому анамнезу матери ребенка: течение беременности, родов и послеродового периода, наличие экстрагенитальной патологии. Также уделялось внимание вопросам касающиеся периода новорожденности ребенка, оценка при рождении по шкале Аппгар и Сильвермана при недоношенности, оценка неврологического статуса и далее социальная дезадаптация, оценка расстройств и их изменения на фоне проводимой терапии.

Результаты исследования. В результате проведенных анализов 600 анкет - опросников установлено, что ММД выявлено у 72 ребенка в возрасте от 2 до 6 лет, что составило 12%. Следует обратить внимание, что почти 28 (4,6%) из детей с ММД диагноз выставлен впервые при нашем обследовании. Имея стертую клиническую картину, заболевание не

было выявлено своевременно, хотя дети с момента выписки из родильного стационара находились на учете в детской поликлинике. Из них у 8(1,4%) детей со слов матери в первый год жизни были выявлены неврологические нарушения, назначено лечение, но родители проигнорировали рекомендации врача. В результате чего у 16 (3,0%) детей с ММД имелись выраженные признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания.

При определении пола так же установлено, что среди 72 детей с признаками ММД было 49 мальчиков и 23 девочек. Это подтверждает данные литературы о том, что у мальчиков ММД встречается почти в 2-3 раза чаще, чем у девочек.

Если рассматривать распространенность ММД по возрасту, то чаще признаки встречались у детей от 2,5 до 4,5 лет – 48 (8%), т.е. в младших группах детского сада. Наши данные касающиеся возраста пика заболевания не соответствуют показателям зарубежных и отечественных исследователей.

Отечественные исследователи считают, что пиком заболевания у детей ММД это 6 - 7 лет, а зарубежные считают с 7-8 лет.

Объясняется это тем, что латентное течение неврологических нарушений обостряется при умственной и физической нагрузке, которая начинается в начальных классах школы.

Далее при выяснении акушерского анамнеза матерей детей с ММД в 61 (10,7%) случае отмечались осложнения различного характера во время беременности и родов: обострение хронического пиелонефрита 48,4%, преждевременные роды 32,3%, поздний репродуктивный возраст 18,0%, обострение хронического ВУИ 30,0%, роды путем кесарева сечения 16,0%, слабость родовых сил 6,0% слабость потуг 13,0%, острая гипоксия плода 5,0%.

Течение первого года жизни у детей с ММД протекала с различными осложнениями чаще всего воспалительного характера: частые ОРЗ и ангины осложнившиеся хроническим фарингитом и бронхитом 91,4%, хроническими воспалительными заболеваниями ЖКТ 81,0%; осложнения не воспалительного характера: внутричерепная гипертензия 26,0%, осложнения после прививки 83,0%, черепно-мозговая травма 21,4%.

Возможно, что частые осложнения воспалительного характера связаны с тем, что у детей с ММД имеются нарушения в иммунной системе в сторону его снижения.

Выводы. Итак, с учетом полученных данных установлено, что распространенность ММД в городе Махачкала среди детей от 2,5 до 6 лет составляет 12,0%. К сожалению не диагностированные формы ММД занимают высокий процент среди детей – 4,6%, что при отсутствии должной профилактики может приводить к утяжелению симптомов.

Учитывая высокую распространенность ММД и наличия большого количества детей с не диагностированной формой заболевания, необходима разработка комплексных мер по ведению их, начиная с родильного стационара, а новорожденных с осложненной гестацией у матери перевести в группу высокого фактора риска развития ММД.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ МАТЕРЕЙ

П.А. Гарелина[1] - студентка, А.Н. Герасимова[2] - врач-неонатолог, С.А. Ульяновская[3]

Кафедра анатомии

[3]ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск, Россия,

[2]ГБУЗ АО «Мирнинская ЦГБ», Мирный, Архангельская область, Россия

[1]ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Актуальность. Употребление табака является ведущей причиной заболеваемости и смертности среди населения. Однако, несмотря на то, что табакокурение наносит ущерб здоровью, количество курящих остается высоким. Так, по данным ВОЗ (2015), в 2007 году курили 23%, а в 2013 г. - 21% взрослого населения стран мира.По результатам глобального опроса взрослого населения о потреблении табака на 2009 год распространенность потребления табачной продукции в Российской Федерации была одной из самых высоких в мире. Распространенность табакокурения среди взрослого населения Российской Федерации составила 39,1 % (среди мужчин – 60,2 % и среди женщин – 21,7 %). Распространенность курения оказалась самой высокой в возрастной группе 19 -24 г. (49,8 %) и 25 - 44 г. (49,6 %), что совпадает с наиболее благоприятным возрастным периодом для деторождения.

Известно, что табакокурение негативно отражается на мужской и женской фертильности. Курящие матери подвергаются повышенному риску возникновения эктопической беременности, преждевременного разрыва плодных оболочек, отслойки плаценты, предлежания плаценты, самопроизвольных абортов, мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела новорожденного, низкой массы тела для срока гестации и врожденных аномалий плода. После рождения дети женщин, куривших во время или после беременности, чаще подвергаются риску СВДС (синдром внезапной детской смерти). Некоторые из этих медицинских проблем, например, низкая масса тела при рождении и преждевременные роды, могут отрицательно влиять на здоровье человека, повышая, в частности, риск развития хронических заболеваний взрелом возрасте.

Негативное влияние курения на исход беременности отражается не только непосредственно на состоянии матери. У детей женщин, подвергавшихся во время беременности пассивному курению, также чаще наблюдаются умеренное снижение массы тела при рождении, а риск низкой массы тела при рождении (<2500 г) повышается на 22%.

В исследовании, посвященном вопросам потребления табака при беременности, проводившемся в девяти странах Латинской Америки, Азии и Африки, был выявлен уровень курения среди беременных женщин - от 0,8% до 18,3%. Распространенность пассивного

курения во время беременности составила от 17,1% до 91,6%.По данным литературных источников частота курящих беременных в США – 55%, в Англии – 43%, в Австралии – 40%, в России – 25%, в Казахстане - 20 %[1-5]. В связи с этим, изучение состояния новорожденных у курящих и некурящих матерей является актуальным.

Цель: провести сравнительный анализсостояния новорожденных у курящих и некурящих матерей.

Задачи: 1) определить частоту табакокурения среди 50беременных женщин;

2) оценить состояние новорожденных, родившихся у курящих и некурящих матерей г. Мирный Плесецкого района Архангельской области;

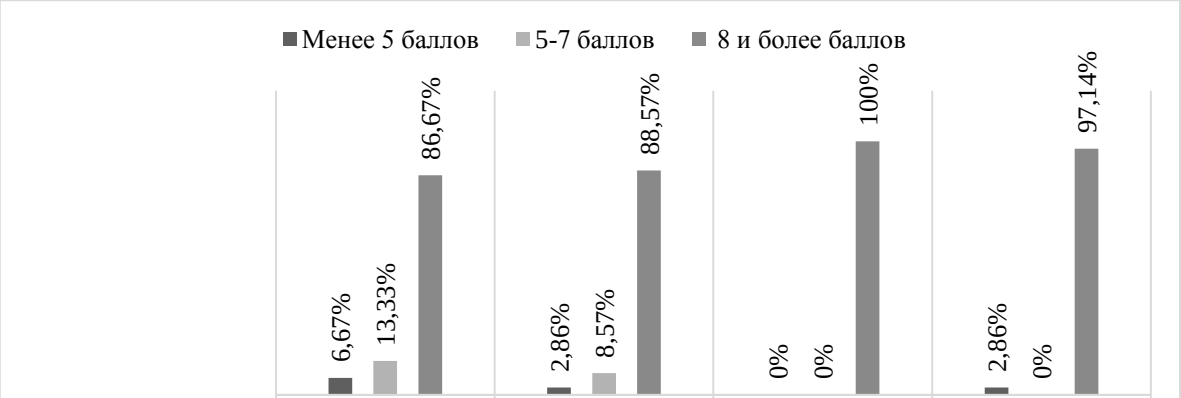
3)провести сравнительный анализ полученных результатов.

Материалы и методы исследования: проведен анализ 50 карт беременных женщин и объективное обследование 50 новорожденных детей по ГБУЗ АО «Мирнинская ЦГБ» (январь – февраль 2018 г.), данные статистически обработаны.

Результатыисследования.Частота беременных женщин, куривших во время беременности,по нашим данным составила 30 % (15), некурящих–70 % (35).

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на первой минуте жизни среди курящих матерей: менее 5 баллов –6,67 % (1), 5-7 баллов –13,33 % (2), 8 и более –86,67 % (13). На пятой минуте жизни состояние всех (15) новорожденных было оценено в 8 и более баллов.

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на первой минуте жизни среди некурящих матерей: менее 5 баллов –2,86 % (1), 5-7 баллов – 8,57 % (3), 8 и более баллов – 88,57 % (31). На пятой минуте жизни: менее 5 баллов –2,86 % (1), 5-7 баллов – 0 % (0), 8 и более баллов – 97,14 % (34) (рис.1).



	Курящие 1 минута	Некурящие 1 минута	Курящие 5 минута	Некурящие 5 минута
Менее 5 баллов	6,67%	2,86%	0%	2,86%
5-7 баллов	13,33%	8,57%	0%	0%
8 и более баллов	86,67%	88,57%	100%	97,14%

Рис.1.Результаты оценки состояния новорожденных по шкале Апгар

Масса тела новорожденных (рожденных от курящих женщин) составляла: 2000-2499 г - 13,33%, 2500-2999 г – 40%, 3000-3499 г – 20% , 3500-3999 г – 20%, 4000-4499 г – 6,67% .

Масса тела новорожденных (от некурящих матерей):1000-1499 г - 2,86%, 2500-2999 г - 11,43%, 3000-3499 г – 45,71% , 3500-3999 г - 22,86%, 4000-4499 г – 14,29 % , 4500 и более г - 2,86%. То есть выявлено двукратное превышение доли маловесных детей (менее 2500г), рожденных у курящих женщин.

Снижение показателей по шкале Апгар и малая масса тела новорожденных детей свидетельствует о наличии у этих детей табачного синдрома плода. В понятие которого основополагающими являются гипотрофия, гипоксия, затруднение адаптации новорожденного к внеутробной жизни, стойкий желтушный синдром, синдром гипервозбудимости.

Выводы:

1. Распространенность табакокурения среди беременных женщин составила 30 %, что сопоставимо с данными по Российской Федерации.
2. Количество новорожденных, набравших менее 5 баллов по шкале Апгар на 1 минуте у курящих матерей больше на 3,81 %, чем у некурящих; 5-7 баллов – на 4,76 %; 8 и более баллов – на 1,9 %.
3. 26,67 % (4) детей родились раньше срока и 13,33 % (2) детей имели низкую массу тела (2000-2499 г).

Таким образом, неблагоприятное воздействие табачного дыма на организм беременной женщины и плода может проявляться нарушением адаптации к внеутробной жизни и склонностью к гипотрофии.

Литература

1. Влияние социально-экологических факторов на развитие поджелудочной железы человека / Ульяновская С.А., Баженов Д.В.// В сборнике: 21 век: фундаментальная наука и технологии Материалы IV международной научно-практической конференции. -2014.- С. 23-25.
2. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2015 г.
3. ИсеноваС.Ш., АмитраеваШ.М., Адамзат А.Б. Влияние курения на сатурацию беременных и состояние плода при рождении // Вестник КазНМУ, №4 – 2014 - 5 с.
4. Рекомендации ВОЗ по профилактике и контролю потребления табака и пассивного курения при беременности, 2013 г.
5. AnanthC.V., SavitzD.A., LutherE.R. Maternal cigarette smokingas risk factor for placental abruption, placentaprevia, and uterine bleeding in pregnancy // Am. J. Epidemiol. - 2002. - Vol. 9. -P. 543-547.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И СТРУКТУРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ С ПОЗИЦИИ МКФ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ

ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

К.В. Голикова – научный сотрудник

Лаборатории медицинской экспертизы и реабилитации детей

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации»,

пос. Городище, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., В.В. Голикова

Актуальность. Общая частота морфологических пороков развития у детей первого года жизни составляет 30%, а удельный вес множественных пороков среди морфологических аномалий достигает 20%. По данным ВОЗ, 20% детской заболеваемости и инвалидности, а также 15-20% перинатальной смертности вызваны пороками развития. Одно из лидирующих мест в структуре инвалидности детского населения принадлежит врожденным аномалиям развития, также врожденные дефекты являются главными причинами перинатальной смертности и инвалидности с детства. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является инструментом для медико-социальной оценки «составляющих здоровья» в том числе у детей и применима для пациентов с поражением различных органов и систем, а также для оценки степени их выраженности.

Цель. Выделить критериальные показатели функций и структур с позиции МКФ, формирующие степень утраты здоровья у детей с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета.

Материал и методы исследования. Объектом исследования являлось 46 лиц в возрасте от 2 месяцев до 16 лет с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета. Применялись следующие методы: статистические, клинические, клинико-функциональные, клинико-экспертные, социологические, выкопировка данных.

Результаты исследования. Анализ данных клинико-функционального обследования и результатов буквенно-числового кодирования функциональных и морфоструктурных нарушений у детей позволил выделить ведущие критериальные показатели, формирующие степень утраты здоровья. Среди функциональных нарушений в зависимости от степени утраты здоровья выделены следующие критериальные показатели с позиции МКФ.

Полученные данные свидетельствуют, что у детей с первой степенью утраты здоровья наиболее часто встречается нарушение следующих функций: функции артикуляции (b320) - 100%, функции дыхательной системы, другие уточненные и не уточненные (b449) - 40,0±16,3%, жевание (b5102), глотание (b5105) - 30,0±15,3%.

У детей со второй степенью утраты здоровья в основном поражаются: функции артикуляции (b320) - 77,8±14,7%, функции дыхательной системы, другие уточненные и не уточненные (b449), жевание (b5102), глотание (b5105) в 66,7±16,7%, а также сосание (b5100) -

33,3±16,7%.

У детей с третей степенью утраты здоровья функции дыхательной системы, другие уточненные и не уточненные (b449) нарушались в 89,4±7,3%, функции артикуляции (b320) - 78,9±9,6%, жевание нарушалось в 73,7±10,4%, глотание (b5105) - 68,4±11,0%, а сосание нарушалось в 42,1±11,6%.

Среди морфоструктурных нарушений в зависимости от степени утраты здоровья выделены следующие критериальные показатели с позиции МКФ, которые приведены ниже.

С первой степенью утраты здоровья у детей-инвалидов встречались в основном нарушения структуры неба (s3202): твердое нёбо (s32020) - 80,0±13,3%, мягкое нёбо (s32021) 70,0±15,3%, а также структуры губы (s3204): верхняя губа (s32040) - 60,0±16,3% и структуры носа (s310): наружный нос (s3100) - 40,0±16,3%, носовая перегородка (s3101) - 10,0±10,0%.

В большинстве случаев отмечалось нарушение структуры неба (s3202): мягкое нёбо (s32021) - 88,8±11,1%, твердое нёбо (s32020) - 77,8±14,7% у детей-инвалидов со второй степенью утраты здоровья. На нарушение структуры губы (s3204) приходилось по 60,0±16,3%: верхняя губа (s32040).

У детей-инвалидов с третьей степенью утраты здоровья в 84,2±8,6% отмечалось нарушение структуры губы (s3204): верхняя губа (s32040). В 68,4±11,0% у анализируемого контингента отмечались нарушения структуры неба (s3202): мягкое нёбо (s32021), твердое нёбо (s32020), в 47,4±11,8% - нарушения структуры носа (s310): наружный нос (s3100).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что у детей с врожденными дефектами костей лицевого скелета наиболее часто встречаются нарушения функции артикуляции (b320), функции дыхательной системы, другие уточненные и не уточненные (b449), жевание (b5102), глотание (b5105), сосание (b5100), нарушения структуры носа (s310): наружный нос (s3100), нарушения структуры неба (s3202): твердое нёбо (s32020), мягкое нёбо (s32021), нарушение структуры губы (s3204): верхняя губа (s32040), что приводит к ограничению способности к самостоятельному самообслуживанию и общению.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ РСО-АЛАНИИ

Т.Д. Карсанов., К.Г. Суладзе - студенты 4 курс педиатрического факультета

Кафедра детских болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Научный руководитель - к.м.н. доцент Л.В. Павловская

Актуальность. Заболевания органов дыхания являются одним из наиболее актуальных разделов педиатрии, имея весомое как медицинское, так и социальное значение. Одним из таких заболеваний является бронхиальная астма. Заболеваемость которой имеет во всем мире тенденцию к росту, что обусловлено как рядом анатомо-физиологических особенностей

респираторного тракта ребенка, так и факторами окружающей среды. Основные причины — аллергизация населения в связи с загрязнением воздушной среды, химизация сельского хозяйства, увеличение использования различных химических веществ в быту и промышленности и прочее. Несомненно, играет роль и широкое, порой недостаточно обоснованное применение в лечебной практике антибиотиков, витаминов и пищевых добавок.

Цель исследования – изучение особенности течения бронхиальной астмы у детей РСО-Алании, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении РДКБ за период с 2006 по 2013 гг.

Материалы и методы. В связи с поставленными целями проанализированы истории болезни детей в возрасте от 1 года до 18 лет, лечившихся в детской республиканской клинической больнице с диагнозом бронхиальная астма. Так в 2006 году было зарегистрировано 304 больных с бронхиальной астмой, а по данным за 2013 год имеется 246 больных с аналогичным заболеванием. Таким образом выявлено, что за период с 2006 по 2013 год прослеживается позитивная динамика, касающаяся числа этих больных. Анализ распределения детей по полу и возрасту показал, что частота исследуемых заболеваний у мальчиков на протяжении выше указанного периода выше, чем у девочек. 45% составляли дети в возрасте от 7 до 12 лет и 36% дети старше 12 лет. Страдают этой патологией, в основном, городские дети, что является результатом комплексного воздействия различных факторов окружающей среды на организм человека. Изучение анамнеза, обследуемых детей, осуществлялось путем ретроспективного изучения медицинской документации о течении заболеваний, оценки особенностей клинических проявлений в динамике.

Результаты исследования. Снижение числа больных с диагнозом бронхиальная астма может быть связано с естественным уходом больных из поля зрения педиатров и детских пульмонологов в связи с достижением пограничного возраста – 18 лет. С другой стороны, широкая информированность населения, применение небулайзерной терапии на дому способствуют купированию бронхиальной обструкции. В связи с чем эти больные могут не госпитализироваться в стационар, поступая туда лишь с тяжелыми проявлениями бронхиальной обструкции. С другой стороны, до 7 летнего возраста диагноз «бронхиальная астма», поставить затруднительно, в связи со сложностями исследования ФВО, именно поэтому 81% детей с бронхиальной астмой приходится на возраст старше 7 лет.

Вывод. Несмотря на уменьшение количества больных, страдающих бронхиальной астмой, данная проблема не теряет своей актуальности. Используя более современные методы исследования (бронхофонография) можно зарегистрировать изменения в бронхиальном дереве, характерные для бронхиальной астмы у детей раннего возраста и соответственно обосновать выше указанный диагноз.

ДВА СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

Н.Д. Меджидова[1], М.Н. Меджидов[2], Д.А. Шихнебиев[3]

[1]ГБУ РД «Детская поликлиника № 1», Махачкала, Россия

Кафедры [2]терапевтической стоматологии и [3]госпитальной терапии № 2

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Болезнь Бехчета (ББ) относится обычно к разряду редко встречающихся заболеваний.

Полученные к настоящему времени данные свидетельствуют о сложном характере, возможной гетерогенности этиологических факторов и патогенетических механизмов данного заболевания.

Основными клиническими проявлениями ББ являются афтозные поражения ротовой полости, поверхностные язвочка на коже и слизистых оболочках половых органов, различные изменения глаз (кератоконъюнктивит, кератит, иридоциклит, увеит) и суставов (артрит). Эта так называемая тетрада главных признаков. Кроме того, в патологический процесс может вовлекаться ряд других органов и систем, в частности центральная нервная система (от менингеальных симптомов до картины менингоэнцефалита), желудочно-кишечный тракт (язвенный эзофагит, энтерит и колит), сосудистая система (рецидивирующий и мигрирующий тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей, обструкция крупных артерий), почки (амилоидоз), легкие (аневризмы легочных артерий, артериальные и венозные тромбозы, паренхиматозное поражение легких).

Диагностика болезни при наличии развернутой клинической картины несложна. Достоверным диагноз можно считать при наличии трех из четырех признаков ББ (стоматит, поражения глаз, половых органов и суставов) или двух главных и двух дополнительных (поражение центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта или сосудов).

Мы наблюдали два случая ББ. В первом случае (Больной, М. Г. К., 17 лет) отмечалась тетрада главных признаков (афтозный стоматит, конъюнктивит, уретрит, артрит коленных суставов), во втором (Больная, А. Ю. М., 16,5 лет) - триада главных симптомов (афтозный стоматит, уретрит, коньюктивит) сочеталась с поражением кожи (узловатая эритема на верхних и нижних конечностях). На фоне проведенного лечения у обоих больных, хотя и наступала ремиссия, однако возможность полного излечения заболевания в настоящее время сомнительна.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У МЛАДЕНЦЕВ В РСО-АЛАНИЯ

М.И. Битиева - студентка, Г.М. Габараев - студент, И.Г Макиева - студентка

Кафедра детских болезней № 2 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России.
Научный руководитель - к.м.н. доцент И.Г Гуссоева

Актуальность. Как известно, коклюш — острое инфекционное заболевание с аэрогенным механизмом передачи, протекающее с приступами спазматического кашля и характеризующееся тенденцией к затяжному течению. Наиболее часто болеют дети в возрасте от 1 года до 5—7 лет жизни. Несмотря на высокий уровень иммунизации, заболеваемость коклюшем остается на достаточно высоком уровне. Коклюш относится к тем инфекциям, которыми ребенок может заболеть с периода новорожденности, поэтому регистрация заболевания на первом году жизни не является редкостью. За последние 10 лет 93,6% заболеваемости коклюшем приходится на детей до 14 лет. Установлено, что из 100 заболевших коклюшем детей первого года жизни в 70% случаев требуется госпитализация в стационар, в 2% случаев отмечается летальный исход, что подтверждает необходимость своевременной вакцинации против этой инфекции.

Цель работы. Изучение особенностей коклюша у детей 1-го года жизни в РСО-Алания.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 209 детей первого года жизни, поступавших на стационарное лечение в инфекционное отделение ДРКБ г. Владикавказ за период с 2015 по 2017 гг. Возрастная структура заболевших детей была следующей: в возрасте до 3 мес. жизни —71 чел., от 3-х до 6-ти мес. (включительно) — 83, дети второго полугодия жизни — 55 чел. Таким образом, большинство детей, нуждающихся в стационарном лечении коклюша, были первого полугодия жизни. Обращает на себя внимание факт, что почти половина — 99 детей —были доставлены в инфекционный стационар бригадой «Скорой помощи», как правило, после развившегося приступа апноэ. В то же время, по направлению участкового педиатра госпитализировано только 36 детей, что свидетельствует о недостаточной убежденности врачей поликлиник в обязательном стационарном лечении детей первого года жизни, заболевших коклюшем. В случае госпитализации в соматические стационары под другими диагнозами ошибка на первоначальном этапе объяснима постепенностью нарастания клинической симптоматики, характерной для коклюша. Диагноз «коклюш» на основании клинических признаков заболевания в подавляющем большинстве случаев был установлен еще при направлении в инфекционный стационар, за исключением 15-ти детей, у которых первоначально имели место другие диагнозы: у 8-ми детей ОРВИ, у 6-ти — бронхит (в том числе обструктивный) и у 3-х — пневмония. Один ребенок поступил в приемный покой с диагнозом «острый ларингит». Следует заметить, что уже на уровне дежурного врача и в этих случаях, кроме 2-х детей с диагнозом «ОРВИ», был установлен коклюш на основании имевшейся клинической симптоматики и соответствующего опыта, что более присуще врачу инфекционисту.

Результаты исследования. У 145 (69,4%) пациентов заболевание протекало в среднетяжелой форме, у остальных — в тяжелой, которая преимущественно имела место у детей первых трех месяцев жизни. В то же время, несмотря на возрастную характеристику наблюдаемой группы, осложнения регистрировались лишь в единичных случаях. Коклюш осложнился развитием пневмонии у 11 детей и бронхитом у 5-х. У небольшого количества детей (10 чел.) зарегистрирована сопутствующая патология: ОРВИ, тубоотит и отит, кандидоз ротовой полости.

Выводы. Коклюш у детей первых месяцев жизни чаще протекает в тяжелой форме, сопровождаясь развитием осложнений. Вакцинация от коклюша с достижением максимального охвата на 1-2 году жизни является оптимальной стратегией по снижению показателей заболеваемости от коклюша у младенцев.

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИЛИРУБИНА КРОВИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ЖЕЛТУХИ ПО ШКАЛЕ КРАМЕРА

Э.Е. Зияшева - интерн-педиатр

Государственный медицинский университет города Семей, Семей, Республика Казахстан

Научный руководитель - к.м.н., проф. Ж.А. Мусабекова

Актуальность. В настоящее время отмечается тенденция к затяжному (пролонгированному) течению гипербилирубинемии у новорожденных, которые находятся не только на грудном вскармливании, но и на смешанном или искусственном, и при этом продолжительность желтухи значительно превышает физиологические сроки. Актуальность определяется не только ростом неонатальной желтухи среди новорожденных, но и патогенетическим механизмом, обусловливающим избыточное накопление билирубина в крови из-за несовершенства системы детоксикации организма от пигмента, что может быть причиной поражения центральной нервной системы, а также других, зачастую опасных, осложнений и последствий. Данная проблема сохраняет свою актуальность еще и потому, что желтушный синдром в периоде новорожденности является проявлением многих инфекционных и неинфекционных заболеваний, иногда даже с летальным исходом.

Цель исследования: сравнить соответствие уровня билирубина крови и выраженность желтухи по шкале Крамера.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы 32 историй болезней детей, находившихся на госпитализации в педиатрическом отделении Университетского Госпиталя ГМУ города Семей по поводу неонатальной желтухи. Были изучены клинико-биохимические показатели у детей в возрасте от 3 недель до 2 месяцев жизни с проявлениями затяжного варианта течения неонатальной гипербилирубинемии.

Результаты исследования. Желтуха - это визуально определяемое проявление повышенного уровня билирубина крови. Как правило, по литературным данным, у доношенных новорожденных она появляется при уровне билирубина > 85 мкмоль/л, у недоношенных - > 120 мкмоль/л.

Из 32 детей с неонатальной желтухой, находившихся под наблюдением, мальчиков было 56,25%, девочек – 43,75%. Возраст при поступлении в среднем составил от 28 дней до 2 месяцев. Среди детей, госпитализированных с неонатальной желтухой, доношенных было 26 случаев (81,25%), недоношенных - 6 случаев (18,75%). Наблюдаемые дети с неонатальной желтухой родились от 1 беременности в 9 случаях (28%), от второй беременности в 11 случаях (34%), от 3 беременности в 7 случаях (21%), от 4 беременности в 3 случаях (9%), от 5 беременности в 1 случае (3%), от 6 беременности в 1 случае (3%); от 1 родов в 11 случаях (34%), от 2 родов в 13 случаях (40%), от 3 родов в 6 случаях (18%), от 4 родов в 1 случае (3%), от 6 родов в 1 случае (3%). Из анамнеза матерей можно отметить следующие заболевания: анемия - 9 случаев (28,12%), пиелонефрит – 8 случаев (25%), ОРВИ -7 случаев (21,87%), отеки беременных – 5 случаев (15,6%), артериальная гипертензия - 3 случая (9,4%), токсикоз - 2 случая (6,25%), нефропатия - 2 случая (6,25%), пневмония – 1 случай (3,2%), острый бронхит - 1 случай (3,2%), варикоз - 1 случай (3,2%), цистит - 1 случай (3,2%), тонзилит – 1 случай (3,2%), амнионит - 1 случай (3,2%), микоплазменная инфекция - 1 случай (3,2%), угроза выкидыша – 1 случай (3,2%), эрозия шейки матки – 1 случай (3,2%), кольпит – 1 случай (3,2%). У обследованных детей отмечались следующие варианты течения неонатальной желтухи: волнообразное течение в 11 случаях (34%), доброкачественное течение в 21 случае (66%). Следует отметить, что при доброкачественном течении заболевания были выявлены до 3 факторов риска, при волнообразном течении - от 3 до 5. Указанные факторы риска оказывают влияние на формирование хронической внутриутробной гипоксии плода, что нередко ведет к гипоксическому поражению различных органов и систем, в том числе и печени, нарушая, таким образом, созревание гепатоцитов плода. При изучении месяца рождения детей выявлено, что большинство детей были рождены в осенние месяцы: в августе – 4 случая (12,5%), в сентябре - 9 случаев (28%), в октябре - 10 случаев (32,25%), в ноябре - 2 случая (6,25%), в декабре - 4 случая (12,5%), в январе - 3 случая (9,37%). Не исключается влияние месяца рождения на недостаточное воздействие света на организм ребенка, и тем самым, на кинетику и элиминацию билирубина. Желтуха после родов появлялась с рождения - у 1 ребенка (3,2%), со 2 суток – у 6 детей (18,75%), с 3 суток – у 21 ребенка (65,6%), с 4 суток – у 3 детей (9,4%), с 5 суток - у 1 ребенка (3,2%). Возраст детей при поступлении в стационар составил до 1 месяца - 1 ребенок (3,2%), 1 месяц - 28 детей (87,5%), 2 месяца - 3 детей (9,4%). На грудном вскармливании находились 87,5% детей (28 случаев), на смешанном - 12,5% детей (4 случая). Недостаточные частота кормления и объем пищи у новорожденных, находящихся на

естественном вскармливании, могут быть существенными факторами нарастания уровня желтухи в первые 5 дней жизни. Подтверждением данной гипотезы может быть результат большого ретроспективного исследования, проведенного в Австралии, которое выявило существенную связь между высоким уровнем сывороточного билирубина и большой потерей массы тела, а также уменьшением частоты испражнений у новорожденных. При поступлении всем обследованным детям выраженность желтушного синдрома оценивалась по шкале Крамера. Kramer L.I. в 1969 году предложил выделять 5 степеней выраженности желтухи новорожденных, каждой из которых соответствует свой диапазон концентрации билирубина в сыворотке крови. Ежедневное описание во врачебных дневниках желтушности кожных покровов, с указанием кожных зон, предложенных Крамером, помогает определить показания для исследований крови. Желтуха по шкале Крамера у исследованных детей наблюдалась в пределах следующих зон: I и II зоны – 0 случаев, III зона - в 15 случаях, III и IV зоны - в 5 случаях, IV зона - в 8 случаях, Vзона - в 5 случаях. По данным биохимического анализа крови уровень общего билирубина при поступлении определялся выше 100 ммоль/л в 2 случаях (6%), выше 200 ммоль/л - в 23 случаях (70%), выше 300 ммоль/л - в 5 случаях (15%), выше 400 ммоль/л - в 3 случаях (9%). У всех детей отмечалось преобладание непрямой фракции билирубина. Нормализация уровня билирубина регистрировалась на 5-7 сутки госпитализации - в 15 случаях (46%), на 10 сутки - в 10 случаях (31%), на 15-18 сутки - в 4 случаях (12%), на 23 сутки - в 3 случаях (9%). Согласно проведенному анализу на соответствие уровня билирубина крови и выраженности желтушного синдрома по шкале Крамера, нами выявлены следующие данные: III зоне соответствовали следующие лабораторные показатели билирубина – от 202 ммоль/л до 470 ммоль/л, то есть уровень значительно превышающий границы колебаний для данной зоны шкалы Крамера; IV зона представлена следующими цифрами: от 176 ммоль/л до 428 ммоль/л, также не во всех случаях имело место соответствие границам колебаний показателей данной зоны шкалы Крамера; V зона включала уровни билирубина, несоответствующие нижней границе колебаний показателей данной зоны шкалы Крамера (от 200 ммоль/л до 493 ммоль/л). Использование шкалы Крамера для определения показания к биохимическому исследованию крови является очень удобным для практических врачей. Однако, не во всех случаях (28%) у обследованных нами пациентов показатели уровня билирубина крови соответствовали степени выраженности желтухи зонам по шкале Крамера. Кроме того, при постановке диагноза неонатальной желтухи необходимо учитывать наличие дефицита массы тела у новорожденного.

Вывод: Таким образом, выявление критериев предрасположенности к данному состоянию из характеристик матерей и новорожденных в перинатальном и неонатальном периодах, позволит своевременно оценить их и принять меры профилактики. Учитывая что, не во всех случаях у наблюдаемых пациентов отмечалось соответствие показателей уровня

билирубина крови степени выраженности желтушности кожных покровов зонам по шкале Крамера, считаем целесообразным поиск новых, более совершенных и менее затратных методов диагностики неонатальной желтухи.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

М.К. Маженова - интерн-педиатр 748 группы

Кафедра детских болезней интернатуры

АО Медицинский Университет, Астана, Республика Казахстан

Научный руководитель - ассистент М.С. Митина

Актуальность: Нарушения пищевого поведения у детей, избирательное отношение к еде, патологические варианты кормления, могут стать поводом для серьезного беспокойства у родителей. Недостаточное поступление пищевых ингредиентов, снижение нутритивного статуса является причиной отставания в физическом развитии и может привести к ухудшению здоровья ребенка.

Цель работы: изучить влияние неблагоприятных факторов на нарушения пищевого поведения у детей и предложить меры по их предупреждению.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ развития 12 детей с нарушениями пищевого поведения. В дизайн исследования включены дети, обслуживаемые городскими поликлиниками №5, №6, №8, №9 и МЦ «Медикер-Педиатрия» г. Астаны. Возраст детей - от 1 года до 2 лет жизни. Все дети были соматически здоровы, органических причин для отказа от еды и плохого аппетита не выявлено. У 9 (75%) из 12 детей отмечалось отставание в физическом развитии, при этом дефицит массы тела составил от 4 до 12%. Нарушения пищевого поведения проявлялись в виде отказа от еды, гримасами отвращения к пище, отказом от приема овощей и мясных продуктов. У 2 (16,7%) детей был отмечен рвотный рефлекс на попытки насильственного кормления со стороны родителей.

Результаты исследования и обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что у 8 (66,7%) детей отмечалось избирательное отношение к овощам (предпочтительно картофель) или вовсе отказ от овощных блюд. Анализ анамнеза жизни этих детей показал, что у них было более позднее введение прикорма (после 6 месяцев), и в качестве первого прикорма использовались каши, причем в 3 раза чаще, чем овощное пюре. Сроки введения кусочкового питания значительно запаздывали у 6 (50%) детей. На первом году жизни, только 3 (25%) детей находились на свободном режиме вскармливания, остальные 9 (75%) детей получали еду строго по часам. В возрасте старше 1 года, режим кормлений соблюдался у всех 12 детей и попытки накормить ребенка предпринимались даже при отсутствии желания самого ребенка. При этом, никто из 12 детей никогда не проявлял чувство

голода. Вместе с тем, такие продукты как печенье, фрукты, сладкие соки и компоты были доступны ребенку в течение всего дня и использовались мамами в качестве перекусов для ребенка. Все мамы исследованных детей имели постоянное желание накормить ребенка с применением патологических вариантов кормления, а также использовали разные варианты поощрения за прием пищи.

По результатам проведенных исследований, и учитывая отсутствие значительных отклонений в физическом развитии детей, нами проведена коррекция нарушений пищевого поведения в виде исправления режимных моментов: формировался относительно свободный режим кормлений с 3-х разовым основным приемом пищи и 2 перекусами. Проведено обучение родителей уважать отказ ребенка от еды – на втором отказе прием пищи заканчивался, никакие уговоры и патологические приемы кормления не использовались. Все пищевые продукты, кроме воды, после отказа ребенка от еды, были убраны из поля зрения, тем самым исключались перекусы печеньем, фруктами и сладкими напитками. Учитывая плохой аппетит у детей, в начале кормления предлагалась более калорийная густая пища. Увеличение калорийности и белка в рационе проводилось за счет специализированных пищевых продуктов. На фоне отмены принудительного кормления, у всех детей появился интерес к еде, однако у 4 (33,3%) детей пока осталось избирательное отношение к пище (отказ от овощей).

Выводы. Основными причинами нарушений пищевого поведения у детей являются позднее введение прикорма и кусочкового питания. С целью предупреждения развития нарушений пищевого поведения у детей рекомендуются следующие мероприятия: свободный режим кормлений для детей раннего возраста, своевременное введение прикорма (не позднее 6 месяцев) и кусочкового питания (не позднее 10 месяцев), использование разнообразных овощей (брокколи, кабачки, тыква, шпинат) в качестве прикорма. Избегать практики патологических вариантов кормления, дать ребенку право на чувство голода.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С АНЕМИЧЕСКИМ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКИМ И НЕЙТРОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМАМИ

И.Т. Дорошенко – научный сотрудник

Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей, ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н. В.В. Голикова

Актуальность. Важным показателем состояния здоровья детского населения, отражающим процессы роста и формирования организма и находящимся в непосредственной зависимости от нормального функционирования всех систем и органов, является физическое развитие. Этот показатель является одним из экспертно значимых для лиц до 18 лет при оценке

ограничения жизнедеятельности. Самым удобным методом его изучения считается соматометрическое измерение размеров тела и его частей. У детей основными антропометрическими данными являются росто-весовые показатели, которые оцениваются с помощью методов центильных шкал.

Целью исследования было провести анализ соматометрических показателей у пациентов с цитопеническим синдромом. Изучение и оценка росто-весовых показателей были проведены у всех 35 тематических пациентов, имеющих цитопенический синдром.

Материалы и методы исследования. Было проведено стандартное антропметрическое обследование 35 детей в возрасте от 2 до 16 лет с цитопеническим синдромом, при этом 18 (51,4±8,4%) детей имели анемический синдром, 9 (25,7±7,4%) - тромбоцитопенический синдром, 8 (22,9±7,1%) - нейтропенический синдром.

Для оценки полученных результатов использовались методы описательной статистики, характеризующих качественные величины: абсолютное число, относительная величина в процентах (p), стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Степень нарушения показателей роста и веса оценивалась по следующим критериям: легкие нарушения (коридоры ≥10–<25 центилей и >75–≤90 центилей), умеренные (коридоры ≥3–<10 центилей и >90–≤97 центилей), выраженные (коридоры <3 центили и >97 центили, но не превышающие при этом значения 3ð отклонений).

Результаты исследования. Среди пациентов с цитопеническим синдромом данные роста лежали в границах нормальных значений в 40,0±8,3% случаев. Выраженное нарушение параметра роста в сторону снижения было выявлено у 31,4±7,8% детей было, а в сторону увеличения - у 5,7±3,9%. В то время как легкое нарушение роста отмечалось у 17,1±6,4% пациентов (в 50,0% - в сторону снижения, а в 50,0% - увеличения). Остальные отклонения параметров роста встречались в единичных случаях. Показатели массы тела только в случаев в 42,9±8,4% имели нормальные значения. Выраженное нарушение выявлено у 25,7±7,4% пациентов, а легкое - у 20,0±6,8%. Была осуществлена оценка показателей физического развития с использованием центильных шкал для данного возраста и пола, для исследования не только степени его отклонения от нормального распределения, у большинства (74,3±7,4%) детей физическое развитие по сравнению со среднестатистическим данным по Республике Беларусь отличалось от среднего гармоничного. В 20,0±6,8% случаев физическое развитие было резко дисгармоничным, при котором масса тела отличается от параметров роста ребенка на 2 центильных коридора и выше. У 17,1±6,4% детей физическое развитие было очень низким (у 83,3±16,7% - гармоничным). Полученные данные параметров физического развития детей в зависимости от возраста показывают, что наиболее уязвимой группой является среднего школьного возраста, в котором 87,5±12,5 детей с цитопеническим синдромом имеют отклонения физического развития.

Выводы. Таким образом, оценка весо-ростовых показателей является одним из экспертно-значимых сведений у детей с цитопеническим синдромом при оценке ограничения жизнедеятельности, так как в большинстве случаев имеет место нарушение антропометрических данных, что является причиной дезадаптации данных детей в окружающей среде.

ДИАГНОСТИКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ

И.Т. Дорошенко – научный сотрудник

Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей, ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н. Э.Э. Вальчук

Актуальность. Медико-социальная экспертиза сталкивается с рядом проблем при оценке основных категорий ограничения жизнедеятельности у детей с низкорослостью, так как низкорослость зачастую обусловлена обширным спектром заболеваний, постоянным линейным ростом ребенка, изменяющимся в различные возрастные периоды и обилием факторов внутренней и внешней среды, которые влияют на процессы роста детского организма.

Цель исследования: разработать перечень мероприятий экспертно-реабилитационной диагностики клинико-функционального состояния, характеризующих степень ограничения жизнедеятельности у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью.

Материалы и методы исследования. Было проведено клинико-функциональное и клинико-экспертное обследование 150 детей (71,3±3,7% мальчиков и 28,7±3,7% девочек) в возрасте от 1 года месяцев до 18 лет, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие синдромов и заболеваний проявляющимися низкорослостью.

Для оценки полученных результатов применялись методы описательной статистики для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (p), стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Результаты исследования. В ходе анализа установлено, что наиболее часто встречаемой (32,7±3,8%) нозологией у детей с низкорослостью являлся дефицит гормона роста (ДГР). Данная нозология в большинстве случаев (73,5±6,3%) была представлена изолированным дефицитом гормона роста. Множественная недостаточность гормонов гипофиза встречалась только у 13 (26,5±6,3%) детей. Несколько реже (29,3±3,7%) к низкорослости приводили другие эндокринные заболевания: гипотиреоз, встречавшийся в 95,5±3,1% случаев, и псевдогипопаратиреоз, отмечавшийся - в 4,5±3,1% случаев. Низкорослость, обусловленная генетическими синдромами, и низкорослость, обусловленная хроническими соматическими

заболеваниями и/или заболеваниями нервной системы, наблюдалась у 21 (14,0±2,8%) пациента, соответственно. Скелетные дисплазии встречались только у 10 (7,3±2,1%) детей. Низкорослость смешанного генеза была выявлена у 4 (2,7±1,3%) пациентов, которая в 2 (50,0±28,9%) случаях была обусловлена низкорослостью, вызванной заболеванием нервной системы и гипотиреозом, в 1 (25,0±25,0%) – семейной низкорослостью с гипотиреозом и в 1 (25,0±25,0%) – низкорослостью на фоне задержки внутриутробного развития, хромосомного дисбаланса и гипотиреоза.

Всем (100,0%) детям с низкорослостью был проведен полный спектр мероприятий экспертно-реабилитационной диагностики, подтверждающий основной диагноз, а также были осуществлены мероприятия для верификации сопутствующей патологии. Оценены данные объективного осмотра каждого пациента с учетом данных пульсометрии, артериальной тонометрии, измерения частоты дыхания, антропометрического исследования, оценки физического развития и его гармоничности по центильному и сигмальному методы, оценки полового развития по Таннеру. Проведен анализ результатов клинико-лабораторного и клинико-инструментального обследования, а также заключений профильных специалистов. Проведена оценка степени выраженности функциональных нарушений органов и систем, ограничений категорий жизнедеятельности.

По данным комплексной оценки результатов исследования разработаны следующие блоки экспертно-реабилитационной диагностики ограничения жизнедеятельности детей с заболеваниями и синдромами, проявляющимися низкорослостью: блок клинико-функциональной диагностики, блок психологической диагностики, блок социальной диагностики, блок функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с позиции Международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП).

Выводы. Таким образом, по данным проведенного исследования был разработан перечень мероприятий экспертно-реабилитационной диагностики клинико-функционального состояния у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, включающий следующие блоки: блок клинико-функциональной диагностики, блок психологической диагностики, блок социальной диагностики, блок функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья с позиции МКФ-ДП. Использование перечня экспертно-реабилитационной диагностики у детей с низкорослостью позволит объективизировать оценку состояния здоровья пациента и имеющихся нарушений функций органов и систем его организма.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ ПЕРЕД КАРДИОХИРУРГИЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ

В.А. Ластовка – аспирант 1-го года

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. Р.Ф. Тепаев, к.м.н., с.н.с. О.Б. Гордеева

Актуальность. Искусственное кровообращение (ИК) является неотъемлемой частью операций на открытом сердце. ИК, с одной стороны, обеспечивает надежную и безопасную основу сердечно-легочной поддержки, с другой - неподвижное, свободное от крови операционное поле, крайне необходимое для успешного выполнения оперативного вмешательства. Однако проведение ИК сопряжено с развитием таких состояний, как гемодилюция, потребление плазменных факторов, гипотермия, контакт клеток крови с синтетическими поверхностями экстракорпорального контура, не пульсирующий характер кровотока. Вышеперечисленные факторы приводят к развитию синдрома системного воспалительного ответа, увеличению выработки тканевого фактора и тромбина, снижению продукции протеина С и антитромбина III [Roman M. Sniecinski, MD, and Wayne L. Chandler,2011]. Вследствие воздействия ИК, операционной травмы отмечается активация системы фибринолиза. Не пульсирующий характер кровотока сопровождается дисфункцией эндотелиальных клеток с высвобождением оксида азота и простациклина. С первых минут ИК отмечается снижение уровня тромбоцитов до 50% от дооперационного, нарушение функциональных показателей тромбоцитов, повышение уровня биохимических индикаторов активации тромбоцитов – тромбоцитарного фактора 4, ß-тромбоглобулина и тромбоксана B2 [Y.J. Gu,P.W. Boonstra,R. Graaff,A.A. Rijnsburger,H. Mungroop,W. van Oeveren, 2000]. Снижение концентраций плазменных факторов II, V, VII, IX, X и XIII, существенно повышает риск как тромботических, так и геморрагических осложнений; особенно подвержены гемокоагуляционным нарушениям дети первого года жизни ввиду незрелости системы гемостаза, выраженной гемодилюции, у части пациентов - ввиду физиологических изменений, связанных с цианотическими пороками сердца. Нужно отметить, что частота геморрагических осложнений у детей после операций в условиях ИК занимает третье место в общей структуре осложнений (8,4% от общего числа осложнений) [Benavidez OJ, Gauvreau K, Del Nido P, Bacha E, Jenkins KJ., 2007]. Наиболее неблагоприятными осложнениями являются ишемические (3,9%) и геморрагические поражения ЦНС (5,2%) [Bradley P. Fuhrman, 2011]. Развитие гемокоагуляционных осложнений (ГКО) приводит к увеличению затрат на лечение, снижению качества жизни, ухудшению течения заболевания, увеличению летальности.

В настоящее время не существует подходов по расширенному предоперационному исследованию системы гемостаза у детей, готовящихся к операции на сердце в условиях ИК. Не существует критериев выделения групп риска пациентов по развитию гемокоагуляционных осложнений; не разработаны особенности ведения пациентов из групп риска в периоперационном периоде.

Цель исследования. С помощью предоперационного исследования системы гемостаза , выделить пациентов, имеющих повышенный риск развития кровотечений или тромбозов в периоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Выполнение работы на базе отделения реанимации и интенсивной терапии (заведующий отделением – д.м.н., Р.Ф.Тепаев) ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (директор – академик РАН А.А. Баранов). В исследование включены 20 детей в возрасте до 1-го года, которым планировалось проведение операций по поводу врождённых пороков сердца в условиях искусственного кровообращения. До проведения ИК всем детям проводилось исследование ряда лабораторных и клинических параметров. После операций пациенты разделены на 2 группы: с ГКО и без них; определены лабораторные и клинические показатели повышенного риска развития ГКО после операций в условиях ИК.

Результат исследования. Определены лабораторные и клинические параметры, имеющие прогностическое значение для определения групп риска пациентов по развитию ГКО.

Выводы:

1) Необходимость расширенного предоперационного исследования системы гемостаза у пациентов 1-го года жизни, готовящихся к операциям по поводу врождённых пороков сердца в условиях ИК.

2) На основании выявленных прогностических параметров, определение групп риска пациентов по развитию ГКО.

3) Разработка мер профилактики ГКО у пациентов из групп риска.

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Овсейчик Д.А. – студент 5 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф. Ковальчук В.И.

Актуальность: Химические ожоги занимают первое место среди заболеваний пищевода в детском возрасте. Ожоги пищевода и их последствия остаются актуальной проблемой на протяжении многих лет. Это объясняется тем, что, несмотря на успехи медицины, смертность

от тяжелых ожогов остается высокой, а результаты восстановления проходимости пищевода, требуя много сил и времени, далеко не всегда успешны. В настоящее время количество химических ожогов пищевода не имеет тенденции к уменьшению, что обусловлено значительным увеличением использования в быту препаратов бытовой химии, содержащих кислоты и щелочи. Диагностика ожогов пищевода должна основываться не только на клинических симптомах, но прежде всего на данных объективного исследования − диагностической фиброгастродуоденоскопии. В связи с широким внедрением фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в последнее время значительно улучшилась диагностика ожогов пищевода и желудка, их дифференцировка по степени поражения, что позволяет прогнозировать дальнейшее развитие процесса.

Цель: Изучить местные проявления химических ожогов пищевода в зависимости от вида агрессивного вещества, длительности его контакта со слизистой оболочкой, временем, прошедшим с момента травмирования согласно клиническим проявлениям и данным фиброгастродуоденоскопии.

Материалы и методы исследования. В ГОДКБ в период с 2011 г. по 2016 г. было госпитализировано 238 детей, проглотивших препараты бытовой химии и медикаменты. Из них 37 (15,5%) детям при поступлении был выставлен диагноз: химический ожог слизистой полости рта и пищевода? После обследования окончательный диагноз химический ожог слизистой полости рта и пищевода был подтвержден у 26 (10,9%) детей. Из них мальчиков было 26 (70,3%), девочек – 11 (29,7%). 89,2% (33 ребенка) − это дети до 3-х лет, 4-5 лет – 3 ребенка (8,1%) и 1 ребенок в возрасте 11 лет (2,7%).

Результаты исследования. Химическими агентами, вызвавшими ожоги пищевода у детей являлись: перекись водорода (1 ребенок – 3,8%), пищевой 9% уксус (1 ребенок – 3,8%), перманганат калия (5 детей – 19,2%), лимонная кислота (1 ребенок – 3,8%), «Белизна» (2 детей – 7,7%), стиральные порошки (3 детей – 11,5%), «Горный чистотел» (1 ребенок – 3,8%), «Суперчистотел» (1 ребенок – 3,8%), средство для прочистки труб «Крот» (1 ребенок − 3,8%), краска для волос (3 детей – 11,5%), жидкость для снятия лака (4 ребенка – 15,4%).

Сбор анамнеза выявил, что основной причиной обращения в больницу являлся факт проглатывания ребенком химического вещества и нахождение его следов на губах и одежде. Клинические проявления на момент поступления в стационар отсутствовали. После проглатывания химического вещества в течение первого часа в стационар поступило 32 ребенка (86,5%), 4 детей (10,8%) – через 2 часа, 1 ребенок (2,7%) – через 4 часа.

34 пациента являлись жителями г. Гродно и Гродненского района. 3 детей были переведены из других районов Гродненской области с тяжелой степенью ожога в отделение реанимации. Всем поступившим детям (238 детей), было проведено промывание желудка. Детям, которым при поступлении был выставлен диагноз химический ожог пищевода? (37

детей), в первые сутки от момента травмы проводилась диагностическая ФГДС, с помощью которой устанавливали наличие ожога и его степень. После проведения диагностической ФГДС диагноз химический ожог пищевода был снят у 11 детей (29,7%). Остальные 26 детей предварительно были разделены на две группы: с I степенью (18 детей − 69,2%) и со II-III степенью ожога (8 детей − 30,8%), поскольку отдифференцировать II и III степень представлялось затруднительным. У всех 18 больных (69,2%) с I степенью ожога выявлялись гиперемия и отек слизистой пищевода. У 12 детей с I степенью поражение пищевода сочеталось с поражением желудка и 12-перстной кишки (5 детей имели эритематозную гастропатию, 7 детей – эритематозную гастродуоденопатию). По отношению к локализации ожога при I степени поражение верхней трети пищевода отмечено у 3 детей (16,6%), средней и нижней трети – у 7 детей (39%) и собственно нижней трети – у 8 детей (44,4%).Повторная ФГДС проводилась 8 (30,8%) больным на 7-8 сутки после травмы, по результатам которой было выявлено, что 5 детей имеют 2 степень ожога и 3 детей – 3 степень ожога.

Эндоскопическая характеристика ожога II степени (5 детей – 19,2%) в 1-е сутки после травмы проявлялась гиперемией, отеком слизистой оболочки, наложением фибрина различной протяженности. Было отмечено, что у 2 детей (40%) ожог полости рта и глотки проявлялся только признаками I степени в то время как ожог пищевода был II степени. У всех больных поражение пищевода сочеталось с эритематозной гастродуоденопатией. При оценке локализации ожога при 2 степени поражение пищевода на всем протяжении наблюдалась у 1 ребенка (20%), в верхней и средней трети – у 1 ребенка (20%) и средней и нижней трети – у 3 детей (60%). При проведении повторной ФГДС на 7-8 день у всех детей было отмечено уменьшение воспалительного процесса как со стороны ротоглотки, так и пищевода. На 14 день после ожога, изменения в ротоглотке не были выявлены, в то время как в пищеводе сохранялась гиперемия слизистой.

Эндоскопическая картина при III степени ожога у всех 3 детей (11,6%) в 1-е сутки и на 7-8 день с момента травмы, как со стороны пищевода, так и со стороны ротоглотки характеризовалась гиперемией и отеком слизистой, фибринозными налетами. При оценке локализаций поражений в случае ожогов III степени выявлено, что в 100% случаев имели место ожоги пищевода на всем протяжении. Эндоскопический контроль проводился на 7-8-е, 11-е, 15-17-е, 21-24-е и 27-е сутки. 1 ребенку, у которого химический ожог осложнился рубцовым стенозом пищевода, было выполнено бужирование пищевода зондом №11 на 29-е сутки после травмы.

При анализе прижигающих веществ у 8 пациентов с ожогами II-III степени у 3 пострадавших (37,5%) ожог был вызван перманганатом калия, у 2 детей (25%) – краской для волос, у других 3 детей (37,5%) − пищевым 9% уксусом, «Суперчистотелом» и средством для прочистки труб «Крот».

Основным лечебным мероприятием при химических ожогах является промывание желудка в первые часы после травмы. Больным назначалась диета, проводилась антибактериальная и кортикостероидная терапия, симптоматическое лечение, вводились препараты, улучшающие реологические свойства крови, местные мероприятия, облепиховое масло, смесь Жукова, так же проводилось бужирование пищевода 1 ребенку, у которого химический ожог осложнился рубцовым стенозом пищевода.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила ±13,7 койко-дня (у пациентов с 1-й степенью − ±2,8 койко-дня, со 2-й степенью − ±10,4 койко-дня, при 3-й степени − ±28 койко-дня).

Из 26 детей с выздоровлением выписаны 24 ребенка (92,3%), осложнения химических ожогов пищевода отмечены у 2-х детей: один ребенок − рубцовое сужение верхней трети пищевода; второй ребенок − химический ожог слизистой полости рта, пищевода, черпаловидных хрящей гортани, левого главного бронха. Некротическая ампутация в/3 надгортанника, нижняя трахеостомия. Ребенок переведен для дальнейшего лечения в РНПЦ ДХЦ.

Выводы:

1. Ожоги пищевода наиболее часто получают дети в возрасте от 1 до 3 лет, которые по недосмотру взрослых всё новое часто пробуют на вкус.

2. Данная патология не сопровождается жалобами в первые часы после получения травмы.

3. Объективным способом диагностики степени химического ожога пищевода, стенозирования и выявления отдаленных осложнений остается эндоскопический.

4. При эндоскопическом исследовании в первые сутки травмы невозможно окончательно отдифференцировать химический ожог II-III степени, в связи с чем необходимо повторное проведение ФГДС на 7−8 день после травмы.

ПАХОВАЯ ГРЫЖА У ДЕТЕЙ

Овсейчик Д.А. – студент 5 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., профессор Ковальчук В.И.

Актуальность. Проблема лечения паховых грыж у детей всегда сохраняла свою актуальность ввиду их широкой распространенности; отличительной от пациентов старшего возраста этиологией заболевания; сложностью своевременной диагностики и лечения данной патологии; количества осложнений и рецидивов.

Цель: изучить результаты открытых и лапароскопических способов оперативного лечения паховых грыж у детей.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные историй болезни 903 детей с паховыми и пахово-мошоночными грыжами, находящихся на лечении в «ГОДКБ» с 2012 по 2016 год.

Результаты исследования. Больные в возрасте до 1 года составили 72 (8%), 1-5 лет – 563 (62,3%), 6-10 лет – 214 (23,7%), 11-15 лет – 40 (4,5%), 16 лет и старше – 14 (1,5%). Мальчиков было 596 (64%), девочек – 307 (36%). Из всех детей диагноз паховая грыжа был выставлен в 769 случаях (88,2%), а пахово-мошоночная грыжа в 134 случаях (11,8%).

По локализации преобладали односторонние грыжи в 806 случаях (89,3%), двухсторонние грыжи выявлены у 97 детей (10,7%). При односторонней локализации: правосторонняя – у 503 (62,4%), левосторонняя – у 303 больных (37,6%). Из всех мальчиков правосторонняя грыжа отмечалась у 351 (58,9%), левосторонняя выявлена у 218 (36,6%) и у 27 (4,5%) отмечалось двухстороннее грыжевое выпячивание. Из всех обследованных девочек у 152 (49,5%) выявилась правосторонняя грыжа, левосторонняя была выявлена у 85 (27,7%), и двухсторонняя – у 70 девочек (22,8%).

Все дети в возрасте от 0 до 18 лет были предварительно обследованы в плановом порядке.

Из всех 903 пациентов у 85 (9,4%) при обследовании была выявлена сопутствующая патология: пупочная грыжа – в 58 случаях (68,3%), грыжа белой линии живота – в 4 случаях (4,7%), пупочная грыжа и грыжа белой линии живота – в 1 случае (1,2%), гипоплазия яичка – в 6 случаях (7%), синехии крайней плоти – в 7 случаях (8,3%), фимоз – в 4 случаях (4,7%), варикоцеле 2 ст. – в 2 случаях (2,4%), в других 3 случаях (3,4%) – киста семенного канатика, гидроцелле, фиброма мошонки.

Из всех детей у 46 (5,7%) отмечалось ущемление грыжевого содержимого. 50% (23ребенка) – это дети до 1 года, 1-5 лет – 19 детей (41,3%), 6-10 лет – 3 ребят (6,5%) и 1 ребенок (2,2%) в возрасте 14 лет. Со слов родителей, у 4 пациентов (8,7%) отмечалось многократное ущемление, у 6 (13%) – однократное и у 36 детей (78,3%) грыжевое содержимое ущемилось впервые. Все дети с ущемленной паховой грыжей были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям. В течении 1 часа в стационар поступило 14 детей (30,4%), 2 часов – 10 (21,7%), 3 часов – 7 (15,2%), 4 часов – 5 (10,9%), 5 часов – 3 (6,5%), 6-12 часов – 3 (6,5%), 12-24 часов – 3 детей (6,5%) и 1 ребенок через 54 часа (2,3%). У 40 пациентов (86,7%), со слов родителей, отмечались жалобы на наличие болезненного выпячивания в паховой области и беспокойство, у 3 детей (6,5%) вместе с тем отмечалась однократная рвота, у 2 ребят (4,3%) – многократная рвота и у 1 пациента (2,5%) – однократная рвота, отек и гиперемия мошонки и легкая гиперемия над областью грыжевого выпячивания. При

выделении грыжевого мешка в обязательном порядке проводилась ревизия его содержимого. При ревизии установлено что грыжевым содержимым в 5 случаях (10,9%) являлся яичник, в 2 случаях (4,3%) – яичник вместе с маточной трубой, в 10 случаях(21,8%) – петля тонкой кишки, в 2 случаях (4,3%) – илеоцекальный угол, в 2 случаях (4,3%) – петля толстой кишки и в 1 случае слепая кишка (2,1%). В 24 случаях (52,2%) во время ревизии грыжевое содержимое самопроизвольно вправилось в брюшную полость, что не позволило установить его характер.

У 4 пациентов (0,3%) при ревизии грыжевого мешка был выставлен диагноз скользящая паховая грыжа. У 2 детей (50%) одной из стенок грыжевого мешка являлась стенка мочевого пузыря, у 1 пациента (25%) – брюшина, покрывающая маточную трубу и у 1 пациента (25%) – соединительнотканный тяж, напоминающий место фиксации маточной трубы.

Всем другим детям пластика пахового канала выполнялась в плановом порядке. Выбор пластики пахового канала зависел от возраста детей и ущемления. На сегодняшний день в клинике используется два основных способа закрытия грыжевого дефекта – открытое паховое грыжесечение и лапароскопическая герниопластика. Открытое паховое грыжесечение проводилось у 856 пациентов (94,8%) с использованием пластик пахового канала по Дюамелю, Мартынову, Ру и Ру-Краснобаеву. Так, пластика пахового канала по Дюамелю была применена у 464 детей (54,2%), по Мартынову – у 61 ребенка (7,3%), по Ру – у 89 детей (10,4%), по Ру-Краснобаеву – у 242 детей (28,1%). Послеоперационный период у этих детей протекал без осложнений. Среди поступающих с рецидивом было 8 детей (0,89%). Рецидивы отмечались у 4 мальчиков после грыжесечения по Дюамелю, 3 девочек после грыжесечения по Ру-Краснобаеву и у 1 мальчика после грыжесечения по Мартынову.

47 пациентов (5,2%) были прооперированы с применением лапароскопической герниопластики. Лапароскопическая герниопластика была выполнена у 32 детей с двухсторонней грыжей (68%) и у 15 детей с односторонней грыжей (32%). Мальчиков было 13 (27,7%), девочек – 34 (72,3%). 27 пациентов (57,4%) – это дети в возрасте 1-5 лет, 6-10 лет -19 детей (40,4%) и 1 ребенок в возрасте 13 лет (2,2%). Послеоперационный период у этих детей протекал без осложнений. Рецидивов не отмечалось. С 2015 года в клинике начала применяться однопортовая лапароскопическая герниорафия, по которой из общего числа всех лапароскопических герниопластик был прооперирован 21 ребенок (44,7%). По PIRS методике был прооперирован 1 ребенок (2,1%).

Выводы:

1. Паховые грыжи являются широко распространенной патологией у детей ясельного и дошкольного возраста, чаще встречается у мальчиков.

2. Отмечено преобладание больных с паховыми грыжами в возрасте 1-5 лет – 62,3 %.

3. По нашим данным наиболее частым методом хирургического лечения паховых грыж является открытое паховое грыжесечение.

4. Использование лапароскопического метода оперативного лечения паховых грыж у детей позволяет сократить число осложнений и рецидивов и сопровождается хорошим косметическим результатом.

5. Улучшение результатов грыжесечения у детей необходимо добиваться постоянным совершенствованием техники операции однопортовой лапароскопической герниорафии с использованием щадящих, атравматических приемов.

МЕТОДИКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПО NUSSУ ДЕТЕЙ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Х.А. Дарбишева – студентка 505 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доц. Б. М. Махачев

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки(ВДГК)является частымпороком развития грудной клетки у детей (В. И. Гераськин.с соавт.1986)

Необходимость её коррекции обусловлена не только косметическим дефектом, но и нарастанием кардио-респираторных нарушений (С. С. Рудаков с соавт. 2007). Проведение торакопластики требуетадекватного анестезиологического обеспечения.

Целью нашего исследования было сравнить два метода обезболивания.

Задачи исследования: выяснить, является ли продленная эпидуральная анестезия более эффективным методом обезболивания, чем традиционный метод парентеральное введение опиоидов.

Материалы и методы. 33 пациентам обоего пола 11-14лет, с 2013 по 2017 гг. выполнена торакопластика по Nassa.

Все оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом. Для сравнительной оценки эффективности обезболивания пациенты разделены на две группы: I группа (11чел) получали анестезию с использованием нейролептанальгезии (NLA); детям II группы (22чел) проведена многокомпонентная балансированная анестезия в сочетании с эпидуральным блоком на уровне Th_{IV}- Th_{VII} через установленный катетер. После операции пациенты I группы обезболивались традиционным методом в/м 1%промедол 0,1мг/кг. Пациентам II группы продолжалось титрование 0,2% наропина в вэпидуральное пространство 0,4мг/кг/час в течении 1,5-2 суток.

Исчезновение послеоперационной сонливости и восстановление ориентированности оценивались двукратно посредством теста BIDWEY(1977) через 3 и 6 часов.

Балл	Характеристика
4	Больной не отвечает на словесную команду и болевую стимуляцию
3	Больной реагирует на болевую стимуляцию, но не вступает в контакт
2	Больной отвечает на словесную команду и реагирует на болевую стимуляцию, но не ориентируется в пространстве и во времени
1	Больной отвечает на все формы стимуляции, хорошо ориентируется в пространстве и во времени, но чувствует сонливость
0	Больной хорошо ориентируется в пространстве

Оценка интенсивности боли и адекватности анестезии проводилась после пробуждения ребенка по «шкале боли» HANNALAH R. S. - BRODMAN L.M.(1987) на 5 этапах (через 3-4 часа, 6ч., 18ч., 24ч. и 48ч). Общая сумма менее 4 из 10 баллов расценивалась как удовлетворительная анальгезия.

показатель	критерий	баллы
ср АД	+10% от предоперационного уровня >20% от предоперационного уровня >30% от предоперационного уровня	0 1 2
крик	Отсутствие крика Кричит, но не реагирует на прикосновение Кричит, нет реакции	0 1 2
движения	Тело расслаблено, не двигается Мышечная ригидность, вынужденное положение Беспокойные, хаотичные движения	0 1 2
возбуждение	Больной спит или находится в спокойном состоянии Легкая степень возбуждение Выраженное возбуждение	0 1 2
вербальная реакция	Спит или не жалуется на боль Нелокализованная боль Локализованная боль Общая сумма -	0 1 2 до 10

Результаты. В I группе сумма баллов по тесту BIDWEY составила 2,5±0,1 на 1 этапе и 1,6±0,1 на 2 этапе, что было значительно выше, чем у детей II группы 0,6±0,01 и 0,4 ± 0,02 соответственно.

Пациенты из I группы экстубированы в реанимационном отделении спустя 2-2,5 часа после восстановления адекватного дыхания. В первые3-4 часа после операции еще сохранялось дремотное состояние.

Больные II группы сразу после операции до перевода в реанимационное отделение были экстубированы. Отмечалось быстрое пробуждение, ясность сознания и возможность словесного контакта.

Показатели «шкалы боли» у пациентов I группы как видно из таблицы были выше и составляли в среднем 2,4±0,7 на 1 этапе и 3,6±0,6 баллов 2 этапе. Эти дети в первые сутки вели себя настороженно, боялись каких-либо манипуляций и проведения тестов. Жаловались на болезненность в области раны при пальпации и кашле, попытке изменить положение тела у них отмечалась тахикардия. У трети больных в сроки наблюдения до 18 часов отмечалась недостаточная эффективность обезболивания опиоидами (>4 баллов), что приводило к необходимости ввести дополнительно диклофенак натрия 0,5 мг/кг или метамизола натрия 2,5мг/кг.

Сумма баллов по «шкале боли» у пациентов II группы значительно отличалась: 1,3±0,2 на 1 этапе и 1,5±0,4 на 2 этапе исследования.

У этих пациентов жалоб на болевые ощущения в покое и кашле не было. Подростки охотно выполняли команды.

На последующих этапах исследования по «шкале боли» показатели при сравнении между группами мало отличались.

На всех этапах у пациентов II группы отмечались нормальные показатели гемодинамики, приближённые к физиологическим.

Больные I группы находились в р/отделении 3-4сутки, II группы 1,5-2сутки.

Выводы. 1. Очевидно, что анальгетический эффект эпидурального блока наропина значительно выше в сравнении с применением опиоидов, тем не менее, при невозможности установления эпидурального катетера в связи с техническими трудностями или родительским отказом не следует снимать со счета традиционный метод обезболивания опиоидами.

2. Тахикардия, повышение показателей ср АД, оценка по шкале HANNALAH R.S. - BRODMAN L.M. >4баллов свидетельствуют о неудовлетворительной анальгезии в первые сутки после операции среди детей, обезболенных опиоидами. Для 1/3 пациентов требовалось потенцирование введением НПВП

3. Быстрое пробуждение пациентов II группы, ранняя активизация, возможность

глубокого дыхания, откашливания мокроты способствовали значительному уменьшению возможных легочных осложнений (ателектазов, пневмоний), послеоперационных аритмий сердца, что сокращало сроки пребывания в реанимационном отделении.

Список литературы

- А. Ж. Абдурахманов Хирургическое лечение деформации грудной клетки / А. Ж. Абдурахманов, К. Б. Тажин // Травматология ортопедия – 2003 - № 2 С. 55-56
- А. К. Абдурахманов, об оперативном лечении воронкообразной груди А. К. Абдурахманов // Комплексное лечение больных с повреждением и западением костей, суставов и полостных органов: межвуз. сб. науч. тр. – Алма-Ата, 1987. – С. 164-166
- В. И. Гераськин - Магнитохирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки / В. И. Гераськин, С. С. Рудаков, Г. С. Васильев, А. Н. Герберг. – М.: Медицина, 1986 – 143с
- Л. Е. Цыпин, Послеоперационное обезболивание у детей / Л. Е. Цыпин, И. Ф. Острейков, В. Л. Айзенберг. – М.: Олимп, 1999 – 208 с.
- П. А. Исалабдулаева Послеоперационное обезболивание детей с хирургической коррекцией воронкообразной деформации грудной клетки. Автореф. дис. канд. мед.наук. Автореферат С.Петербург 2011 г С. 22
- С. С. Рудаков Разработка и клиническое применение фиксаторов грудной стенки из металла с эффектом памяти формы при хирургической коррекции / С. С. Рудаков, М. Ю. Коллеров, О. В. Кожевников // Клинические технологии – 2007 - №1 – С.18-20.
- Т. П. Мишина, П. А. Исалабдулаева, А. Д. Магомедов, С. М. Махачев Особенности послеоперационного периода у детей с воронкообразной деформацией грудной клетки после торакопластики //Анестезиология и реаниматология. №1. 2010г. С.50-54
- Т. П. Мишина и др. Эпидуральная анестезия у детей. Учебно-методическое пособие для анестезиологов, реаниматологов, хирургов и студентов медицинских вузов. Махачкала 2010 г 48 с.
- Ю. С.Александрович, К. В. Пшениснов, В. И. Гордеев Интенсивная терапия критических состояний у детей

КОНСТАНТИН ИВАНОВИЧ ЧУЛОВСКИЙ - ОСНОВОПОЛОЖНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В ОМСКЕ

И.А. Атанова – студентка 136 группы педиатрического факультета

Кафедра детской хирургии

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, Омск, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор А.К. Чернышев

Актуальность: Изучение истории медицины родного края формирует научное мировоззрение и нравственную позицию студентов-медиков, повышает уровень общей и профессиональной культуры.

Цель исследования: изучить историю становления и развития детской хирургии в городе Омске.

Материалы и методы исследования: изучены материалы, документы, архивы, исторические источники по теме исследования.

Результаты исследования. История развития детской хирургии тесно связана с именем Константина Ивановича Чуловского (1887-1966). В 1911 году закончил Санкт-Петербургскую военно-медицинскую академию со званием «лекаря с отличием». Работал врачом Омского военного госпиталя с 1911 года. В 1921 году в г. Омске был основан государственный медицинский институт. В этот период Константин Иванович становится ассистентом госпитальной хирургической клиники. В 1921 году открыл кабинет лечения детей с костно-суставными формами туберкулёза, на основе которого в 1928-1929 г.г. Чуловским под руководством Н.А.Семашко был открыт костно- туберкулёзный санаторий для детей. Константин Иванович основал детскую ортопедическую службу в г. Омске. В 1931 на кафедре общей хирургии был организован доцентский курс детской хирургии, где он и стал заведующим. В 1934 году утверждён в звании доцента по детской хирургии с присвоением степени кандидата медицинских наук без защиты диссертации. Заведующим назначен Константин Иванович. В годы войны Чуловский был главным хирургом омских эвакогоспиталей. Под руководством Константина Ивановича его ученик и основной помощник Ю.Ф. Свёкров впервые в Омске выполнил кандидатскую диссертацию, посвящённую хирургическому лечению косолапости. Его ученики внесли большой вклад в организацию работы хирургического отделения, подготовку и воспитание врачей. Особую роль сыграла Т.Л. Сваровская. К.И. Чуловский возглавлял кафедру до 1966 года. После чего ушёл на заслуженный отдых.

Вывод. Таким образом, можно сделать вывод о том, что Константин Иванович Чуловский сыграл большую роль в становлении и развитии детской хирургии в городе Омске. Это был первый специалист – детский хирург Омской области. Он является основателем большой династии врачей Чуловских. Медицинское общество Омской области помнит Константина Ивановича как отличного хирурга, прекрасного детского ортопеда, мудрого человека, великолепного организатора. В настоящее время в г.Омске, а также в Омском государственном медицинском университете работает уже пятое поколение врачей Чуловских.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАСКЛЕРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ НА РЕФРАКЦИОННУЮ СТРУКТУРУ ГЛАЗА

З. К. Магарамов - врач-ординатор, А. Б. Абдулаев - врач-офтальмохирург,

А.М. Абакарова- клинический ординатор

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Каспийск, Россия

ГБУ РД НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза», Каспийск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Актуальность. *Отслойка сетчатки* - это отделение нейросенсорного слоя сетчатки от пигментного эпителия, вызванное нарушением связи между данными слоями, в результате накопления субретинальной жидкости. Данная офтальмопатология является одной из самых тяжёлых, а в структуре слепоты и слабовидения, а также инвалидности по зрению, отслойка сетчатки занимает одно из лидирующих мест.

В последние годы в лечении отслойки сетчатки достигнуты значительные успехи, что позволяет получить стойкий анатомический результат. Однако, несмотря на достигнутое анатомическое прилегание сетчатки, функциональный результат операции далеко не всегда можно считать удовлетворительным. По данным различных авторов у 60% больных острота зрения после операции не превышает 0,45. В 50% случаев зрительные функции остаются на дооперационном уровне или улучшаются незначительно. После оперативного устранения отслойки сетчатки с использованием экстрасклеральных методик оптическая система глаза претерпевает качественные изменения, многие показатели которых остаются пока неизвестными. Известно, что круговое вдавление склеры приводит к удлинению переднезадней оси глаза. Изменение анатомо-топографического соотношения структур глаза может вызывать оптические погрешности, снижающие зрительные функции пациента после операции.

Цели исследования: изучение влияния индуцированных аберраций оптической системы глаза после экстрасклеральных вмешательств на зрительные функции.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 40 (79 глаз) больных с витреоретинальной патологией. Средний возраст пациентов составил 44,0 ± 14,5 лет, в исследовании приняли участие 29 женщин и 11 мужчин. Все исследования выполнены с информированного согласия испытуемых и в соответствии с этическими нормами Хельсинкской Декларации (2000 г.).

Хирургическое вмешательство проводилось витреоретинальными хирургами «Дагестанского центра микрохирургии глаза» г. Каспийск с января 2017 г. по январь 2018 г.

Обследование больных осуществляли до операции и через 2 недели после операции. Критериями исключения были операции и травмы глаза в анамнезе или сопутствующая патология, способная исказить данные исследования, в том числе помутнения и рубцы роговицы, катаракта.

В зависимости от проведённого хирургического вмешательства было выделено 2 группы пациентов. Первую группу (23 глаза) составили пациенты с отслойкой сетчатки, которым было проведено экстрасклеральное пломбирование. Экстрасклеральное пломбирование проводилось силиконовыми пломбами диаметром от 3 до 5 мм, при необходимости проводилось дренирование субретинальной жидкости с последующим введением сбалансированного солевого раствора в стекловидное тело. Во вторую группу исследования (17 глаз) вошли пациенты с отслойкой сетчатки, которым было выполнено круговое вдавление склеры. Операция осуществлялась при помощи силиконового жгута диаметром 2 мм.

Для проведения данного исследования всем участникам был проведен стандартный офтальмологический осмотр, включающий в себя:

1. Визометрия – определение максимальной не корригированной остроты зрения и максимальной корригированной остроты зрения, которые были определены при помощи проектора знаков корейской фирмы HuvitsCCP-3100.

2. Кераторефрактометрия – выполнялась на авторефрактометре корейской фирмы HuvitsMRK-3100 для автоматической оценки рефракции глаза.

3. Исследование инудцированных роговичных аберраций осуществлялось с помощью кератотопографа Allegretto Topolyzer.

4. Биомикроскопия выполнялась для оценки состояния переднего отрезка глаза с помощью щелевой лампы американской фирмы Reichert XCEL-250.

5. Для определения границ поля зрения использовался компьютерный периметр российского производства фирмы «Периком».

6. УЗИ в режиме А- и В- сканирования для оценки показателей передне-задней оси глаз, прилегания сетчатки и состояния эписклеральных имплантов было произведено с помощью прибора российского производства Optimed.

Результаты и обсуждение. Возникновение индуцированного астигматизма после операции экстрасклерального пломбирования сетчатки наблюдали у 14 (35%) пациентов. Индуцированный астигматизм был вызван, прежде всего, изменениями формы роговицы, коррелировал с положением пломбы, являлся неправильным.

У 23 (57,5%) пациентов, где до операции макула прилежала, острота зрения с коррекцией после операции снизилась с 0,7±1,0 до 0,4±0,5, только у одного пациента, острота зрения с коррекцией которого до операции была 0,85, осталась неизменной.

По данным А-сканирования, статистически значимо увеличилась переднезадняя ось глаза

у 15 (88,2%) пациентов второй группы на 0,5 мм и более. В среднем её величина после операции возросла с 24,43 ± 0,55 до 25,3 ± 0,14 мм.

После операции во второй группе наблюдалось изменение рефракции в сторону миопии на 1 дптр и более у 14 (82,3%) пациентов; в среднем, сдвиг рефракции в сторону миопии составил 1,75±0,25 дптр, среднее значение индуцированного миопического астигматизма составило 0,5±0,25 дптр. Для сравнения – в первой группе индуцированная миопия наблюдалась у 12 (52,2%) пациентов, в среднем на 0,5±0,25 дптр.

Корнеотопографическое исследование показало, что круговое вдавление склеры привело к возникновению индуцированного неправильного астигматизма: изменились индексы неправильного астигматизма TAI и индекс асимметрии поверхности SAI. Другие корнеотопографические показатели, в том числе показатель симулированного кератометрического цилиндра CYL, не изменились.

В обеих группах не было выявлено изменений размеров хрусталика, средние значения глубины передней камеры после операции уменьшились с 3,44 ± 0,3 до 3,12 ± 0,12 мм.

Выводы:

1. Экстрасклеральное пломбирование сетчатки и круговое вдавление склеры приводят к изменениям глубины и объема передней камеры глаза.
2. Полученные данные свидетельствуют о том, что круговое вдавление склеры вызывает грубые изменения оптической системы, связанные с изменением аксиальных размеров глаза. Экстрасклеральное пломбирование также вызывает снижение качества зрения, но в гораздо меньшей степени.
3. Изменения геометрических параметров оптической системы глазного яблока приводят к индуцированным правильному и неправильному астигматизму. После кругового вдавления склеры возникает, как правило, неправильный астигматизм.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ВИЗОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ МАКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

М.М. Магомедова - врач-ординатор, М.М. Нурудинов - врач-ординатор,

Х.А. Яхъяева - клинический ординатор

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Каспийск, Россия

ГБУ РД НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза», Каспийск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью, нередко двусторонним характером поражения и прогрессирующим течением процесса в

макулярной зоне. По данным различных международных исследований при выявлении макулярной патологии в первые 2-3 года 36% пациентов уже теряют способность к чтению. Изменение центрального зрения зависит от гибели фоторецепторного слоя, в результате чего происходит нарушение зрительного восприятия.

Визометрия или определение остроты зрения - один из основных критериев оценки способности к зрительному анализу форм, размеров, структуры и ориентации объектов в пространстве. Исследование остроты зрения проводится с помощью различных систем: настенные таблицы и проекторы знаков.

В отечественной практике распространенным является метод оценки остроты зрения по таблице Сивцева–Головина (буквы русского алфавита), предложенный в 1923 году, где используется десятичная система: каждый ряд отличается от соседнего на 0,1 остроты зрения. Однако необходимо учесть недостаток предложенных ранее таблиц - отсутствие в них оптотипов для определения остроты зрения в 0,05 ед., являющейся границей форменного зрения. В ходе совершенствования визометрических исследований была построена таблица ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study). Таблица ETDRS состоит из 5 тест – объектов в каждом из 15 рядов. Для оценки результатов исследования используются logMAR единицы – логарифм минимального угла разрешения – Minimal Angle of Resolution (MAR). Данная таблица была разработана и предложена для оценки эффективности лазерного лечения диабетической ретинопатии, сопутствующим осложнением которой является диабетический макулярный отек, и на сегодняшний день является золотым стандартом оценки динамики показателей зрительных функций.

Несмотря на высокую прецизионность использования таблицы ETDRS стоит учесть тот факт, что при проверке остроты зрения не исключен феномен «узнаваемости» тест объекта, при котором испытуемый может правильно назвать тест объект узнав его силуэт, а также феномен "закругления углов" и краудинг - эффект. Феномен зависит от: 1) распределения внимания, 2) смешиваемости или «торможения узнавания», являющегося результатом пространственной близости букв, и 3) степени видимости букв (Woodrow, 1938). Известна работа зарубежных авторов, где проводилось изучение влияния симметрично расположенных полос на определение ориентации минимально видимого кольца Ландольта. Было доказано ухудшение восприятия при расстояниях, меньших минимально различимого кольца. При увеличении расстояния влияние на опознание не сказывалось.

Данное обстоятельство подтверждает необходимость создания максимально достоверного метода определения остроты зрения, что позволит достичь наиболее ранней диагностики патологических процессов в центральном отделе сетчатки.

Цель исследования: разработка и клиническая оценка новой методики прецизионной визометрии с использованием таблицы ETDRS.

Материалы и методы исследования.

Для осуществления поставленной цели был разработан способ прецизионной визометрии (регистрация в ФИПС №2017118120 от 27.05.17г.) по таблице ETDRS (рис. №2) с использованием оригинального тест - объекта для визометрии, где используются геометрическая прогрессия изменения размеров тест-объекта со знаменателем 1,26 (рис. №1).

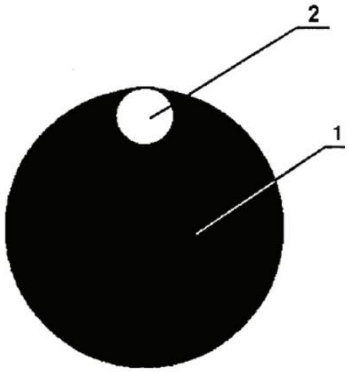


Рис. 1. *Тест-объект для визометрии*

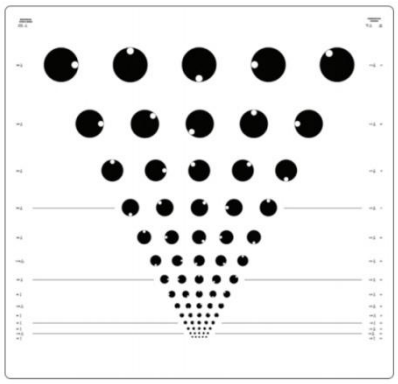


Рис. 2. *Таблица ETDRS с оригинальным тест-объектом*

Оценку остроты зрения проводят даже если исследуемый определил только один тест–объект в строке [9]. Общий вид данного тест -объекта для визометрии изображен на фиг.1. Тест-объект построен по принципу отношения детали тест - объекта к общему размеру 1:5, состоит из окружности, равномерно заполненной черным цветом (поз. 1), и расположенной внутри и касательно к ней окружности белого цвета (поз. 2).

Линейные величины (диаметр) окружностей рассчитывались по формуле:

$l = 2 \times D\mathrm{tg}\alpha / 2$, *где*

l – искомая линейная величина (диаметр) окружности,

D – дистанция, для которой ведется расчет (5 м),

α – условный зрительный угол (1′)

Исследовано 167 пациентов (326 глаз) в возрасте 46 до 72 лет. В соответствии с нозологической структурой были сформированы 4 группы: 1 группа - ВМД, экссудативная форма – 48 пациентов, 2 группа - пост макулярный отек - 46 пациентов, 3 группа - ДМО – 58 пациентов, 4 группа - СНМ – 13 пациента. Всем пациентам проводились визометрия по стандартной методике и прецизионная визометрия по оригинальной методике.

Результаты исследования. Показатели остроты зрения, полученные в результате исследования, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Группы	**Острота зрения по стандартной методике,**	**Острота зрения по предлагаемой методике LogScore,**

	относительные единицы	относительные единицы
1	0,1-0,8	1,0-0,140
2	0,02-0,4	1,58-0,420
3	0,06-0,6	1,2-0,20
4	0,2-0,6	0,84-0,20

Таблица 2

Единицы LogMAR	Острота зрения по десятичной системе
1,0-0,18	0,1-0,82
1,6-0,48	0,02-0,34
1,2-0,25	0,07-0,52
0,94-0,22	0,13-0,50

Был проведен пересчет логарифмических единиц в децимальную шкалу для оценки степени прецизионности предлагаемой методики исследования остроты зрения. Для сравнительного анализа достоверности методов визометрии при различной патологии макулярной области был проведен расчет средних значений остроты зрения по обоим методам визометрии в каждой из групп.

Выводы. Таким образом, предложенная методика прецизионной визометрии позволяет:

1. Свести на нет влияние общей конфигурации оптотипа на способность различения его деталей.

2. Оценить остроту зрения с шагом до 0,01 по десятичной системе, т.е. оценить функциональные результаты и динамику зрительных функций даже при определении одного тест – объекта в одной строке (логарифмический расчет).

3. Исключить эффект закругления углов и возможность запоминания тест–объектов.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА 1 - 3 СТАДИЙ

А.Б. Магамедова - врач-ординатор

Отделение функциональной диагностики, лазерной и рефракционной хирургии

ГБУ РД НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза», Каспийск, Россия,

Кафедра глазных болезней №1 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Каспийск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.-Г.Д. Алиев

Актуальность. В лечении кератоконуса существуют многочисленные методы хирургического лечения. Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки [1,2,3].

На базе ГБУ НКО «Дагестанский центр микрохирургии глаза» нами был предложен и внедрен в клиническую практику способ комбинированного метода лечения прогрессирующего кератоконуса. Данный способ представляет собой сочетание двух методов лечения: стандартная лазерная коррекция методом LASIK с одномоментным кросслинкингом коллагена роговицы (патент №2620757 от 29 мая 2017г.).

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность метода комбинированного лечения у больных с прогрессирующим кератоконусом 1-3 стадии.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 76 пациентов (76 глаз) с кератоконусом 1-3 стадий по классификации Amsler (24 глаза -1 стадия, 42 глаза - 2 стадия, 10 глаз - 3 стадия). Возраст пациентов варьировал от 18 до 45 лет. Все больные имели признаки прогрессирования кератоконуса. Срок наблюдения составил 3 года.

В ходе исследования были сформированы две группы: первая группа (основная) - 38 пациентов (38 глаз), которым был проведен комбинированный метод лечения, вторая группа (контрольная) -38 пациентов (38 глаз) - выполнен стандартный метод лечения кератоконуса с помощью КРК.

До и после операции наряду со стандартными офтальмологическими методами обследования пациентам проводили исследования на компьютерном кератотопографе фирмы AllegroTopolyzer Wave Light с целью определения сферичности роговицы, исследование переднего отрезка глаза проводилось на оптическом когерентном томографе фирмы «AVANTIXR» (OPTOVUE, США), толщину роговицу оценивали с помощью ультразвукового аппарата фирмы TOMEYSP-3000.

Анализ и интерпретация результатов проводились до операции, спустя 1, 3, 6, 12, 24,36 месяцев после процедуры.

1-ой группе проводился комбинированный метод лечения кератоконуса, который заключался в следующем: под местной инстилляционной анестезией с помощью микрокератома формируется поверхностный лоскут роговицы на глубине 110-120 микрон. После этого лоскут отводится в сторону и производится лазерная коррекция стандартным методом LASIK. Раствор нормотонического рибофлавина (рибофлавин 0,1% и декстран 20%) инстиллируется на роговицу до полного прокрашивания ее стромы желтым пигментом. Избыток раствора удаляется стерильным физиологическим раствором. Далее лоскут укладывается на свое исходное место и в течение 15 минут роговица активизируется ультрафиолетовым лазером с расстояния 1 см (или больше в зависимости от точки фокусировки источника UVA) с длиной волны 370 нм и мощностью излучения 7 мВ/см^2. Во

время облучения инстилляции раствора рибофлавина используется каждые 3 минуты. После окончания процедуры инстиллировали антибактериальный препарат и на сутки накладывали мягкую контактную линзу. В послеоперационном периоде пациентам назначали антибактериальную, слезозаместительную и репаративную терапию.

Пациентам 2 группы проводили КРК по стандартному протоколу.

Результаты исследования и обсуждение. Функциональные результаты операции у пациентов первой группы были высокими и стабильными. В группе пациентов после проведения комбинированного метода лечения послеоперационных осложнений не наблюдали. Больные жалоб не предъявляли. При биомикроскопии роговица оставалась прозрачной.

У всех пациентов второй группы после стандартного КРК имел место выраженный болевой синдром, купирование которого происходило в среднем через трое суток до момента полной эпителизации.

Некорригированная острота зрения после операции у пациентов первой группы в среднем увеличилась с 0,15±0,05 до 0,75±0,04 строчки и сохранялась в процессе всего периода наблюдения. Сферический эквивалент снизился с – 4,8±0,3 Дптр до -1,5±0,4. Отмечалось снижение объективного и субъективного цилиндрического компонента рефракции с 4,7 ±0,6Дптр до 2,5±0,45Дптр с 4,3±0,06 Дптр до 1,5±0,04 Дптр соответственно.

У пациентов второй группы некорригированная острота зрения уменьшилась с 0,25±0,08 до 0,12±0,05., что связано с появлением «псевдохейза» в центральной зоне роговицы. Через месяц после процедуры острота зрения увеличилась до уровня операционной. К 6 месяцу после операции повысилась с 0,41±0,12 до 0,52±0,01 и оставалась стабильной на протяжении всего срока обследования. Сферический эквивалент снизился на 2,0 Дптр в сравнении с дооперационной, а величина роговичного астигматизма снизилась до 3,0±0,15 Дптр.

При проведении ОСТ определяли наличие демаркационной линии, указывающей на глубину фотохимического процесса у пациентов обеих групп, которая проходила в среднем на глубине 275-295 мкм.

При исследовании пахиметрических карт по данным оптикокогерентного топографа у пациентов обеих групп наблюдалось уменьшение толщины роговицы. Толщина роговицы в зоне кератэктазии у пациентов 1 группы статистически значимо снизилась с 465±2,34 до 419±2,36 микрон, а во второй группе с 450±1,05 до 425±0,33 микрон. Уменьшение толщины роговицы обусловлено, так называемым «эффектом стягивания», возникающим в результате кросслинкинга, а также в первой группе в результате проведенной абляции.

Прогрессирования кератоконуса ни в одном случае не зафиксировано.

Заключение. Комбинированный метод лечения кератоконуса имеет ряд преимуществ: позволяет повысить остроту зрения без коррекции на 1-2 строчки, с максимальной коррекцией на 2-3 строчки, а также позволяет сократить время кросслинкинга до 15 минут, так как

используется большая мощность (7мВ/см^2). Основными преимуществами данной методики являются проведение однократного хирургического вмешательства и абляция неизмененной кросслинкингом стромы, а также сохранение эпителиального слоя роговицы и быстрая послеоперационная реабилитация.

Литература

1. Бикбов М.М., Бикбова Г.М., Халимов А.Р. Результаты клинического применения устройства для перекрестного связывания коллагена роговицы «УФалинк». Рефракционная хирургия и офтальмология, 2009; 9.(2):14-17.

2. Дога А.В., Кишкин Ю.И., Измайлова С.Б. Топографически ориентированная ФРК в коррекции неправильного астигматизма у пациентов с кератоконусом. Офтальмохирургия. 2015; 2: 16-21.

3.Слонимский А.Ю. Возможности сквозной пересадки роговицы при различной патологии переднего отрезка глаза. Клиническая офтальмология. 2001; 2(3):1-11.

ОДНОВРЕМЕННЫЙ T-CAT EPILASIK В СОЧЕТАНИИ С КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ

А.М. Агмадов - ассистент, Г.Ф. Байрамова - клинический ординатор

Кафедра глазных болезней №2 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н. проф. М.И. Исмаилов

Актуальность. Кератоконус - это врожденное дегенеративное невоспалительное заболевание роговицы, характеризующееся прогрессирующим истончением роговицы с выпячиванием ее центральных отделов, формированием миопической рефракции иррегулярного астигматизма. В 20% случаев происходит активное прогрессирование кератоконуса и, как правило, манифестирует в пубертатном периоде. Процесс прогрессирования кератоконуса в наибольшей степени происходит в том возрасте, когда человеку необходимо учиться и приобретать профессиональные навыки. Прогрессирование кератоконуса может приводить к значительного снижению зрительных функций ,а значит, и качества жизни пациентов. Частота кератоконуса в общей популяции составляет 1:2000. однако, в последнее время отмечается увеличение частоты этой патологии до 1:400-1:600. Это связывают с ухудшением экологии, а в некоторых республиках — и с этнодемографическими особенностями (близкородственные браки, компактные поселения), а также с появлением в клинической практике современной диагностической техники, позволяющей выявить заболевание на ранних, часто субклинических стадиях.

Цель исследования: разработка и внедрение нового комбинированного

высокотехнологичного метода лечения кератоконуса, позволяющего максимально предотвратить возможные послеоперационные осложнения, эффективно стабилизировать его прогрессирование с максимально возможной коррекцией аберраций, оптимизировать саму технику операции для снижения временных затрат и требований к оперирующему хирургу, а также повышение общей комплаентности пациентов кератоконусом.

Материалы и методы исследования. Процедура T-CATEpilasik с акселеративным кросслинкингом роговичного коллагена проводилась 14 пациентам с кератоконусом 1 стадии — 10 глаз, 2 стадии — 18 глаз. Всем пациентом до и после операции определяли остроту зрения без коррекции и с максимальной очковой коррекции, рефракцию и преломляющую силу роговицы на автоматическом рефрактометре корейской фирмы HuvitsMRK-3100 (Япония), оптическую когерентную томографию роговицы.

Методика проводится следующим образом. Проводится местная анестезия алкаином оперируемого глаза за 10 мин до операции и непосредственно перед операцией. Формируется эпителиальный лоскут с помощью эпикератома Epi-K фирмы Moria. Данный способ формирования эпителиального лоскута имеет ряд преимуществ: практически отсутствуют риски биомеханического повреждения лоскута, существующие при применении Lasik; при этом система не срезает и не повреждает боуменову мембрану; лезвие не имеет острого края, эпителий остается жизнеспособным (80%); не используются химические средства для деэпителизации до операции, во время и после операции. Эпителиальный лоскут отводится кверху, толщина формируемого лоскута 40-50мкм. Далее производится, так называемая, кастомизированная абляция. Для этого предварительно проводится кератотопография, позволяющая выявить индивидуальные рефракционные аномалии каждого конкретного глаза. Данные кератотопографа переносятся в компьютер эксимерлазерной установки AllegrettoWaveeye-q и, с помощью специального программного обеспечения Topography-guidedcustomizedablation (T-CAT), на основе их анализа моделируется алгоритм персонализированной (кастомизированной) абляции. Далее закапывают раствор рибофлавина 0.5% до полного прокрашивания стромы роговицы желтым пигментом. После прокрашивания поверхность обнаженной роговицы промывают физиологическим раствором, и эпителиальный лоскут накладывается на свое исходное место. Далее проводится процедура кросслинкинга с помощью прибора IROC UV-X; луч прибора фокусируется на вершине роговицы. УФ облучение проводят в течении 10 мин с периодическим закапыванием рибофлавина 0,5% каждые 5 мин. Мощность излучения 9мВт/см2. После операции оперированный глаз промывается физиологическим раствором, инстиллируют антибактериальные, корнеопротекторные, противовоспалительные препараты (тобрекс, макситрол, корнерегель). Контактную линзу снимают через 2-4 дня после операции.

Результаты исследования. Результаты комбинированного лечения кератоконуса будут оценивали в разные сроки операции (1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев и 1 год). На данном этапе

исследования приведены предварительные результаты в сравнении с показателями стандартной процедуры кросслинкинга (у 17 пациентов) через 6 месяцев.

Таблица № 1.

Сравнительный анализ со стандартной процедурой кросслинкинга

Показатель	**T-CATEpilasik с акселеративным кросслинкингом**	**Время наблюдения**	**Стандартная процедура кросслинкинга**
Острота зрения без коррекции	0.18±0.02	До операции	0.2±0.03
	0.2 ± 0.03	Через 7 дней	0.16 ± 0.02
	0.29 ± 0.06	Через 1 месяц	0.2 ± 0.03
	0.35 ± 0.1	Через 2 месяца	0.26 ± 0.15
	0.45±0.2	Через 6 месяцев	0.4±0.1
Острота зрения с максимальной коррекцией	0.35±0.06	До операции	0.33±0.08
	0.5 ± 0.03	Через 7 дней	0.3 ± 0.14
	0.6 ± 0.08	Через 1месяц	0.5 ± 0.05
	0.7 ± 0.03	Через 2 месяца	0.55 ± 0.07
	0.85±0.5	Через 6 месяцев	0.6±0.5
Рефрактометрия	-3,4±1.8	До операции	-3,6±1,65
	-1.3±0.74	Через 1 месяц	-2,0±0,56
	-1.5±0.5	Через 6 месяцев	-2.25±0.25
Оптическая когерентная томография роговицы	325±23	До операции	310±10
	491±18	Через 7 дней	482±5
	427±21	Через 1 месяц	419±12
	419±25	Через 2 месяца	389±14
	434±27	Через 6 месяцев	411±18

На следующий день после операции пациенты указывали на наличие небольшого помутнения зрения. Со 2 дня после операции пациенты стали отмечать уменьшение мутности

зрения. С 5 дня после процедуры пациенты стали отмечать улучшение остроты зрения.

Выводы. По данным предварительных результатов проведения T-CATEpilasik с акселеративным кросслинкингом острота зрения без коррекции улучшилась на 2 - 3 строчки, с максимальной коррекцией на 3-4 строчки. По предварительным данным данная методика значительно улучшает качество зрения пациентов.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО И ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Э.И. Джонназаров[1] – студент 5 курса лечебного факультета,

С.М. Дибирова[2] - студентка 6 курса лечебного факультета

[1]Кафедра офтальмологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино,

Душанбе, Республика Таджикистан,

[2]Кафедра глазных болезней №2 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. М.И. Исмаилов,

д.м.н. доцент Ш.К. Махмадов, П.К. Муртазалиева

Актуальность. За последнее время число лиц, страдающих различными видами нарушения рефракции, значительно возросло. К 2017 году по статистическим показателям ВОЗ доля близорукости достигла 29%, доля гиперметропии в этом возрасте составляет 31%, а эмметропии – 40%. Особенно данная проблема актуальна среди школьников и студентов, у которых нагрузка на глаза значительно повышена.

Цель: выявить, есть ли разница по числу студентов с нарушениями рефракции и по степени ее прогрессирования в течение 5-6 лет обучения в ТГМУ и ДГМУ.

Материал и методы. В процессе исследования изучались медицинские карты 60 студентов, из них 50% студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, Республика Таджикистан) и 50% ДГМУ (Махачкала, Республика Дагестан) Учитывались острота зрения, степень ее снижения в течение пяти-шести лет обучения в университете.

Результаты. Среди студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, Республика Таджикистан) 48% имели нормальное зрение и не отмечали его снижения за время обучения в университете. У 40% студентов с миопией имелась отрицательная динамика за время обучения в университете (16 % имели слабую степень миопии, 24% - среднюю степень миопии). У 9% студентов отмечается снижение остроты зрения и прогрессирование миопии в пределах 1 дптр, у 3%-более чем на 1 дптр за 5-6 лет обучения в университете.

Среди студентов ДГМУ (Махачкала, Республика Дагестан) 40% имели нормальное зрение и не отмечали его снижения за время обучения в университете. У 45% студентов с миопией имелась отрицательная динамика за время обучения в университете (15 % имели слабую степень миопии, 30% - среднюю степень миопии). У 11% студентов отмечается снижение остроты зрения и прогрессирование миопии в пределах1 дптр, более чем на 1 дптр снижения остроты зрения отмечалось у 4%.

Заключение. Процент студентов с нормальным зрением составляет приблизительно 88 %. Из них, на студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, Республика Таджикистан) приходится 48%, а ДГМУ (Махачкала, Республика Дагестан) 40%. Количество студентов с миопией, не имеющих отрицательной динамики за время обучения в университете, равно 45%. В обоих университетах число студентов, у которых не отмечается прогрессирования заболевания составляет, соответственно, 40% и 45% (почти одинаково). У студентов ДГМУ отмечается прогрессирование миопии в пределах 1 дптр на 2% больше, чем у студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Максимальное число студентов, у которых миопия усилилась более чем на 1 дптр, отмечается среди студентов ДГМУ на 1% больше, чем у обучающихся в ТГМУ.

Таким образом, можно отметить, что процент заболеваемости миопией среди студентов Дагестанского Государственного Медицинского Университета значительно выше, чем в Таджикском Государственном Медицинском Университете имени Абуали ибни Сино.

Необходимо обратить на это внимание врачей поликлиник, преподавателей и самих студентов и принять меры, направленные на охрану их зрения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРАЕВОЙ МИОТОМИИ С СРЕДИННОЙ ДУБЛИКАТУРОЙ К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ МЫШЦАМ ПРИ КОСОГЛАЗИИ

Э.И. Джонназаров – студент 5 курса лечебного факультета,

С.М. Дибирова - студентка 6 курса лечебного факультета ДГМУ

Кафедра офтальмологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино,

Душанбе, Республика Таджикистан,

2-ое глазное отделение ГУ НМЦ Республики Таджикистан,

Душанбе, Республика Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. доцент Ш.К. Махмадов

Актуальность. Косоглазие - это не только тяжелый функциональный недостаток и косметический дефект, но и состояние, влияющее на психику пациента.Несмотря на достижения офтальмохирургии, лечение косоглазия остается одной из наиболее сложных задач современной офтальмохирургии.

Наш разработанный метод является надёжной, безопасной и экономичной операцией.

Цель исследования – изучение клинико-функциональной эффективности разработанных методов: краевая миотомия - операция, ослабляющая действие мышц; срединная дубликатура – операция, усиливающая действие мышц при горизонтальном косоглазии.

Материалы и методы исследования

Проведено у 56 больных, из них 32 пациента – мужчины, в возрасте от 16 до 31 года и 24 – женщины, в возрасте от 17 до 37 лет.

Пациенты находились на лечении во втором глазном отделении ГУ НМЦ РТ в период с 2015 по 2017 гг. Угол косоглазия определялся по методу Гиршберга и составил в среднем 44,1 5,2º.

Эзотропия наблюдалась у 11 пациентов, экзотропия – у 45 пациентов.

Техника ее выполнения заключалась в следующем. После подготовки операционного поля и проведения анестезии, производился лимбальный разрез конъюнктивы, и выделялась прямая окулярная мышца. Под сухожилие подводились два мышечных крючка, при помощи, которых растягивалась мышца. Для ослабления мышцы, два края её части разрезались краевым способом 2 - 4 мм от места прикрепления мышцы. (Рис.1)

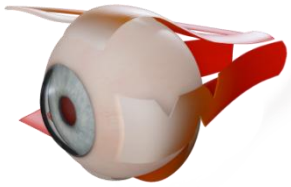


Рис.1.Краевая миотомия.

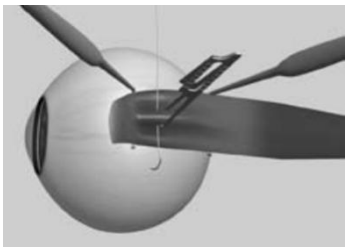


Рис.2. Срединная дубликатура.

Для усиления использовалась срединная дубликатура от средней продольной части мышцы, путем ее прошивания в 3–5 мм от места прикрепления, в зависимости от необходимого объема усиления (рис.2). Той же иглой с ниткой накладывался склеральный шов, прошитый участок мышцы подтягивали за нить к склере, с формированием мышечной складки, нить завязывали тремя узлами.

На конъюнктивальный разрез накладывали узловые швы. В послеоперационный период определяли положение и подвижность глазных яблок во время каждого осмотра через 1 неделю, а также 1, 3, 6 и 12 месяцев после него.

Результаты исследования и их обсуждение. При краевой миотомиис срединной дубликатурой, послеоперационная реакция (отёк и гиперемия конъюнктивы) значительно уменьшались к концу первой недели, и уже через 3-4 недели послеоперационный рубец сливался с лимбом и был практически незаметен.

Ортофория была получена у 53 больных, остаточный угол до 5 градусов наблюдался у 1 больного, гипоэффект до 10 градусов отмечался у 2 больных. Ни у одного больного не

отмечался гиперэффект, энофтальм или сужения глазной щели.

Все пациенты были удовлетворены косметическим эффектом операции (рис 3 – 5).

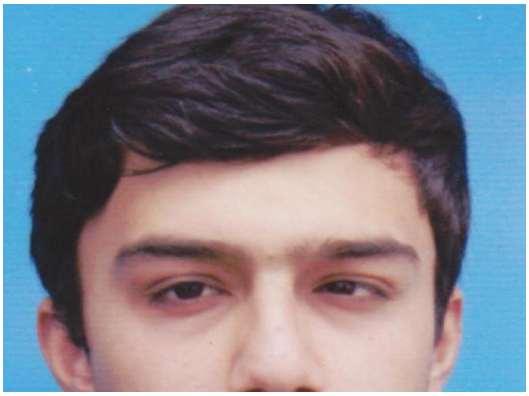
а  б

Рис. 3. Пациент А.С., 17 лет, со сходящимся косоглазием 45 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.

а б

Рис. 4. Пациентка К.Ф., 24 года со сходящимся косоглазием 45 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.

а б

Рис. 5. Пациентка З.Д., 20 лет с расходящимся косоглазием 30 градусов до (а) и после (б) проведённого оперативного вмешательства.

Выводы. Разработанный нами метод краевой миотомии с срединной дубликатурой может быть рекомендован на будущее для хирургии всех видов косоглазия за счёт своей минимальной травматичности, лучших топографо-анатомических параметров, обеспечивающих полноценное выполнение оперативного приёма без дополнительного растяжения конъюнктивы.

Предлагаемым методом получены высокие функциональные результаты, с низким процентом осложнений. По этой причине он является надёжным, безопасным и экономичным.

НОВАЯ ТАБЛИЦА JEI/JEI ДЛЯ ИСЛЕДОВАНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ГЛУХОНЕМЫХ ДЕТЕЙ

Э.И. Джонназаров[1] – студент 5 курса лечебного факультета,

С.М. Дибирова[2] - студентка 6 курса лечебного факультета

[1]Кафедра офтальмологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино,

Душанбе, Республика Таджикистан,

[2]Кафедра глазных болезней №2 с усовершенствованием врачей

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. М.И. Исмаилов,

д.м.н. доцент Ш.К. Махмадов, П.К. Муртазалиева

Актуальность. На сегодняшний день известны различные способы проверки остроты зрения, но наиболее распространенным является способ проверки по печатной таблице. У детей дошкольного возраста остроту зрения в нашей стране принято проверять по таблице Орловой. Недостатком данного способа, по нашему мнению, является низкая точность проверки остроты зрения. Это связано со следующими причинами:

– степень узнаваемости оптотипов одного и того же ряда заметно варьирует и во многом зависит от уровня развития ребенка, например, некоторые оптотипы, такие как петух и лошадь, самолет и звезда, как показала практика, похожи и часто путаются детьми;

– изображения оптотипов не всем детям одинаково знакомы — многие дети вообще не называют мотоцикл, слона и телефон;

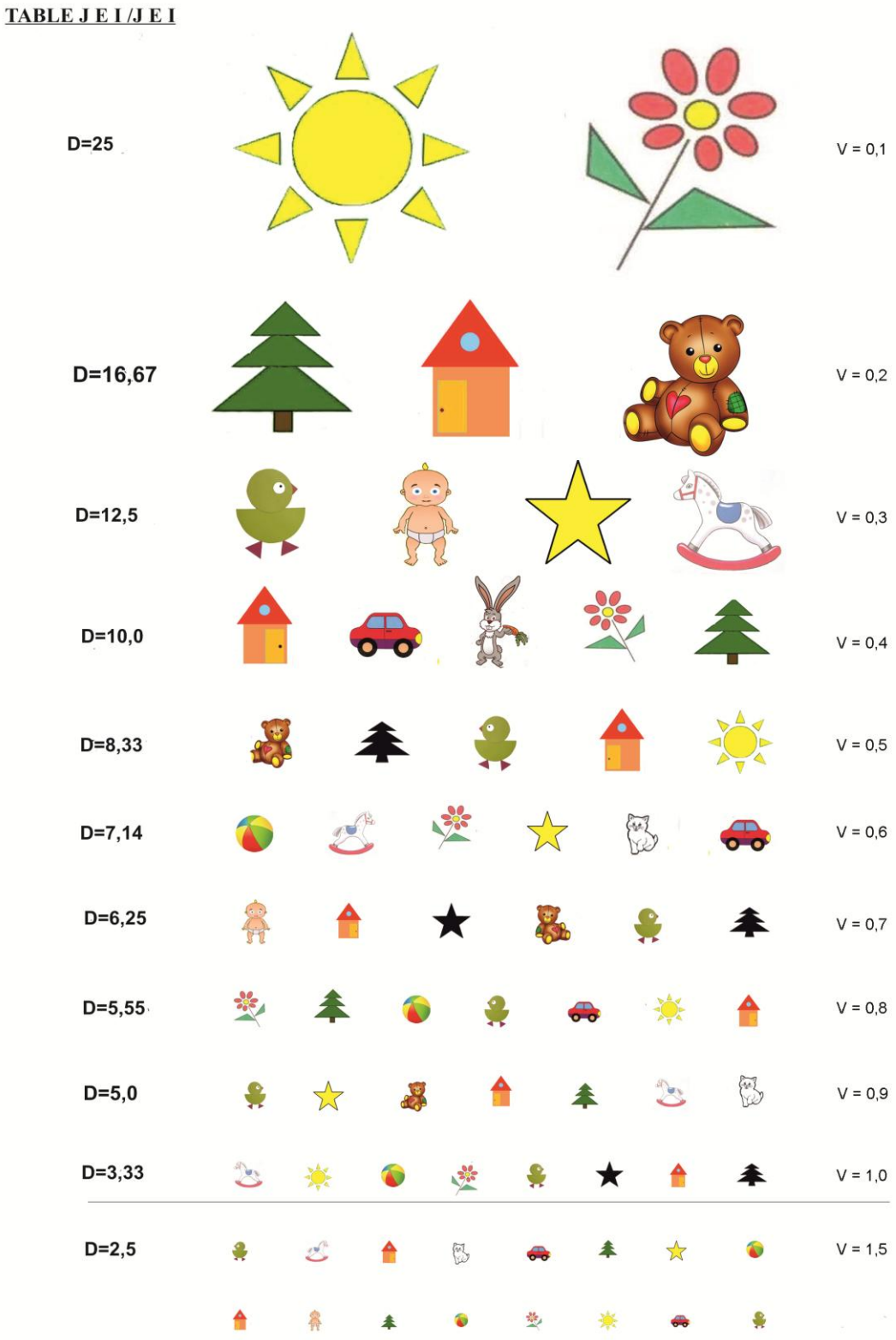
– не учитывается национальный фактор (разные языки).

– не расчетонно методы исследования остроты зрения у глухонемых детей.

Исследования остроты зрения ребенка проводятся по таблице JEI/JEI, по которой мы просим называть изображения картинки. Современные таблицы для проверки остроты зрения у детей дошкольного возраста содержат изображение знакомых ему предметов. Поскольку дошкольники в совершенстве не владеют алфавитом, мы использовали только простые и понятные картинки. Дети могли достаточно просто, свободно отвечать по специальной таблице для проверки зрения.

В 3 года дети знают и называют все предметы, их свойства и качества, в пассивном словаре сформированы некоторые обобщающие понятия: игрушки, одежда, мебель, обувь. Таблица JEI/JEI сформировано из простых узнаваемых предметов для определения остроты зрения.

Таблица состоит из 12 рядов картинок, размер которых уменьшается сверху вниз. В левом столбце указано расстояние, с которого здоровый ребенок должен видеть ту или иную строку. Оно обозначено буквой D (дистанция) и выражено в метрах. В правой части таблицы указана острота зрения, которая скрывается под буквой V (visus). Находясь на расстоянии 2,5 метров от таблицы JEI/JEI, ребенок должен хорошо различать ее 10 строку. В этом случае острота его зрения равна 1.0 или 100%. Если с пятиметровой дистанции ребенок различает лишь первую строку, то результат равен 0,1 или 10%. И так по нарастающей.



Если обследуемый видит все 12 строк на расстоянии 2,5 метров, это говорит об остроте зрения выше среднестатистической нормы. Если обследуемый видит 10 строк меньше единицы, то это считается за снижение остроты зрения. Если острота зрения у ребенка снижена, и он не способен распознать знаки десятой строки, то его приближают к таблице на расстояние 0,25 метра и просят назвать символы верхнего ряда. Острота зрения ребенка определяется по той строке, в которой ребенок сможет правильно назвать все символы.

Зрение считается нормальным, если ребенок способен распознать каждым глазом картинки десятой строки с расстояния 2,5 метров.

Цель исследования – разработать простые новые и доступные методы для быстрой проверки остроты зрения у здоровых детей дошкольного возраста и глухонемых детей

Материалы и методы исследования

Поставленная техническая задача «исследовать остроту зрения, у здоровых детей и детей дошкольного возраста с глухонемых детей» (Джонназаров Элдор Ихтиёрович, Дибирова Саида Магомедсултановна), заключающаяся в следующем:

- Необходимые условия:

1. Высота (ширина) каждого изображения в таблице JEI/JEI должна быть равной, на первой строке =35 мм, на второй =16,67 мм, на десятой = 3,33 мм.
2. Нижний край таблицы должен находиться на расстоянии 60 см от уровня пола.
3. Таблицу JEI/JEI располагают на уровне глаз ребенка в вертикальной плоскости, чтобы средний ряд знаков таблицы был примерно на уровне глаз ребенка.
4. Перед началом проверки остроты зрения ребенку показывают таблицу с расстояния 30-40 см, чтобы видеть в ней оптотипы, различать его детали, узнавать представленный рисунок (оптотип), чтобы понять, что от него требуется.
5. Если до обращения к врачу, ребенок уже пользовался очками или контактными линзами, то перед исследованием должен их снять. Для назначения нового рецепта на очки (контактные линзы).
6. Ребенок должен сидеть на расстоянии 2,5 м от таблицы JEI/JEI.
7. Ребенок должен сидеть прямо, спокойно, не прищуриваясь и не нагибаясь вперед к таблице JEI/JEI, которая располагается на уровне его глаз в вертикальной плоскости так, чтобы средний ряд знаков таблицы был примерно на уровне глаз ребенка.
8. Здоровый ребенок называет изображения, глухонемым детям следует дать в руки карточки с изображениями из таблицы JEI/JEI. При показе того или иного знака ребенок поднимает карточку с изображением соотвествующего изображения.

- Техника выполнения:

Проверка у детей вызывает усталость раньше, чем у взрослых людей, поэтому его лучше проводить следующим образом:

1. Не исследуемый глаз предварительно закрывают и определяют остроту зрения лучше видящего, а затем хуже видящего глаза, если он заранее известен. А если нет, то сначала определяют остроту зрения правого, затем левого глаза.
2. Ребенку нужно поочередно показывать картинки, начиная с верхнего ряда и постепенно спускаясь вниз, при этом не показывая их заранее.
3. В каждой строке показывать только по одной-две картинки.

4. Если на каком-либо столбце ребенок неверно назвал символ, следует дать ему вторую попытку.

5. Если он не сможет назвать ее, при второй попытке, необходимо вернуться на строчку вверх.

6. Результат оценивается по тому столбцу, на котором ребенок увидел все изображения (допускается лишь одна ошибка с последующим исправлением).

7. При проведении проверки важно следить, чтобы ребенок не щурился и раздумывал над ответом не более 5 секунд.

8. Далее следует закрыть второй глаз и повторить ту же процедуру.

- Если острота зрения ниже 0,01, то необходимо дать ребенку в руку лист бумаги с изображением и спрашивать на расстоянии 10 см от глаз ребенка:

1. «Дай такую же картинку»
2. «Покажи где цветочек»
3. «Назови эту картинку»

- Контроль остроты зрения детей может осуществляться в домашних условиях с помощью «таблицы JEI/JEI». Родители могут проверять остроту зрения дети дошкольного возраста в домашних условиях.

Для этого: 1. Достаточно распечатать ее на листе формата А4

2. Закрепить на уровне глаз ребенка
3. Обеспечить хорошее освещение.
4. Ввиду небольшого размера таблицы дошкольника следует расположить на расстоянии 2,5 метра от нее.
5. Рекомендуется заранее познакомить ребенка с изображениями на таблице. Это поможет родителям убедиться в том, что дошкольник знает все картинки и правильно называет их.

- Формула JEI/JEI используется для исследования остроты зрения ниже 0,1 и выше 1,0.

$$V\,2 = \frac{d * V\,1}{D}$$

V (visus) 1- нормальная острота зрения

D (дистанция)- расстояние с которого различаются изображения при нормальной остроте зрения

d (дистанция)- расстояние с которого видит исследуемый V (visus) 2- острота зрения пациента

Результаты исследования и их обсуждение. Предлагаемым способом было обследовано 71 детей в возрасте от 3-х до 7-и лет. Исследование повторяли дважды, чтобы определить, насколько результат достоверен. Для сравнения этих же пациентов обследовали по таблице

Орловой по стандартной методике дважды. Результаты заносили в сводную таблицу.

	Таблица Орловой		JEI/JEI	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Малодостоверные данные (путают картинки или допускают ошибки)	60	44	11	17
Повторяемость результатов	15	37	56	79

Выводы. Из приведенных в таблице данных ясно, что предлагаемый способ проверки остроты зрения у детей дошкольного возраста точнее и достовернее, чем стандартное исследование по таблице Орловой и имеет целый ряд преимуществ.

Разработанный новый метод является более простым, доступным и быстрым ориентировочным способом исследования остроты зрения у здоровых детей дошкольного возраста, и у глухонемых детей. При исследовании новым методом остроты зрения у детей фиксируется понимание инструкции, быстрота, точность выполнения, адекватность действия, заинтересованность, результат развития, обучаемость.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РОЛИ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

М.А. Идрисова – аспирант 3-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. За 2017 год продолжительность жизни выросла на 0,8 лет, достигнув национального исторического максимума. В связи с чем, на сегодняшний день главная задача современного общества – это способность сохранить «качество жизни», что особенно актуально для женщин в период климактерия. Среди заболеваний у женщин данной возрастной когорты важнейшее место занимает постменопаузальный остеопороз (ОП), частота которого у женщин старше 50 лет составляет 34%, а остеопения наблюдается в 43% случаев. Не уступает в масштабах своего распространения и ожирение. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2016 г. 40% женщин старше 18 лет имеют избыточную массу тела и 15% – ожирение. Причем, с возрастом отмечается тенденция к увеличению массы тела, как у мужчин, так и у женщин. Особую категорию лиц с высоким риском развития ожирения составляют женщины в период менопаузы.

Одним из самых обсуждаемых в настоящее время является вопрос взаимосвязи ОП с избыточной или недостаточной массой тела. Ассоциация низкой массы тела и ОП в целом ясна, но постулат о том, что ожирение является фактором риска ОП, все еще вызывает недоумение. Существует достаточное количество свидетельств того, что жировая ткань может оказать благоприятное воздействие на костную ткань. Положительная связь между массой тела и костной массой может быть связана с несколькими возможными механизмами: механическая защита при падении, увеличение нагрузки на кортикальную кость, увеличение уровня эстрадиола. В ряде зарубежных исследований была отмечена неоднозначная роль адипокинов в развитии ОП. В связи с чем, в настоящем исследовании **целью** явилось изучение влияния маркеров жирового обмена, роль витамина D и липидный спектр крови на костный метаболизм у женщин с ожирением в постменопаузе.

Материал и методы исследования. Обследовано 165 женщин в постменопаузе в возрасте от 45 до 65 лет. В основную группу вошли 87 женщин, страдающих ожирением, в контрольную группу включены 78 женщин с нормальной массой тела. В работе использовали такие методы исследования, как антропометрический, гинекологический, биохимический,

иммуноферментный, цитологический, рентгенологический и денситометрию.

Результаты исследования. Проведенный в рамках настоящего исследования анализ показал, что из 87 пациенток основной группы 75, страдали ожирением различной степени тяжести и 12 лиц имели избыточную массу тела. У 3 женщин группы контроля из 78 выявлен дефицит массы тела.

Для прогнозирования здоровья на индивидуальном уровне помимо величины ИМТ, учитывался тип распределения жировой ткани по объему талии. По результатам исследования, группы значимо различались по частоте и степени выраженности увеличения объема талии. Важно отметить, что увеличение объема талии также выявлено в группе пациенток с нормальной массой тела, что указывает на изменение композиционного состава тела у женщин в постменопаузе. Таким образом, среди лиц основной группы 97% имели абдоминальный тип ожирения и только 3% - гиноидный, а среди лиц контрольной группы 12% также имели абдоминальный тип распределения жировой ткани и 88% - гиноидный. Анализ показал, что в основной группе большинство пациенток – 44% страдали II степенью ожирения, пациентки с III степенью ожирения оказались значительно старше по возрасту, что вновь подтверждает сведения литературы об увеличении вероятности развития избытка массы тела и ожирения с возрастом.

При оценке индекса массы жировой ткани, рассчитанного на основании общего количества жира с помощью программы «Сканирование всего тела» методом денситометрии, было подтверждено избыточное содержание жировой ткани в организме в 63% случаев, как у женщин с ожирением (100%), так у женщин контрольной группы (21,7%). Таким образом, полученные в ходе исследования данные указывают на высокую частоту встречаемости ожирения среди женщин менопаузального периода и свидетельствуют о перераспределении жировой ткани в теле, в частности, в абдоминальную область.

На втором этапе исследования проведен анализ состояния костного обмена, выявивший, что в основной группе показатели обмена кальция статистически ниже по сравнению с контрольной группой. В основной группе показатель экскреции ОПР с мочой, характеризующий скорость костной резорбции, обнаружил тенденцию к повышению. Уровень паратгормона и активность КЩФ также статистически отличались в сравниваемых группах. Важно отметить, что при трактовке результатов денситометрии Т-критерий у женщин с ожирением, в основном, соответствовал остеопении. Также выявлено, что Т-критерий у пациенток с ожирением был в близких цифровых значениях по сравнению с группой контроля по некоторым сегментам скелета.

При анализе показателей липидного спектра крови было очевидным, что практически «нормальные» показатели определялись в контрольной группе лиц без ожирения. Все атерогенные фракции липопротеидов были достоверно выше у женщин основной группы, по

сравнению с группой контроля, в то время как антиатерогенные (ЛПВП) повышены у женщин с нормальной массой тела. С помощью корреляционного анализа выявлены отрицательные связи холестерина и триглицеридов с минеральной плотностью кости (МПК) в проксимальном отделе бедра и положительные связи между ХС ЛПВП и МПК в позвоночнике, шейке и в проксимальном отделе бедра. Важно отметить, что участвующие в развитии гиперлипидемии атерогенные фракции потенциально могут стимулировать, вызываемую остеокластами, резорбцию костной ткани и привести к ОП, что возможно, позволит использовать липопротеиды, как маркеры риска развития ОП у женщин с ожирением.

Таким образом, в исследовании было выявлено, что в основной группе 27,6% пациенток имели нормальные показатели МПК, 58,6% - остеопению и 13,8% - ОП. В контрольной группе у 28,2 % пациенток - нормальные показатели МПК, у 47% - остеопения и у 24% - ОП.

В настоящем исследовании, особый интерес представляют адипокины. Уровень лептина у женщин с ожирением (60,1±8,1) превалировал над аналогичным показателем в контрольной группе (30,6±6,3), что подтверждает его значение в развитии ожирения. На основании выявленной положительной корреляции уровня лептина с ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ и с ЛПНП, получено однонаправленное повышение уровня лептина с показателями массы тела. Ключевым аспектом исследования явилось выявление отрицательной связи между уровнем лептина и МПК в шейке бедра, проксимальном отделе бедра и позвоночнике.

Ввиду того, что концентрация кальцидиола в крови является лучшим индикатором мониторинга уровня витамина D, было проведено его исследование и выявлено его значимое снижение у женщин с ожирением (54,09±7,55), относительно группы контроля (78,31±5,28). Также в основной группе была выявлена положительная корреляция витамина D с Т-критерием и ИМТ. Кроме того, у пациенток с длительностью ожирения более 10 лет обнаружена отрицательная корреляция витамина D с соотношением ОТ/ОБ.

Выводы. Увеличение массы тела и окружности талии у женщин в наибольшей степени происходит во время наступления менопаузы и сопровождается нарастанием тяжести менопаузального синдрома и приростом частоты нарушений липидного спектра крови. Ожирение и избыточная масса тела в постменопаузе вызывают нарушения метаболизма костной ткани: у 58,6% женщин с ожирением в постменопаузе выявлена остеопения и у 13,8% - остеопороз. У женщин с ожирением в постменопаузе установлена достоверная связь повышения содержания маркера жирового метаболизма – лептина и дефицита витамина D, что позволяет рассматривать их как маркеры развития остеопении и остеопороза у обследуемого контингента женщин.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

М.А. Идрисова – аспирант 3-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Четверть населения экономически развитых стран мира имеет массу тела, превышающую установленные нормальные показатели, а число людей с избыточным весом увеличивается каждые 10 лет на 10%, в связи с чем, заболевание признано одним из распространенных хронических заболеваний современного общества, представляя серьезную медико-социальную проблему. Особое внимание хотелось бы остановить на изменениях в композитном составе тела женщин с возрастом. Стоит заметить, что прибавка веса отмечается у 75-80% женщин с началом пременопаузы и особенно выражена в постменопаузе.

С наступлением менопаузы возрастает число женщин с ожирением в три раза. К причинам приводящих к увеличению массы тела у женщин в постменопаузе можно отнести: уменьшение физической активности, изменение адаптационных возможностей организма и метаболизма, в частности нарушение липидного и углеводного обменов. Немаловажно и то, что увеличение массы тела с возрастом сопровождается не только приростом жировой массы, но и перераспределением ее в область передней брюшной стенки, т.е. переход от гиноидного типа ожирения к андроидному.

По результатам определения количества жировой ткани (ЖТ), полученного в ходе проведения ДРА, в последнее время предложено рассчитывать такой показатель, как индекс жировой массы тела (ИМЖТ), который, по мнению ряда авторов, более точно отражает степень избытка ЖТ, чем расчет индекса массы тела (ИМТ). Расчет ИМЖТ схож с формулой расчета ИМТ и отличается лишь тем, что учитывает не общий вес больного, а только количество жира.

Цель исследования: провести количественную оценку распределения жировой ткани в организме женщин в постменопаузе.

Материалы и методы исследования. В исследование вошло 165 женщин в состоянии физиологической менопаузы в возрасте от 45 до 65 лет: основная группа – 87 женщин с ожирением, группа контроля – 78 женщин с нормальной массой тела. Всем пациенткам при осмотре определялась масса тела на электронных весах в утренние часы натощак. Рост пациенток измеряли на вертикальном ростомере. ИМТ – рассчитывали как соотношение массы тела (кг) к росту $(м)^2$. ИМТ<18,5 $кг/м^2$ – дефицит массы тела; ИМТ 18,5–24,9 $кг/м^2$ – масса тела

в норме; ИМТ 25,0–29,9 кг/м^2 – избыточная масса тела; ИМТ 30,0–34,9 кг/м^2 – ожирение I степени; ИМТ 35,0–39,9 кг/м^2 – ожирение II степени; ИМТ≥40 кг/м^2 – ожирение III степени.

Для выявления абдоминального ожирения использовали простой антропометрический показатель – индекс ОТ/ОБ, так как именно характер распределения ЖТ в организме определяет во многом риск метаболических осложнений. Показатели объема талии (ОТ) и объема бедер (ОБ) измеряли сантиметровой лентой в положении стоя (живот расслаблен, ноги вместе). Тип ожирения определяли по индексу ОТ/ОБ: гиноидный тип у женщин диагностировали при ОТ/ОБ менее 0,85; абдоминальный тип - при ОТ/ОБ≥0,85.

Оценка состава тела проводилась с помощью программы «Сканирование всего тела» методом ДРА на аппарате «Lunar Prodigy» (США), благодаря которой проводился автоматический расчет таких показателей, как: количество и локализация жира в андроидной и гиноидной областях (выраженные в процентах), их соотношение (А/Г), общее количество жира (в процентах и в граммах), количество костной ткани, распределение соединительной и мышечной тканей. Расчет процента общего количества жира (ПОЖ) проводился по формуле: ПОЖ = ОКЖ/(количество жира + количество мышечно-соединительной ткани + количество костной ткани). На основании показателя количества общего жира был рассчитан ИМЖТ по формуле: ИМЖТ = ОКЖ (кг) / рост (м)^2, где ОКЖ – общее количество жира. В норме ИМЖТ у женщин должен составлять от 0,5 до 8,9 кг/м^2, ИМЖТ 9,0–12,9 кг/м^2 можно судить о наличии избыточного веса, ИМЖТ ≥ 13 кг/м^2 можно говорить о наличии ожирения.

Результаты исследования. В таблице 1 показана клиническая характеристика обследованных женщин (n=165).

Таблица 1. Общая клиническая характеристика женщин, включенных в исследование

Параметры	Основная группа (n=87)	Контрольная группа (n=78)
Возраст (лет)	54,3±3,05	53,8±3,48
Вес (кг)	115,4±12,3*	69,5±15,3
Рост (см)	162,8±14,2*	165,1±17,8
ИМТ (кг/м^2)	32,6±4,9*	20,12±5,2
ОТ (см)	112,5±15,4*	69,1±3,9
ОБ (см)	119,8±16,9*	85,6±12,3
ОТ/ОБ	0,94±1,3*	0,80±1,1

*Примечание: * - различия с контрольной группой достоверны (p<0,001).*

Из 165 пациенток 87 (52,7%) женщин с ожирением вошли в основную группу и 78 (47,3%) женщин контрольной группы не имели ожирения. Из основной группы 75 (86%) пациенток имели ожирение различной степени, определяемое величиной ИМТ, и 12 (14%) женщин – избыточную МТ. У 75 (96%) лиц контрольной группы ИМТ был ниже 25,0 кг/м^2 и 3

(4%) женщины группы контроля имели дефицит МТ.

В нашем исследовании при сравнении антропометрических показателей пациенток, в которые входило измерение веса, роста, ОТ, ОБ, расчет ОТ/ОБ и ИМТ с данными, полученными при ДРА, были выявлены положительные корреляции показателя ОТ с процентом андроидного жира (r=0,446; p<0,005) и соотношением А/Г (r=0,533; p<0,001), а ПОЖ, в свою очередь, был прямо пропорционален ИМТ (r=0,638; p<0,0005) (таблица 2). При оценке ИМЖТ, рассчитанного на основании количества ЖТ, было подтверждено избыточное содержание ЖТ в организме в 63% случаев, как у женщин с ожирением (100%), так у женщин контрольной группы, без ожирения (21,7%). Данные результаты подтверждают вновь, сведения об изменении композитного состава тела у женщин в ПМ, с преобладанием абдоминального (висцерального) типа ожирения. В среднем показатель ИМЖТ составил 12,7±3,6 кг/м^2.

Корреляционный анализ показал положительные связи ИМЖТ, как с ОТ (r=0,425; p<0,005), так и с величиной ИМТ (r=0,874; p<0,001). При сопоставлении результатов исследования выявлены также положительные связи между уровнем ТГ сыворотки крови с показателем ОТ (r=0,334; p<0,01), соотношением А/Г (r=0,354; p<0,01), с общим количеством ЖТ (r=0,382; p<0,05) и с процентом андроидного жира (r=0,285; p<0,05).

Таблица 2. Показатели композиционного состава тела по данным ДРА у обследованных женщин с различным индексом массы тела (n=165) *(p<0,001)

Показатели	ИМТ<25 кг/м^2 (n=78)	ИМТ 25,0–29,9 кг/м^2 (n=12)	ИМТ≥30 кг/м^2 (n=75)
ПАЖ (%)	38,4±8,1	47,3±4,8	52,8±4,2*
ПГЖ (%)	44,8±4,4	46,5±4,1	49,6±5,2
А/Г	0,86±0,13	1,04±0,11	1,08±0,13
ПОЖ (%)	35,6±5,3	41,2±3,5	46,6±4,3*
ПТЖ (%)	35,3±6,4	43,4±4,5	48,7±4,2*
ОКЖ (г)	20023±7041	29792±4883	42114±9832*
КСМТ (г)	41572±12394	42134±3722	49783±6362
ККТ (г)	4263±1135	4274±538	4271±1423

Примечание: ПАЖ – процент ЖТ в андроидной зоне; ПГЖ – процент ЖТ в гиноидной зоне; ПТЖ – процент туловищного жира; КСМТ – количество соединительно-мышечной ткани; ККТ – количество костной ткани.

Выводы. Таким образом, полученные в ходе проведенного исследования результаты подтверждают высокую частоту встречаемости ожирения среди женщин менопаузального периода и свидетельствуют о перераспределении жировой массы в теле, в частности, в абдоминальную область, особенно в поздней постменопаузе.

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

И.М. Алиева - аспирант 1-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. По мнению экспертов, ВОЗ остеопороз (ОП) сегодня — одно из наиболее распространенных заболеваний, которое наряду с инфарктом миокарда, инсультами, онкологической патологией и сахарным диабетом занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения. Среди причин ОП особое место занимает ревматоидный артрит (РА). Снижение костной массы при РА отражает патологическое влияние системного аутоиммунного воспаления на костный метаболизм.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и комплексного лечения ОП у женщин в постменопаузе, страдающих ревматоидным артритом, на основе выявленных нарушений костного обмена.

Материалы и методы исследования. Нами была проведена работа по оценке качества жизни 70 женщин, больных РА, находящихся в постменопаузе. Для выявления ОП всем больным были сделаны боковые спондилограммы грудного и поясничного отделов позвоночника с последующей их рентгенодиагностической и рентгеноморфометрической оценкой. По этим результатам больных разделили на две основные группы: 29 человек без ОП (41%) и 41 человек (59%) – с ОП. Нами выделена из общей группы больных с ОП подгруппа с тяжелым ОП, в которую вошли 10 женщин с остеопоротическими переломами позвонков - 14% от общего количества. Качество жизни у больных оценивалось по ответам на 13 вопросов о семейной жизни, близких людях, материальном положении, физическом и психоэмоциональном состоянии по пятибалльной системе.

Результаты исследования. Группы больных без ОП и с ОП не различались достоверно по длительности РА, индексу массы тела (ИМТ), возрасту, семейному и социальному положению, образованию. Больные с остеопоротическими переломами были достоверно несколько старше, имели более длительную менопаузу и более позднее начало менархе. Больные с ОП имели более тяжелое течение РА: обе эти группы (без остеопороза и с остеопорозом) статистически значимо различались по суставному индексу (СИ), функциональному тесту Lee, индексу тяжести (ИТ), рентгенологической стадии, наличию ревматоидных узелков (РУ) и суммарному баллу амиотрофии, однако по таким показателям, как СОЭ, уровень гемоглобина, средний балл активности, наличие ревматоидного фактора

(РФ) и степень функциональной недостаточности суставов, не получено достоверного различия между этими группами. Выявлено значимое снижение качества жизни у больных, получающих ГКС-терапию, наиболее низкое оно у тех, кто принимал преднизолон более 6 лет. Наличие ОП и особенно ОП переломов достоверно снижают качество жизни больных РА. Необходимо отметить, что больные отвечали на вопросы анкеты до проведения им рентгенодиагностического и рентгеноморфометрического исследования, поэтому знание диагноза ОП не могло влиять на их ответы и качество жизни. Таким образом, в нашей работе выявлены следующие факторы, ухудшающие качество жизни больных РА в постменопаузе: - возраст до 60 лет; - длительность РА более 10 лет; - ГКС-терапия, особенно более 6 лет; - вдовство, развод; - ОП, особенно ОП переломы.

Выводы. Для улучшения качества жизни пациентов необходимы адекватное лечение болезни, социальная поддержка больного и, в некоторых случаях, изменение отношения пациента к болезни и лечению. При исследовании качества жизни необходимо ответить на множество вопросов, в том числе и на такие: - Отвечает ли врач за качество жизни больного? - Что пациенты полагают более важным: продолжительность или качество жизни? - Влияет ли качество жизни само по себе на выживаемость и эффективность лечения и почему? При анализе многообразия данных исследований качества жизни становится очевидным описательный характер большинства работ.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСАМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ

М.Н. Ахмедова – аспирант 1-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. В последние годы наблюдается рост числа гинекологических заболеваний, из-за которых женщина оказывается в ситуации жизненного кризиса. Одним из наиболее частых гинекологических заболеваний выступает эндометриоз, частота и омоложение которых в последние годы неуклонно растет . В структуре гинекологических заболеваний эндометриоз занимает 3 место после воспалительных процессов и миомы матки. Эндометриоз обнаруживается примерно у 50% женщин, жалующихся на хроническую боль внизу живота, и примерно у 20%-50% женщин, страдающих бесплодием.

Любое заболевание дезорганизует социальную и психологическую жизнь и может в ряде случаев, переживаться даже более остро, чем нарушение соматического

функционирования. Гинекологические заболевания, т е заболевания, касающиеся интимной стороны, являются мощными психо-травмирующими факторами, при котором роль психологической помощи значительно возрастает.

Эндометриоз как гинекологическое заболевание представляет актуальную проблему современной медицины, имеет большое социальное значение. Это заболевание вызывает нарушение репродуктивной функции, наносит физический и моральный ущерб наиболее активной части женского населения, ухудшает качество жизни,может приводить к инвалидизации. При этом возможны возникновения психоэмоциональных нарушений, нарушения системы значимых отношений, сужение круга контактов с людьми, изменения женской и социальной роли, позиции по отношению ко всем жизненным ситуациям, чувством неполноценности. Изучение психологических особенностей женщин с генитальным эндометриозом позволит создать программу лечения и психотерапевтической помощи с учетом дезадаптативных составляющих, а так же с опорой на личностные ресурсы женщин.

Цель: исследование психологических особенностей пациенток с генитальным эндометриозом, установление конкретных психологических особенностей, характерных для данной гинекологической патологии.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовало 108 женщин репродуктивного возраста. В основную группу вошло 54 женщин страдающих генитальным эндометриозом на протяжении более 5 лет (диагноз подтвержден на основании данных гинекологического осмотра, УЗИ, гистероскопии, лапароскопии, гистологического исследования биопсийного и операционного материала). Контрольную группу составили 54 здоровых женщин этого же возрастного диапазона.

Для оценки психологического статуса пациенток применялся психодиагностический стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ адаптированный и интерпретированный Л.Н. Собчак.

Результаты исследования. Женщины исследуемой и контрольной групп не имели достоверных различий по возрастному, профессиональному признаку, социальному и семейному статусу. У исследуемой группы женщин было выявлено значительное преобладание, так называемой «невротической» симптоматики. У большей половины имелись признаки нарушений в эмоциональной сфере, отметим частоту тревог, страхов, суточные колебания настроения, указывающую на эмоциональную лабильность.

Оценка параметров СМИЛ показала, что женщин с эндометриозом отличает высокий уровень невротизации**,** ипохондрическое состояние, эмоциональная лабильность, признаки эмоциональной незрелости, защитный механизм по типу «бегства в болезнь», реактивная депрессия и депрессивный тип реагирования в ситуации стресса, высокая сенситивность. Сравнительный анализ динамики психологических нарушений показал, что у женщин с

тяжелым течением заболевания выявлено состояние личностной дезадаптации, которое сопровождалось нарастанием депрессивных расстройств, эмоционально-поведенческими реакциями, повышенной чувствительностью к средовым влияниям, тревожностью, сниженным настроением. Выявлена зависимость психоэмоциональных нарушений от степени тяжести заболевания. Для развития психологических расстройств важны особенности личности: высокая стрессодоступность, склонность к тревожно – депрессивным реакциям, психическая незрелость. Чем более ранима психика, тем больше невротизирована, психопатизирована нервная система, тем меньше интенсивность психической травмы необходима для ее поражения.

Выводы. Женщин с эндометриозом отличает эмоциональная лабильность, психологическая незрелость, стрессодоступность, высокий уровень невротизации, тревожно-депрессивный стиль переживаний. Личностная дезадаптация в виде страха, повышенной тревожности, реактивной депрессии имеют место при тяжелом течении эндометриоза. Полученные данные говорят о необходимости обследования психологического статуса у женщин с генитальным эндометриозом.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Д. А. Серажудинова – аспирант 2 года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из наиболее актуальных проблем гинекологической эндокринологии. Частота СПКЯ достаточно вариабельна в связи с гетерогенностью клинических и эндокринологических проявлений. Среди женщин репродуктивного возраста СПКЯ встречается примерно у 11-15%, в структуре ановуляторного бесплодия – у 73% пациенток. (Серов В.Н., Кир Е.Ф., 2008).

Патогенез до конца не изучен, несмотря на большое число теорий его развития, в связи с чем, не оптимизирована эффективная терапия, приводящая к стойкому восстановлению репродуктивного здоровья пациенток с СПКЯ.

Вместе с тем, большинство исследователей считают СПКЯ гетерогенным заболеванием, характеризующимся хронической ановуляцией, гиперандрогенией, нарушением гонадотропной функции, увеличением размеров яичников и особенностями их морфологической структуры (Сметник В.П., Тумилович Л.Г; Franks., 1995).

Изучение различных механизмов патогенеза показало многофакторность развития СПКЯ с вовлечением многих органов и систем, в частности гипоталамо-гипофизарного комплекса, овариальных и экстраовариальных факторов. Многочисленными исследованиями было доказано, что у больных с синдромом поликистозных яичников часто имеет место инсулинорезистентность с компенсаторной гиперинсулинемией (Dunaif A., 1999, NestlerJ. E.., 1997).

Длительное время лечение СПКЯ было направлено на восстановление менструальной и генеративной функции. Однако, сегодня ясно, что немаловажным является выявление и лечение метаболических нарушений, ухудшающих качество жизни пациенток.

В последние годы расширился арсенал препаратов для консервативной стимуляции овуляции. Модификация множества схем лечения гонадотропинами не привела к ожидаемым результатам, поэтому в последние годы возрос интерес к хирургическим методам лечения синдрома поликистозных яичников.

В связи с вышеизложенным, проблема своевременной диагностики и выбора рационального метода лечения СПКЯ является актуальной медицинской задачей.

Цель исследования. Оптимизация методов и улучшение результатов лечения и профилактики нарушений репродуктивной системы у женщин с синдромом поликистозных яичников.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью исследования обследованы 165 девушек в возрасте 15-22 лет.

Основная группа - 115 девушек с синдромом поликистозных яичников.

Контрольная группа - 50 здоровых девушек.

Методы исследования:

• гинекологическое обследование;

• исследование крови: общий анализ крови, общий белок, глюкоза, гликозилированный гемоглобин, холестерин общий, ЛПВП, ЛПНП, ЛПОНП, ГСПГ; гормоны: уровень эстрогена, прогестерона, ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактин, общий тестостерон, свободный тестостерон, ДГЭАС, 17-ОП, кортизол, инсулин, глюкозотолерантный тест;

• УЗИ органов малого таза;

• УЗИ надпочечников.

Результаты исследования. •Показатели физического и полового развития девушек с СПКЯ имеют худшие характеристики, чем у здоровых сверстниц и существует прямая коррелятивная связь между ними.

Гонадотропная функция характеризуется повышенным содержанием ЛГ в крови при всех клинических формах СПКЯ. Секреция ФСГ соответствует нормальным параметрам. Соотношение ЛГ/ФСГ достоверно высокое при всех клинических формах СПКЯ.

Наблюдается достоверное повышение секреции тироксина у всех девушек, страдающих центральной формой СПКЯ, коррелирующее с повышением массы тела. Содержание ТТГ у них неоднородно.

Нарушения белкового, углеводного, липидного обмена наблюдаются у 70% девушек с центральной формой СПКЯ.

Выводы. При центральной и сочетанной формах СПКЯ оперативный метод недостаточно обоснован. Сравнительная оценка результатов различных методов лечения выявила наибольшую эффективность комплексной терапии при всех клинических формах СПКЯ.

В результате комплексного лечения нормализация менструальной функции отмечается у 92,5% девушек с типичной, у 85% с центральной и у 72,5% с сочетанной формой СПКЯ. У живущих половой жизнью беременность наступила в 75%, 50%, 36,5% случаев соответственно.

Можно рекомендовать назначение глюкокортиктоидов девушкам с сочетаний формой СПКЯ на фоне противовоспалительной терапии, направленной на регуляцию функций центральных структур мозга. Такой тип терапии у 62,5% больных привел к восстановлению менструальной функции.

Нормализацию менструальной функции у девушек с центральной и типичной формами СПКЯ, после назначения физиолечения, отмечали 25% пациенток.

НАШ ОПЫТ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

С.М. Абдурахманова – студентка 602 группы лечебного факультета,

А.Р. Гаджиева – студентка 604 группы лечебного факультета,

Д.Р. Багомедова – студентка 639 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России. Махачкала. Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Б.Р. Ибрагимов

Актуальность. На фоне расширения показаний к кесареву сечению со стороны матери, с появлением и развитием перинатального акушерства были расширены показания к оперативному родоразрешению путем операции кесарево сечение и со стороны плода. Как следствие, одна и та же пациентка подвергается операции кесарево сечение несколько раз. и первое место среди показаний к оперативному родоразрешению давно занимает рубец на матке после кесарева сечения. Одними из грозных осложнений беременности, связанных с наличием рубца на матке явились предлежание плаценты и врастание плаценты в мышечный слой миометрия в области рубца, а иногда сочетание предлежания и врастания плаценты. Если до недавнего времени подобные диагнозы означали неминуемое удаление матки, то сегодня

взгляд на объем операции при подобной патологии пересмотрен в пользу сохранения органа (матки).

Сегодня как в нашей стране, так и за рубежом, такое осложнение, как приращение плаценты называют маточной грыжей или аневризмой матки.

Цель исследования. Целью исследования явился анализ родоразрешения беременных с предлежанием и врастанием плаценты и их исходы, так как при подобных осложнениях в настоящее время предлагается производить, так называемое, донное кесарево сечение с последующим иссечением пораженного участка передней стенки нижнего сегмента матки и ее пластикой, предварительно производя эмболизацию или перевязку маточных артерий, что значительно снижает интраоперационную кровопотерю.

Одновременно используется аппаратура, позволяющая собирать теряемую пациенткой кровь, которая после фильтрации отправляется обратно в сосудистое русло родильницы.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы истории родов 28 пациенток за 2017 год в МРД № 2,у которых имело место предлежание плаценты, врастание плаценты, а также сочетание предлежания и врастания плаценты.

Из них у 21-й беременной имело место предлежание плаценты, из которых у 6-ти – предлежание сочеталось с врастанием плаценты и 7 пациенток обследованы в связи с врастанием плаценты, расположенной на передней стенки матки в область рубца.

Возраст беременных составлял от 24 до 40 лет.

Среди всех обследованных 3 беременные были первородящими, у которых имело место предлежание плаценты. При этом в анамнезе у 2 из них отмечен воспалительный процесс матки и придатков.

Остальные беременные были повторно беременными и повторнородящими, вплоть до 7 беременности и 5 родов. В анамнезе у них были 2 или 3 операции кесарево сечение, у 1 пациентки – 4 операции.

Среди 21 беременной с предлежанием плаценты, во время УЗИ у 4-х диагностировано врастание плаценты и у 2-х это осложнение явилось операционной находкой. Таким образом, у 6 диагностировано сочетание предлежания и врастания плаценты в миометрий, что составило 28,5%. При этом у 4 из них предстояло 3-е кесарево сечение, у 1 – 2-е и у 1-й – 4-е оперативное вмешательство.

Из 28 пациенток у 7 из них при наличии рубца на матке имело место расположение плаценты на передней стенке матки с врастанием ее в миометрий нижнего сегмента матки. Всем предстояло повторное оперативное вмешательство, в частности, у 2-х в анамнезе 3 операции кесарево сечение, у 4-х – 2 и у 1-й – 1 операция в анамнезе.

Во всех наблюдениях врастание плаценты было выявлено при УЗИ, что затем подтвердилось во время операции.

У всех 7 пациенток отмечено частичное врастание плаценты, причем, размеры, так называемой, маточной грыжи составляли от 3х3 до 4х4см.

Результаты исследования. При диагностике подобных осложнений беременности, в предоперационную подготовку входило формирование усиленной бригады хирургов, анестезиологов-реаниматологов, заготовка одногруппной СЗП, криопреципитата, эритроцитарной взвеси, а также подготовка аппарата для аутогемотрансфузии «SellSaver» 5+.

15 пациенток, у которых предлежание плаценты не осложнилось ее врастанием, операция произведена обычным способом. При этом кровопотеря составляла от 700 до 1000мл и дополнительных трансфузий, кроме обычного переливания кристаллоидных растворов не требовалось.

Снижение показателей НВ после этих операций отмечено на 9 – 13 %.

Как было отмечено, у 13 обследованных беременность осложнилась врастанием плаценты в миометрий, причем, у 6 – в сочетании с предлежанием. Как правило, так называемая маточная грыжа представляла собой выпячивание истонченного миометрия размерами, в среднем, 3*4см с развитой сосудистой сетью, с вросшими ворсинами хориона.

С целью исключения ранения плаценты, разрез на передней стенке матки производился выше места ее прикрепления, что являлось выше обычного разреза в нижнем сегменте на 4-5см. После извлечения плода и выведения матки с плацентой в операционную рану, производилась перевязкавосходящих маточных артерий, что значительно снижало интраоперационную кровопотерю. После этого участок передней стенки нижнего сегмента матки, представлявший собой маточную грыжу, подвергался иссечению с последующей пластикой стенки матки стягивающими двухрядными швами.

Учитывая отсутствие в наших условиях возможности предварительной эмболизации маточных артерий, при подобных операциях имела место повышенная кровопотеря, которая составляла, в зависимости от величины грыжи и сложности операции от 2000 до 3500 мл. В связи с этим, в операционную бригаду выделялся врач, который занимался только забором теряемой крови при помощи кровосберегающего аппарата. Это позволяло вернуть обратно в сосудистое русло пациентки от 1000 до 2070 мл аутокрови, что составляло 30 – 51% от потерянной. Подобная аутогемотрансфузия в 6 наблюдениях из 13 позволила избежать переливания донорской эритроцитарной взвеси.

Показатели НВ после этих операций снижались на 23 – 28%.

Лишь у 2 пациенток из 13 объем операции пришлось расширить до экстирпации матки, что было связано с врастанием плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря в одном наблюдении и с большой площадью маточной грыжи и техническими затруднениями в другом.

Во всех наблюдениях врастание плаценты подтверждалось результатом гистологического исследования.

Выводы .Таким образом, предлежание и врастание плаценты в миометрий сегодня не является приговором для удаления матки благодаря современным технологиям проведения операций при этой патологии. Это позволяет сохранить женщине детородный орган, что является важным для ее здоровья.

В наших наблюдениях из 28 обследованных, 26 пациенткам матка была сохранена.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ ДИАГНОСТИКИ БЕСПЛОДИЯ АССОЦИИРОВАННЫМ АДЕНОМИОЗОМ

А.М. Меджидова – аспирант 2-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Проблема аденомиоза является одной из главной в последние десятилетия. Частота аденомиоза, по данным разных исследователей, варьирует от 12 до 40% у женщин репродуктивного возраста, что позволяет говорить об этом заболевании, как об одной из основных угроз репродуктивному здоровью нации.

Целью данного исследования явилась стандартизация и совершенствование диагностики аденомиоза у женщин репродуктивного возраста с бесплодием в анамнезе.

Материалы и методы исследования. Обследовано 95 женщин, из них исследуемую группу составили 65 женщин в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст составил 27,4±4,8) с вторичным бесплодием и клиническими проявлениями (меноррагии, хроническая тазовая боль, анемия).

Первую группу сформировали 32 женщины для уточнения диагноза, которым проводились: общеклинические исследования (ОАК, СА-125, биохимическое и иммуноферментное исследование крови), трансвагинальное (ТВ) и трансабдоминальное (ТА) УЗИ исследования.

Вторую группу – 33 женщины для уточнения диагноза, которым проводились исследования ТВ и ТА УЗИ и дополнительно МРТ малого таза.

Контрольную группу составили 30 здоровых фертильных женщин.

Результаты исследования. Мета-анализ общеклинических методов диагностики, а также ультразвуковой метод позволили выявить аденомиоз II степени в первой группе – 33,8%.

Анализ данных полученных с помощью ТВ УЗИ и МРТ исследования у женщин с бесплодием и клиникой аденомиоза показал высокий уровень точности постановки диагноза с возможностью получения изображения в любой плоскости и отсутствия «немых» зон, что

составило по нашим данным 88,7% во второй группе. Диагностирован аденомиоз I-II степени, что играет важную роль в раннем установлении степени поражения матки. Основным МРТ диагностическим критерием были: 1) утолщение миометрия неравномерной формы с наличием сигнала низкой интенсивности; 2) переходная зона (JZ-архимиометрий) более 12 мм.

Выводы. На сегодняшний день назрела существенная необходимость в стандартизации представлений об инструментальных критериях диагностики аденомиоза. С уверенностью можно сказать, что УЗИ и МРТ малого таза являются взаимодополняющими методами диагностики аденомиоза. МРТ исследование должно быть включено в «золотой стандарт» по диагностике данной сочетаемой патологии, ввиду необходимости ранней верификации степени заболевания, тем самым улучшая результаты своевременного лечения и повышения % наступления беременности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА

Д.К. Мурадова – аспирант 1-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Тотальная овариоэктомия, произведенная в репродуктивном возрасте, сопровождается достаточно сложными превращениями нейроэндокринной системы, характеризующими процесс адаптации женского организма к новым условиям. Нарушение гомеостаза на фоне выключения функции яичников приводит к развитию постовариоэктомического синдрома и характеризуется определенным клиническим симптомокомплексом с вегетососудистыми, психо-эмоциональными и обменно-эндокринными нарушениями, ухудшающие качество жизни современной женщины.

Овариоэктомия у женщин, проживающих в йододефицитном регионе, где достаточно высокая частота встречаемости заболеваний щитовидной железы, создает особенно неблагоприятные условия, учитывая взаимоотягощение этих двух состояний дефицита гормонов.

Цель исследования: определить тяжесть течения и время появления клинических проявлений хирургической менопаузы у женщин с заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 86 женщин в возрасте от 45 до 65 лет, с длительностью хирургической менопаузы не более 3-х лет: в основную

группу вошло 46 женщин с хирургической менопаузой, страдающих заболеванием щитовидной железы, в частности синдромом гипотериоза, а группу контроля составили 40 женщин с хирургической менопаузой без патологии щитовидной железы. ИМТ (индекс Кетле) рассчитывали как отношение массы тела (кг) к росту $(м)^2$.

Тяжесть климактерического синдрома оценивали с помощью модифицированного менопаузального индекса Купермана (ММИ). Выраженность основных параметров ММИ: нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных оценивали по бальной системе (от 0 до 3 баллов). Число баллов в каждой группе суммировали и получали ММИ. Значения ММИ от 12 до 34 баллов расценивали как менопаузальный синдром (МС) легкой степени тяжести, от 35-58 – средней степени тяжести, от 58 и более - тяжелый МС.

Исследование уровня гормонов крови производилось натощак радиоиммунным методом с использованием наборов фирмы «Immunotech» (Чехия).

Результаты исследования обрабатывали при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel 2013, при этом соблюдали общие рекомендации для медицинских и биологических исследований.

Результаты исследования. Все женщины с хирургической менопаузой имели клинические проявления постовариоэктомического синдрома. При анализе ММИ у женщин основной группы средняя степень встречалась более чем в 2 раза, тяжелая степень в 2 раза чаще по сравнению с женщинами контрольной группы. При этом у женщин контрольной группы в основном преобладал ММИ легкой степени.

Жалобы на головную боль, повышение артериального давления, психоэмоциональные расстройства (изменение настроения, депрессия, раздражительность) достоверно чаще встречались среди женщин первой группы.

Таблица 1. Степень выраженности симптомов климактерического синдрома в зависимости от наличия и отсутствия заболеваний щитовидной железы по ММИ

Степень тяжести	Контрольная группа (n=46)		Основная группа (n=40)	
	абс.	%	абс.	%
Легкая степень	19	41,3	28	70
Средняя степень	23	50	10	25
Тяжелая степень	4	8,7	2	5

Среднее время появления менопаузальных симптомов среди женщин основной группы составило 1,0 ± 0,90 года, когда как у женщин контрольной группы клинические симптомы были выявлены через 2,0 ± 1,5 года (в 2 раза позднее, чем среди женщин основной группы).

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что время формирования клинических проявлений постовариоэктомического синдрома и тяжесть их течения усугубляется в условиях дефицита гормонов щитовидной железы и требует дальнейшего изучения для коррекции данной патологии.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙКИШКИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

П.С. Самурханова – аспирант 1-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Если в середине XX века средняя продолжительность жизни женщин в России составляла всего 57,4 г., то к 2000 г. она составила – 72,1 г., а в 2016 г. населении уже составляло около 163 млн. человек, из которых 45,5 млн. – люди в возрасте 50 лет и старше. В настоящее время более трети женщин находятся в состоянии постменопаузы, когда в организме наступают различные изменения обменных процессов, в значительной степени, обусловленные возрастным дефицитом эстрогенов. В этот период возникает своеобразный симптомокомплекс, осложняющий естественное течение климактерия – менопаузальный синдром (МС).

МС – мультифакторное заболевание, в развитии которого играют роль гормональные, наследственные, средовые факторы, а также соматическое состояние к периоду климактерия, частота его составляет 26–48%. Одним из наиболее типичных симптомов начальной стадии МС является психо-эмоциональный: раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, которые, в свою очередь, могут усугублять проявления МС. Так, у 13% женщин развивается астеноневротический синдром, у 10% – депрессия, которые являются одними из наиболее тяжелых и с трудом поддающихся лечению симптомов, а также могут выступать в качестве пускового механизма в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Интересно, что большинство женщин с язвенной болезнью (ЯБ) имеют психосоматические нарушения: склонность к тревожно-депрессивным состояниям, инертности, внутриличностной конфликтности и другое, которые формируют «ульцерогенную» ситуацию. Вместе с тем психо-эмоциональный стресс не влечет за собой автоматически возникновение соматического заболевания. В последние десятилетия

наблюдается заметное увеличение частоты развития ЯБ у женщин, что обусловлено стрессовыми ситуациями, все большим распространением среди женщин вредных привычек (курение, алкоголь), более частым употреблением анальгезирующих препаратов, а также с нарушениями гормональной функции яичников. В связи с чем, большой интерес представляет изучение особенностей течения ЯБ у женщин и в связи с этим исследование влияния половых гормонов на функции желудка.

Цель исследования. Оценить патогенетическую роль дисбаланса половых гормонов в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы исследования. Работа была выполнена на базе женской консультации г. Каспийск. Наблюдала 40 женщин. Основная группа состояла из 20 женщин с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в постменопаузе. В контрольную группу были включены 20 здоровых женщин в постменопаузе. Критериями включения в исследование явились: женщины постменопаузального периода; верифицированный диагноз язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; наличие менопаузального синдрома. Критерии исключения из исследования: злокачественные онкологические заболевания; наличие осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечение, перфорация, пенетрация); наличие тяжелых сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации.

Результаты исследования. В ходе большого числа контролируемых клинических испытаний была подтверждена выраженная эффективность заместительной терапии эстрогенами при лечении вазомоторных расстройств, вплоть до полного их устранения. На фоне непрерывного лечения эстрадиолом (2 мг) или конъюгированными эстрогенами (0,625 мг) вазомоторные симптомы уменьшаются к концу первого месяца лечения, стойкий терапевтический эффект достигается на третьем месяце лечения, для психоэмоциональных симптомов — на четвертом – пятом месяце от начала терапии. Однако большинство плохо информированных женщин используют МГТ только до тех пор, пока их беспокоят вазомоторные симптомы, а затем самостоятельно отменяют лечение.

Как показали исследования эстрогенный гормон фолликулин, гестагенный гормон прогестерон задерживают развитие язвенных поражений слизистой оболочки желудка. При этом наилучший эффект дают малые дозы гормонов.

Установлено, что кислотность желудочного сока в фолликулиновой фазе цикла заметно выше, чем в фазе желтого тела. Дебит свободной HC1 в течение менструального цикла у здоровых женщин ритмически изменяется, уменьшаясь в фазе желтого тела. Эстрогены снижают секреторную функцию желудка, выделение уропепсина и 17-оксикортикостероидов, нормализуют моторику, расширяют сосуды слизистой оболочки желудка, влияют непосредственно эпителиотропно и косвенно спазмолитически на стенку желудка.

Выводы. Таким образом, анализ особенностей проявления и течения ЯБ у женщин показал, что данное заболевание имеет, безусловно, трофическую природу и связано с характером гормональной, нервной и иммунной регуляции внутренней среды организма.

Течение язвенной болезни у женщин характеризуется своими особенностями и дальнейшее изучение роли половых гормонов в развитии этого заболевания будет иметь важное теоретическое и практическое значение.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

А.Б. Гасанова - ассистент

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Увеличение продолжительности жизни населения в развитых странах и связанный с этим быстрый рост доли лиц пожилого возраста, особенно женщин, в популяции привели к значительному повышению заболеваемости остеопорозом, делая его одной из важных проблем здравоохранения во всем мире. Остеопороз - это системное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением массы, микроархитектурным повреждением костной ткани с последующим повышением хрупкости костей и увеличением риска переломов. Постменопаузальный остеопороз является наиболее распространенной формой, составляющей до 85% от всех вариантов остеопороза.

Цель исследования. Целью настоящей работы явилось оценка влияния высокого паритета на показатели фосфорно-кальциевого обмена, биохимические маркеры костного ремоделирования у многорожавших женщин в постменопаузе.

Материалы и методы исследования. Обследовано 130 женщин в период постменопаузы. Возраст обследованных пациенток составил 40–65 лет в период физиологической постменопаузы длительностью более 2-х лет. Женщины были распределены на 2 группы. В 1-ю группу были включены 80 женщин с высоким паритетом (3 и более родов), 2-ю группу – 50 женщин с нормальным паритетом (1–2 родов). Костный обмен оценивали по уровню биохимических маркеров костного ремоделирования. О состоянии костного формирования судили по активности костной щелочной фосфатазы (КЩФ) и содержанию остеокальцина (ОК) в сыворотке крови. Уровень КЩФ определяли с помощью коммерческих наборов наборы «Abbott», США. Содержание в сыворотке крови ОК определяли с помощью наборов «Cis Bio International», Франция.

Состояние костной резорбции оценивали путем определения уровня маркеров костной резорбции С – концевой телопептид (CT_X) в сыворотке крови и во второй утренней порции мочи иммуноферментным методом с использованием систем «CrossLaps ELISA» и «Osteomater Biotech».

Результаты исследования. В таблице 1 представлены результаты биохимического исследования показателей костного метаболизма у женщин с высоким паритетом и нормальным паритетом.

Таблица 1. Показатели костного ремоделирования у обследованных женщин

Маркер	1-я группа (n=80)	2-я группа (n=50)
ОК, нг/мл	7,39 ±0,78	9,75± 1,32
КЩФ, ед/л	68,6± 5,68	80,3± 2,65
CT_X в моче, мкг/ммоль креатинина	383,1± 173	364,3± 152
CT_X в крови, нг/мл	0,573± 0,08	0,552± 0,09

У обследованных 1-й и 2-й групп показатели активности КЩФ в сыворотке крови различались.

По данным литературы, маркер костного формирования - содержание ОК не только увеличивается при постменопаузальном остеопрозе, но и хорошо коррелирует с гистоморфологическими характеристиками скорости формирования кости и поэтому рассматривается как самый информативный показатель скорости костного обмена.

В нашем исследовании уровень ОК в 1-й группе в сравнении с 2-й группой был снижен.

В качестве маркера костной резорбции нами был исследован CT_X. Установлено достоверное повышение уровня CT_X как в сыворотке крови, так и в моче у пациенток с высоким паритетом в сравнении у пациенток с нормальным паритетом.

Выводы. Следует отметить о высокой информативности показателей костного ремоделирования в диагностике начальных нарушений костного метаболизма и позволяет рекомендовать определение данного параметра в качестве предиктора костных потерь у женщин с высоким паритетом в постменопаузе.

ПЕРИ - И ПОСТМЕНОПАУЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

М.А. Магомедалиева – аспирант 1-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-

профилактического факультетов
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) - это наиболее распространенная мультифакториальная эндокринопатия женщин репродуктивного возраста, распространенность которой в популяции по данным европейских и американских исследований достигает 10-15%. В последние годы наши представления о СПКЯ значительно изменились, что связано с расширением диагностических критериев этого заболевания. Исследования, в которых объективно прослеживается динамика клинической картины заболевания у женщин в пери– и постменопаузе, практически отсутствуют. Кроме того в пери- и постменопаузе нередко наблюдаются обострения имеющихся и возникновение новых эндокринных заболеваний, одними из которых являются заболевания щитовидной железы. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) чаще встречаются у женщин после 45 лет, особенно в регионах с недостаточным потреблением йода, одним из ярких представителей такого региона является Республика Дагестан.

В период перименопаузы и постменопаузы у женщин с СПКЯ увеличивается заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа), а в структуре гинекологической патологии наиболее частой причиной обращения пациентки к врачу являются гиперпластические процессы эндометрия. В последнее время активно изучается роль ожирения и метаболических нарушений в патогенезе развития этих заболеваний, однако роль СПКЯ, четко ассоциированного с метаболическими нарушениями, в данном аспекте остается малоизученной. Следовательно, исследование динамики клинических проявлений СПКЯ, гормональных и биохимических маркеров может, с одной стороны, открыть новые перспективы в изучении патогенеза этого заболевания, а с другой – усовершенствовать рекомендации по лечению и обследованию женщин с СПКЯ в пери- и постменопаузе на фоне патологии ЩЖ.

Цель исследования: Улучшить результаты ранней диагностики, лечения и профилактики пери- и постменопаузальных нарушений у женщин с СПКЯ на фоне патологии ЩЖ.

Материал и методы исследования. В исследование включено 120 пациенток в пери- и постменопаузальном возрасте (от 40 до 70 лет) с СПКЯ. Женщины разделены на две группы: в основную группу вошли 70 женщин с СПКЯ на фоне патологии щитовидной железы, в группу контроля – 50 женщин с СПКЯ без патологии щитовидной железы. Всем пациенткам диагноз СПКЯ был установлен в раннем репродуктивном возрасте, диагностика и лечение осуществлялись в эндокринологическом диспансере РДЦ и в отделении РКБ г. Махачкала. С

целью исследования использовались следующие методы: измерение роста, МТ, ОТ, ОБ с последующим расчетом индекса ОТ/ОБ; оценка менопаузальных расстройств по шкале Грина; общие клинические анализы крови и мочи, биохимические анализ крови, коагулограмма, определение показателей углеводного обмена (глюкоза, иммунореактивный инсулин), определение в крови фракций липопротеидов (ОХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ТГ), определение концентрации показателей кальций-фосфорного обмена, КЩФ, ОК, ОПР, ПРГ, С-концевых телопептидов (СТх) в крови и моче, определение концентрации 25(OH)D; иммуноферментный: определение гонадотропных и стероидных гормонов в сыворотке периферической крови (ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, эстрадиола, прогестерона, ДГА-S, кортизола, ТТГ, Т3, Т4), а также антител к тиреопероксидазе и антител к тиреоглобулину; ультразвуковой (УЗИ): молочных желез, органов малого таза, щитовидной железы.

Данные проведенных исследований обрабатывали с использованием статистических пакетов CSS версии 3.0 и SPSS версии 6.0, программы «Биостат» с соблюдением общих рекомендаций для медицинских и биологических исследований.

Результаты исследования. Из обследуемых 64,5% находились в перименопаузе, 33,5% - в постменопаузе. Длительность постменопаузы составила 5 лет. С целью уточнения функции ЩЖ все пациентки основной группы были обследованы. Лидирующие позиции среди заболеваний ЩЖ занимали гипотиреоз (23,5%) и эндемический зоб (28,3%). В 12,56% случаев выявлено сочетание узловых форм зоба и аутоиммунных поражений ЩЖ, у 4,27% выявлен гипотиреоз на фоне струмэктомии.

При сравнительном анализе концентрации гормонов у женщин с СПКЯ в пери- и пост менопаузе на фоне гипотиреоза выявлено повышение концентрации ТТГ, снижение коэффициента ЛГ/ФСГ до 0,7, достоверное снижение уровней эстрадиола на 40,2% и прогестерона по сравнению с пациентками без тиреоидной патологии.

На основании изучения анамнеза, клинических проявлений заболевания, гормонального статуса, состояния углеводного и липидного обмена, состояния эндометрия проведена оценка состояния здоровья пациенток с СПКЯ в пери- и постменопаузе на фоне патологии ЩЖ, а также изучены риски развития и возможности профилактики нарушений углеводного обмена, ССЗ, гиперпластических процессов эндометрия, постменопаузального остеопороза, СД 2 типа.

Выводы. СПКЯ и ожирение, его сопровождающее на фоне заболеваний ЩЖ, являются факторами риска развития гиперпластических процессов эндометрия в пери– и постменопаузе. Возраст наступления менопаузы при СПКЯ у пациенток с гипотиреозом составлял 45,7 лет и имел затяжное течение (8,2 года), а у пациенток без патологии ЩЖ - на 1-2 года позже (48,8 лет).

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ У МНОГОРОЖАВШИХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

З.М. Касумова – аспирант 2-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. А.Э. Эседова

Актуальность проблем эстроген обусловленных метаболических нарушений (МН) и генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) у многорожавших закономерно возрастает с увеличением продолжительности жизни женщин и, соответственно, ростом количества женщин в постменопаузе. Согласно прогнозам ВОЗ к 2030 году в мире в периоде постменопаузы будут пребывать 1,2 миллиарда женщин. У многорожавших женщин течение климактерического периода имеет свои особенности. Возраст менопаузы у многорожавших женщин зависит от количества родов. Патологический климактерический синдром у многорожавших развивается более чем 80 % случаев.

Таким образом, учитывая широкую распространенность метаболических нарушений и высокий процент развития осложнений его исходов; снижение качества жизни в постменопаузе под влиянием ГУМС и высокую долю рождаемости все это приводит к необходимости более углубленного изучения данной проблемы и подбора наиболее оптимального метода лечения выявленных нарушений путем сравнительной оценки различных видов менопаузальной гормональной терапии (МГТ).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 170 пациенток. Средний возраст наступления менопаузы - 47,9±0,5 лет. Все женщины были многорожавшими: у 35 было 6 родов; у 59 - 45; у 76 - 2-3 родов. У всех обследованных отмечался патологический климактерический синдром.

В зависимости от применяемого гормонального препарата все обследуемые были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 50 пациенток в постменопаузе, которым назначался Анжелик Микро по общепринятой схеме в течение 21 дня с 7-дневным перерывом. Во 2-ю группу вошли 50 пациенток в постменопаузе, использовавших Фемостон 1/5 в таблетках по 4 мг в день в течение 3 мес. с последующим снижением дозы до 2 мг в течение 6 мес. 3-я группа - 70 пациенток – контрольная группа. Степень выраженности климактерического синдрома и эффективность проводимой терапии определяли по менопаузальному индексу Куппермана в модификации Е.В. Уваровой.

Всем пациенткам до лечения и на фоне терапии, через 6 мес. приема препарата измеряли АД, массу тела, проводилось УЗИ гениталий, молочных желез, маммографию, цитологическое

исследование мазков по Папаниколау, кольпоскопию (кольпоскоп фирмы "Opton", Германия), pH-метрию влагалища, измеряли кариопикнотический индекс; определяли ФСГ, ЛГ иммуноферментным методом (тесты фирмы "Ф. Хоффманн-Ла-Рош"); эстрадиол методом радиоиммунного анализа (тесты фирмы "Иммотех", Чехия); в динамике изучали липидный спектр крови: общий холестерин, триглицериды, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности. Определяли коагуляционные свойства крови.

Результаты исследования. В таблице 1 показаны результаты исследования липидного обмена и гормонального статуса в динамике на фоне терапии различными препаратами МГТ.

Таблица 1. Липидный и гормональный обмен на фоне заместительной гормонотерапии

Показатель	Анжелик Микро (n=28)		Фемостон 1/5 (n=28)		Контрольная группа (n=20)	
	исходно	6 мес.	исходно	6 мес.	исходно	6 мес.
Холестерин, ммоль/л,	5,2±0,09	4,6±0,12	5,7±0,2	4,9±0,1	5,6±0,06	6,3±0,06
ЛПНП, ммоль/л	0,46±0,02	0,35±0,01	0,38±0,01	0,34±0,01	0,5±0,02	0,87±0,01
ЛПВП, ммоль/л	1,11±0,03	1,23±0,04	1,23±0,02	1,29±0,04	1,03±0,04	2,03±0,03
Триглицериды, ммоль/л	1,42±0,05	1,2±0,02	1,52±0,05	1,5±0,05	1,5±0,07	1,72±0,01
ФСГ, мЕ/л	64,9±4,43	52,8±4,01	90,3±2,8	78,1±2,61	92,8±1,46	97,38±1,27
ЛГ, мЕ/л	46,8±2,05	39,6±2,0	53,1±1,3	45,9±1,8	57,93±1,25	58,37±2,15
Эстрадиол, нмоль/л	0,19±0,03	0,3±0,03	0,11±0,02	0,19±0,02	0,03±0,01	0,02±0,01

Терапия Анжелик Микро к концу 6-го месяца лечения способствовала более выраженному клиническому эффекту: у всех исчезли приливы, потливость, раздражительность, депрессия, головные боли. У всех женщин индекс Куппермана к концу 3-го месяца снизился с 26,3±6,7 до 15,3±3,3 балла, а к концу 6-го месяца с 15,3±3,3 до 4,3±2,3 балла. На фоне снижения уровней ФСГ, ЛГ и повышения эстрадиола КПИ увеличился в среднем в 2 раза (с 5±0,5% до 10±0,7%) и в 1,5 раза (с 10±0,6% до 15±0,8% у 1/3, а pH в среднем снизился в 1,2 раза (с 5,5±0,1 до 4,5±0,1). Следовательно, при применении Анжелик Микро в течение 6 мес. был отмечен положительный эффект, заключающийся в снижении

выраженности симптомов климактерического синдрома. Пациентки 2-й группы принимали Фемостон 1/5. Положительный эффект от приема Фемостона 1/5 после 6 мес приема препарата. Средняя величина индекса Куппермана после 6 мес приемафемостона 1/5 составила 4,2±1,3 балла при исходной 27,3±6,1 балла. Менструалоподобной реакции ни у одной пациентки не отмечалось. Следовательно, при применении Фемостона 1/5 в большей мере устранялись симптомы патологического климакса, связанные с урогенитальными расстройствами.

Результаты исследований, касающихся применения препаратов Анжелик Микро и Фемостон 1/5 у многорожавших женщин, свидетельствуют о том, что в постменопаузе с преобладанием метаболических нарушений и ГУМС препаратом выбора является Анжелик Микро и Фемостон 1/5. Клинический эффект от их применения был получен нами у всех пациенток без отрицательных проявлений. Одновременно при приеме Анжелик микро и Фемостон 1/5 наблюдались положительные сдвиги в гормональном статусе, снижение секреции гонадотропных гормонов (ЛГ и ФСГ) в 1,2 раза, повышение концентрации эстрадиола в 1,3 раза, а также снижение атерогенных свойств крови.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что у многорожавших женщин климактерический период более чем в 80% имеет патологическое течение, это подтверждает необходимость применения заместительной гормонотерапии. Анжелик Микро, Фемостон 1/5 могут быть рекомендованы в широкую практику для лечения патологического климакса у многорожавших женщин после тщательного обследования с учетом противопоказаний.

ВЫРАЖЕННОСТЬ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК С ЭПИЛЕПСИЕЙ

А. М. Тетекаева - аспирант 1 года

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. З.А. Абусуева

Актуальность. Актуальность и значимость вопросов взаимного влияния климактерия и эпилепсии обусловлена множественными изменениями происходящими в органах и системах организма женщины, а также всеобщей тенденцией к постарению населения, что в свою очередь приводит к пропорциональному росту больных этой группы. Установлена значимость влияния на гормонально-обменные процессы длительной противосудорожной терапии, которая в ряде случаев приводит к серьезным осложнениям со стороны различных органов и систем организма. Увеличение продолжительности жизни и рост количества женщин в

постменопаузе подчеркивает необходимость и важность создания условий для улучшения качества их жизни и сохранения здоровья.

Цель исследования: Изучить выраженность менопаузальных расстройств у женщин с эпилепсией и без нее.

Материалы и методы исследования.

Обследовано 58 пациенток в постменопаузе. Пациентки были распределены на две группы: в первую группу (основную) вошли 33 женщины в постменопаузе, страдающие эпилепсией. Первая группа была распределена на две подгруппы в зависимости от дебюта заболевания: в первую подгруппу вошли 19 (57.5%) пациенток, у которых эпилепсия была диагностирована в репродуктивном периоде и в детстве. Во вторую подгруппу вошли 14 (42.4%) пациенток, у которых первый судорожный приступ развился в период наступления климактерия. Контрольная группа- 25 женщин в постменопаузе без эпилепсии.

С помощью климактерической шкалы Грина оценили тяжесть климактерических расстройств. Эта шкала включает 21 симптом-вопрос, по 4 основных раздела:

1. психосоциальная сфера
2. соматические симптомы
3. вазомоторные симптомы
4. сексуальная сфера

Степень выраженности каждого симптомов оценивают по 4-бальной системе (0-3).

По шкале Грина 0 баллов соответствует отсутствию симптома, 1- легкой степени выраженности, 2- средней степени выраженности и 3- тяжелой степени выраженности симптомов менопаузального синдрома. Итоговые баллы по 4 разделам суммируются и вычисляется общая оценка степени выраженности симптомов менопаузального синдрома (1-11 балов- слабая, 12-19 баллов - средняя и больше 20 баллов - тяжелая) .

Результаты. Выявлено, что у женщин с эпилепсией преобладали среднетяжелая - 57,5% и тяжелая - 18% формы климактерического синдрома. У контрольной группы такие формы встречались в 1,5-2 раза реже - 28% и 8% женщин соответственно. При распределении на подгруппы выявлено, что у 68,4% женщин первой подгруппы была выявлена средняя степень тяжести КС, у 31,5% - КС тяжелой степени. Во второй подгруппе выраженность КС легкой степени была у 64,3% женщин, у 35,7% - средней степени.

Выводы. У женщин с эпилепсией значительно чаще отмечаются климактерические расстройства. Полученные нами данные показали, что на фоне эпилепсии в течении климактерического синдрома преобладают тяжёлые и среднетяжёлые формы. Тяжесть климактерического синдрома зависит от дебюта заболевания. У женщин длительно страдающих эпилепсией преобладал КС тяжелой и среднетяжелой степени, тогда как у пациенток с дебютом эпилепсии в постменопаузе преобладал КС легкой и среднетяжелой

степени.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ И ПЕЛОИДОТЕРАПИИ

М. И. Омарпашаева - аспирантка второго года

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. З.А. Абусуева

Актуальность. Одно из приоритетных направлений современной российской медицины-охрана материнства и детства. Распространенность несостоявшегося выкидыша за последнее десятилетие повысилась с 5-15% до 25-45% среди всех случаев гестации. На территории Российской Федерации частота данной патологии среди самопроизвольных выкидышей в ранние сроки беременности увеличилась с 10-20% до 45-88% в последние годы. По данным многоцентровых исследований иностранных авторов распространенность замершей беременности составляет от 2,8% (в Англии) до 15% (в США).

По мнению отечественных и иностранных авторов инфекция является основным фактором невынашивания беременности. Персистирующая патогенная и условно-патогенная флора оказывает неблагоприятное влияние на течение гестации, вызывая первичную плацентарную недостаточность и фетопатию. Все более возрастающее внимание исследователей и врачей-клиницистов к неспецифическим инфекционно-воспалительным заболеваниям влагалища обусловлено несомненным патогенетическим значением нарушений вагинально-цервикальной микробиоты в генезе различных осложнений беременности и родов.

Большинством авторов указывается, что хронический эндометрит, как неизбежное следствие несостоявшегося выкидыша, необходимо лечить в течение первых 3 месяцев после прерывания неразвивающейся беременности. Это позволяет сохранить последующую беременность у 67% женщин. При отсутствии терапии благополучный исход ожидает только 18% пациенток. Однако реабилитацию проходят лишь 4% женщин.

Трудности лечения пациенток с хроническим эндометритом заключаются в сложности создания и длительного сохранения терапевтической концентрации лекарственных препаратов в очаге хронического воспаления. Эти трудности позволяет преодолеть местное использование низкочастотного ультразвука посредством аппарата ультразвуковой кавитации Фотек серии АК100.

Бальнеогрязелечение является общепризнанным методом лечения хронических

воспалительных заболеваний органов малого таза. Находящиеся в грязях минеральные соли, микроэлементы и органические вещества способствуют нормализации микробного дисбаланса, обеспечивают бактерицидные, фунгицидные и противовоспалительные свойства.

Цель исследования. Оценить воздействие ультразвукового кавитационного орошения полости матки и пелоидотерпапии гипосульфитными грязями на изменение состояния микробиоценоза половых путей у женщин после прерывания неразвивающейся беременности.

Материал и методы. Объектом исследования явились 79 женщин после прерывания неразвивающейся беременности в сроке до 12 недель.

Случайным образом женщины рандомизованы на 3 группы: 1 группа – 39 пациенток, которым после прерывания неразвивающейся беременности проводились в комплексе внутриматочные орошения кавитационным раствором и ректальное введение гипосульфитных грязей с грязевыми аппликациями на зону «трусиков».2 группа – 25 пациенток, которым проводилось сочетанное ректальное введение лечебных грязей и грязевые аппликации на зону «трусиков», на фоне стандартной антибактериальной терапии.3 группа – 15 женщин, которым после прерывания неразвивающейся беременности назначалась стандартная антибактериальная терапия.

Низкочастотная ультразвуковая кавитация полости матки осуществлялось 0,05% раствором хлоргексидина с помощью ультразвукового кавитационного аппарата АК100 фирмы «Фотек» с использованием усовершенствованного маточного наконечника. Орошение проводилось на второй день после прерывания регрессирующей беременности. Курс включал в себя пять процедур орошения полости матки длительностью 5-6 минут. Ректальное введение грязевых тампонов и аппликации начинались на 3 день после вакуум-аспирации непосредственно после процедуры орошения полости матки и включало 10 процедур. Через месяц на 5-7 день менструального цикла женщинам повторяли курс кавитации и грязелечения. На второй курс для внутриматочного орошения использовали раствор Имунофана 0,005% в разведении 1:100 со стерильным физиологическим раствором. Кроме ректальной пелоидотерапии проводились аппликации грязью на зону «трусиков». Аналогичным образом проводили третий курс.

Результаты. У большинства (45,3%) женщин 1 группы после прерывания неразвивающейся беременности в результате исследования структуры микробиоты методом ПЦР-real-time был диагностирован умеренный анаэробный дисбиоз. У 15,1% женщин был диагностирован выраженный дисбиоз. У 39,6% пациенток с нормоценозом были выявлены условно-патогенные бактерии (Atopobiumvaginae, Gardnerellavaginalis, Mobiluncusspp, Megaspheraspp, Leptotrihiaspp.) на фоне преобладания лактобацилл. После комплексного трехкратного применения метода ультразвукового кавитационного орошения полости матки в сочетании с пелоидотерапией были определены достоверные отличия в структуре

микробиоценоза: снизилось содержание Dialisterspp, Gardnerellavaginalis, Ureaplasma (ureal+parv), Prevotellabivia, Atopobiumvaginae, Porphyromonasspp, Eubacteriumspp, Leptotrihiaspp, Peptostreptococcusspp, Candidaspp, Fusobacteriumspp. Не изменились количественные показатели после проведенного лечения Veilonellaspp, Sneathiaspp, Megaspheraspp. Количественные показатели факультативно-анаэробных микроорганизмов не имели достоверных различий до и после орошения и не превышали количественных показателей нормофлоры.

Изучение микробиоты у женщин 2-й группы показало наличие нормоценоза в 34,4% случаев, умеренного и выраженного дисбиоза – 44,7% и 20,9% случаев соответственно. После применения трех курсов сочетанной ректальной и аппликационной пелоидотерапиинормоценоз был диагностирован у 39,5%, умеренный и выраженный дисбиоз у 48,1% и 12,4% соответственно.

У женщин третьей группы нормоценоз был выявлен у 42.3%, умеренный дисбиоз у 41,6%, выраженный дисбиоз у 16,1%. У данной группы пациенток применение метода стандартной антибактериальной терапии не вызывало изменений в содержании лактобактерий, факультативно-анаэробных микроорганизмов, урогенитальных микоплазм, грибов рода Candida.

Вывод. Комплексный подход с применением промывания полости матки кавитированным ультразвуком раствором в сочетании пелоидотерапией позволяет нормализовать вагинально-цервикальный микробиоценоз у женщин после прерывания неразвивающейся беременности.

ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ ВЕДЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ

П.О. Омарова - клинический ординатор 1-го года,

Д.Р. Меджидова, Н.С.-М., Омаров, Е.М. Шифман

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Плановое оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (КС), при традиционном ведении периоперационного периода, как правило, выполняется в утренние часы, при этом, в соответствии со стандартной практикой подготовки к вмешательству, ему предшествует период ночного голодания, составляющий обычно 12 или более часов. Этот факт способствует снижению уровня глюкозы в крови новорожденного [1, 2,3]. Поэтому

родоразрешение путем кесарева сечения можно рассматривать, как фактор риска развития гипогликемии в раннем неонатальном периоде [1].

В последние годы в клиническую практику, в частности в хирургию, активно внедряется концепция fasttrack, одной из важных составных этой концепции - «Быстрая Метаболическая Оптимизация» (БМО) направленная на уменьшение периода предоперационного голодания и активацию внутриклеточного транспорта глюкозы путем применения комбинированных углеводно-протеин-глутаминовых напитков с целью профилактики инсулинорезистентности, часто имеющей место в ранний послеоперационный период. [4,5,6].

Исследования, посвященные изучению зависимости уровня глюкозы в крови у новорожденных детей в первые минуты рождения путем кесарева сечения малочисленны и противоречивы. А исследования глюкозы в крови матери и ребенка в зависимости от ведения периоперационного периода и вовсе отсутствуют.

Цель исследования: определить влияние способов ведения периоперационного периода при абдоминальном родоразрешении на уровень глюкозы в крови родильницы, и в крови доношенных новорожденных.

Материалы и методы. Обследовано 87 пациенток, родоразрешенных в срок абдоминальным путем.

Из них 39 с общепринятой схемой ведения периоперационного периода (ограничение приема пищи накануне вечером и утром до операции) -*группа сравнения*, и 48 - родоразрешенных абдоминально в рамках "fast-track" стратегии (без ограничения в питании и применении углеводного напитка за два часа до операции)-*основная группа*.

Критерии включения: срок гестации 38-40 полных недель, масса тела при рождении 2900-4000 граммов, длина - 47-56 см, оценки по шкале Апгар I-ой и II-ой групп>7 и >8 баллов соответственно, отсутствие у ребенка перинатальной патологии. Из исследования исключались дети с интранатальной гипоксией, макроглоссией, родившиеся от матерей с сахарным диабетом, ожирением II-IIIстепени, метаболическим синдромом,аутоиммунными заболеваниями в анамнезе, фетоплацентарной недостаточностью различной этиологии.

Всем пациенткам определялся уровень глюкозы в крови родильниц, полученной из вены, в крови из пуповины и крови, взятой у новорожденного из пальца в первые 6-15 минут жизни,при помощи биохимического анализатора «ROKI-6T»(Россия).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием прикладных программ Statistica 6 (Statsoft-Russia, 1999). Характер распределения значений количественных признаков оценивался с помощью критерия Шапиро-Уилка. Результаты представлены в виде средних значений и среднего квадратичного отклонения — (M±SD). Наличие статистически значимого различия количественного признака в двух несвязанных группах определялосьс помощью критерия Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Статистически значимыми считались

различия при $p < 0,05$.

Результаты. По клиническим показателям группы не имели статистически значимых различий, основными показаниями для планового КС являлись: рубец после операций КС в 72,9% случаев основной группы и 74,3% группы сравнения, миопия высокой степени в 12,5% и 10,3% соответственно, поперечное положение плода в 1 случае (2,1%) основной группы и тазовое предлежание плода в 12,5% и 15,4% соответственно по группам.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что средний уровень глюкозы в венозной крови родильниц в группе сравнения был статистически ниже, чем в основной группе ($p<0,05$).Разница в средних значениях концентрации глюкозы в пуповинной крови была не столь выражена в сравниваемых группах, однако амплитуда колебаний была значительно больше в группе сравнения, в 17,9% опускаясь до предела нижней границы нормы, принятой для новорождённых. Также статистически достоверная разница в показателях была отмечена и в сравнении крови, полученной из пальца новорожденного ($p<0,05$), причем у 35,9% детей уровень глюкозы свидетельствовал о гипогликемии (<2,6ммоль/л).Кроме того, концентрация сахара в капиллярной крови новорожденного была несколько ниже в сравнении с пуповинной кровью.

Выводы. Таким образом, установлено, что концентрация глюкозы в крови доношенных новорожденных тесно взаимосвязана со способом ведения периоперационного периода при абдоминальном родоразрешении.

Существенно снижена концентрация глюкозы при абдоминальном родоразрешении при ведении предоперационного периода без перорального применения изоосмолярных углеводных смесей.

1. Сравнение уровня глюкозы в крови, взятой из пуповины и у новорожденного в первые часы жизни, говорит о высоком потреблении глюкозы плодом ежеминутно, и в большей степени при голодании матери в периоперационном периоде.

2. Сравнение уровня глюкозы в крови новорожденного в первые 6-12 часов после рождения в основной и группе сравнениях данном исследовании подтверждает, что уровень глюкозы в крови плода практически целиком зависит от уровня глюкозы в крови матери.

3. Лучшие результаты получены у новорожденных, матери которых принимали углеводный напиток за 2 часа до операции при ведении периоперационного периода по fasttrack.

Ведение периоперационного периода у женщин по fasttrack концепции позволяет снизить риск развития гипогликемии у новорожденных детей в раннем неонатальном периоде при абдоминальном родоразрешении.

Мы считаем, чтотрадиционное ведение периоперационного периода при КСможно рассматривать, как дополнительный фактор риска развития гипогликемии у новорожденных детей в раннем неонатальном периоде.

Литература

1. Карпова А.Л., Мостовой А.В., Мирошниченко О.М., Карпов Н.Ю. Спивак Е.М.Кесарево сечение как фактор риска развития гипогликемии у доношенных новорожденных. Дальневосточный медицинский журнал. 2015;(4):35-37.

2. Иванов Д.О., Шабалов Н.П., Петренко Ю.В. Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных. Неотология. 2014.1(3):113-128

3. Das U.G., Schroeder R.E., Hay W.W.Jr., Devaskar S.U. Time- dependent and tissue- specific effects of circulating glucose on fetal ovine glucose transporters. Am. J. Physiol. 1999; (276):809–817.

4. Иванов Д.О., Петренко Ю.В., Шабалов Н.П. Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных. Неонатология. 2014;(1): 113-128.

5. Мазитова М.И., Мустафин Э.Р. Fast-track-хирургия – мультимодальная стратегия ведения послеоперационных больных. Казанский медицинский журнал. 2012; 93(5):799-802.

6. Пасечник И.Н. Программа ускоренного выздоровления после хирургического лечения. Высокие технологии в медицине.2016; 40(3):115-116.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Э.Г. Герейханова - аспирант кафедры,

Э. С.-А. Ибрагимова - аспирант кафедры,

И. Х. Магомедова – студентка 326 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Х.М. Омарова

Актуальность. Состояние гемостаза у беременных с варикозным расширением вен половых органов (ВРВ ПО) является серьезной проблемой и остается актуальной в современном акушерстве. По данным литературы ВРВ относится к числу заболеваний повышающих риск возникновения тромбофлебитических осложнений при беременности.

В послеродовом периоде у 30 - 40% женщин с ВРВ ПО развиваются тромбозы вен малого таза и нижних конечностей.Известно, что во время беременности, особенно в третьем триместре, наблюдается физиологическая гиперкоагуляция, а в генезе тромбозов большое значение придают нарушениям гемостаза, сопровождающим ВРВ.

Учитывая высокую значимость варикозной болезни как фактор риска развития тромбоэмболических осложнений, нами было предпринято изучение системы гемостаза во время беременности и послеродового периода у женщин с ВРВ ПО.

Цель исследования: оценка состояния гемостаза у беременных и родильниц с ВРВ ПО.

Материал и методы исследования. С целью оценки системы гемостаза исследуемые были разделены на 2 группы: I –30 беременных с ВРВ ПО не получивших профилактику тромбоэмболических осложнений во время гестации. Степень выраженности варикозного процесса у этих женщин была максимальной. II гр составили - 30относительно здоровых беременных. Наряду с общепринятыми клиническим методами исследования проводили определение гемостазиограммы, минимум трижды за беременность и дважды в послеродовом периоде. Кровь из вены забирали в стандартную пробирку, содержащую 0,5мл цитрата натрия натощак в сроке 16-18, 28-30 и 36 – 38 недель беременности, а также на 2-3 и 5-7 сутки послеродового периода.

Исследование гемостаза включало:1.Время свертывания крови по Ли и Уайту.2.Времярекальцификации плазмы по Бюргеру иРоку. 3.Толерантность плазмы к гепарину по Поллеру. 4.Тромботест по методу Ита в модификации М.А.Котовщиковой. 5.Концентрация фибриногена по Рутбергу. 6.Фибриноген «В» по Лайонсу. 7.Фибринолитическая активность по Куну, Рочну и Ходсону; 8.Протромбиновая активность по Квику – Кудряшову.

Результаты исследования.В результате проведенных исследований установлено, что у беременных с ВРВ ПО наблюдаются значительные изменения в системе гемостаза.Данные исследований даны в таблице 1.

Таблица № 1

Состояние гемостаза у беременных с ВРВ и ПОвовремя беременности и после родов

	I триместр	II триместр	III триместр	3д после родов	7д после родов
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	95 ± 0,5	100±0,2	108± 3,2	108±2,3	100±1,7
Индекс ретракции (%)	55 ± 0,5	59± 0,6	60± 0,9	58 ± 0,2	60± 0,9
Время свертывания по Рутбергу (мин)	11 ± 0,9	8 ± 0,5	7± 0,6	8 ± 0,9	9 ± 0,6
Время рекальцификации,сек	1,3± 0,3	1,4± 0,2	2,0± 0,1	1,6± 0,5	1,5± 0,4
Фибриноген (г\л)	3,5± 0,5	4,0± 0,6	5,0 ±0,1	6,2± 0,2	5,0± 1,0
Тромбиновое время (сек)	12 ± 0,8	10 ± 0,8	7 ± 0,2	8 ± 0,7	9 ± 0,1
Активированное частичное	31,0± 0,8	28,2± 0,8	18,3±0,7	20,4±0,6	23,5±0,4

тромбопластиновоевремя (АЧТП)					
Определение толерантности плазмы к гепарину	10,0±0,9	8,0±0,2	4,0± 0,5	4,1±0,9	8,9±0,3

P>0,05

Отмечено, что у беременных с ВРВ наблюдается повышение толерантности плазмы к гепарину, снижение концентрации фибриногена(3,0±0,1), уменьшение гепаринового времени (10,0±0,97), достоверное снижение активности антитромбина (АIII) (96,8±1,82%). Показатели тромбоэластограммы возрастали на протяжении всей гестации, достигая максимума на 3 сут послеродового периода, постепенно снижаясь в послеродовом периоде.

Исследование коагуляционного звена гемостаза здоровых беременных подтвердило данные о развитии физиологической гиперкоагуляции во время беременности (Таб. 2).

Таблица №2

Состояние гемостаза у женщин II группы вовремя беременности и после родов

	Iтри-местр	II три-местр	IIIтри-местр	3д после родов	7д после родов
Протромбиновый индекс (ПТИ) %	95 ± 0,5	98± 0,22	101± 0,1	102± 0,2	107± 0,3
Индекс ретракции(%)	55 ± 0,5	59± 0,6	60± 0,9	58 ±0,2	60± 0,9
Время свертывания по Рутбергу (мин)	11 ± 0,9	10± 0,9	12± 0,8	11± 0,9	8± 0,2
Время рекальцификациисек)	1,3± 0,3	1,4± 0,2	2,0± 0,1	1,6± 0,5	1,5± 0,4
Фибриноген (г\л)	3,5± 0,5	3,4± 0,6	4,0 ±0,1	4,8± 0,2	4,0± 1,0
Тромбиновое время время,сек	12± 0,8	13± 0,8	12± 0,8	13± 0,7	10± 0,1
Активир.частичное тромбопластиновое время	32,1± 0,8	31,2± 0,9	28,3±0,2	23,4±0,7	25,5±0,5
Определениетолерантности плазмы к гепарину	12,0±0,8	15,1±0,5	16,0±0,4	15,0±0,5	13,0±0,7

P>0,05

По мере прогрессирования беременности отмечается значительное повышение содержания фибриногена в крови. Во II и III триместрах беременности увеличивается содержание факторов внутреннего прокоагулянтного звена системы гемостаза, растет протромбиновый индекс.

Таким образом, при ВРВ ПО изменения гемостаза в виде потребления фибриногена, снижения активности гепарина и АIII свидетельствовали, вероятно, о локальном тромбозе.

Известно, что АIII, являющийся основным ингибитором тромбина и кофактором гепарина, участвует в поддержании оптимального агрегатного состояния крови, нейтрализует коагулянты, предотвращает процессы внутрисосудистого свертывания крови. Снижение активности АIII может быть объяснено недостаточностью эндогенных антикоагулянтов, угнетением системы фибринолиза на фоне морфологических изменений сосудистой стенки, которое характерно при ВРВ. Дефицит АIII в виде врожденной или приобретенной тромбофилии может предрасполагать к развитию тромботических осложнений при беременности, в родах и послеродовом периоде у женщин с ВРВ ПО.

Наряду с низкой толерантностью плазмы к гепарину 4,0± 0,5 мин и снижением тромбинового времени наблюдалось уменьшение числа тромбоцитов (180,0±13,1) и активности АIII(90,9±3,1%), что указывало на развитие внутрисосудистого свертывания.

При исследовании сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза выявлено увеличение времени кровотечения (104 ± 0,1 с), снижение адгезивности тромбоцитов (10,1 ± 0,9 %) и их агрегационной стимуляции коллагеном (89,6 ± 1,9%). Эти данные подтверждают наличие локального тромбоза при ВРВПО. Нарушения тромбоцитарного звена гемостаза у беременных с ВРВ ПО одновременно могут способствовать возникновению кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Выводы. У беременных с ВРВ ПО наблюдается гиперкоагуляция, что свидетельствует о повышенном риске тромбоэмболических осложнений у этого контингента женщин и указывает на необходимость проведения у них специальных лечебных и профилактических мероприятий. Всем беременным с ВРВ ПО необходимо проводить ежемесячный контроль состояния гемостаза по наиболее информативным и доступным в повседневной практике тестам и при необходимости проводить коррекцию гемостазиологических нарушений в условиях стационара.

Полученные данные свидетельствуют о высоком риске возникновения тромбозов, тромбоэмболий и акушерских кровотечений у беременных, страдающих ВРВ ПО.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН СО СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ В КУРОРТНО-РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОНАХ КРЫМА

А.Б. Мамбетова - студентка 511 группы 1 медицинского факультета,

Н.С. Поканевич – студент 609 группы 2 медицинского факультета

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского, Симферополь, Крым

Научный руководитель - д.м.н., проф. Н.А. Резниченко

Актуальность. Травматическое повреждение спинного мозга является причиной значительных изменений в жизни человека и представляет собой актуальную междисциплинарную проблему. В комплексе с нарушениями двигательной и чувствительной функций, нарушениями функций тазовых органов у пациенток выражена и гинекологическая патология, которая в большинстве случаев проявляется в виде воспалительных заболеваний половых органов, нарушении овариально-менструального цикла и бесплодия. Нарушение функций органов малого таза у пациенток с травматическим поражением спинного мозга усугубляет течение гинекологических заболеваний и вследствие этого женщины обращаются к врачам с запущенными хроническими заболеваниями гинекологического профиля.

Цель исследования. Сравнить эффективность применения природных (бальнеогрязелечения) и преформированных (магнитнолазерная терапия) физических факторов при лечении хронического сальпингоофорита у женщин с травматическим поражением спинного мозга.

Материалы и методы исследования.В ходе исследования были проанализированы медицинские карты 117 женщин со спинальной травмой в сочетании с хроническим сальпингоофоритом, в возрасте от 30 до 40 лет. Средний возраст пациенток составил 30,2±4,5 года. Повторно санаторно-курортную помощь получали 58,4 % женщин. Средняя продолжительность лечения в санатории составила 32 дня. Средняя длительность заболевания хроническим сальпингоофоритом составила 5,1±0,47 лет. В анамнезе воспалительные заболевания органов малого таза длительностью более 4 лет были установлены у 68,6 % обследуемых женщин. При поступлении пациенткам проводились следующие методы обследования: сбор анамнеза, гинекологический осмотр, исследования гинекологического мазка, кольпоцитологическое исследование, УЗИ органов малого таза и молочных желез, консультации смежных специалистов при необходимости, клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, На основании данных анамнеза было установлено у 91,2 % обследуемых женщин ведущей жалобой были ноющие и тянущие боли внизу живота, которые не связаны с менструальным циклом. У 61,3 % женщин отмечалась иррадиация боли в пояснично-крестцовую область, у 38,7 % боль иррадиировала на внутреннюю поверхность бедер и область прямой кишки. При клиническом обследовании у 85,7 % пациенток были обнаружены нарушения овариально-менструального цикла, из них у 65,8% по типу дисменореи, гипоменорея присутствовала у 16,3%, вторичная аменорея составила 17,9% обследуемых женщин. По данным бимануального гинекологического исследования, воспалительный процесс матки и её придатков, спаечный процесс в малом тазу и незначительная болезненность придатков отмечалась у 89,6 % женщин. У 34,8 % обследуемых наблюдалась болезненность при тракции за шейку матки и наличие уплотненных придатков с

ограничением подвижности. После обследования каждой пациентке назначались комплексные процедуры – бальнеогрязелечения и физиолечения.

Пациентки были разделены на 3 группы. Больным I группы(n = 37) было назначено лечение сакскими грязями: грязевые «брюки» («грязевые трусы») при температуре 40-42 С в течении 15 минут в сочетании с полостными процедурами (грязевыми влагалищными тампонами, грязевыми ректальными тампонами) продолжительностью 20 минут. Курс лечения составлял 12 процедур, которые проводились через день. В сочетании с магнитнолазерной терапией импульсным ИК НИЛИ, импульсная мощность 4-5 Вт, частота следования импульсов 1-2 й и 9-10 сеансы – 80 Гц, остальные сеансы – 1500 Гц. Курс лечения составлял 10 процедур, ежедневно длительностью до 15 минут, по 5-6 минут соответственно на область придатков и матки с магнитными насадками (индукция 60 мТл). С 3 сеанса дополнительно проводилось трансвагинальное воздействие импульсным инфакрасным лазером на боковые и задний свод влагалища до 5 минут специальными гинекологическими насадками. На область яичников по 2 минуты и паравертебрально на пояснично-крестцовый отдел 1 минута, контактно, стабильно проводилось воздействие излучающей головкой МЛ01КР – аппаратом лазерной терапии «Матрикс».

Лечение II группы (n = 40) состояло из общих ванн температура 37 С продолжительностью 20 минут и влагалищными орошениями рапой в течение 10 дней, в комплексе с магнитнолазерной терапией, состоящей из 10 процедур, которые проводились ежедневно.

Пациентки III группы (n = 40) получали комбинированное лечение, состоящей из пелоидотерапии: аппликации в виде грязевые «брюки» температура 40 С и экспозицией в течение 15 минут, а также полостные процедуры (грязевые вагинальные тампоны) длительностью 20 минут. Процедуры пелоидотерапии проводились через день, весь курс составил 12 процедур. В комплексе общих ванн температура 37 С продолжительностью 20 минут и орошениями рапой в течение 10 дней.

Результаты. После окончания терапии выраженность клинической симптоматики, данных лабораторных и инструментальных исследований, характеризующий воспалительный процесс, уменьшиласьв трех исследуемых группах, но в зависимости от назначенного метода лечения имелись отличия. В первой группе 25 (67,5%) женщин отметило значительное улучшение, 7 (18,9%) пациенток остались в стабильном состоянии, у 5 (13,5%) пациенток состояние ухудшилось. Во второй группе у 20 (50%) пациенток улучшилось состояние, 12 (30%) женщин оценили состояние стабильным, 8 (20%) женщин отметили ухудшение. Третья группа: у 16 (40%) пациенток отмечено улучшение, 20 (50%) остались на прежнем уровне, а 4 (10%) отметили ухудшение. Эффективность терапии составляет 9-10 месяцев, что было выявлено на основании анкетирования пациенток через 12 месяцев после лечения.

В результате исследования в первой группе отмечается больший процент женщин 67,5% со значительным улучшением самочувствия после терапии сакскими грязями и магнитнолазерной терапией, следовательно, можно рекомендовать данный вид терапии. Следующее по эффективности лечение во второй группе бальнеологическое с магнитнолазерной терапией - 50%. В третьей группе 40% пациенток отметили улучшение, предположительно, низкая эффективность лечения наблюдается из-за отсутствия магнитнолазерной терапии.

Выводы. Женщины с травматическим повреждением спинного мозга не получают вовремя в достаточном объеме обследование и лечение, имеющиеся нарушения моторной функции ведут к запущенности гинекологических заболеваний. В санатории Н.Н. Бурденко г. Саки женщинам с травматическим повреждением спинного мозга и заболеваниями гинекологического профиля производится комплексный подход при проведении обследования и лечения основной патологии и сопутствующих заболеваний. Особое внимание уделяется женщинам с гинекологическими заболеваниями, которым подбирается индивидуальная методика лечения.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В АКУШЕРСТВЕ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Г. К. Церцвадзе, 5 курс, педиатрический факультет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к. м. н., ассистент И.Н. Воробцова

Актуальность исследования. Атипичный гемолитико - уремический синдром — генетически прогрессирующее заболевание из группы тромботических микроангиопатий, связанное с неконтролируемой активацией системы комплемента, характеризующиеся быстро прогрессирующим течением с вовлечением многих органов и развитием жизнеугрожающих осложнений. Согласно литературным данным, в 7% случаев аГУС связан с беременностью или родами (LaurenceJ. aHUS 2012).

Цель исследования: показать сложности анализа клинических проявлений, дифференциальной диагностики и лечения аГУС.

Материалы и методы: Описание клинического наблюдения развития аГУС у молодой женщины после родоразрешения. У пациентки А., 25 лет, на фоне гладкого послеродового периода, появилось маточное кровотечение (700 мл) с развитием симптомокомплекса в виде микроангиопатического гемолиза, тромбоцитопении и полиорганной недостаточности.

Общий анализ крови: гемоглобин — 77 г/л, тромбоциты — 86•10*9/л.

Биохимический анализ крови: креатинин — 373 мкмоль/л, АЛТ — 177 ед/л, АСТ — 300 ед/л, мочевина — 9,3 ммоль/л.

Результаты: Беременность — важнейший триггер атипичного гемолитико - уремического синдрома. В клинической картине ТМА преобладают признаки микроангиопатического гемолиза и поражения органов – мишеней (прежде всего – почек и ЦНС), часто с развитием полиорганной недостаточности.

Сложность диагностики и терапии уже при дебюте этого заболевания требует интенсивного лечения в условиях отделения реанимации. Применение только плазмотерапии не предотвращает прогрессирование ОПП. На фоне терапии препаратом Экулизумаб постепенная нормализация уровня тромбоцитов, снижение ЛДГ, улучшение почечной функции. Общий анализ крови: гемоглобин - 85,3 г/л, тромбоциты - 405•10*9/л, лейкоциты - 8,9•10*9/л, Биохимический анализ крови: креатинин - 240 мкмоль/л, АСТ - 16,8 ед/л, АЛТ-7 ед/л,мочевина - 5 ммоль/л.

Вывод. Данное клиническое наблюдение демонстрирует редкое заболевание — аГУС, особенности его течения, сложности дифференциальной диагностики и лечения.

АКУШЕРСКИЙ СЕРКЛЯЖНЫЙ ПЕССАРИЙ: ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ МЕДАЛИ

В.А. Улыбышева – студентка 6А группы 5 курса ЛД,

Н.С. Данчева – студентка 4А группы 5 курса ЛД

Медицинский институт БФУ им.И.Канта, Калининград, Россия

Научный руководитель - аспирант кафедры, врач акушер-гинеколог Д.П. Шостак

Актуальность. В настоящее время преждевременные роды составляют 5-10% от общего числа родов, и этот показатель не имеет тенденции к снижению, несмотря на высокий уровень акушерско-гинекологической помощи. Одной из причин преждевременных родов является ИЦН, для коррекции, которой сейчас используется акушерский серкляжный пессарий Dr. Arabin.

Цель и задачи: выявить целесообразность применения акушерского пессария Dr. Arabin в качестве профилактики преждевременных родов при истмико-цервикальной недостаточности; выявить группу беременных женщин, у которых имеются показания к установке акушерского серкляжного пессария,

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 100 историй родов за 2017г в ГАУ КО РПЦ г. Калининграда. Все женщины находились на лечении в данном учреждении на разных сроках беременности с диагнозом «Истмико-цервикальная недостаточность».

Результаты: Прямые показания к установке пессария Dr. Arabin у 33%, соответственно показания отсутствуют у 67%, из них 46% - первобеременные женщины. 17% женщин получили разрыв ш/м в родах - 41% (7 женщин) у первобеременных, а так же 70% у беременных, не имеющих показания к пессарию.

На основе проведенных исследований преждевременные роды составили 20%, что превышает мировую статистику (на 2017г. показатели преждевременных родов варьируются от 5% до 10%). Из них 60%, кому пессарий не показан и 35% у первобеременных женщин.

До 24 недели гестации был установлен пессарий 35 женщинам, для 77% которых беременность завершилась в доношенном сроке.

Выводы: акушерский пессарий Dr.Arabin является современным, удобным и достаточно надежным методом коррекции истмико-цервикальной недостаточности , однако должен использоваться только при анатомической ИЦН (на долю которой приходится 0,1% от всех вариантов ИЦН) на сроках до 22 - 24недель гестации. Установка его первобеременным с признаками укорочения шейки матки, рутинное применение в качестве профилактики преждевременных родов, установка на сроках беременности выше 24 нед. гестации не является целесообразным и, более того, способствует развитию инфекционных осложнений, разрывам шейки матки в родах и не снижает частоту преждевременных родов.

КЛИНИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНЫХ МНОГОПЛОДНЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЗА 2017 ГОД

М.Л. Козлова, А.В. Жильцова., А.В. Антипова - студентки 4 курса лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Л.Н. Демина

Актуальность. Беременность монохориальной двойней характеризуется возможностью развития ряда специфических осложнений, связанных с монохориальным типом плацентации [1]. Одним из самых грозных осложнений выступает синдром фето-фетальной трансфузии (ФФТС). При отсутствии внутриутробной коррекции данного состояния в 80 - 100% случаев наблюдается антенатальная гибель одного или обоих плодов [2].С целью минимизирования осложнений ФФТС был разработан клинический алгоритм в КДО ОКПЦ ООКБ №2 (г. Оренбург).

Цели и задачи. Оценить эффективность функционирования настоящего клинического алгоритма ведения монохориальных многоплодных беременностей (ММБ), применяемого на территории Оренбургской области.

Методы исследования. В ходе нашего исследования использовались статистические

данные КДО за 2017 г., в которых отражены данные о количестве ММБ на территории Оренбургской области, процент развития ФФТС, сроки его выявления и исходы этих беременностей. На сроке в 16 недель при проведении УЗИ скрининга определены обязательные показатели, позволяющие заподозрить развитие ФФТС, при их выявлении данных пациентки направляются в КДО, после чего проводится врачебный консилиум, где решаются вопросы дальнейшей тактики лечения, исходя из состояния пациентки и плодов, и срока беременности.

Результаты. За 2017 г. на территории Оренбургской области на учете стояло 26 пациенток с ММБ, у 7 был выявлен ФФТС. У 6 пациенток ФФТС был определен на 16 - 17 неделе и была проведена фетоскопическая операция - коагуляция анастомозов, антенатальной гибели не наблюдалось. Однако одна пациентка не проходила УЗИ в 16недель, в результате чего алгоритм был не выполнен и ФФТС был выявлен на 3 скрининге уже в 5 степени. В данном случае наблюдалась гибель плода-донора. Через 16 недель пациентке была экстренно родоразрешена.

Выводы. Данный алгоритм показал свою эффективность, в случае его выполнения удалось полностью избежать антенатальной гибели плода. За 2017 год антенатальная гибель наблюдалась лишь при несоблюдении клинического алгоритма.

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ПРИЧИН ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014 и 2016 гг.

А.К. Абукеримова – студент 506 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. И.В. Фомина

Актуальность. Одной из важнейших проблем в современном акушерстве является выявление и ликвидация причин преждевременных родов (далее ПР) [4]. В целом, частота ПР как в РФ, так и в Тюменской области (далее ТО) снизилась [1,4], что связано непосредственно с ранней диагностикой и рациональной тактикой ведения беременных женщин. Исход родов для новорожденного при сроке родоразрешения 22-27,6недель является наиболее неблагоприятным [3]. ПР - это прежде всего психологическая нагрузка на семью, медицинская и экономическая проблема, которая связана с трудностью и большой стоимостью выхаживания новорожденных [2,3]. У недоношенных детей наблюдается высокая частота заболеваемости, а также инвалидности [4].

Цель исследования: изучить частоту и структуру причин очень ранних ПР.

Материалы и методы исследования. Сплошное ретроспективное исследование 644

историй родов женщин, родоразрешенных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), далее ПЦ, в 2016 г. и 489 в 2014 г. (уч. форма № 096/у), заключений гистологических исследований последов (уч. форма № 014/у), индивидуальных карт беременных и родильниц (уч. форма № 111/у).

Результаты исследования. В ТО активно проводятся мероприятия по снижению ПР [6]. В 2016 г-4,4%, ниже на 1,0%, чем в 2014 г. Снизились очень ранние ПР на 1,3 (с 2014 года - 7% до 5,7%), что приблизилось к показателю в РФ – 5 %. ПР классифицируют на самопроизвольные и индуцированные [2]. В 2016 г. индуцированные роды- 37,7%, а самопроизвольные－62,3%. Этиологические факторы ПР разнообразны, но выявлены наиболее часто встречаемые: роды, начавшиеся вследствие преждевременного излития околоплодных вод (ПИОВ), спонтанно развившейся родовой деятельности и истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), из индуцированных: преэклампсия, синдром задержки развития плода (СЗРП), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).

При анализе причин очень ранних ПР на первом месте ПИОВ, так в 2014 г.- 16%, а в 2016 г. выявлен рост до 35%, увеличение числа преэкламспий с 12% (2014 г.) до 13,5%(2016г). Но снизилось число начавшейся родовой деятельности с 22% до 16% и ИЦН с 16% до 13,5%. А также снижение числа кровотечений вследствие ПОНРП и предлежания плаценты с 16% до 11,2%. В 2016 г. экстрагенитальная патология, как причина ПР не выявлена, в отличие от 2014 г. СЗРП и угрожающий разрыв матки снизились до 2,7%. Иные причины встречались реже.

Выводы.

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

2. Произошло снижение количества очень ранних ПР с 7% (2014г.) до 5,7%(2016г.).

3. ПИОВ возрос на 2,2% и является самой частой причиной очень ранних ПР в ТО, при снижении числа прочих причин.

РОЛЬ ПЕРЕНЕСЕННЫХ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ ОРВИ И ГРИПА В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Д.А. Мурзаева, А.К. Абукеримова – студентки 524 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Т.П. Шевлюкова

Актуальность. По имеющимся данным у беременных женщин с острыми респираторными заболеваниями манифестируют оппортунистические инфекции, что

обусловливает развитие антенатальных либо интранатальных инфекций плода и новорожденного. В случаях острой внутриутробной асфиксии и смерти плода при гистологическом исследовании биоптатов легких и головного мозга обнаруживались антигены вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, респираторно-синцитиального вируса либо микст-инфекции. Женщины с ОРВИ в анамнезе более предрасположены к преждевременным родам. Вирус может стать причиной повреждения молекулярных механизмов легочного и сосудистого развития, причиной снижения адаптационных возможностей организма плода. Перенесенное матерью ОРВИ ведет к присоединению инфекций, развитию плацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода, а также может привести к таким осложнениям раннего неонатального периода, как гипербилирубинемия, врожденная пневмония, судорожный и др. синдромы.

Цель исследования. Оценить здоровье и неонатальный период детей с респираторными расстройствами, в том числе рожденных от женщин, перенесших ОРВИ во время беременности.

Материалы и методы исследования. Клиническим материалом для ретроспективного анализа послужили 75 историй развития новорожденных за 2017 год в ГБУЗ ТО «Родильный дом № 2» города Тюмени. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета программ Statistica 10.

Результаты исследования. Из 75 проанализированных историй развития новорождённых 50 (66,6%) из них были рождены от женщин с диагнозом ОРВИ в гестационном периоде. Было выделено две группы: контрольная и группа новорождённых с контактом по ОРВИ, по 50 и 25 детей, соответственно. В обеих группах была произведена комплексная оценка состояния детей по данным историй развития новорожденных. Были выявлены достоверно более низкие показатели состояния здоровья у новорожденных от контактных по ОРВИ или больных ОРВИ матерей. Средний срок беременности в контрольной группе составлял 40 недель, в то время как в группе контактных по ОРВИ – 37-39 недель. Антропометрические показатели в контрольной группе (вес 3325 г., рост 54 см., индекс Кетле 61,5, окружность головы 35 см., окружность грудной клетки 34,5 см.) также были выше по сравнению со значениями в группе детей, рожденных от женщин с диагнозом ОРВИ в гестационном периоде (вес 3233 г., рост 53 см., индекс Кетле 62,7, окружность головы 34,7 см., окружность грудной клетки 34,3 см). Результаты комплексной оценки новорожденного по шкале Апгар на первой и в конце пятой минуты в контрольной группе (1' – 6,7 баллов; 5' – 7,5 баллов) также превосходили соответствующие значения группы новорожденных, контактных по ОРВИ (1'– 6,3 баллов; 5' – 7,1 баллов). Кроме того, при ретроспективном анализе историй развития новорожденных было выявлено 3 (4%) случая развития респираторного дистресс-

синдрома у новорожденных, которые были рождены от женщин с диагнозом ОРВИ в гестационном периоде.

Выводы. Выявлены достоверно более низкие по сравнению с контрольной группой показатели здоровья и антропометрические данные у новорожденных от матерей больных или контактных по ОРВИ и гриппу. Данная закономерность может быть объяснена, как повреждением молекулярных механизмов легочного и сосудистого развития, снижением адаптационных возможностей организма плода под действием вируса, так и более ранним сроком начала родовой деятельности у беременных женщин с ОРВИ и гриппом.

ИНФРАКРАСНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ-ОСЕТИЯ АЛАНИЯ

А. И. Цакоева, А.А. Урумова - студенты лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии №1

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. Л.В.Цаллагова

Актуальность: Воспалительные заболевания придатков матки - это очень часто встречающаяся гинекологическая проблема,которая выявляется у 60–65% женщин репродуктивного возраста. Возможно, число заболевших больше, так как нередко при стертых формах больные к врачу не обращаются. Довольно часто заболевания приобретают хронический характер, что приводит в 40–80 % к бесплодию в браке. Бесплодие остается очень серьезной проблемой не только медицины,но затрагивает и другие сферы общества. Частота бесплодного брака составляет 15-20%, в РСО-Алания 16,8%.

Цель исследования: Установить эффективность комплексного лечения бесплодия воспалительного генеза с использованием инфракрасной лазеротерапии в разных режимах.

Материал и методы исследования. В работу включены данные обследования 30 пациенток, в возрасте от 21 до 40 лет, получавших лечение в гинекологическом отделении РКБСМП г. Владикавказа с октября 2017 по март 2018 гг. с воспалительными заболеваниями придатков матки, 12 женщин получали только традиционное противовоспалительное лечение(контрольная группа) и комплексную традиционную противовоспалительную терапию, у 18-была включена инфракрасная лазеротерапия .Статистическая обработка цифровых данных проведена по стандартным статистическим алгоритмам на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6 и Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. От общего числа госпитализированных женщин с воспалительными заболеваниями придатков составили 62%. Все 30 пациенток страдали

бесплодием. Чаще поступали с 21-25 лет (60 %), с 26-35 лет (30 %), с 36-40 лет (10 %). В зависимости от вида лечения все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 18 пациенток, которые получали комплексную терапию с применением инфракрасной лазеротерапией и в контрольную вошли 12 женщин, которые получали только традиционную терапию. В основной группе женщины получали лазеротерапию с частотой от 50 до 100 Гц, по одной минуте в области органов малого таза и бедренной артерии в курсе 10 сеансов. Больные обеих групп были схожи по возрасту, анамнезу, частоте рецидивов, клиническим проявлениям. Длительность бесплодия была более 1 года, частота рецидивов - 1-2 раза в год. Больные неоднократно лечились. В основной группе лазеротерапия проявлялись тоническим сокращением мышц влагалища, уменьшением боли, ощущением тепла в области половых органов, выраженным улучшением кровотока на пятый день лечения, а у больных контрольной группы на 12 день. Под влиянием лечения нормализация функции яичников отмечалась у 72% женщин основной группы. Для оценки эффективности метода лазеротерапии, были прослежены отдаленные результаты лечения у всех 30 женщин, прошедших лечение. Оценивалось общее состояние, работоспособность, рецидивы, наступление беременностей, их течение и исход. Беременность наступила у 70% основной группы и у 25% контрольной группы.

Выводы. Главным преимуществом инфракрасной лазеротерапии является то,что он воздействует только на патологические ткани,не травмируя здоровые.Лазеротерапия дает возможность ускорения выздоровления больных с бесплодием воспалительного происхождения путем применения инфракрасной лазеротерапии на область органов малого таза и бедренной артерии. В результате нормализуется функция иммунной системы; улучшается состояние сосудов, в частности, происходит расширение сосудистых стенок; возникает обезболивающий эффект; корректируется клеточный и гуморальный иммунитет; повышается неизбирательная резистентность организма; улучшаются реологические свойства крови; усиливается микроциркуляция; нормализуется кислородно-транспортная функция крови; повышается антиоксидантная и протеолитическая активность крови;восстанавливается проводимость нервных путей, функция регулирующих центров и нервно-рефлекторные связи полового тракта с яичниками и маточными трубами, стимулируя функции репродуктивных органов и в конечном итоге наступает долгожданная беременность. Также можно утверждать о эффективности комплексного лечения бесплодия воспалительного происхождения от полного восстановления генитальных нервно-рефлекторных реакций. Помимо эффективности, лечение лазером еще и хорошо переносится и абсолютно безболезненно.Полученные результаты позволяют рекомендовать лазеротерапию при этой форме бесплодия, так как беременность наступила у 70% женщин, получавших лазеротерапию. Необходимо помнить и о том, что

проблема бесплодия является не только медицинской проблемой, но и проблемой социального и психологического характера.

ГЕМОГЛОБИНОПЕНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ (ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Е.В. Черствая - студент 5 курса лечебного факультета

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - ассистент С.Н. Чепелев

Актуальность. Клиницистов различных специальностей привлекают внимание вопросы диагностики гемоглобинопенических состояний (ГПС) у беременных [1, 3, 5]. Снижение гемоглобина (Hb) крови менее 110 г/л при беременности, по определению ВОЗ, считается анемией, наиболее распространенной причиной, которой является дефицит железа [1, 2, 4]. До сих пор вопрос о наличии у беременных истинной железодефицитной анемии остается открытым, что во многом обусловлено отсутствием четких нормативных показателей состояния красной крови для различных сроков беременности. Также недостаточно изученной является проблема влиянии многоводия, гестозов и сопутствующей патологии на показатели красной крови.

Цель: проанализировать показатели красной крови и влияние на них основной сопутствующей патологии у беременных с ГПС.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 157 историй родов на базе УЗ «6-я городская клиническая больница» (г. Минск) за 2017 год. В исследование было включено 126 женщин со сроком беременности от 258 до 291 дней и уровнем Hb в крови ниже 110 г/л. Контрольную группу составила 31 женщина аналогичных сроков беременности и уровнем Hb более 110 г/л, без гестоза и сопутствующей патологии. Также у всех женщин анализировалось содержание эритроцитов (RBC) и гематокрита (Ht) в периферической крови. Беременные женщины с ГПС были разделены на 3 группы в зависимости от уровня Hb (1-я группа – 110-100 г/л, 2-я – 99-90 г/л, 3-я – 89-80 г/л). Статистический анализ данных проводился в программе «Microsoft Excel 2013». Данные представлены в виде среднего арифметического и ошибки среднего арифметического (M±m). Результаты считались статистически значимыми при значениях $p<0,05$.

Результаты исследования. При анализе показателей красной крови установлено, что в опытной группе содержание Hb составило 97,26±5,2 г/л, RBC – $3,67±0,26×10^{12}$/л, Ht – 34,05±2,25%, в контрольной группе уровень Hb был 114,87±4,88 г/л, количество RBC – $4,28±0,20×10^{12}$/л, Ht – 40,15±1,48% (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели красной крови у беременных опытной и контрольной групп

Группы беременных женщин	Hb, г/л	RBC, $\times 10^{12}$/л	Ht, %
Женщины с ГПС	97,26±5,2	3,67±0,26	34,05±2,25
Контрольная группа	114,87±4,88	4,28±0,20	40,15±1,48

Таким образом, беременные женщины с ГПС имеют более низкие значения гемоглобина, эритроцитов и гематокрита по сравнению с группой здоровых беременных женщин.

Среди обследованных беременных женщин с ГПС была выявлена следующая сопутствующая патология: отечный синдром, наблюдавшийся у 12,7% пациенток, многоводие, которое встречалось у 9,5% беременных, хронические заболевания, выявленные у 11,9% пациенток (таблица 2).

Таблица 2 – Сопутствующая патология, выявленная у беременных женщин с ГПС

Сопутствующая патология	Число женщин	%
Отечный синдром	16	12,7
Многоводие	12	9,5
Хронические заболевания	15	11,9
Без сопутствующей патологии	83	65,9
Всего	126	100,0

При оценке распространенности сопутствующей патологии у беременных женщин с ГПС установлено, что многоводие в 1-й группе встречалось в 6,1% случаев, во 2-й – в 10,1%, в 3-й – в 25,0% случаев. Частота встречаемости отечного синдрома также выше у пациенток 3-й группы и составляет 25,0% (в 1-й и 2-й группах – 14,3% и 10,1 %) соответственно. Отягощенный акушерский анамнез (ОАА) был выявлен у 32,7% беременных 1-й группы, 23,2% – 2-й и у 75,0% беременных 3-й группы. Распространенность отягощенного гинекологического анамнеза (ОГА) наиболее высока у пациенток 3-й группы и составляет 75,0%. Одновременно наличие ОАА и ОГА более характерно для беременных женщин 3-й группы. Следовательно, можно предположить, что чем ниже уровень Hb, тем выше распространенность сопутствующей патологии у беременных женщин с ГПС (рисунок 1).

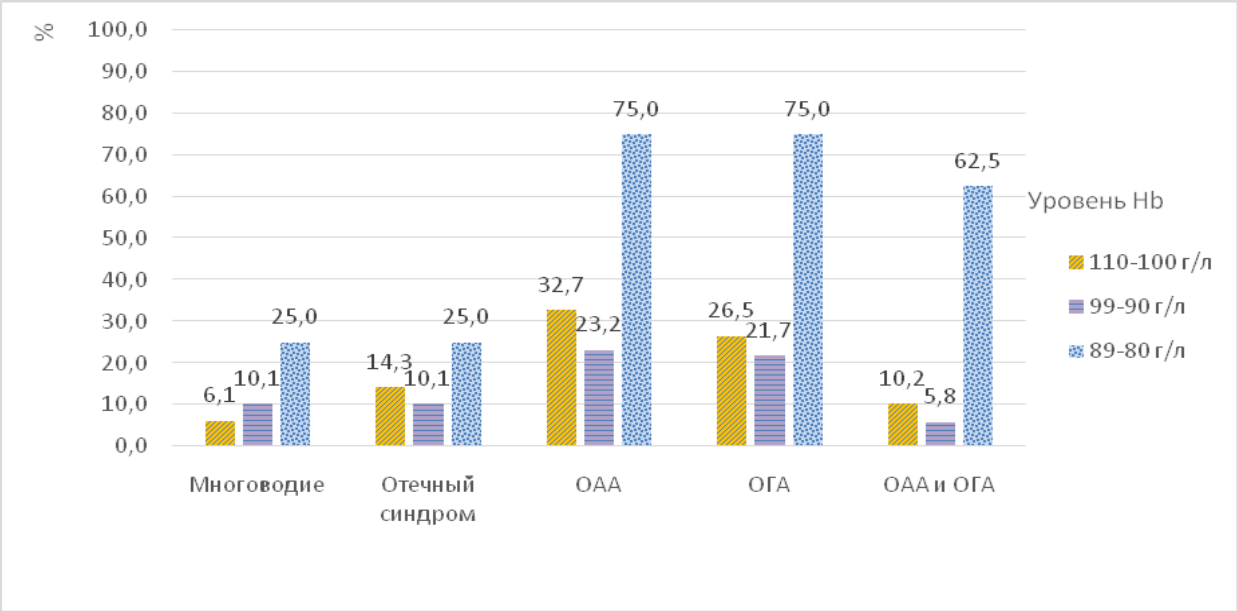


Рисунок 1 – Распространенность сопутствующей патологии у обследованных беременных женщин с ГПС в зависимости от уровня Hb

Выводы. Беременных женщины с ГПС имеют более выраженное снижение уровня гемоглобина, эритроцитов и гематокрита по сравнению с группой здоровых беременных женщин. У пациенток с ГПС чаще наблюдаются отечный синдром, многоводие и сопутствующие хронические заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлев, В.А. Коррекция железодефицитных состояний у беременных с гестозом / В.А. Бурлев, Е.Н. Коноводова, Л.Е. Мурашко, Ж.А. Сопоева // Проблемы репродукции. – 2002. – № 6. – С. 30-34.

2. Демихов, В.Г. Этиология и патогенез анемии беременных / В.Г. Демихов // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2004. – Т. 3, № 1. – С. 36-42.

3. Соболева, М.К. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста: диагностика и современная терапия / М.К. Соболева // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2003. – Т. 2, № 2. – С. 32-37.

4. Wharton, B.A. Iron Deficiency in Children. Detection and Prevention. Review / B.A. Wharton // British Journal of Haematology. – 1999. – Vol. 106. – P. 270-280.

5. Xiong, X. Anemia during pregnancy and birth outcome: a meta-analysis / X. Xiong, P. Buekens, S. Alexander et al. // Am. J. Perinatol. – 2000. – Vol. 17, № 3. – P.137-146.

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ МОЗЫРСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА И АКУШЕРСКО-

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МОЗЫРСКОЙ ЦГБ

Г.П. Лузан - студентка 136 группы лечебного факультета

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Научный руководитель - к.б.н. М.А. Шабалева

Актуальность. Неразвивающаяся беременность – гибель эмбриона или плода на сроках до 20 недель при отсутствии изгнания элементов плодного яйца из полости матки. Наиболее частыми причинами неразвивающейся беременности являются эндокринные и иммунологические нарушения у матери, хронический эндометрит, хромосомные аномалии, неправильный образ жизни, инфекционные факторы, в том числе инфекции, передаваемые половым путем, генные мутации и аномалии развития матки. В Республике Беларусь неразвивающаяся беременность является частой патологией гестации и составляет 18% среди самопроизвольных выкидышей.

Цель исследования: изучить репродуктивный анамнез и этиологические факторы неразвивающейся беременности на примере жительниц г. Мозыря Гомельской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней и родов пациенток Мозырского родильного дома и акушерско-гинекологического отделения Мозырской ЦГБ за период с 2016 по 2017 гг. В основную группу были включены 30 женщин с неразвивающейся беременностью. Контрольную группу сравнения составили 30 родильниц с физиологически протекавшей беременностью. В обеих группах изучалось возрастной состав пациенток, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, клинические данные пациентки, наличие вредных привычек. Статистическая обработка данных проводилась с вычислением среднего, медианы, доли, ее ошибки. Различие между группами выявлялось с помощью критерия Фишера и χ^2.

Результаты исследования. Исследование случаев замершей беременности показало, что в 63,3±8,8% случаев у пациенток отсутствовали жалобы. Однако в 26,3±8,0% случаев у пациенток имелись жалобы на схваткообразные боли внизу живота и мажущие выделения, у одной пациентки отмечены схваткообразные боли и обильное кровотечение, у одной больной схваткообразным болям в области поясницы сопутствовала боль при мочеиспускании. В одном из случаев кровянистые выделения сопровождались повышенной температурой тела до $38,4^0$.

В половине случаев неразвивающаяся беременность была выявлена при ультразвуковом исследовании, в 40,0±8,9% случаев – при осмотре гинеколога, и лишь у трех пациенток при поступлении в гинекологическое отделение.

У пациенток больницы беременность замерла в фетальном периоде на сроке 9-18 недель.

Большинство пациенток (43,3±9,1%) работает в сфере обслуживания, по 20,0±7,3% женщин являются офисными служащими, педагогами и экономистами. У 40,0±8,9% пациенток

– высшее образование.

Анализ полученных данных и их сопоставление с контролем не выявил достоверных отличий по возрасту в обеих группах, однако в группе с неразвивающейся беременностью он был несколько выше, чем на контроле (27,0±4,3 и 25,5±4,5 лет соответственно). Ни в одной из групп не выявлено пациенток в возрасте более 39 лет. Тем не менее, в группе с патологией количество пациенток в возрасте более 30 лет составило 9 человек, тогда как на контроле – лишь 5.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе у женщин с неразвивающейся беременностью составил 13,7±2,0 лет, продолжительность менструального цикла – 28,2 ± 1,3 дней, длительность менструации – 3,8 ± 0,5 дней. В анамнезе у 16,7±6,8% женщин отмечены сильно болезненные менструации, в одном случае нестабильный цикл. Возраст начала половой жизни составил в среднем 17,3 ± 2,2 лет. Существенных отличий по данным показателям в контрольной и основной группе выявлено не было.

Большинство женщин основной группы находились в браке, лишь 3 пациентки не имели мужа.

Исследование индекса массы тела (ИМТ) не выявило достоверных отличий между группами (его среднее значение составило 23,7±4,7 при неразвивающейся беременности и 22,9±2,9 на контроле). Однако превышение оптимального ИМТ отмечено у 12 пациенток патологической группы (40,0±8,9 % случаев). При этом у 4 пациенток (13,3±6,2% случаев) наблюдалось ожирение I степени (ИМТ 30-35). В то же время, на контроле превышение оптимального ИМТ наблюдалось лишь у 8 женщин (26,7±8,0% случаев), а ожирение – у одной пациентки (3,3±2,7% случаев).

Проведенный анализ позволил определить достоверное ($p<0,01$) влияние фактора курения на развитие замершей беременности, так как данная вредная привычка отмечена у 23,3±7,7% пациенток с патологией и отсутствует у женщин из контрольной группы.

Изучение гинекологического анамнеза не позволило установить значимого влияния какого-либо фактора на развитие замершей беременности, так как и в основной группе, и на контроле генитальные патологии наблюдались приблизительно с одинаковой частотой. В настоящем исследовании не удалось выявить существенного воздействия ранее проводившихся абортов на неразвивающуюся беременность, так как отсутствует разница по данному показателю между основной и контрольной группой.

Однако среди экстрагенитальных патологий следует отметить 2 случая хронического пиелонефрита у женщин с неразвивающейся беременностью, в то время как в контрольной группе это заболевание выявлено не было. Возможное влияние данного фактора отмечено и в некоторых ранее проведенных исследованиях [4].

Особенно следует выделить тот факт, что в 36,7±8,8% случаев у женщин с

неразвивающейся беременностью она возникла на фоне экстрагенитальной патологии инфекционного генеза, тогда как на контроле такая патология имелась лишь в 13,3±6,2% случаев. При этом в основной группе наблюдалось 5 случаев ветряной оспы, в то время как на контроле данное заболевание не наблюдалось. Также в основной группе отмечено 3 случая ОРВИ, 1 случай гриппа и 1 случай герпеса.

Изучение заболеваний, перенесенных мужем, показало наличие 8 случаев эпидимического паротита (26,7%±8,1) в основной группе, тогда как на контроле случаев данного заболевания у мужчин выявлено не было. Таким образом, можно отметить достоверное влияние данного фактора ($p<0,01$).

Анализ полученных данных показал, что у 66,7±8,6% женщин с замершей беременностью в анамнезе не было родов, в то время как у женщин основной группы 46,7±9,1% пациенток были нерожавшими. В основной группе лишь у одной пациентки в анамнезе было более одних родов, тогда как на контроле более одного раза рожали 6 женщин.

Выводы.

1. Выявлено достоверное влияние курения на неразвивающуюся беременность. Среди пациенток основной группы курящими оказалось 23,3±7,7 % пациенток, тогда как на контроле у женщин отсутствовала данная вредная привычка.

2. У женщин с неразвивающейся беременностью выявлено большее количество случаев отклонения ИМТ от оптимального уровня и наличие факта ожирения.

3. В группе с патологией у 2-х пациенток отмечен диагноз хронический пиелонефрит. Также у женщин основной группы во время беременности чаще наблюдались случаи инфекционных заболеваний (5 случаев ветряной оспы, 3 – ОРВИ, по одному случаю гриппа и герпеса).

4. У мужей женщин с неразвивающейся беременностью выявлено 8 случаев эпидимического паротита, тогда как на контроле данное заболевание отсутствовало.

5. В патологической группе наблюдалось большее количество женщин, у которых в анамнезе не было родов, тогда как в контрольной группе было большее количество женщин, рожавших не менее двух раз.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

А.Н. Капустина – студентка 5 курса лечебного факультета

УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Т.С. Милош

Актуальность. Предлежание плаценты (ПП) – это причина кровотечения в III триместре беременности примерно в половине случаев [1, с. 429]. Рост числа случаев данной патологии

связан с увеличением воспалительных заболеваний матки и придатков, увеличением числа оперативного родоразрешения в анамнезе, абортов и экстрагенитальной патологии, что приводит к возникновению атрофических и дистрофических процессов в слизистой оболочке матки, сопровождающееся нарушением условий имплантации [1, с. 430].

По данным литературы, ПП встречается в 0,5-0,8% от общего количества родов [2, с. 331]. Большой процент самопроизвольных абортов происходит в результате этой патологии. Из-за ПП материнская летальность колеблется в пределах 0-0,9%, перинатальная летальность – 17-26% [1, с. 429].

Так как этиология и патогенез данной патологии до конца не установлены, тема является актуальной и на современном этапе развития медицины.

Цель: изучить значение анамнестических данных при предлежании плаценты, установить структуру заболеваемости пациенток.

Методы исследования. Исследованы истории болезней 41 женщины, находившихся на госпитализации в Гродненском областном клиническом перинатальном центре в 2014-2015 годы по поводу ПП. У пациенток были проанализированы анамнез жизни, наличие генитальной и экстрагенитальной патологии, течение и исход гестации. Для оценки метаболических нарушений вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле: ИМТ= масса тела (кг)/рост^2 (м^2).

Полученные результаты обрабатывались при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Для количественной оценки данных вычислялись описательные статистические показатели – абсолютное и относительное (проценты) от анализируемой группы.

Результаты. Среди обследованных беременных средний возраст составил 31,02±2,2 года. Среднее значение ИМТ составило 27,67. При этом, нормальный вес выявлен у 10 (24,4%) пациенток, избыточная масса тела – у 17 (41,5%) женщин, ожирение – у 14 (34,1%) беременных.

Среди исследованных пациенток 13 (31,7%) имеют 0(I) группу крови, у 10 (24,4%) беременных была выявлена A(II) группа крови, еще 10 наблюдаемых пациенток (24,4%) имеют B(III) группу крови, а AB(IV) группа крови была выявлена у 8 (19,5%) беременных. При этом, 32 исследуемые пациентки в 78,1% случаев имеют фактор Rh+ положительный, отрицательный фактор-Rh- был выявлен у 9 (21,9%) беременных.

Было установлено, что средний возраст начала менархе у пациенток составил 13±0.6 лет, а средний возраст начала половой жизни у данных женщин – 18±1.1 лет.

В анамнезе среди экстрагенитальной патологии, выявленной у 23 (56,1%) пациенток, заболевания почек отмечены в 34,8% случаев, патология органов эндокринной системы наблюдалась в 13% случаев.

При этом, в структуре гинекологического анамнеза у 19 (63,3%) женщин была диагностирована эрозия шейки матки, у 3 (10%) пациенток был выявлен хронический

аднексит, поликистоз яичников – у 3 (10%) женщин, в 3,3% случаев – миома матки.

Из акушерского анамнеза установлено, что одна беременность выявлена в 26,8% случаев, наибольшее число гестаций - шесть отмечалось в 2,4% случаев. При этом, прерывание беременности зафиксировано у 6 (14,6%) пациенток, из них 2 аборта – у 1 (4,7%) беременной, самопроизвольный выкидыш – у 14,6% случаев (6 женщин). При этом, число родов у обследованных женщин было таковым: одни роды выявлены у 18 (62,1%) женщин, двое родов у 8 (27,6%) беременных, трое – у 3,4% (1 женщина), а четверо родов было выявлено у 2 (6,9%) беременных, при этом первые роды отмечены у 12 (29,3%) беременных. Однако, кесарево сечение наблюдалось у 10 (34,5%) женщин, из них два рубца на матке выявлено у 1 (3,4%) пациентки. По данным гистологического исследования, средняя масса последа составила 512,8 ±69.9 грамм.

Выводы. Итак, в анамнезе женщин с предлежанием плаценты высока частота гинекологической и экстрагенитальной патологии. Среди обследованных пациенток отмечаются метаболические нарушения: увеличение массы тела, ожирение. Частота беременностей и родов повышают частоту данной патологии, однако у трети участниц предлежание плаценты регистрировалось в ходе первой беременности и родов, указывая на наличие других причин неправильной локализации плаценты.

Литература

1. Савельева, Г.М. Акушерство / Г.М. Савельева. - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медицина», 2015. - 656 с.

2. Айламазян, Э.К. Акушерство / Э.К. Айламазян. - Санкт-Петербург: Издательство "СпецЛит"", 2010. - 543 с.

ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Ш.А. Рахимова - аспирант

Кафедра акушерство и гинекологии

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. А.Т. Рахимов

Актуальность. Научные данные о влиянии легких на кислотно-основное состояние (КОС) крови, клиницисты до сих пор мало располагают сведениями при сепсисе у больных в послеродовом периоде, что затрудняет разработку комплексной этио-патогенетической интенсивной терапии этого контингента больных с позиции коррекции измененных метаболических процессов в легких.

Цель: изучить влияние легких на КОС у больных с сепсисом в послеродовом периоде и разработать методы их ранней диагностики.

Материал и методы. В работе анализируются влияние легких наКОС у90 больных сепсисом в послеродовом периоде. Оценка тяжести состояния оценивали по шкале sepsis–relatedorganfailure, и, разделены на три группы: 1 группа - 30 больных легкой степени тяжести, 2 группа - 30 пациентов средней, и 3 группа - 30 больных тяжелой степени тяжести.

При госпитализации у больных для исследования притекающая к легким смешанная венозная кровь (СВК) забиралась из правого желудочка сердца при катетеризации подключичной вены по методу Сельдингера. Оттекающая от легких артериальная кровь (ОАК) забиралась путем пункции лучевой, локтевой, бедренной артерии по общепринятой методике.

КОС в СВК и ОАК оценивали микрометодом Аструпа и рассчитывали по номограммам Зигарда - Андерсена.

Результаты исследования.Исследования КОС притекающей и оттекающей от легких крови проводили при поступлении больных в стационар. В СВК во всех группах больных величина активной реакции крови (pH) колебалась от 7,30±0,02 в 1 группе до 7,34±0,01 в 3 группе. При этом парциальное давление углекислого газа определялось от 31,45±2,0 ммрт.ст. в 1 группе больных до 30,4±2,5 ммрт.ст. в 3 группе, т.е. у всех пациентов выявлялась гипокапния.Особый интерес представляют сдвиги дефицита оснований (BE) от -6,25±1,5 в 1 группе до -8,6±1,9ммоль/л в 3 группе больных. Метаболический ацидоз, выявленный на основании определения BE, подтверждался и наличием сдвигов стандартного бикарбоната (SB), истинного бикарбоната (AB) крови и суммы оснований всех буферных систем (NBB)крови. Итак, при поступлении больных в СВК выявлялись метаболический ацидоз и гипокапния. После прохождения крови через легкие показатели КОС по данным исследований в ОАК значительно отличаются от данных в СВК.

По данным показателей, характеризующих метаболические компоненты КОС в СВК и ОАК, с исчезновением разницы показателей NBB, SB, BE и AB легкие перестают справляться с метаболической функцией, т.е. отмечается нарушение функции легких как буферного органа, и отмечаются ощутимые сдвиги в бикарбонатной буферной системе.

Определенный интерес представляет изучение КОС у больных 2 группы с сепсисом в послеродовом периоде при паренхиматозном поражении легких. Эти пациенты характеризовались наличием субкомпенсированного ацидоза в СВК (pH - 7,31±0,01; BE - -4,6±1,1 ммоль/л; pCO_2 - 34,2±1,7 мм рт. ст).

Наряду с этим отмечалось снижение показателей метаболического ацидоза, SB, NBB, AB. После прохождения крови через легкие субкомпенсированный метаболический ацидоз перешел в компенсированный (pH - 7,39±0,01; BE - -4,9±1,1 ммоль/л; pCO_2 - 30,8±1,6 ммрт.ст.), изменения SB, NBB, AB статистически недостоверны при достоверных сдвигах pH и

pCO_2.Величины показателей КОС у больных 2 группы с интактными легкими несколько отличались от таковых предыдущей группы. В СВК определялся компенсированный метаболический ацидоз (pH - 7,36±0,01; BE - -6,4±1,1 ммоль/л; pCO_2 - 31,9+1,8 ммрт.ст.). Отмечено также снижение показателей SB, NBB и AB. После прохождения крови через легкие метаболический ацидоз сохранился (pH - 7,39±0,01; BE - -6,2±1,1 ммоль/л; pCO_2 - 28,2±1,7 ммрт.ст).

Следует заметить, что у больных 3 группы с сепсисом в послеродовом периоде, при наличии паренхиматозного поражения легких, субкомпенсированный ацидоз в СВК был более выражен (pH - 7,31±0,01), чем у пациентов с интактными легкими (pH - 7,36±0,01) ($P<0,001$). Разница показателей СВК у больных с поражением и без поражения легких по таким параметрам, как SB, NBB, AB недостоверна, что свидетельствует о большой компенсаторной возможности легких. По-видимому, это необходимо для поддержания pH в пределах нормы. Однако у больных с сепсисом в послеродовом периоде, как свидетельствуют данные изменений величин параметров КОС после прохождения крови через легкие неоднородны. Эти данные интересны потому, что у этих больных налицо этиологический фактор изменения КОС. Отмечено увеличение или уменьшение величин показателей КОС, как в сторону ацидоза, так и в сторону алкалоза, в количественном и качественном отношении разницы в ОАК по сравнению с СВК. Так, если смещение pH в сторону алкалоза отмечается у 80% больных ($P< 0,001$), то BE только у 36%,SB у 48%, NBB у 34%, AB у 32%. При этом статистически обработанные материалы по вариационному ряду достоверны только по pH. В то же время по разностному методу достоверность высокая, причем по всем параметрам. Это свидетельствует о том, что время контакта крови с легочной тканью очень мало. Заметим, что смещение pH в ОАК, по сравнению с СВК в сторону ацидоза отмечено у 20% больных, BE у 54%,BB у 44%,SB у 44%, AB у 62%, NBB у 42% больных. Однако, во 2-ой группе больных, в отличие от 1-ой, отмечается недостоверность показателей по вариационному ряду по pH, SB, BE. В то же время по разностному методу показатели параметров КОС очень высоки.

Итак, принимая во внимание изменения величин показателей КОС после прохождения крови через легкие мы можем утверждать, что у большинства больных (80%) с сепсисом в послеродовом периоде, легкие выполняют функцию органа-буфера по отношению к КОС. Но у части пациентов (20%) такая функция вследствие различных причин утрачена, в связи, с чем мы иногда наблюдаем, такие декомпенсированные формы метаболического ацидоза, которые требуют применения коррекции. Коррекция ацидоза у этих больных должна проводиться строго под контролем исследования КОС в СВК и ОАК. Компенсированные и субкомпенсированные формы ацидоза не следует корригировать бикарбонатом натрия, так как имеется опасность усугубления клеточной гипернатриемии с присущим этому явлению утяжелением состояния больных в виде нарастания интерстициального отека легких и мозга.

Итак, анализируя выше представленные данные можно заключить, что у больных сепсисом в послеродовом периоде, в различной степени нарушаются влияние легких на КОС. Одним из осложнений, способствующим ухудшению состояния больных, являлось "шоковое легкое", которое при рентгенологическом исследовании в 1 группе не выявлялось, в то время как у больных 2 и 3 группы диагностировали у 58% и 72% пациентов. По нашим данным нарушения влияние легких на КОС имеют стадийный характер и их можно разделить наI стадию - компенсированную - проявившихся у больных 1 группы, II стадия - субкомпенсированная - у пациентов 2-ой группы и III стадия - декомпенсированная - в 3-ей группе.

Выводы. Компенсированная стадия –у больных 1 группы характеризуется: развитием метаболического ацидоза на фоне гипокапнии в СВК, степень выраженности которого уменьшается в ОАК.

Субкомпенсированная стадия –у больных 2 группы характеризуется: формированием метаболического ацидоза на фоне гипокапнии в СВК, степень выраженности которого снижается незначительно в ОАК.

Декомпенсированная стадия –у больных 3 группы характеризуется: метаболический ацидоз в СВК компенсируется легкими в 80% случаях, а в 20% требуется его коррекция трисамином.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОКОАГУЛЯЦИЮ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Ш.А. Рахимова - аспирант

Кафедра акушерство и гинекологии

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Научный руководитель - д.м.н. А.Т. Рахимов

Актуальность. Научные данные о влиянии легких на гемокоагуляциюкрови после комплексной интенсивной терапии (КИТ), клиницисты до сих пор мало располагают сведениями при сепсисе у больных в послеродовом периоде, что затрудняет разработку комплексной этиопатогенетической интенсивной терапии этого контингента больных с позиции коррекции измененных метаболических процессов в легких.

Цель: Изучить влияние КИТ с учетом влияния легких на гемокоагуляцию у больных с сепсисом в послеродовом периоде и разработать методы их ранней диагностики.

Материал и методы.В работе анализируются влияние КИТ на гемокоагуляцию у 90

больных сепсисом в послеродовом периоде. Оценка тяжести состояния оценивали по шкале sepsis–relatedorganfailure, и, разделены на три группы: 1 группа - 30 больных легкой степени тяжести, 2 группа - 30 пациентов средней, и 3 группа - 30 больных тяжелой степени тяжести.

Для исследования притекающая к легким смешанная венозная кровь (СВК) забиралась из правого желудочка сердца при катетеризации подключичной вены по методу Сельдингера. Оттекающая от легких артериальная кровь (ОАК) забиралась путем пункции лучевой, локтевой, бедренной артерии по общепринятой методике.

Гемостаз в СВК и ОАК оценивали по следующим тестам: время свертывания крови по Ли - Уайту (ВСК); время рекальцификации плазмы (ВРП) по Попперу; протромбиновый индекс по Квику; содержание фибрина и фибриногена по Рудбергу - Петерсу; тромботест по Фуэте - Ита; уровень свободного гепарина по Сирмаи и толерантность плазмы к гепарину; фибринолитическую активность крови (ФАК) по Бидвеллу; количество тромбоцитов методом подсчета; продукты деградации фибрина и фибриногена (ПДФ). Тромбоэластограму (ТЭГ) записывали на гемокоагулографе ГКГМ - 4-0,2 и определяли временные интервалы: R - время реакции; К - время образования фибринного сгустка; МА - максимальная амплитуда; Е - эластичность образовавшегося сгустка; R+K - неспецифическая константа коагуляции; R\K - константа использования протромбина; S - характеризует продолжительность фазы свертывания фибриногена; t - константа специфического свертывания и Т - константа тотального свертывания крови; $\angle\alpha^\circ$ - угловая константа, отражает образование фибрина.

Результаты исследования. Комплексная интенсивная терапия у больных сепсисом в послеродовом периоде проводили с учетом влияния легких на гемокоагуляцию. При этом мы не преследовали цель изучить корригирующее влияние конкретных лекарственных средств и отдельных лечебных мероприятий на нарушения гемореологии, а после КИТ.

У больных 1 группы на фоне проводимой КИТ показатели коагуляционной, антикоагуляционной и фибринолитической систем СВК и ОАК значительно улучшились. Так, возросла вено-артериальная разница (В-А) времени свертывания крови на 40% ($P<0,001$), времени рекальцификации плазмы на 30% ($P<0,05$), количество тромбоцитов на 18% ($P<0,05$) и снизилсяпротромбиновый индекс на 9% ($P<0,001$). В-А разница показателей антисвертывающей системы увеличилась толерантность плазмы к гепарину на 24%($P<0,001$) и свободный гепарин на 80% ($P<0,001$). Так же возросла фибринолитическая активность оттекающей от легких крови на 30% ($P<0,05$). При этом в ОАК, по сравнению СВК, возросло количество фибриногена на 8% и уменьшилось содержание фибриногена "В" на 51%.

Направленность изменений вышепредставленных показателей свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем подтверждают и данные ТЭГ. Так, увеличилась В-А разница R на 50% ($P<0,001$), К на 41% ($P<0,001$), R+K и Т на 46% и 23% ($P<0,001$), соответственно и уменьшилась МА и Е на 18% и 19% ($P<0,001$) соответственно и

∠α° на 30% (P<0,01).

Из анализа полученных данных следует, что у больных 1 группы, после проведенной КИТ значительно улучшилась гипокоагулирующая функция легких. При этом следует заметить, что полностью восстановилась гипокоагулирующая на 100% антикоагулянтная на 81% и фибринолитическая активность легких на 89%. Все это убедительно свидетельствует о положительном влиянии КИТ на вышеуказанные функции легких.

Исследование состояния гемостаза у больных 2 группы на фоне проводимой КИТ также показало улучшение свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем как притекающей, так и оттекающей от легких крови. При этом следует отметить, что возросла В-А разница времени свертывания крови на 23% (P<0,001), времени рекальцификации плазмы на 29% (P<0,05) и снизился протромбиновый индекс на 7% (P<0,01). Об улучшении антикоагулянтной активности легких свидетельствует увеличение в ОАК, по сравнению с СВК, толерантности плазмы к гепарину и свободного гепарина на 12% (P<0,01) и 24,7% (P<0,05) соответственно. Возросла фибринолитическая активность ОАК на 25% (P<0,05). Несмотря на улучшение коагуляционных, антикоагуляционных и фибринолитических свойств легких, еще у 38,1% больных в этой группе определяются ПДФ. Однако в ОАК, по сравнению со СВК, выявляется снижение содержания фибриногена "В" на 45% (P<0,001) и имеется тенденция к увеличению в оттекающей от легких крови фибриногена на 3% и тромбоцитов на 2%. Данные ТЭГ также свидетельствуют, что на фоне проведенной КИТ у пациентов 2-ой группы улучшилась гипокоагулирующая функция легких. Так, в ОАК, по сравнению со СВК, увеличилось R на 5,7% (P<0,001), К на 40% (P<0,05),t на 29% (P<0,001),S на 31% (P<0,001), Т на 33% (P<0,001),R+K на 50% (P<0,001) и уменьшилось МА на 11% (P<0,01), Е на 12% (P<0,05),∠α° на 30% (P<0,001).

Итак, на фоне проведенной КИТ у больных 2-ой группы гипокоагулирующая функция легких восстановилась в сравнении с контрольной группой на 93%,т.е. функциональная способность легких влиять на гемостаз восстановилась.

У больных 3 группы на фоне проводимой КИТ отмечается недостоверное увеличение В-А разницы по времени свертывания крови на 14%, времени рекальцификации плазмы на 7%, снижение протромбинового индекса на 6%, фибриногена на 2%, фибриногена "В" на 27%, при сохранении положительной ПДФ в ОАК у 60% больных. В то же время наблюдается увеличение в ОАК содержания свободного гепарина на 60% (P<0,001) и ФАК на 21% (P<0,001) по сравнению со СВК. Исследование показателей ТЭГ: R, К, t, С, Т, R+K, R/K свидетельствуют, что ОАК достоверно гипокоагулируется по сравнению с СВК. Анализируя, выше представленные данные можно сделать вывод, что у больных 3-ей группы после проведенной КИТ начинает восстанавливаться гипокоагулирующая функция легких на 86%, а антикоагулянтная и фибринолитическая активность оттекающей от легких крови

соответственно на 58% и 79%, т.е. приближается к таковым у 2-ой группы.

Выводы:Итак, влияние проведенных нами лечебных мероприятий на гемостаз у больных 1, 2 и 3 групп можно охарактеризовать следующим образом: В 1-ой группе КИТ восстанавливала полностью гипокоагулирующую функцию на 100%, противосвертывающую на 81%, фибринолитическую активность легких на 89% и имеющиеся до лечения признаки ДВС-синдрома.

Во 2-ой группе КИТ способствовала восстановлению гипокоагулирующей функции на 93%,антикоагулянтной и фибринолитической активности легких на 48% и 80% соответственно, прерыванию локализованного в легких ДВС-синдрома и переходу его у части больных в хроническую форму.

В 3-ей группе КИТ вызывала проявление активности гипокоагулирующей функции на 86%, что сопровождалось прерыванием патологической реакции гиперкоагуляции в ОАК и восстанавливала антикоагулянтную и фибринолитическую деятельность легких на 58% и 79% соответственно, способствовала ликвидации ДВС-синдрома в легких у большинства пациентов.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ СЕПСИС В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Н.Г. Ашурова – к.м.н., ст. ассистент,

С.Б. Бобокулова – клинический ординатор 1-го года обучения

Кафедра акушерства и гинекологии

Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино,

Бухара, Узбекистан

Актуальность проблемы. В последние годы среди случаев материнской смертности основное место занимает генитальный сепсис. Сепсис - это угрожающий фактор жизни человека и распространённый дисрегуляторный ответ организма на любую инфекцию.

По материалам Национального комитета по конфиденциальному анализу материнской смертности выявили 56 случаев, где причиной явился генитальний сепсис. В Узбекистане в период за 2013-2015 г.г. доля генитального сепсиса, как причина материнской смерти, составила 14,9%, это больше чем за период 2010-2012 годов (8,2%) Случаи, связанные с септическими осложнениями растет с высокими темпами.

Цель исследования: разработка эффективных методов диагностики и лечения генитального сепсиса для профилактики септических осложнений в акушерстве.

Материал и методы исследования. В 2017 году в Бухарском областном перинатальном центре были изучены 22 истории болезни беременных женщин и рожениц с септическими осложнениями.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что септические осложнения проявляются в виде ниже указанных:

- Эндометрит (после инфицированного аборта) 2 случая – 9%,
- Хориоамнионит 12 случаев – 54%,
- Эндометрите (который возникает после родов) 3 случая – 13%,
- нагноении ран промежности и после кесарево сечения 5 случаев – 22%.

В 2-х случаев (9%) регистрирована материнская смертность.

Выводы:

1. Строгое наблюдение беременных, рожениц и родильниц с признаками инфекций, позволяет раннее выявление осложнений.

2. С момента выявления септических осложнений, необходимо действовать быстро в соответствии с Национальным стандартом и протоколом, а также применять антибиотики широкого спектра действия, не дожидаясь ответа на бактериологическую чувствительность. Антибактериальные схемы следует пересматривать каждый день.

3. Как можно раньше у женщин с диагнозом генитального сепсиса, надо удалить матку и её придатки. Это предотвращает распространение очага инфекции.

АКУШЕРСКИЕОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И.И. Тошева – ассистент,

Ф.И. Саидова – студентка 202 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино,

Бухара, Узбекистан

Научный руководитель – к.м.н., ст. асс. М.М. Рахматуллаева

Актуальность. Одной из основных задач современного акушерства и гинекологии является снижение материнской заболеваемости и смертности, улучшение основных качественных показателей службы родовспоможения. По заключению ВОЗ (2007), 88-98% случаев материнской смертности могли быть предотвращены с помощью соответствующих своевременно принятых мер и новых достижений медицины.

Увеличение в популяции хронических соматических заболеваний, отмечаемое параллельно со снижением рождаемости, актуализирует проблему ведения беременности у женщин с экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ). Знание влияния ЭГЗ и технологий их лечения на течение беременности и развитие плода, а также влияния самой беременности на ЭГЗ позволяют рационально сочетать мероприятия для сохранения здоровья женщины и

получения здорового потомства.

Цель исследования: провести анализ частоты встречаемости акушерских осложнений при ЭГЗ у беременных.

Материалы и методы исследования. Ретроспективно были изучены 219 историй родов за 2017 год по областному родильному комплексу Бухарской области.

Результаты и их обсуждение. По возрастной категории женщины до 19 лет были 24 (11,0%), 20-30 лет 183 (83,5%), 31- 45 лет 12 (5,5%). По паритету: первобеременные 77 (35,1%), повторнобеременные 142 (64,9%), часторожавщие 14 (6,6%), многорожавшие 21 (9,6%). ЭГЗ имели место в 201 случаев, что составляет 91,8%. Наиболее часто встречались такие заболевания, как железодефицитная анемия 74,6%, диффузный эндемический зоб 16,3%, заболевание почек и мочевыводящих путей 7%, ожирение 4,6%, сердечно-сосудистая патология 4,4%, варикозная болезнь 2,2% и т.д. Острый пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода: отмечается частое присоединение гипертензивных нарушений (30%), самопроизвольного прерывания беременности (13%), задержкой внутриутробного развития (11,0%). Развитие беременности у женщин с анемией сопряжено с высокой частотой угрозы прерывания беременности (35,1%), преждевременным излитием околоплодных вод, слабостью родовой деятельности, а также кровотечениями в раннем послеродовом периоде.

Выводы:

1. Беременные с ЭГЗ должны быть отнесены в группу риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений.

2. Для успешного выявления ЭГЗ у беременных и эффективного лечения необходимо стремиться к организационному единству в работе женских консультаций и поликлиник.

3. Влияние ЭГЗ на акушерские осложнения в значительной степени снижается, если лечебную помощь беременным оказывать в специализированных акушерских стационарах или в родильном отделении многопрофильной больницы.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, РОДИВЩИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Н.Г. Ашурова – к.м.н., ст. ассистент,

В.А. Киличева – студент 405 группы лечебного факультета

Кафедра акушерства и гинекологии

Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино,

Бухара, Узбекистан

Актуальность проблемы обусловлена неуклонным увеличением распространенности

гестационного сахарного диабета (ГСД) в современном обществе. На фоне ГСД возникает угроза тяжелых преэклампсий, преждевременных родов, многоводия, недостаточности маточно-плацентарного кровообращения, которые существенно нарушают трофику плода, приводя к развитию хронической гипоксии, асимметричной макросомии, травмам и асфиксии в родах. В связи с этим углубленное изучение механизмов, влияющих на развитие диабетической фетопатии (ДФ), ее прогноз и профилактика приобретают важное не только медицинское, но и социальное значение. Перинатальная смертность при этой патологии колеблется от 10% до 95%.

Целью настоящего исследования явилось изучить клиническую характеристику новорождённых детей, родившихся от матерей с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 39 женщины, которые поступили и родоразрешены в Бухарском областном перинатальном центре за период от 2017 до 2018 года, беременность у которых протекала на фоне явного или гестационного диабета. Изучены их амбулаторные карты, индивидуальная карта беременности и истории родов. Изучен анамнез, особенности течения настоящей беременности анкетно-опросным методом. Проведено ультразвуковое исследование плода, так же антропометрическое обследование новорождённого. 11 практически здоровых рожениц включены в контрольную группу.

Результаты и их обсуждение. При изучение анамнеза выявлено, что по возрастной категории 44% женщины были старше 30 лет, отягощенный по СД семейный анамнез (46,6%), ожирение (49,2%), глюкозурия (43%) гипергликемия натощак (52%). Гестационный сахарный диабет в анамнезе имели 55%, ожирение (индекс массы тела выше 27 кг/м^2 до беременности выявлено у 62% беременных), массу тела предыдущего ребенка при рождении 4 кг и более наблюдалось у 47% женщин, в анамнезе - привычное невынашивание, необъяснимую гибель плода или врожденные аномалии его развития имели 33% беременных, многоводие установлено в 58% случаев, артериальную гипертензию до беременности имели 27% женщины, тяжелые формы преэклампсии в анамнезе выявлено у 41% беременных, рецидивирующие кольпиты и повторные инфекции мочевых путей регистрирована у 38% беременных. Совместно с неонатологом был проведен осмотр новорождённого первично и в динамике. Наблюдены особенности клинической характеристики новорождённых от матерей с сахарным диабетом. Проведено антропометрическое исследование. Клиническая характеристика новорождённых, родившихся от матерей с сахарным диабетом приведены в таблице.

Таблица

Характеристика новорождённых, родившихся от матерей с ГСД

Признаки	Основная группа n=39, %		Контрольная группа n=11, %	
Пастозность мягких тканей	23	58,9	2	18,2
Гепатомегалия	7	17,9	0	0
Лунообразное лицо	9	23	1	9
Короткая шея	5	12,8	0	0
Избыточная масса	32	82	8	72.7
Короткие конечности	7	17,9	0	0
Одутловатость лица	6	15,3	2	18,2
Диспропорциональное строение органов	2	5,1	0	0
Гипертрихоз	11	28,2	1	9
Заплывшие глаза	9	23	0	0
Выраженный плечевой пояс	5	12,8	1	9
Перинатальная смертность	4	10,2	0	0
Гипогликемия	19	48,7	1	9

Как видно из таблицы, признаки диабетической фетопатии имели практически все новорождённые. В настоящее время доказано, что независимо от глубины нарушений углеводного обмена, даже при незначительной гипергликемии у матери риск развития диабетической фетопатии велик.

Вывод. Организация и внедрение универсальной программы скрининга - диагностики сахарного диабета, соблюдение оптимального режима инсулинотерапии во время беременности и родов позволит улучшить исходы беременности, как для матери, так и для будущего потомства и может явиться основой профилактики сахарного диабета 2 типа в будущем у этой категории женщин и их детей.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ

М.А. Аскевова - аспирант, М.Д. Шанавазова -ассистент, С.Б.Ханмурзаева - ассистент

Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Б.А. Абусуева.

Актуальность. По данным ВОЗ эпилепсия является одним из самых распространенных и серьезных хронических неинфекционных заболеваний нервной системы, которому подвержены люди всех возрастов [3].

Определение эпилепсии требует возникновения хотя бы одного эпилептического приступа. Выставлениедиагноза эпилепсии и назначения лечения допустимы при наличии у пациента одного эпилептического приступа.

Заболеваемость составляет от 15 до 113 случаев на 100 тыс. населения, с максимумом среди детей 1-го года жизни .Наиболее высокий риск развития заболеваемости у детей в возрасте до 15 лет и лиц старше 65 лет.По эпидемиологическим данным распространенность составляет 5-10 человек на 1000 населения. Во всем мире около 50 млн. человек страдают эпилепсией, из которых более 75% приходится на страны с низким и средним уровнем доходов [8].

Ведущими причинами, приводящими кформированию эпилептического очага, являются органические поражения мозга и генетические факторы. В детском возрасте развитие эпилепсии связано с перинатальным повреждением мозга (гипоксии, инфекции, родовые травмы) и с наличием врожденных пороков развития [1].

При эпилепсии у пожилых людей ведущую роль играют цереброваскулярные заболевания, опухоли головного мозга, дегенеративные заболевания, в том числе болезнь Альцгеймера [4]. Заболеваемость эпилепсией значительно снижается у взрослых (приблизительно 25/100000), но затем нарастает в зрелом возрасте [6].

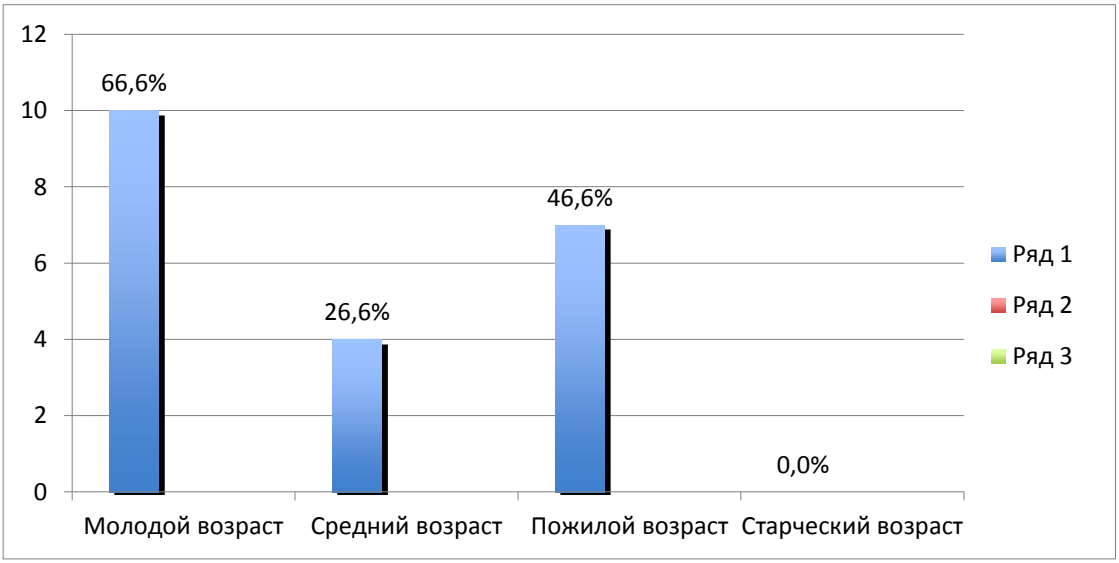
Цельисследования: изучить роль основных этиологических факторов и социально-эпидемиологических характеристик эпилепсии.

Материалы и методы. В настоящем исследовании на базе ГБУ РД «Республиканская клиническая больница» отделений неврология №1, неврология №3 нами было обследовано 68 пациентов с эпилепсией и эпилептическим синдромом в период с01.10.16 по 01.10.17 г. в возрасте от 25 до 77 лет. Из них мужчин-15 (23%), женщин-53 (77%).

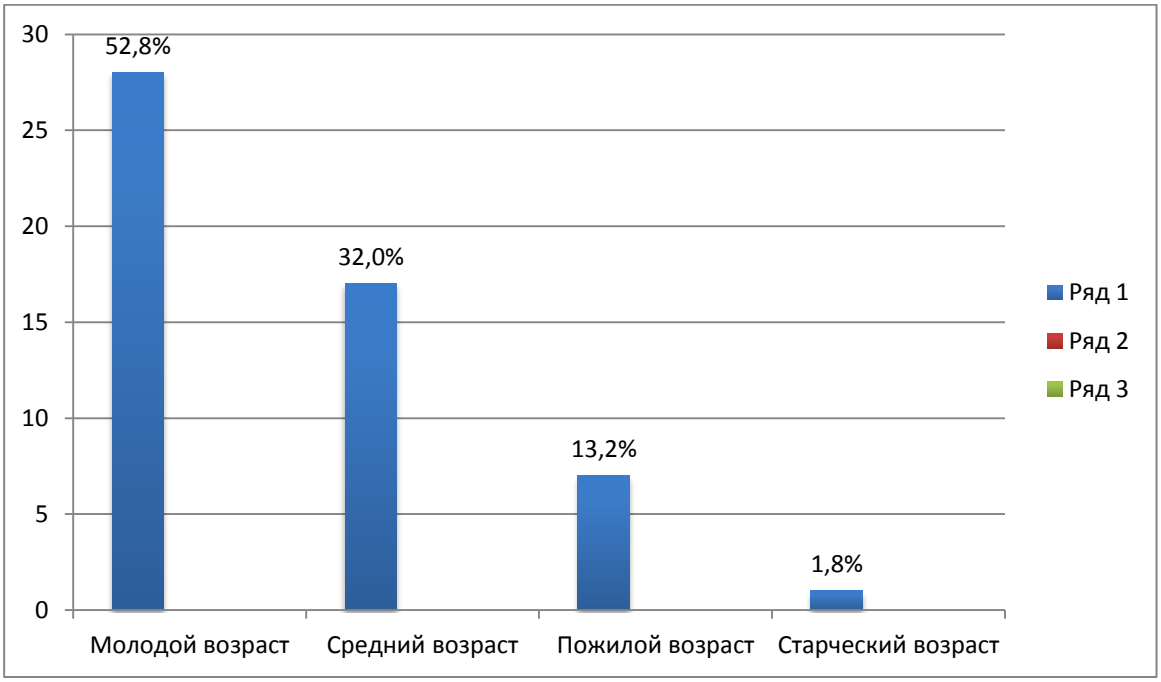
В соответствии с классификацией ВОЗ больные были распределенывпо следующим возрастным группам:

- молодойвозраст (25-44 года)
- средний (45-60 лет)
- пожилой (61-75 лет)
- старческий (76-90 лет)

Среди обследованных пациентов мужчин получены следующие данные:



Среди обследованных пациентов женщинполучены следующие данные:



Среди пациентов поизучаемойнами патологии больных возраста долгожительства не оказалось.

Из числа обследованных больных городскоенаселение составило- 32 пациента (47%).

- Жители г.Махачкала - 9 (28,1%)
- г. Каспийск- 5 (15,6%)
- г. Дербент-3 (9.3%)
- г. Избербаш- 3 (9,3%)
- г. Хасавюрт- 3 (9,3%)
- г. Южно-Сухокумск- 2 (6,2%)
- г. Буйнакск- 3 (9,3%)
- г. Кизляр- 3 (9,3%)

Структура пациентов по районам выглядит следующим образом, из них равнинные- 23 (63,8%), предгорные- 13 (36,2%).

Обследование больных включало изучение соматического и неврологического статуса (выраженность неврологического дефицита оценивалось по шкале NIHHS, оценка психического статуса- шкала MMSE, также использовались шкалы тревоги Шихана, и депрессии – Бека), параклинических данных – общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму. Изучение состояния биоэлектрическойактивности головного мозга осуществлялось путем ЭЭГ. По показаниям осуществлялось КТ, МРТ исследования головного мозга.

Результаты исследования. При анализе результатов исследования было выявлено, что на долю симптоматической эпилепсии приходится – 49 случаев (72%), из них на фоне черепно-мозговых травм –21 (84%), объемных образований ЦНС (опухоли, абсцессы, кисты) -5 (10%), перинатальных повреждений ЦНС-3(6,1%), сосудистых заболеваний головного мозга –5 (10%), гидроцефалии- 5 (10%), психогенных факторов- 6 (12,2%), нейроинфекции- 2 (4%), фокально-корковой дисплазии- 2 (4%).

Представляет интерес, что симптоматическаяэпилепсия после ЧМТ чаще встречалась у мужчин -15 (71,4%), чем у женщин -6 (28,5%). На почве психогении больше у женщин-4(66,6%), чем у мужчин-2(33,4%). По типу эпилептических приступов (ЭП) распределение больных оказалось следующим: парциальный ЭП с вторичной генерализацией- 30 (44%), генерализованный с тонико-клоническими судорогами–29(42%). Также наблюдались генерализованные (абсансы)- 2 (3%), фокальные- 3 (4%), конверсионные- 4 (5 %).

Припадки с потерей сознания, т.е. сложные ЭП наблюдались у 62 больных (91%); из них сложные парциальные с моторным компонентом встречалось у 1 больного (2 %), и гемифациальным компонентом у 2 больных (3%).

По частоте ЭП наше исследование обнаружило следующие результаты, приступы редкой частоты -43 (63,2%), средней -14 (20,5%), частой -11(16,1%). Такое распределение связано с

тем, что большаячасть больных получали, и получаютантиэпилептическиепрепараты (АЭП).

Оценка состояния когнитивных функций проводилась по шкале MMSE.

Более, чем у половины пациентов -38 больных (59%) наблюдалисьпреддементные когнитивные нарушения ,(24-27 баллов по шк. MMSE), и у 2 пациентов (3%) - деменция легкой степени (20-23 баллов по шк. MMSE).

Остальные пациенты -30 (44,1%) демонстрировали удовлетворительный уровень познавательных и мнестических функций.

Как известно, пациенты, страдающие эпилепсией, являются группой риска по развитию когнитивных нарушений, что подтверждает результаты наших наблюдений [7].

Оценка локализацииэпилептическогоочага (при парциальной эпилепсии) осуществлялась путем анализа данных неврологического статуса и ЭЭГ. При оценке обнаружилось, что чаще эпилептогенныйочаг при парциальной эпилепсии со вторичной генерализацией процесса локализуется в левой височной доле− у 13 пациентов (19%), в левой лобной доле – у 8 больных (12%), в лобно-височной области – у 7 больных (10%), в височно-теменной области – у 3 больных (4%),и в затылочных отделах- у 2 пациентов (3%), что совпадало в некоторых случаях -12 (36,3%) с характером ауры.

Эпилептический статус наблюдался у 6 больных (9%) с симптоматической этиологией эпилепсии, из них у 3 больных (50%) −на фоне черепно-мозговой травмы, у 2 пациентов (33%) –на фоне опухоли головного мозга, у 1 обследованного (17%)− на фоне ОНМК (острых нарушений мозгового кровообращения, ишемический инсульт). У 19 больных (27,9%) отмечалось идиопатическая эпилепсия с прослеживаемым наследственным характером, дебютомзаболевания приходящимся на детский и юношеский возраст, у 9 больных (13,2%) появление эпилептического приступа имело четкое «возрастзависимое начало». При этой форме эпилепсии у обследованных нами пациентов отмечалосьдоброкачественноетечение со спонтанными ремиссиями и хорошими результатами АЭП.

Выводы. В результате проведенного наблюдения выявлено,что развитие эпилепсии связано с осложнением черепно-мозговых травм, объемных образований головного мозга, цереброваскулярной патологии, нейроинфекции и т.д., т.е. имеет вторичныйхарактер заболевания. Наиболее часто у обследованных больных симптоматическая эпилепсия развилась после перенесенной черепно-мозговой травмы, которая была представлена вторично-генерализованнымиэпиприступами. Посттравматическая эпилепсия характеризуется социально-психологическими последствиями: снижает качество жизни, ограничивает трудоспособность и есть риск повторных травматический повреждений головного мозга на фоне припадков.

В результате исследования больных с идиопатической эпилепсией или как ее раньше называли «первичная», «генуинная», часто отмечалась сохранность неврологического статуса,

отсутствие поведенческих и выраженных когнитивно-мнестических нарушений.

В наших наблюдениях, парциальные приступы с вторичнойгенерализацией процесса встречаются чаще, чем остальные типы приступов. Почти все случаи эпиприпадков протекали с потерей сознания.

Таким образом, полученные данные можно сопоставить с общемировымиданными, а результаты проведенного исследования коррелируют с результатами изысканий, данных освещаемых в отраслевой печати и электронных ресурсах.

Список использованной литературы

1. Hauser,W.A.(1997) , Rehabilitation of the young epileptic. Lexington,MA:D.C. Health. pp. 284-287.
2. Shorvon S., Stefan H. Overview of the Safety of newer antiepileptic drugs // Epilepsia. 1997. Vol. 38 (Suppl. 1). P. 45-51.
3. Авакян Г.Н., Блинов Д.В., Лебедева А.В., Бурд С.Г., Авакян Г.Г. классификация эпилепсии Международной Противоэпилептической Лиги: пересмотр и обновление 2017 года. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2017; 9 (1); 6-25.
4. Базилевич С.Н., Литвиненко И.В., Перстнев С.В.«Эпилептическая псевдодеменция»//Неврологический журнал №3 2014.-С.50
5. Воробьев С.П. Этиологические и возрастные особенности височной эпилепсии // Эпилепсия(диагностика, нарушение обмена, лечение): тр. ЛНИПИ им. В.М.Бехтерева. Л., 1971. Т.58. С. -16-28.
6. Гусев Е. И., Белоусов Ю. Б., Гехт А. Б. и др. Лечение эпилепсии: рациональное дозирование антиконвульсантов. СПб., 2000.-С. 241
7. Мухин К.Ю. Определение и классификация эпилепсии. Проект классификации эпилептических приступов 2016 года.

ФЕБРИЛЬНЫЕ И АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРИСТУПЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ СТРУКТУРНЫХ ЭПИЛЕПСИЙ

Ф.А. Мурачуева–аспирант 2 года обучения

Кафедра неврологии ФПК и ППС

ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Л.Г. Гейбатова

Актуальность проблемы изучения фебрильных и аффективно-респираторных приступов у детей предопределяется прежде всего их потенциальной возможностью трансформироваться в различные доброкачественные и резистентные формы эпилепсии. Фебрильные приступы

являются доброкачественными возраст-зависимым генетически детерминированным состоянием, при котором головной мозг восприимчив к эпилептическим приступам в ответ на высокую температуру.

Аффективно-респираторные приступы это функциональные пароксизмальные неврологические состояния, спровоцированные сильными эмоциями, проявляющиеся кратковременным апноэ, потерей сознания и нередко судорогами.

Существуют 2 типа АРП: «синий» и «бледный». «Синий» тип вызывается фрустрацией или болью, при этом ребёнок плачет и делает форсированный выдох, возникает цианоз, потеря мышечного тонуса и сознания. «Бледный» тип встречается реже, в основном связан с эмоционально-вегетативной реакцией на боль, при этом могут наблюдаться нарушения сердечного ритма, даже кратковременная остановка и выраженные сосудистые расстройства (ребёнок не плачет, бледнеет и теряет сознание).

Цель исследования: выявить наиболее значимые факторы риска трансформации фебрильных и аффективно-респираторных приступов в эпилепсию.

Материалы и методы исследования. В течение трёх лет проводилось наблюдение за 60 детьми (30 пациентов с фебрильными и 30 пациентов с аффективно-респираторными приступами), обратившихся за консультативной помощью на кафедру неврологии ФПК и ППС ДГМУ. Всем детям проводилась ЭЭГ при первичном осмотре и в динамике, НСГ и МРТ головного мозга, также биохимические и общеклинические анализы крови.

Среди вошедших в группу наблюдения было 34 мальчика (56,6%) и 26 девочек (43,3 %), возраст которых колебался от 9 месяцев до 6 лет. Фебрильные судороги дебютировали до 1 года у 13 (43,3 %) пациентов и у 17 (56,6%) пациентов после 4-х лет.

Аффективно-респираторные приступы дебютировали до 1 года у 22 (73,3%) пациентов, после 1 года у 8 (26,6%) пациентов.

Результаты исследования. В нашем исследовании из 30 пациентов с фебрильными приступами у 8 (26,6%) детей наблюдалась трансформация в эпилепсию. По результатам исследования у 6 (75%) пациентов отмечалась наследственная отягощённость по фебрильным судорогам и эпилепсии, у 3 (37,5%) пациентов отмечался фокальный характер фебрильного приступа, задержка психомоторного развития у 7 (87,5%) пациентов, изменения на ЭЭГ у 8 (100%) пациентов (у 3 – ДЭРД , у 3 – локально комплексы ОМВ в височно-затылочной области справа, у 2 – локально в левой затылочно-височной и правой лобно-височной области комплексы ОМВ). Изменения на МРТ головного мозга наблюдалось у 2 пациентов (кистозно-глиозные изменения правой затылочной области, перивентрикулярная лейкомаляция).

Из 8 пациентов у 3 (37,5%) отмечалась положительная динамика при приёме АЭП (Депакинхроносфера + Финлепсинретард ,Депакинхроно + Тегретол ЦР).

Из 30 пациентов с аффективно-респираторными приступами трансформация в эпилепсию

наблюдалась у 3 (10%) детей с «синим» типом.У этих пациентов отмечались изменения на ЭЭГ(у 2 пациентов – генерализованные вспышки спайк – волновой активности, у 1 пациента – эпилептиформная активность в правой теменно-височной области), наследственная отягощённость по АРП и положительная динамика при приёме АЭП (Депакинхроносфера).

Выводы

1. Исход фебрильных судорог у детей по данным нашего наблюдения в 22 (73,3%) случаев доброкачественный, возраст–лимитированы и лишь в 8 (26,6%) случаев отмечена трансформация в эпилепсию, в основном в фокальную височную.

2. Риск рецидива фебрильных приступов у детей, перенесших первые фебрильные судороги ранее 13 месяцев жизни выше в 2 раза, также высокая вероятность в том случае, если первые фебрильные судороги произошли старше 32 месяцев.

3. Сочетание наследственной отягощённости по эпилепсии с наличием эпилептиформной активности на ЭЭГ у детей с фебрильными судорогами повышает вероятность развития эпилепсии.

4. Доброкачественный исход аффективно-респираторных приступов отмечался в подавляющем большинстве случаев (90%). Трансформация в эпилепсию отмечалась лишь у 3 детей с «синим» типом.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИОРЕЛАКСАНТОВ ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

С. Б. Ханмурзаева[1] - ассистент

[1]Кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики и [2]фармакологии

ФГБОУ ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., ассистент, Н.Б. Ханмурзаева[2]

Актуальность. Скелетно-мышечные болевые синдромы (БС) широко распространены в популяции. В силу ряда причин чаще всего страдает поясничный отдел позвоночника, что в настоящее время рассматривается в рамках синдрома поясничной боли (ПБ). ПБ является одной из наиболее частых причин обращения за амбулаторной медицинской помощью. Как свидетельствуют результаты многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, распространенность ПБ исключительно широка. Так, в США обращения за амбулаторной помощью по поводу ПБ составляют 1,3% от общего числа обращений [1]. Частота возникновения ПБ возрастает по мере увеличения длительности наблюдения. От 75 до 85% всех жителей США не менее одного раза на протяжении жизни переносят эпизоды интенсивной ПБ. Вследствие высокой частоты рецидивов ПБ является одной из основных причин увеличения числа лет жизни с нетрудоспособностью, а также числа

случаев временной и стойкой утраты трудоспособности [2]. ПБ представляет собой серьезную социально-экономическую проблему вследствие исключительно высоких материальных затрат, обусловленных значительным ограничением способности пациентов к трудовой деятельности, а также снижением качества жизни пациентов. Например, в США только прямые расходы на лечение и реабилитационные мероприятия у пациентов с ПБ составляют не менее 85 млрд. долл. в год [3]. Несмотря на совершенствование принципов оказания медицинской помощи, включая оптимальные алгоритмы диагностики, лечения и реабилитации этой группы пациентов, их число продолжает увеличиваться, и материальные расходы, обусловленные данным патологическим состоянием, не уменьшаются. Анализ причин заболеваемости и смертности от различных заболеваний (всего проанализированы сведения по 291 заболеванию) показал, что число лет жизни с нетрудоспособностью среди пациентов с ПБ в 1990 г. составило 58,2 млн. и возросло до 83,0 млн. в 2010 г.[4]. Сопоставимые тенденции в распространенности и заболеваемости ПБ регистрируется и в России, причем отмечается увеличение числа случаев как первичной ПБ, так и рецидивов заболевания. Также наблюдается увеличение частоты формирования хронического БС в рамках радикулопатии и изолированной ПБ [5]. Довольно широко распространенным в популяции является синдром хронической тазовой боли [6]. Это состояние характеризуется стойким упорным БС в области малого таза, промежности, половых органов при отсутствии клинических и инструментально-лабораторных признаков структурных изменений в органах, расположенных в указанной области. Как свидетельствуют результаты проведенного ранее исследования, данный синдром сопровождается выраженными мышечно-тоническими расстройствами со стороны мускулатуры спины, поясницы, промежности, что в определенной степени сближает его с синдромом ПБ [7].

Для лечения пациентов с ПБ и другими скелетно-мышечными БС широко используются анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Целью их применения является максимально раннее снижении интенсивности БС до уровня, позволяющего расширить двигательный режим и начать реабилитационные мероприятия. Применение указанных препаратов сопряжено с риском нежелательных побочных эффектов, в связи, с чем длительность их применения не должна превышать сроки, предусмотренные инструкцией. С целью повышения эффективности анальгетиков/НПВП и снижения риска побочных эффектов широко используется комбинированная терапия. ПБ характеризуется выраженными изменениями мышечного тонуса в виде спазма поперечнополосатой мускулатуры спины. До определенной степени эта реакция носит защитный характер, обеспечивая стабильность позвоночника и ограничение объема движений в пораженном двигательном сегменте. В данной ситуации организм, проигрывая в подвижности, обеспечивает уменьшение интенсивности БС и снижение потока ноцицептивной импульсации. По прошествию времени мышечно-тоническая реакция утрачивает свой защитный характер,

приобретая свойства механизма, поддерживающего болевые ощущения. Исходя из представлений о том, что локальным напряжением мускулатуры спины, для лечения таких пациентов широко используются миорелаксанты [8]. В ряде стран с этой целью назначаются бензодиазепиновые производные, однако значительный противоспатический эффект этих препаратов сопряжен с риском развития побочных эффектов, в частности, повышенной сонливостью, нарушением координации, развитием лекарственной зависимости [9]. В связи с этим продолжается поиск оптимальных миорелаксантов, обеспечивающих устранение избыточного повышения мышечного тонуса при минимуме нежелательных побочных эффектов [10].

Цель: изучить механизм действия миорелаксантов в комплексном лечении болевого синдрома.

Материалы методы. Целесообразность применения миорелаксантов у пациентов с ПБ подтверждена результатами клинических исследований и подчеркивается в Национальных рекомендациях ряда стран [11]. Одним из препаратов, обладающих способностью устранять избыточное мышечное сокращение, является баклофен. На сегодняшний день основным механизмом фармакологического действия баклофена считается стимуляция ГАМК-В рецепторов, расположенных на нейронах заднего рога спинного мозга и более высоко лежащих отделах ноцицептивной системы [12]. Именно благодаря агонизму по отношению к указанным рецепторам реализуются антиспастический эффект препарата. Вместе с тем многолетние исследования противоболевой эффективности баклофена позволили установить, что препарат способен оказывать и местное обезболивающее действие. Важным аргументом в пользу этого предположения явилось установление того факта, что баклофенспособен снижать активность тонких волокон, обеспечивающих проведение ноцицептивнойимпульсации, вследствие блокады потенциал-зависимых ГАМК-рецепторов [13]. Данное наблюдение представляет исключительный интерес, т.к. свидетельствует, с одной стороны, о различных функциях ГАМК-ергических нейронов в центральной и периферической нервной системах, а с другой, об избирательном действии баклофена на различные группы рецепторов, управляемых идентичным медиатором. Баклофен убедительно зарекомендовал себя как эффективный препарат для снижения спастически повышенного мышечного тонуса вследствие поражений центральной нервной системы различенного генеза. Препарат оказывает мощное миорелаксирующее действие, при этом он лишен ряда недостатков, присущих многим другим миорелаксантам, в частности, не оказывает значимого эйфоризирующего действия, не вызывает привыкания и зависимости. Широко применяется при лечении пациентов с резко выраженной спастичностью вследствие перенесенных инсульта, черепно-мозговой или спинальной травмы, оперативного вмешательства на головном или спинном мозге, рассеянного склероза и пр., при этом используется не только пероральное применение, но систематическое

интратекальное введение [14]. В ряде исследований была продемонстрирована мощная противоболевая активность баклофена при различных вариантах нейропатического БС, в частности, при тригеминальной невралгии. Первые результаты подобных исследований были опубликованы довольно давно, получили подтверждение в последующем и не утратили актуальности до сегодняшнего дня [15, 16]. Имеются данные о том, что если карбамазепин и окскарбазепин являются препаратами первой линии при лечении пациентов с тригеминальной невралгией, обусловленной нейроваскулярным конфликтом с последующей локальной демиелинизацией и эфаптической передачей электрического сигнала, то препаратами второго ряда могут быть ламотриджин и баклофен [17]. Имеются сообщения о возможности применения баклофена у пациентов с невралгией языкоглоточного нерва [18]. Исходя из сведений о его противоболевой активности, баклофен рассматривается в качестве препарата выбора для лечения пациентов с БС, обусловленными заболеваниями периферической нервной системы различного генеза [19]. В частности, показано, что применение баклофена наряду с трициклическими антидепрессантами и некоторыми противоэпилептическими препаратами (габапентин) может оказывать существенный эффект у пациентов с нейропатическим БС, обусловленным применением таких цитостатических препаратов, как производные таксанов и платины [20]. В настоящее время комбинированный гель для наружного применения, содержащий баклофен, включен в рекомендации Американского общества клинической онкологии в качестве одного из базовых средств лечения пациентов с болевой полинейропатией, обусловленной проведением цитостатической терапии [21]. Широко обсуждается возможность локального применения баклофена в виде трансдермальных лекарственных форм (гели, кремы) для лечения пациентов с локальными БС, обусловленными суставной и суставно-мышечной патологией, локальным травматическим поражением [22]. Опубликованы сообщения о том, что применение лекарственных форм баклофена для локального введения оказывает положительный эффект у пациентов с вульводинией, не купируемой применением стандартных способов терапии [23]. Изучается возможность применения баклофена в составе комбинированных препаратов для трансдермального введения. В ряде исследований показан положительный эффект такого рода терапии не только при ноцицептивных, но и нейропатических БС, что позволяет рассматривать применения препарата у пациентов с корешковым БС. Применение комбинированных препаратов для локального введения при лечении пациентов с корешковым синдромом, обусловленным его сдавлением грыжей межпозвонкового диска и представляющим собой вариант нейропатического БС, может иметь значительные перспективы, т.к. открывает новый подход к лечению трудно поддающегося лечению БС [24]. Принимая во внимание тесную патогенетическую связь скелетно-мышечных БС и мышечного спазма, на протяжении длительного времени изучается вопрос применения баклофена у пациентов с ПБ.В результате

проведенных исследований была установлена его эффективность (назначался по 30 мг/сут на протяжении 3–5 нед.) у пациентов с неспецифической ПБ [25]. Выраженность противоболевого эффекта повышается при одновременном применении как других лекарственных препаратов для купирования БС, так и немедикаментозного лечения, в частности рефлексотерапии. Случаев лекарственного взаимодействия баклофена и других препаратов зарегистрировано не было. В Российской Федерации баклофен широко применяется при лечении больных с различными формами ПБ, в первую очередь как средство устранения избыточного мышечного напряжения. Проведен целый ряд клинических исследований, которые продемонстрировали его достаточно высокую эффективность при лечении рассматриваемого контингента больных. Так, наблюдение за группой из 50 пациентов с рецидивирующей ПБ, обусловленной дегенеративными изменениями позвоночника, показало, что применение баклофена в составе комплексной терапии обеспечивало сокращение сроков лечения и снижение потребности в приеме обезболивающих и противовоспалительных препаратов [26]. Установлена эффективность применения баклофена при лечении пациентов с ПБ, перенесших операцию микродискэктомии [27]. Короткий курс применения препарата (10 сут.) обеспечивал благоприятное течение послеоперационного периода, уменьшение интенсивности БС, расширение способности больных к самообслуживанию. Целью другого отечественного исследования явилось изучение влияния амбулаторного лечения баклофеном на интенсивность БС и эмоциональный статус пациентов с ПБ [28]. Основную группу составили 20 пациентов среднего возраста, на протяжени 4-х недель получавшие баклофен в составе комбинированной терапии (НПВП, физиотерапия, рефлексо-терапия), группу сравнения составили 10 пациентов с аналогичной выраженностью БС, не получавшие баклофен.

Результаты их обсуждения. Применение баклофена обеспечивало не только более раннее наступление снижения боли до приемлемого уровня, но и сопровождалось нормализацией эмоционального состояния пациентов (достоверное уменьшение выраженности проявлений тревожности и депрессии). Важным итогом исследования явилось установление мощного миорелаксирующего эффекта, обеспечивающего расширение объема движений пациентов и повышения качества их жизни. На сегодняшний день опубликованы результаты масштабного отечественного многоцентрового пост-маркетингового исследования BRAVO (BaclosanRussianAnalysisView), целью которого было изучение клинической эффективности и переносимости баклофена у пациентов с дорсопатией [29]. Всего в нем принял участие 4201 пациент из Санкт-Петербурга, Казани, Кирова, Ульяновска и Уфы, 36,5% мужчин и 63,5% женщин, средний возраст пациентов составил 49,9±8,6 года. Важно, что исследование проводилось в амбулаторных медицинских учреждениях с участием неврологов, что позволяет рассматривать результаты как соответствующие реальной клинической практике. Для оценки эффективности проводимой терапии была разработана специальная карта, с помощью которой

врач-исследователь легко мог оценить динамику БС, наличие и интенсивность побочных эффектов. Для оценки состояния больных использовали клинический анализ неврологической симптоматики, оценку интенсивности БС по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и оценку эффективности лечения по отчету включенных в исследования пациентов. В соответствии с задачами исследования баклофен назначался в составе максимально унифицированной комплексной терапии (анальгетики, НПВП, лечебная гимнастика, физиотерапия) на протяжении 2 недель. Во время 1-го визита пациента (отборочного) оценивалась локализация (шейный, грудной, пояснично-крестцовый отделы или сочетание нескольких уровней поражения) БС и его выраженность (в соответствии с ВАШ), определялся характер неврологических синдромов (компрессионно-ишемическая радикулопатия, мышечно-тонический синдром или их сочетание). В соответствии с общепринятыми принципами оказания медицинской помощи при первичном обращении пациента использовали дополнительные методы обследования – рентгенография позвоночника, КТ и МРТ соответствующего отдела позвоночника, при наличии соответствующих показаний – проводили исключение соматических заболеваний, способных имитировать клиническую картину дорсопатии. При 2-м визите подбирали индивидуальную дозу препарата, оценивали интенсивность БС в покое, при движении, ночью, а также переносимость баклофена. Детальная оценка динамики БС, выраженности мышечно-тонического и миофасциального синдромов, а также эффективности и переносимости баклофена, наличия побочных эффектов, их характера и значимости для пациента проводили во время 3-го и 4-го визитов.

Выводы. Анализ результатов исследования показал, что хронический БС имел место у 38,5% пациентов, острый– у 61,5%. Исходя из оценки клинической картины, распределение по неврологическим синдромам было следующим: компрессионно-ишемическая радикулопатия была выявлена у 16% больных, мышечно-тонический синдром – у 60%, их сочетание – у 24% наблюдавшихся соответственно. Это убедительно показывает превалирование мышечно-тонического компонента развития ПБ (у 84% пациентов присутствовал мышечно-тонический синдром). Средняя длительность лечения составила 16,2±4,3 сут, средняя доза баклофена – 24,5±7,4 мг/сут. На фоне терапии баклофеном интенсивность БС в покое уменьшилась с 4,6±1,1 балла по ВАШ при 1-м визите до 0,6±0,1 ($p<0,05$) на 4-м визите. Боль при движении снизилась с 6,3±1,4 до 1,2±0,4 ($p<0,05$) балла. Выраженность БС в ночное время уменьшилась с 4,2±0,3 до 0,5±0,1 балла ($p<0,05$). По мнению авторов исследования, особенно важным представляется быстрое и эффективное купирование БС в ночное время; так, ночные боли оказывают наибольшее негативное влияние на качество жизни, увеличивая возможность присоединения депрессии и хронизации боли. При суммарной оценке эффективности терапии к 4-му визиту более 78% пациентов отметили заметное улучшение своего состояния (в первую очередь это касалось снижения интенсивности БС). Пациенты отметили увеличение

ежедневной двигательной активности, повышение качества жизни. Эти положительные сдвиги коррелировали с улучшением клинических характеристик (уменьшение анталгического сколиоза, мышечно-тонического рефлекторного БС, симптомов натяжения нервных стволов и увеличение амплитуды движений в позвоночнике). У отдельных пациентов имели место легкие побочные эффекты (ощущение головокружения, общая слабость, сонливость), выраженность которых пациентами расценивалась как незначительная, их возникновение не потребовало отмены препарата, изменения схемы терапии или назначения других лекарственных препаратов. Только у 29 (0,7%) больных прием баклофена был прекращен вследствие его плохой переносимости. Попутно следует отметить, что ощущение сонливости, у отдельных пациентов сопровождающее наступление эффекта миорелаксации при приеме баклофена, может быть использовано в терапевтических целях, в частности, у пациентов с диссомническими расстройствами, сопутствующими БС. Вместе с тем больной перед началом применения баклофена должен получить от врача исчерпывающую информацию о возможности развития сонливости и других потенциальных побочных эффектов терапии. Такого рода информация способна обеспечить более тесное взаимодействие между пациентом и лечащим врачом и повысить приверженность терапии. Таким образом, несмотря на имеющиеся методологические ограничения рассматриваемого исследования, главное среди которых – отсутствие группы сравнения, результаты его представляют исключительную важность, т.к. детально описывают возможность применения баклофена в реальных условиях амбулаторной клинической практики. Препарат продемонстрировал высокую эффективность, его назначение позволяло сократить сроки терапии и раньше начать реабилитационные мероприятия. Крайне малое количество значимых осложнений на фоне применения баклофена свидетельствует о хорошей переносимости препарата и целесообразности его широко применения у рассматриваемого контингента больных. Последующие исследования позволят установить оптимальные варианты сочетания баклофена с другими лекарственными препаратами, в частности с НПВП и оценить фармакоэкономические эффекты комбинированной терапии. Целесообразность применения баклофена у пациентов с вертеброгеннымискелетно-мышечными БС, как с наличием корешкового синдрома, так и без него, продемонстрирована в ряде отечественных исследований [30, 31]. Как показали их результаты, применение баклофена сокращает сроки лечения, уменьшает потребность в приеме противоболевых препаратов, хотя и не оказывает значимого влияния на дальнейшее течение заболевания и не сокращает количества последующих обострений ПБ. Полученные данные свидетельствуют о достаточной эффективности баклофена у пациентов с ПБ и, вероятно, другими БС в области спины и таза. При назначении препарата следует учитывать не только его противоспастическое действие, но и собственный противоболевой эффект. Дальнейшие исследования смогут ответить на вопрос об оптимальных комбинациях препарата с другими

лекарственными средствами, используемыми для лечения пациентов с мышечно-скелетными БС.

ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

А.А. Зинченко, Е.К. Зоркин – студенты 511 группы 1-го медицинского факультета

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

медицинской академии имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент А.В. Мещерякова

Актуальность. В Российской Федерации впервые зарегистрировано 2782 случая множественной миеломы (ММ), что составило 13% всех онкогематологических заболеваний. Препаратом первой линии терапии ММ является бортезомиб (Велкейд), одобренный FDA в 2003 году для лечения множественной миеломы в кумулятивной дозе – 1–1,3 мг/м^2. Согласно данным исследований, включение бортезомиба в схемы лечения ММ позволяет достигнуть положительного эффекта в 70-80% наблюдений. С 2005 года данный препарат стал доступным в Российской Федерации. В Республике Крым до 2014 года бортезомиб не входил в схемы первой линии терапии ММ. Известно, что вместе с высокой эффективностью, препарат часто становится причиной возникновения химиоиндуцированных полинейропатий (ХПНП).

Цель исследования: исследовать эпидемиологию ХПНП при применении стандартизированных схем лечения ММ, включающих в себя бортезомиб (VD и VMP) на базе гематологического отделения ГБУЗ «КРОКД им. В.М. Ефетова».

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 93 историй болезни пациентов, страдающих ММ, за 2016 год на базе гематологического отделения ГБУЗ «КРОКД им. В.М. Ефетова».

Результаты исследования. В Республике Крым в 2016 году зарегистрировано93 случая ММ. Впервые выявлено 26 (28%) пациентов, из них: 14 (54%) женщин и 12 (46%) мужчин. Умерло 6 (6,5%) пациентов, из них 5 первичных. В стандартизированную схему терапии ММбыли включены препараты первой линии. Однако у пациентов, получавших бортезомиб, развивалась преимущественно сенсорная полинейропатия, которая возникала в 57% случаев при внутривенном введении и в36%при подкожном у пациентов на втором-третьем курсе противоопухолевой химиотерапии (ПХТ). ХПНПпроявлялась преимущественно гипестезией, онемением и парестезиями дистальных отделов конечностей, болевым синдромом.Согласно стандартов оказания помощи пациентов с ММ, развитие ХПНПпредопределяет необходимость корректировать схему лечения, что значительно снижает эффективность химиотерапии.Более

того, в ряде случаев даже после полной отмены препарата могут наблюдаться проявления тяжелой ХПНП, что ухудшает прогноз и качество жизни пациентов.

Выводы. Таким образом, бортезомиб является эффективным препаратом первой линии в терапии ММ. Среди побочных эффектов отмечено нейротоксическое действие, проявляющееся клиникой ХПНП. Исходя из вышеизложенного, обоснованным является междисциплинарный подход к введению пациентов с ММ с целью ранней диагностики и минимизации рисков неврологических осложнений ПХТ при ММ.

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ПРОЯВЛЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ)

А. В. Кметь , И. В. Коротеева - студенты

Кафедра неврологии и нейрохирургии

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Научный руководитель - к.м.н., асс. А.В. Воронова

Актуальность. Первичная лимфома центральной нервной системы (ПЛЦНС) - редко встречающаяся форма неходжкинских лимфом, локализующаяся в пределах ЦНС и не характеризующаяся системным поражением. В ряду экстранодальных локализаций ПЛЦНС стоят на 2-ом месте после лимфом желудка. Изначально, описание ПЛЦНС предложено Bailey в 1929 г. под названием периваскулярная саркома. Со временем исследователи обозначали опухоль как саркому из ретикулярных клеток и микроглиому. Современные диагностические данные окончательно определили лимфоидное происхождение ПЛЦНС. Представленная форма занимает 1-4% среди известных первичных опухолей ГМ и 4-6% от всех экстранодальных лимфом. Наиболее часто заболевание обнаруживается у лиц 50 - 70 лет и вероятность его возникновения увеличивается с возрастом в 4 раза, но имеют место случаи возникновения и в более раннем возрасте. Заболевание чаще возникает у мужчин.

Цель: изучить неврологические проявления первичной лимфомы ЦНС, этиологию, патогенез и диагностику данной патологии на основании предложенного клинического случая.

Материалы и методы. Обзор научных и интернет публикаций, клиническая история болезни больного Л.

Результаты исследований. ПЛЦНС наиболее часто возникает при различных заболеваниях, сопровождающихся иммунодепрессией. Опухоль выявляется в 1,7–10% случаев у ВИЧ-инфицированных и занимает второе место среди внутримозговых образований у этих больных. До того, как в использование была внедрена высокоактивная антиретровирусная терапия, частота возникновения ПЛЦНС у ВИЧ-позитивных пациентов стремительно возрастала. Однако предложенный план лечения, оказывающий влияние на численность CD4-

клеток, может уменьшить вероятность образования ПЛЦНС, т.к. возможность ее возникновения обратно пропорциональна количеству CD4-клеток.

В этиологии возникновения лимфомы немалая роль также отводится вирусу Эпштейн-Барра, синдрому Вискота-Олдрича, атаксии-телеангиэктазии, трансплантации органов и иммуносупрессивной терапии.

В патогенезе ПЛЦНС имеют место несколько гипотез. Лимфома возникает при генерализации неходжскинской лимфомы, вовлекающей головной мозг, вследствии того, что ГМ защищает опухолевые клетки от уничтожения, давая возможность им преобразоваться в опухоль. ПЛЦНС – как следствие воспалительного процесса, в силу того, что лимфоциты не покидают ЦНС и имеют тенденцию к озлокачествлению. В последнее время, все больше подтверждается теория возникновения ПЛЦНС связанная с вирусом Эпштейн-Барра у людей страдающим иммунодефицитом. Примерно у 25% в ликворе обнаруживается данный вирус.

Признаки ПЛЦНС не являются специфическими для данного заболевания, как и для других новообразований ЦНС, в зависимости от локализации опухоли, отмечается: психоорганический синдром (снижение памяти, ослабление интеллектуальной деятельности, цереброастения), нейропсихиатрический симптом и изменение личности, эпиприступы (встречаются в 2 раза чаще у людей с иммунодефицитом), менингиальный синдром, синдром внутричерепной гипертензии, нарушения координации, корковая агнозия, симптомы поражения зрительного нерва (нарушение зрения, увеит и тд.), подкорковые нарушения (мышечная дистония, гиперкинезы).

Клинический случай: Больной Л. предъявляет жалобы на шаткость походки, головокружение, двоение в глазах при резких движениях, поворотах. Неврологическй осмотр: Состояние больного тяжелое. Сознание сохранено. Элементы дизартрии. Глазные щели D<S. Движение левого глазного яблока ограничено кнаружи, в меньшей степени обоих глазных яблок вниз. Диплопия при взгляде влево, непостоянно вниз. Нистагм вертикальный, в меньшей степени горизонтальный в обе стороны. Легкая слабость мимической мускулатуры слева. Чувствительность на лице не нарушена. Сила в конечностях снижена. Походка с широкой базой опоры, атактическая. В позе Ромберга как с открытыми, так и с закрытыми глазами, неустойчив. Пальце-носовая проба с интенцией с обеих сторон. Сухожильные и периостальные рефлексы живые, с рук D=S, коленные D>S. Симптом Бабинского «+» с обеих сторон.

МРТ головного мозга - признаки диффузных изменений левого таламуса, левой ножки и варолиевого моста, на постконтрастных сканах патологического накопления контраста не определяется. Выявленные изменения в веществе головного мозга не являются специфичными для одного заболевания, вышеописанные симптомы наиболее соответствуют первичной лимфоме ЦНС.

Выводы. ПЛЦНС является актуальной проблемой современной неврологии и нейрохирургии, несомненно, заслуживающей особого внимания по нескольким причинам. Во-первых, в настоящее время растет число больных данной патологией. Во-вторых, ПЛЦНС является одной из немногих опухолей ЦНС чувствительных к проводимой терапии. Проявления заболевания могут быть не типоспецифическими, поэтому при выявлении данных очагов на МРТ следует рассматривать первичную лимфому ЦНС среди возможных диагнозов. Вероятность выявления ПЛЦНС значительно возросла, что требует пристального внимания специалистов в дифференциальной диагностике образований ГМ.

ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ МАРКЁРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА

О.Н. Красноруцкая - доцент, И.С. Добрынина - доцент, Д.Ю. Бугримов - доцент, Ю.А. Котова - ассистент

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж, Россия

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

Актуальность. Гипоксические состояния являются одними из основных в структуре заболеваемости детей периода новорожденности. Гипоксия органов и тканей новорожденного ребенка может усугубляться активацией процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и нарушением процессов окисления и механизмов деятельности антиоксидантной защиты всего организма. Все эти изменения влекут за собой развитие так называемого каскада «оксидативного стресса». Считается, что у детей активизация процессов окислительного стресса начинается в период после рождения, а в случаях развития патологических нарушений во время беременности встречается и в процессе внутриутробного развития. В ответ на кислородное голодание теряются нормальные структурные и функциональные свойства мембран нейронов головного мозга, что в свою очередь резко изменяет процессы течения постнатальной адаптации, влечёт повреждения центральной нервной системы (ЦНС) и способствует формированию инвалидизации детей раннего возрастного периода. Используемые в рутинной клинической педиатрической практике лабораторные методы диагностики и контроля эффективности терапии неврологического дефицита не всегда в полной мере отражают уровень и степень повреждений ЦНС на фоне развившейся гипоксии, а, следовательно, не всегда позволяют прогностически грамотно назначить соответствующую терапию и провести профилактические мероприятия.

Цель исследования. Оценить особенности патологии ЦНС детей на первом году жизни на основании изучения отдельных маркеров окислительного стресса (супероксиддисмутазы

(СОД), окислительно-модифицированных белков (ОМБ), тимоловых групп (SH-группы) и малонового диальдегида (МДА)) для разработки на основании полученных данных новых подходов по оптимизации диагностики и терапевтической коррекции неврологических нарушений у новорожденных.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование 419 детей в возрасте от 0 до 6 месяцев, рождённых и проживающих на территории Воронежской области. Все сведения по проводимому исследованию были представлены и одобрены на заседании локального этического комитета ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. На основе полученных физикальных и инструментальных сведений нами выделено 2 основные группы: 1 группа контроля (n=83) и группа пациентов с перинатальным поражением ЦНС (n=336). Дети с поражениями ЦНС были разделены на 3 подгруппы по степени тяжести суммарного неврологического дефицита: лёгкая, средняя и тяжёлая. В каждой из которых определены 2 возрастные подгруппы: обследованные дети в возрасте 1-3 месяцев и 4-6 месяцев соответственно. Определение степени неврологического дефицита включало оценку симптомов внутричерепной гипертензии, мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, снижение силы, пирамидных знаков, рефлексов новорожденных, симптомов поражения шейного отдела позвоночника, асимметрии положения головы, тонуса, отклонений от нормы моторного, психического и речевого развития. Максимально возможные показатели - 10 баллов. При обследовании пациентов также учитывались следующие жалобы, предъявляемые представителем ребёнка: отклонение в поведении и характеристиках сна, пароксизмальные состояния, снижение двигательной активности, срыгивание, необоснованное ничем беспокойство, метеозависимость, повышенное возбуждение. Оценка клинической картины, анатомо-физиологических особенностей проводилась исходя из возрастных норм периода новорожденности. Система антиоксидантной защиты организма изучалась на полуавтоматическом биохимическом анализаторе Clima MC-15 с мультикюветным треком, позволяющим проводить до 15 различных измерений одновременно в зависимости от заданного параметра («RAL», пр-во Испания). Для каждого из исследуемых факторов системы окислительного стресса определялись показатели информативности по формуле Кульбаха и прогностичности выбранных факторов по формуле коэффициента ПФР. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием стандартного пакета статистических программ «Statistica 6.0».

Результаты исследования. Анализ величины информативности Кульбаха показал, что в основной исследовательской группе пациентов в возрасте 1-3 месяцев при легкой и средней степени тяжести СОД и SH-группы имели высокую позицию ранжирования – 3 и 4 соответственно, в сравнении с иными «не окислительными маркерами», а сама величина информативности составляла 7,6 и 6,2 единицы соответственно (контрольный уровень

максимальной выборки составлял 10≤p≤5). При этом коэффициент информативности МДА и ОМБ у пациентов в лёгкой степени тяжести в возрасте 1-3 месяцев составлял 5,4 и 5,1 единицы соответственно (10≤p≤5) с позицией ранжирования – 6 и 7 соответственно. При средней степени тяжести поражения ЦНС показатели уровня МДА и ОМБ снижались по ранговой позиции до 8-9 места, находясь, однако в пределах достоверности величины информативности Кульбаха – 5,2 и 5,1 единицы соответственно (10≤p≤5). Наиболее выраженный разброс коэффициента ранжирования показателей установлен у лиц с тяжелой формой поражения ЦНС в возрастной категории 1-3 месяца. МДА и ОМБ повышали свой ранг достоверности до 3 и 4 позиции соответственно – что сопровождалось ростом величины информативности Кульбаха до 7,8 единицы у МДА (10≤p≤5). При этом уровень СОД и SH-группы у пациентов этой же группы был вне границ достоверности (10≤p≤5) и составил 4,4 единицы с ранговой позицией 7 и 8 соответственно. У детей с легкой степенью поражения ЦНС показатели окислительного стресса имели низкий ранг позиции: СОД – 4, ОМБ – 6, SH-группы – 8 и МДА – 9, значение Кульбаха была вне границ достоверности (10≤p≤5). У пациентов со средней тяжестью поражения (возраст 4-6 месяцев) наибольшую информативность приобретали SH-группы и МДА – 8,2 и 7,6 единицы соответственно (10≤p≤5) с ранжированием 2 и 3 соответственно. В этом же возрастном диапазоне и степени поражения ЦНС супероксиддисмутаза и окислительно-модифицированные белки были на более низких уровнях достоверности, но находились в допустимых границах (10≤p≤5). При тяжелой форме поражения ЦНС у детей возраста 4-6 месяцев высокую степень информативности по Кульбаху достигали значения SH-группы – 8,9 единицы (10≤p≤5) при 1 ранговой позиции. Все остальные исследуемые нами показатели окислительного стресса (МДА, СОД и ОМБ) были в пределах достоверности (10≤p≤5), но определялись с гораздо более низкой ранговой позицией.

Выводы. В ходе исследования установлено, что такие маркеры окислительного стресса, как супероксиддисмутаза, окислительно-модифицированные белки, тимоловые группы и малоновый диальдегид имеют высокую позицию достоверности при анализе величины информативности Кульбаха. Наиболее выраженная достоверность характерна для малонового диальдегида и супероксиддимутазы у детей при легкой и средней степени тяжести перинатального поражения ЦНС в каждой из исследуемых возрастных подгрупп; окислительно-модифицированных белков – при тяжелой степени поражения ЦНС в возрасте 1-3 месяцев; тимоловой группы – для пациентов тяжелой формы поражения ЦНС в возрасте 4-6 месяцев. Высокая степень (от 2 до 5 ранга) позиции малонового диальдегида и супероксиддимутазы в ранжировании во всех исследуемых группах детей подтверждает значимость данных маркеров для полноценной оценки состояния пациентов в исследовании и могут использоваться для оценки исходов состояния пациентов при выборе профильной схемы терапии. Продолжение научных исследований в этом направлении позволит уточнить

существующие и, вероятно, разработать новые подходы по оптимизации диагностики перинатальных поражений и персонифицировании проводимых у новорожденных детей с неврологическими отклонениями медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

ОСОБЕННОСТИ И ТЕМПЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ»

Абасова А.К. – студентка 434 группы педиатрического факультета,

Кожевникова Е. Ю. – студентка 424 группы лечебного факультета,

Маиз Б.О. – студентка 409 группы лечебного факультета

Кафедра неврологии и нейрохирургии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. С. Шишкина

Актуальность. Фетальный алкогольный синдром (FAS- Fetal Alcohol Syndrom или FASD - Fetal Alcohol Spectrum Disorders) – спектр нарушений, возникающий в пренатальный период вследствие систематического употребления беременной алкоголя в больших количествах. По данным научных публикаций это наиболее предотвращаемая причина умственной отсталости в мире, которая встречается с частотой 17 на 1000 новорожденных детей. Коэффициент интеллекта у данного контингента снижен на 35% по сравнению со здоровыми детьми. В связи с тем, что имеется недостаток информации о распространенности ФАС в России, небольшое количество научных работ о последствиях воздействия алкоголя на плод, лишенная достаточного обоснования пропаганда вреда алкоголя для беременной и ее будущего ребенка, трудности подтверждения факта алкоголизма матери, отрицание женщиной факта злоупотребления алкоголем, затронутая в данной статье тема является актуальной.

Цель: дать комплексную оценку нервно-психического развития и оценить его темпы у детей с фетальным алкогольным синдромом. Выявить наличие сопутствующей патологии и врожденных аномалий развития.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КОГУЗ «Кировский Дом ребенка» в период с 2008-2017 год. Изучен анамнез и проведена комплексная оценка 84 детей раннего возраста, которые были разбиты на 3 группы: контрольную и две опытные. В соответствии с факторами риска дети поделились следующим образом:

I группа – 27 детей (зафиксировано злоупотребление алкоголя матерью во время беременности, а так же никотиновая зависимость);

II группа – 31 ребенок (зафиксировано злоупотребление алкоголя матерью во время беременности);

III группа – 26 детей (отсутствие факторов риска).

Оценка нервно-психического развития осуществлялась по специальным оценочным таблицам. Определение достоверности различий проводилось с помощью расчета t - критерия Стьюдента, в качестве критического уровня статистической значимости различия выборочных данных (p) использовано значение $p< 0,05$. Статистическая обработка фактического материала осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. Установлено, что у 85,2 % детей из опытной группы I, у 71% из опытной группы II, у 7,6 % контрольной группы наблюдались структурные изменения центральной нервной системы, а именно уменьшение окружности головы. При оценке нервно-психического развития выявлено, что у 89% детей из I группы, у 67% детей из II группы, у 2% детей из III группы в роддоме было диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы. При оценке психомоторного развития выявлено, что у 5% детей из первой опытной группы II группа психомоторного развития, у 21% - III группа психомоторного развития, у 43% IV- группа психомоторного развития, у 31% -V группа психомоторного развития, так же у большинства 3-4 степень отставания нервно-психического развития. Оценка психомоторного развития детей из второй группы показала что, 6% детей относится ко II группе психомоторного развития, 25% к III группе, 46% к IV группе, 23% к V группе, так же у большинства 2-3 степень отставания нервно-психического развития. В третьей группе нервно-психическое развитие распределилось следующим образом: 96% - I группа психомоторного развития, 4% - II группа психомоторного развития, отставания нервно-психического развития не выявлено.

При характеристике соматического здоровья выявлено, что у детей из первой группы наиболее часто встречаются такие заболевания как, анемия II степени тяжести, рахит, у 34 % наблюдались ангиопатии сетчатки глаз, у 27 % постгипоксические изменения структур головного мозга. У детей из второй группы: анемия I степени тяжести, рахит, у 28% выявлены ангиопатии сетчатки глаз, у 26% постгипоксические изменения структур головного мозга. Зафиксированы врожденные аномалии развития: у 5,3% детей врожденные пороки сердца, у 2,4% врожденная косолапость, 3,1% гемангиомы. Так же у 86% детей из I опытной группы и 79% II опытной группы выявлены множественные дизэмбриогенетические стигмы, у III группы подобных явлений не наблюдалось.

Выводы. При оценке структурных изменений ЦНС у большинства детей из I и II группы выявлено уменьшение окружности головы, а так же наблюдалось наличие перинатальных поражений центральной нервной системы в этих же группах. Характеристика психомоторного развития базировалась на основании документированных неврологических и функциональных изменений у ребенка. Следует обратить внимание на тот факт, что у детей с фетальным алкогольным синдромом преобладает встречаемость III-V групп психомоторного

развития. Наибольшее влияние на низкий уровень нервно-психического развития в опытных группах оказали: сниженная активность зрительного анализатора, отсутствие эмоций, слабое движение рук и общее движение, низкий уровень активной речи и речи понимания. Самыми распространенными соматическими заболеваниями у детей с ФАС оказались: анемия, рахит, ангиопатии сетчатки глаз, постгипоксические изменения структур головного мозга. Также для детей из опытных групп характерны множественные дизэмбриогенетические стигмы.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

М.Э. Гасанова, Э.Э. Велиева – студентки 506 группы лечебного факультета,

И.Т. Шахбанов – студент 313 группы лечебного факультета

Кафедра инфекционных болезней им академика Г.П. Руднева

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Пашаева С.А.

Актуальность. Сохраняющаяся высокая эпидемиологическая и социально-экономическая значимость вирусных гепатитов в РФ в настоящее время определяется ежегодной регистрацией высоких уровней впервые выявленных хронических вирусных гепатитов, которые характеризуются возможным неблагоприятным исходом заболевания, включая развитие цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК).

Вирусы гепатита B, C и D являются наиболее важными этиологическими факторами для развития ГЦК. По данным К.П. Майера (2000) ГЦК в 70-90% случаев развивается на стадии цирроза печени при HBV-инфекции.

В результате проведения комплекса многоплановых профилактических мероприятий, в том числе в рамках национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения, в Российской Федерации заболеваемость острым гепатитом С (ОГС) снижается, о чем свидетельствуют следующие данные: в 2016 г. в России заболеваемость ОГС составила 1,47 на 100 тыс. населения, в то время как в 2000 г. этот показатель составлял 22,2 на 100 тыс. населения. Заболеваемость хроническим гепатитом С (ХГС), напротив, увеличивается: 39,26 на 100 тыс. населения (в абсолютных числах —58 123 человека) в 2016 г. против 32,0 на 100 тыс. населения в 2005 г. В общей структуре хронических вирусных гепатитов доля ХГС составляет около 80%.

Заболеваемость острым гепатитом В (ОГВ) в Российской Федерации в последние годы неуклонно снижается. Реализация комплекса профилактических мер и, в первую очередь, широкомасштабной программы вакцинации, в рамках которой против гепатита В (ГВ) было привито более 80млн человек, позволила снизить число заболевших ОГВ. Широкий охват профилактическими прививками детей до 14 лет привел к снижению заболеваемости в 90 раз — с 9,96 до 0,11 на 100 тыс. детей. Высокая медицинская и социально-экономическая значимость гепатита В в РФ в настоящее время определяется ежегодной регистрацией высокого показателя заболеваемости хроническими формами этой инфекции, который в 2016 г. составил 10,14 на 100 тыс. населения.

Неблагополучной остается ситуация по хроническим вирусным гепатитам и в РД. Так,

заболеваемость ХГВ в РД в 2017г увеличилась на 2 случая (ИП – 5,71 – 166 случаев против ИП – 5,46 – 163 случаев в 2016г).

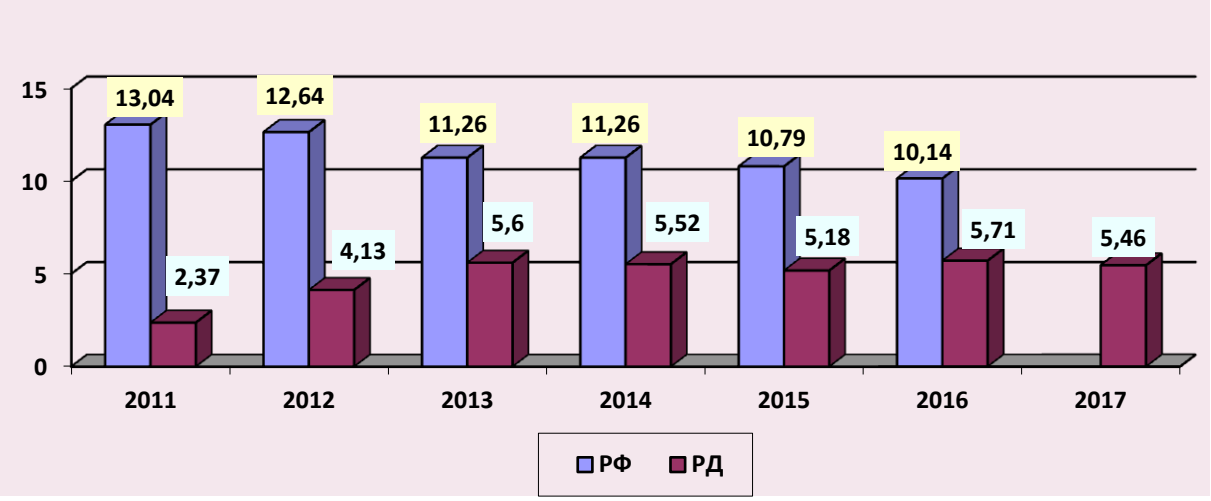
Заболеваемость ХГС снизилась на 28,2% (ИП – 4,83 – 147 случаев, против ИП – 6,73 – 203 случая в 2016г).

Цель исследования. Изучить клинико-эпидемиологическую ситуацию по хроническим вирусным гепатитам (ХВГ) в РД.

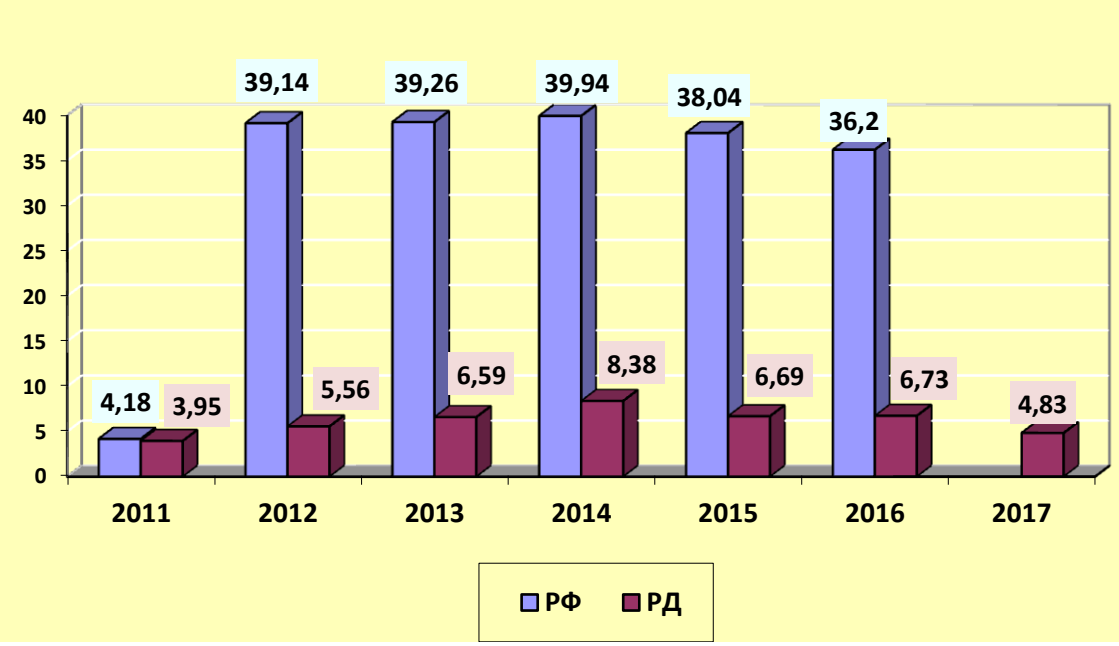
Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы 75 историй болезни больных ХВГ В и С, прошедших лечение в РЦИБ.

Результаты исследования.

Сравнительный анализ заболеваемости ХВГВ за 2011-20177 гг. по РФ и РД



Заболеваемость ХВГС за 2011-20177 гг. по РФ и РД



Анализ состава больных показал, что хронические вирусные гепатиты в основном регистрируются у лиц трудоспособного возраста. Наибольший процент приходится на возраст

от 25 до 45 лет.

В структуре заболеваемости ХВГ в течение последних лет увеличивается доля ХГС.

Анализ клинических проявлений больных с ХГС показал, что клиническая симптоматика у них характеризовалась малой выраженностью. Ведущими были астеновегетативный и диспептический синдромы, а также увеличение размеров печени.

По степени активности ХГС (n=42) распределение было следующим: со слабо выраженной активностью зарегистрировано 16 пациентов (38,1%), с умеренно выраженной активностью – 19 человек (45,2%) и с выраженной активностью – 7 человек (16,7%).

Анализ эпидемиологических данных у больных ХГС выявил, что 67% указывали на парентеральный анамнез.

Генотипирование HCV является высокоинформативным методом диагностики для проведения определения прогноза болезни, определения лечебно-профилактических мероприятий в отношении гепатита С, включая противовирусную терапию.

Изучение генотипирования вируса гепатита С у наших пациентов выявило обнаружение генотипа 1b в 66,6% случаев, генотипа 3а – в 19,4%, генотипа 2а – в 14% случаев.

При ХГВ (n=33) умеренно выраженная активность наблюдалась у 14 человек (42,4%), со слабо выраженной активностью зарегистрировано 11 пациентов (33,3%), с выраженной активностью – 8 человек (24,3%). Среди больных превалировали лица мужского пола - 21 (63,6%), женского – 12 (36,4%).

Наличие в анамнезе различных парентеральных манипуляций отметили 43,8%, инфицированных в результате профессиональной деятельности – 3,5%, развитие заболевания с внутрисемейным контактом связали – 12,6%.

Выводы. Эпидемиологическая ситуация по хроническим вирусным гепатитам В и С в Республике Дагестан остается неблагополучной и напряженной, что требует повышения эффективности комплексных мер по профилактике парентеральных гепатитов, в том числе по обеспечению инфекционной безопасности в медицинских организациях при проведении медицинских манипуляций, трансфузий плазмы и компонентов крови, обращении с медицинскими отходами.

БОЛЕЗНЬ ФИЛАТОВА В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ-ОСЕТИЯ АЛАНИЯ

А. А. Урумова А.И. Цакоева - студентки 5 курса

Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, Россия

Научный руководитель – доцент Б.И. Отараева

Актуальность. Герпетические инфекции в настоящее время являются очень

распространенными и плохо контролируемыми инфекциями, их опасность в том, что патоген может еще долго оставаться в тканях переболевшего человека, не теряя способности к заражению. Современные методы исследования способствовали расширению представлений о механизмах взаимодействия между вирусами семейства герпеса и организмом человека. Эпштейн-Барр вирусная инфекция (железистая лихорадка, болезнь Филатова, инфекционный мононуклеоз) одно из частых проявлений герпетической инфекции. Заболевание впервые было описано в 1885 году Н.Ф. Филатовым под названием «идиопатическое воспаление шейных желез». Термин «инфекционный мононуклеоз» принадлежит американским ученым Спранту (Sprunt T.) и Эвансу (Evans F.). Согласно современным представлениям полиэтиологичность инфекционного мононуклеоза (ИМ) не вызывает сомнений. В его возникновении, помимо вируса Эпштейна-Барр (ВЭБ), принимают участие другие герпесвирусы: цитомегаловирусы (ЦМВ), вируса герпеса 6 типа (ВГ 6 типа), также рассматривают вирусы простого герпеса 1 и 2 типа (ВПГ 1,2), а также их ассоциации.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру и клинико-эпидемиологические особенности Болезни Филатова в РСО-Алания.

Материал и методы исследования. В работу включены данные обследования 111 пациентов с ИМ от 18 лет и старше, получавших лечение в инфекционном отделении РКБСМП г. Владикавказа в 2015 – 2017 гг. В 95 случаях проведен ретроспективный анализ историй болезней. Статистическая обработка цифровых данных проведена по стандартным статистическим алгоритмам на персональном компьютере с использованием программ Statistica 6 и Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования. От общего числа госпитализированных с диагнозом ИМ составили 7%. Чаще поступали больные в возрасте 18-25 лет (64%), 26-30 лет (30%) и 31-40 лет (6%). Преобладание мужчин оказалось значительным (61%)**.** Пациенты чаще поступали в весенние (36%) с пиком в мае и осенние месяцы (30%) с пиком в октябре. Расхождение диагноза при поступлении с окончательным был в 55% случаях (лакунарная ангина – 36%, ОРВИ – 10%, фолликулярная ангина – 6%, аллергическая крапивница –3 %). В первые 3 дня болезни поступили 23% больных, с 4-7 день – 40% больных, 37%- позже. Для уточнения этиологии проводилось исследование сыворотки крови на маркеры герпетических вирусов методом ИФА и ПЦР. У 20% больных этиологию выяснить не удалось. ВЭБ в 74%, ЦМВ у 21%, ВГ 6 типа (2,5%) и ВПГ 1,2 типа (2,5%). В 36% случаев смешанная этиология ИМ: (ВЭБ + ЦМВ у 27 пациентов, ВЭБ + ЦМВ + ВПГ1,2 у 9 пациентов, ЦМВ + ВПГ1,2 типа + ВГ6 типа у 4 пациента). Острое начало было у 68% больных, повышение температуры тела отмечалось у 62%, лимфаденопатия - 36%, боли в горле - 13%, заложенность носа - 9,5%, сыпь - 2,5%. Температурная реакция отсутствовала у 2%. Подъем температуры тела до 39^{o}С и выше у 71%. У 8%- субфебрилитет. Лихорадка (до 5 дней) была у 13% пациентов, до 10 дней у 44%

больных, до 2 недель у 23%, и в 18 % более 2 недель, катаральные явления- 57% пациентов. Изменения в зеве (ангина) в 58% случаев, из них лакунарная ангина (91,8%). Лимфаденопатия I степени у 4%, II степени у 44%, III-IV степени – у 45% больных, V степени и более – у 7%. Синдром экзантемы отмечен у 11% случаев. Пальпаторно определялись увеличенные размеры печени в 86% случаев. Гепатомегалия, не превышающая 2 см возрастную норму, диагностирована у 61%, 3-4 см – у 23%, 5см – у 2% . При исследовании крови выявлены атипичные мононуклеарные клетки у 68% больных. У 36% было снижение уровня гемоглобина, в 76% случаев лейкоцитоз, у 5 % больных – лейкопения. Ускорение СОЭ у 32% больных. У 45% больных гиперферментемия, при этом уровни АлАт и АсАт у части больных достигали 5 норм и выше (15%). Повышение общего билирубина в 2,5%. ИМ протекал в среднетяжелой форме у 85% больных, у 13% в тяжелой форме. Легкое течение было 2%. Средний койко-день в стационаре превысил 3 недели (21,02 дня).

Выводы. ИМ занимает большое место среди госпитализаций в инфекционное отделение РКБСМП г. Владикавказа. Заболевают в основном пациенты с 18-25 лет. Полученные результаты не противоречат данным литературы. Чаще всего возбудитель ВЭБ, обращает на себя внимание высокий процент смешанных и нерасшифрованных форм. Особенностями клинического течения являются: высокая длительная лихорадка, подъем температуры тела до 39^{o}С и выше у 71%. отмечалась активация ассоциативной бактериальной флоры при остро протекающем ИМ с частотой развития различных клинических форм ангины и воспалительных изменений периферической крови (лейкоцитоз, нейтропения, лимфомоноцитоз), ускорение СОЭ.

АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭПИДНАДЗОРУ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Ю.А. Лыгина - ассистент кафедры, А.Р. Коцюрба - ординатор,

Р.Н. Андреев - врач-интерн

Кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии, Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Научный руководитель - к.м.н, доцент В.А. Мельник

Актуальность. Риски активизации эпидемического процесса вакциноуправляемых инфекций (ВУИ) определяют важность проведения иммунопрофилактики и контроля за её качеством. Уровень коллективного иммунитета может быть охарактеризован эпидемиологическим уровнем заболеваемости, ее динамикой и структурой. Контроль за этими показателями позволяет оценить действенность системы эпидемиологического надзора за

вакциноуправляемыми инфекциями, то есть демонстрирует степень управляемости их эпидемического процесса, что, в свою очередь, позволяет определить риски в ближайшей и среднесрочной перспективе.

Цель. Определить текущую эпидемическую ситуацию по ВУИ в Донецком регионе на примере г. Макеевка.

Материалы и методы исследования. В работе использованы данные официальной регистрации по заболеваемости ВУИ за 5-летний период (2012-2016 гг.), отчеты о выполнении плана профилактических прививок, обеспеченности иммунобиологическими препаратами (ИБП), уровне коллективного иммунитета у населения, на основании которых был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования. Заболеваемость ВУИ за изучаемый период (с 30,0 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 4,4 на 100 тыс. населения в 2016 г.) снизилась в 6,8 раза. Однако, эпидемическая ситуация по данной группе инфекций остается нестабильной за счет недостаточной обеспеченности иммунобиологическими препаратами и, как следствие, недостаточного охвата прививками подлежащего вакцинации населения г. Макеевка.

Установлено, что выполнение планов профилактических прививок по г. Макеевка было недостаточным в течение всего изучаемого периода. В 2012 г. суммарный план прививок был выполнен на 79,6 %, из-за неудовлетворительного обеспечения города ИБП, которые поступили во 3-м и 4-м кварталах, еще меньше - в 2013 г. (41,6 %) вследствие дефицита ИБП и увеличения количества отказов от прививок (в 1,8 раза против полиомиелита, дифтерии, коклюша и столбняка). В 2014 г. план профилактических прививок был выполнен всего на 19,8 %, что было связано с недостаточным централизованным поступлением ИБП, а также с началом военного конфликта во 2-м полугодии и обусловленным этим повышением миграции населения. В 2015 г. лечебно-профилактические учреждения были обеспечены иммунобиологическими препаратами за счет поставок по линии гуманитарной помощи из Российской Федерации. При этом, обеспеченность от необходимой потребности составляла от 5,9 % вакцины АДС-м до 360 % вакцины против полиомиелита в связи с проведением трехтуровой иммунизации против этой инфекции. Совсем не поставлялась вакцина для иммунизации против дифтерии в возрасте 23 лет (АД-м). Таким образом, суммарное выполнение плана профилактических прививок в 2015 г. составило 30,6 %, преимущественно за счет иммунизации против полиомиелита. Самый низкий процент иммунизации против дифтерии и столбняка отмечался в возрастных группах 14 лет (2,5 %), 18 лет (0,3 %) и взрослого населения (0,3 %). В 2016 году в городе отмечалась нестабильная эпидемическая ситуация по ВУИ, за счет коклюша и эпидемического паротита, при этом 70 % из заболевших не были привиты против данных инфекций. На фоне дефицита иммунобиологических

препаратов план профилактических прививок в 2016 г. выполнен на 29,8 %, что в 3 раза ниже ориентировочного нормативного критерия.

На всем протяжении изучаемого периода ежегодно в городе проводился мониторинг за состоянием коллективного иммунитета у населения к дифтерии и столбняку, а в 2012 году - еще и к кори. Выявлено 3,4 % серонегативных лиц к дифтерии, 0,2 % - к столбняку, 12,8 % - к кори. Зарегистрирован рост числа серонегативных к дифтерии (до 14,5 %) и столбняку (до 7,9 %) лиц за изучаемый период.

Выводы. Таким образом, несмотря на снижение иммунной прослойки среди детского и, особенно взрослого населения, недостаточное обеспечение ИБП, в г. Макеевка наблюдается нестабильная эпидемическая ситуация только в отношении коклюша и эпидемического паротита. Учитывая рост серонегативных лиц к возбудителям основных ВУИ, можно прогнозировать в будущем подъем инфекционных заболеваний, управляемых средствами специфической иммунопрофилактики. В связи с этим, следует усилить работу по иммунизации населения против основных ВУИ: дифтерии, столбняка, коклюша и эпидемического паротита, с максимальным акцентом на иммунопрофилактику возрастных групп старше 23 лет и подростков.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Е.Д. Анискович, Т.В. Захаренко – студентки 3506 группы медико-профилактического факультета

Кафедра эпидемиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – ст. преп. О. А. Горбич

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения каждый год гриппом заболевают 500 миллионов человек, из числа которых около 2 миллионов умирает. Большую часть составляют группы риска. Одной из групп риска являются женщины в период беременности. Уровень госпитализации среди таких женщин особенно высок. В период эпидемического подъема заболеваемости гриппом повышается уровень смертности среди данной группы риска. Вместе с матерью зачастую погибает и плод. Помимо этого, грипп, перенесенный в период гестации, оказывает влияние на частоту неблагоприятных исходов беременности, а именно увеличивает их. Среди неблагоприятных исходов превалируют мертворождение, выкидыши, преждевременные роды, низкий вес ребенка при рождении. В силу того, что дети до 6 месяцев не могут быть вакцинированы против гриппа, вакцинация беременных женщин не только создает защиту самой беременной, но и является единственной мерой защиты ребенка первых месяцев жизни от данного высоко опасного заболевания.

Цель исследования. Проанализировать отношение студентов медицинских высших учебных заведений к вакцинации беременных женщин против гриппа, а также изучить мнение беременных женщин по данному вопросу.

Материалы и методы исследования. В данной работе был использован анкетный метод исследования. Респондентам предлагалось ответить на ряд вопросов, наиболее полно отражающих интересующую нас проблему. В исследование включены 127 анкет беременных женщин, которые получили печатный вариант анкеты, и 153 студента медицинских ВУЗов Российской Федерации, анкета для которых была размещена на сервисе «Google Формы». Анкетирование беременных женщин проходило на базе Учреждения здравоохранения «1-ая городская клиническая больница» города Минска (женская консультация №4). Обработка полученных данных и анализ результатов исследования были проведены с использованием программы Microsoft Excel (Microsoft®, США).

Результаты исследования. Для более полного анализа приверженности беременных женщин кампаниям по вакцинации против гриппа изначально нами был изучен уровень вакцинации беременных женщин против гриппа в Республике Беларусь за 2014–2016 годы. В результате этого было установлено, что приверженность беременных данному высокоэффективному мероприятию с каждым годом увеличивается (рис. 1).

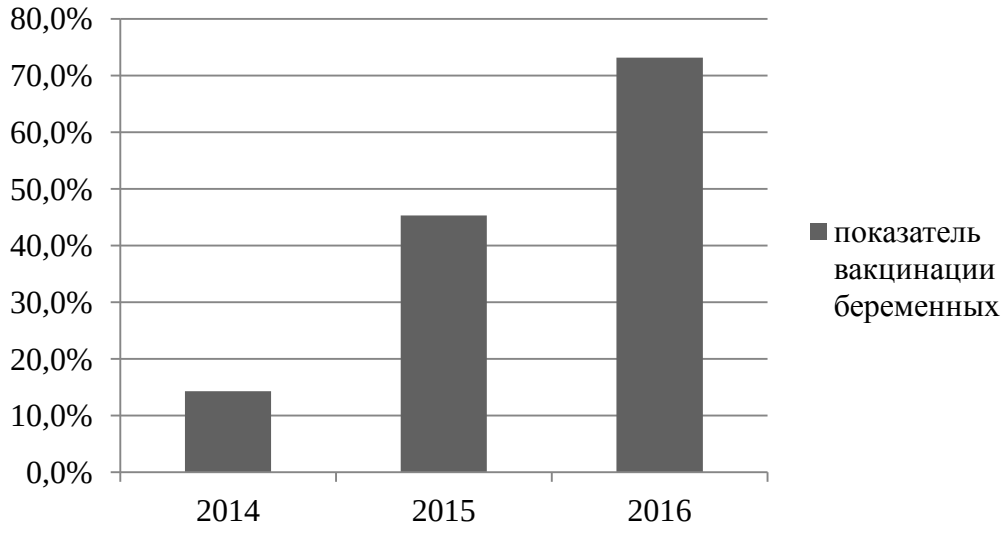


Рис. 1 – Доля беременных женщин, участвующих в кампаниях по вакцинации против гриппа в Республике Беларусь за 2014-2016 гг.

При дальнейшей оценке отношения студентов медицинских ВУЗов Российской Федерации к вакцинации беременных женщин против гриппа было установлено, что только 59% считают необходимым вакцинировать беременных против гриппа. Из них I триместр – 40%, II триместр – 26%, III триместр – 14%, I и II триместры – 4%, II и III триместры – 10%, в течение всей беременности – 5%. В то же время только 41% студентов считают, что вакцинация безвредна для беременной женщины и только 37% считают, что вакцинация

беременной женщины создаст защиту ребенка от гриппа. Однако, почти все студенты (94%), считают, что грипп, перенесенный во время беременности, способен оказать неблагоприятное действие на плод.

При анализе приверженности беременных женщин кампаниям по вакцинации против гриппа было установлено, что каждый год вакцинируются 24%, 1 раз за всю жизнь – 22%, не вакцинируются – 47%, хотели бы, но имеют противопоказания – 7%. Однако вакцинировались против гриппа во время беременности только 4% анкетируемых. В то же время 37% респондентов ответили, что необходимо вакцинировать беременных женщин против гриппа, из них 4% считают, что вакцинироваться необходимо до беременности, I триместр – 32%, II триместр – 11%, III триместр – 53%. Только 36% респондентов ответили, что вакцинация против гриппа безвредна для беременных женщин. На вопрос какой врач предложил вакцинироваться против гриппа мы получили следующее распределение: не предлагали вакцинироваться – 33%, акушер-гинеколог – 40%, терапевт – 25%, врач по профессиональным заболеваниям (на работе) – 2%. Беременные женщины узнавали о вакцинации против гриппа из разных источников: в поликлинике от врача – 48,8%, прочитали в интернете – 48,8%, на работе – 0,4%.

Выводы. В результате проделанной работы мы выяснили, что студенты медицинских ВУЗов имеют недостаточные представления об эффективности и безопасности вакцинации против гриппа для беременных женщин и плода. Недостаточная осведомленность студентов по данной проблеме приводит к тому, что в будущем молодые специалисты в ряде случаев не информируют беременных женщин о возможности вакцинации против гриппа (33,1% беременных женщин не предлагали вакцинироваться против гриппа). В связи с этим необходимо не только углубить знания студентов по вопросам иммунопрофилактики гриппа, в том числе и среди беременных женщин, но и повысить заинтересованность медицинских работников в привлечении беременных женщин к участию в кампаниях по вакцинации гриппа.

Одинаковое количество беременных (по 48,8%) получают информацию о вакцинации против гриппа в поликлинике от врача и в интернете, но необходимо повышать уровень информированности именно от медицинских работников для получения более полной и достоверной информации по иммунопрофилактике гриппа среди данной группы риска.

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В БЕЛАРУСИ

Е.В. Горбачева − студент 3608 группы медико-профилактического факультета

Кафедра эпидемиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. М.И. Бандацкая

Актуальность. Заболеваемость менингококковой инфекцией (МИ) остается актуальной проблемой для общественного здравоохранения большинства стран. Несмотря на наличие современных медицинских служб, уровень медико-социальных последствий остается достаточно высоким: уровень летальности при быстро развивающихся формах от 10 % до 15 %, около 10%-15% переболевших менингококковым менингитом будут страдать от значительных неврологических последствий. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 1,2 млн случаев генерализованных форм инфекции, то есть от данной инфекции ежегодно погибает около 135 тыс. человек и более половины из них – дети. Возбудитель инфекции широко циркулирует среди населения. Считается, что 10%–20% человек являются носителями N.meningitidis в любой момент времени. Однако в период эпидемического неблагополучия число носителей может быть и выше.

Цель исследования. Выявить особенности эпидемического процесса МИ в Республике Беларусь (РБ).

Материалы и методы исследования. Материалом явились данные о случаях МИ, зарегистрированные в РБ в 1995-2017 гг. Проведено сплошное, ретроспективное, продольное эпидемиологическое исследование. Достоверность различий оценивалась по критерию t Стьюдента. При обработке материала использовали статистический пакет компьютерной программы Microsoft Excel Windows XP.

Результаты исследования. В период с 1995 г. по 2017 г. заболеваемость МИ уменьшилась с 4,02±0,20 ‰ (1995 г.) до 0,59±0,08 ‰ в 2016 г., средний многолетний показатель заболеваемости МИ в РБ составил 2,32±0,15 ‰. Инцидентность в 2017 г составила 0,67±0,07 ‰. Многолетняя динамика заболеваемости МИ характеризовалась выраженной тенденцией к снижению, средний темп убыли составил -7,26 %. ($p<0,001$). Годами эпидемического благополучия были 1995-1999 гг., 2001-2003 гг., 2008 г., 2010-2016 гг. Средний уровень заболеваемости в годы благополучия составил 2,29±0,15 ‰. К годам эпидемического неблагополучия относились: 2000 г., 2004-2007 гг., 2009 г., 2017 г. Средний уровень заболеваемости в эти годы – 2,59±0,16 ‰, что в 1,13 раза выше, чем в годы благополучия. Периодические факторы определяли цикличность эпидемического процесса МИ с тремя полными периодами, длительность которых была от 4 до 5,5 лет и амплитудой от 0,58 до 1,24 ‰. Заметно отличался лишь последний период, который длился 7,5 лет, а с 2010 по 2016 гг. продолжалась фаза эпидемического благополучия. До 2010 г. многолетняя динамика заболеваемости также характеризовалась выраженной тенденцией к снижению, но с меньшим темпом прироста: −5,7% ($p<0,001$). На значительное снижение заболеваемости с 2010 года могла повлиять, по нашему мнению, вакцинация против гриппа с использованием высокоочищенных субъединичных вакцин, применяемые с 2009 г. и увеличением охвата

прививками взрослого населения с 22,7% (2010) до 41,7% (2014). При сборе эпидемического анализа было выявлено, что 20,7 % пациентов находилось в окружении заболевших ОРВИ.

Нами была установлена сильная обратная корреляционная связь между заболеваемостью менингококковой инфекцией в 2011-2017гг. и охватом вакцинацией против гриппа осенью предшествующих лет (2010-2016гг.): коэффициент корреляции составил -0,91±0,14 ($p<0,001$). В годовой динамики заболеваемости прослеживается зимне-весенняя сезонность. Рост уровня заболеваемости МИ начинался с октября и заканчивался в марте, достигая максимальных значений в марте (0,26±0,05 $‰_{00}$), затем наблюдалось постепенное снижение заболеваемости с минимальной инцидентностью с июля по сентябрь. Сезонный подъём длился 4,1 месяцев (с конца января до начала июня), длительность межсезонного подъёма составила 7,9 месяца, максимальный показатель заболеваемости превышал верхний предел круглогодичной заболеваемости (интенсивность сезонного подъема) в 1,2 раз. Коэффициент корреляции круглогодичной заболеваемости МИ в 2011-2017 гг. и охвата прививками против гриппа осенью предшествующих лет (2010-2016гг.) составил -0,80 ($p<0,001$).

Анализ заболеваемости менингококковой инфекцией в возрастных группах показал, что половину заболевших (49%) составили наиболее восприимчивые, в силу особенностей незрелой иммунной системы, дети 0-2 лет, 30% - лица 15 лет и старше, по 11% и 10% дети садового возраста и школьники. Максимальной интенсивность эпидемического процесса была среди детей 0-2 лет − 34,28±3,39 $‰_{000}$, заболеваемость детей 3-6 лет − 5,53±1,17 $‰_{000}$, детей 7-14 лет – 2,34±0,50 $‰_{000}$, лиц 15 лет и старше – 0,78±0,1 $‰_{000}$.

Серогрупповой пейзаж возбудителя до 2009 года существенно отличался от периода с 2010 года. В течение 1995-2009 гг. от пациентов с МИ и бактерионосителей N. meningitidis выделялись менингококки следующих серогрупп: А – 12,2%, В – 38,1%, С – 6,7%, Х – 0,8%, Y – 0,6%, W135 – 0%, Е29 – 0,3%, полиагглютинабельные – 18,2%, прочие – 0%, нетипитуемые – 21,9%. Анализ этиологической структуры МИ с 2010 по 2017 гг. выявил значительные изменения по сравнению с предыдущим периодом, были выделены следующие серологические группы менингококка: А – 10,3 %, В – 32,2 %, С – 18,0 %, Х – 0%, Y – 0,3 %, W135 –2,8 %, Е29 – 0,3 %, полиагглютинабельные – 9,8 %, прочие – 1,8 %, нетипитуемые – 24,5 %. В настоящее время в эпидемическом процессе МИ значительно снизилась роль полиагглютинабельных менингококков, увеличилась роль серогруппы С, лидирует серогруппа В.

В структуре заболевших (2010-2017 гг.) доля менингитов составила 10,7%, менингококкцеми − 57,4%, менингоэнцефалитов − 1,5%, смешанных форм − 25,7%, назофарингитов − 4,7%. Летальность от менингококцемии составила 17,9%, смешанных форм − 7,9%, менингита − 1,7%.

Выводы. Многолетняя динамика заболеваемости МИ в РБ в 1995-2017 гг. характеризовалась выраженной тенденцией к снижению и низкой интенсивностью

эпидемического процесса с 2010 гг. Была установлена сильная отрицательная корреляционная связь между заболеваемостью МИ в 2011-2017 гг. и охватом вакцинацией против гриппа осенью предшествующих лет (2010-2016 гг.). Годовая динамика характеризовалась зимне-весенней сезонность, установлена сильная отрицательная корреляционная связь между круглогодичной заболеваемостью в 2011-2017 гг. и охватом вакцинацией против гриппа осенью предшествующих лет (2010-2016гг.). Группа риска — дети 0-2 лет. В серогрупповом пейзаже менингококков преобладала группа В. В структуре нозологических форм преобладали менингококкцемия и смешанные формы.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА МИКРОСПОРИИ В СТОЛИЦЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

И.С. Задора - студентка 3503 группы медико-профилактического факультета

Кафедра эпидемиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – к. м. н., доц. Т.С. Гузовская.

Актуальность. По данным ВОЗ каждый третий житель в мире сталкивался с заболеванием кожи и ногтей, вызванными грибами. Микроспория занимает второе место по распространенности после микоза стоп, относится к высококонтагиозным заболеванием и имеет повсеместное распространение.

Особенно высокую значимость данный вид дерматофитий имеет для педиатрической практики, поскольку наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются среди детей 0-14 лет, что объясняется особенностями строения детской кожи. Неудовлетворительные социально-экономические условия жизни, низкий санитарно-гигиенический уровень населения, а также обилие инфицированных бездомных животных - все это способствует росту заболеваемости микроспорией.

Стоит отметить, что в большинстве стран мира, в т.ч. и в РБ, где микроспория регистрируется как эндемичное заболевание, существуют благоприятные климатические условия – высокая температура и относительная влажность, что также содействует распространению инфекции, помимо природной устойчивости возбудителя.

Цель исследования: выявить основные закономерности эпидемического процесса микроспории на территории г. Минска.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования использовались данные официальной регистрации заболеваемости микроспорией в Минске с 2001 по 2017 гг. Было проведено сплошное, ретроспективное, продольное эпидемиологическое исследование.

Статистические методы применяли для оценки результатов. Обработка данных проводилась с помощью Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования. Среднемноголетний уровень заболеваемости составил 23,9, что 1,6 раза ниже республиканского уровня. В структуре заболеваний 1/3 приходится на жителей столичного города, а в 2016 -2017 гг. удельный вес больных микроспорией увеличился до 40%.

Выравнивание динамического ряда проводили по параболе 2-го порядка. Отрезок времени с 2001-2012 гг. описывается нисходящей, а 2013-2017-восходящей ветвью криволинейной тенденции. По отношению к линии тенденции выявляется четко выраженная малая периодичность с периодами продолжительностью от 2 до 5 лет. Годами благополучия были 2002, 2006, 2007, 2010, 2012 - 2014, соответственно годами неблагополучия – 2001,2003 – 2005, 2008, 2009, 2011, 2015 - 2017.

Для первого и второго периодов характерна одинаковая длительность и выраженность амплитуд фаз благополучия и неблагополучия. Третий существенно отличался от предыдущих периодов, был в 2 раза короче по длительности и 4,5раза меньше по амплитуде. В четвертом отмечена самая длительная продолжительность периода.

При анализе типовой и групповых кривых годовой динамики заболеваемости отличий в сроках начала и окончания сезонного подъема не выявлено. Сезонный подъем начался в середине августа и заканчивался в середине февраля. Пик заболеваемости приходился на сентябрь-октябрь, затем отмечено постепенное снижение заболеваемости. Летне-осенняя сезонность, вероятнее всего, связана не только с увеличением риска заражения при контакте с животными, но и частотой обращения за медицинской помощью, а также выявлением больны при осмотрах при оформлении медицинских справок в учреждения дошкольного образования и школы. Следует также учитывать рост численности и заболеваемости микроспорией бездомными животными, приходящийся на летне-осенние месяцы.

Максимальные показатели заболеваемости по среднемноголетним данным имели место среди детей 3-6 лет и составили 279,4±7,7 на 100000 населения. Второе место по интенсивности эпидемического процесса микроспории пришлось на возрастную группу 7-14 лет с показателем 179.8±4,59 на 100000 населения. Минимальный уровень заболеваемости регистрировался среди взрослых – 3,5±0,4 на 100000 населения. Однако в последние годы отмечен рост числа заболеваний в данной возрастной группе. Удельный вес взрослых вырос с 6,5% в 2003 г. до в 8,8% в 2017 г. Данные анализа позволяют отнести детей 3-14 лет к «группе риска» заболевания данным микозом.

Единственным возбудителем, вызывающим заболевание микроспорией жителей столичного города, являлся зоофильный M. canis. Анализ данных эпидемиологического анамнеза показал, что на контакт с животными указывало 97,6% пациентов. Основным

источником инфекции выступали кошки (93,7%), среди которых превалировали бездомные (82,7%).

Выводы. Микроспория относится к заболеваниям со средним уровнем распространенности наряду с чесоткой и болезнью Лайма. Основной возрастной группой, вовлечённой в эпидемический процесс, выступают дети 3-14 лет. Негативное влияние на эпидемический процесс оказывает рост численности инфицированных бездомных животных. Необходимо проводить гигиеническое воспитание и обучение детей из «групп риска», а также с их родителями.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В ПАРТИЗАНСКОМ РАЙОНЕ ГОРОДА МИНСКА ЗА 2004–2016 ГОДЫ

С.В. Кузьмич - студентка 3502 группы медико-профилактического факультета

Кафедра эпидемиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель - канд. биол. наук, доц. Т.Е. Дороженкова

Актуальность. ОКИ неустановленной этиологии ежегодно регистрируются в РБ. За последние 13 лет диапазон колебаний заболеваемости населения РБ составлял от 14,7 сл. до 31,23 сл. на 100 тыс. населения. Наиболее высока заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии среди жителей города Минска.

Цель. Изучение заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии за период с 2004 по 2016 гг. на основании данных по заболеваемости населения Партизанского района города Минска.

Материалы и методы. Для анализа использованы официальные данные заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии (2004 – 2016гг.), сведения о численном составе населения района и его возрастных и социальных групп, предоставленные Центром гигиены и эпидемиологии Партизанского района города Минска.

В работе применялись: описательно-оценочные, аналитические методические приемы.

• Для установления многолетней динамики пораженности использовались экстенсивные (%) и интенсивные показатели на 100000 населения.

• Многолетняя тенденция определена методом наименьших квадратов, оценка проводилась по среднему темпу прироста (Тпр.).

• С целью определения групп риска, население было разделено на возрастные группы: 0-2 года, 3-6 лет, 7-14 лет, 15 лет и старше.

Данные обработаны с помощью стандартного пакета статистических программ Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. Заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии (ОКИ н.э.) населения республики за период 2004-2016 гг. характеризуется стабильным снижением с ежегодным темпом -0,48% в год. Вместе с тем заболеваемость ОКИ н.э. в г. Минске растет, что подтверждают данные многолетней заболеваемости (Тпр.= + 2,09%).

Среди населения Партизанского района г. Минска средний показатель ОКИ н.э. за тот же период более, чем в 2,5 раза превышает аналогичный показатель по республике.

Анализ социально-возрастной структуры населения района показал, что уровни заболеваемости наиболее высокие среди детей и подростков до 17 лет (Iср. – 289,2 сл. на 100 тыс. населения), а в 2016 году показатель составил 380,4 $‰_{000}$. Группой риска являются дети 0-2 года, доля которых составляет 49,6%.

Анализ показателей ОКИ н.э. в городе Минске в возрастной категории дети до 14 лет показал, что заболеваемость детей раннего возраста (0-2 года) в 5-7 раз выше, чем среди подростков 7-14 лет и в 3-8 раз выше, чем среди 3-6 летних.

Анализ структуры заболевших ОКИ н.э. среди детей и подростков до 17 лет в разрезе административных территорий города Минска показал, что Партизанский район не относится к территориям высокого риска.

Выводы:

1. Многолетняя динамика заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии населения г. Минска характеризуется тенденцией к росту.
2. Изменение заболеваемости ОКИ неустановленной этиологии в Партизанском районе и в г. Минске происходят синхронно.
3. Заболеваемость ОКИ неустановленной этиологии в Партизанском районе на 5,0% (2015 г.) – 40% (2007%) ниже заболеваемости по г. Минску.
4. Группой риска заболевания ОКИ неустановленной этиологии в Партизанском районе г. Минска являются дети 0-2 года.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

А. Ю. Новикова – студент 3408 группы медико-профилактического факультета

Кафедра эпидемиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. И.Н. Вальчук

Актуальность. Цифры статистических данных с каждым годом неумолимо констатируют увеличение числа вновь диагностируемых случаев рака молочной железы (РМЖ). Наибольший уровень заболеваемости представлен среди женщин, живущих на

Гавайях, Британской Колумбии и Калифорнии. В этих районах уровень заболеваемости почти 80–90 случаев на 100 000 женщин. Наименьшее же число случаев приходится на Японию, в которой РМЖ встречается только в 12–15 случаев на 100 000 женщин. В Республике Беларусь в 2016 году РМЖ занимал 2-е место в структуре заболеваемости женского населения злокачественными новообразованиями (46,9%) после рака кожи (103,5 на 100 тыс. населения). Риск развития РМЖ в возрасте после 65 лет в 5,8 раз выше, чем до 65 лет, и почти в 150 раз выше, чем в молодом возрасте (до 30 лет).

Цель исследования. Выявить основные закономерности возникновения заболеваемости, инвалидности и смертности вследствие рака молочной железы.

Материалы и методы исследования. Материалом эпидемиологического исследования явились данные статистических сборников о заболеваемости РМЖ, демографические показатели. Основой методологии послужило аналитическое и описательно-оценочное исследование эпидемических проявлений РМЖ в Республике Беларусь. Для анализа уровня, структуры и динамики заболеваемости использовали приемы эпидемиологической диагностики и статистического анализа. Электронные базы данных создавались и обрабатывались в программе Microsoft Excel 7.

Результаты исследования. Многолетняя динамика заболеваемости РМЖ за 2007-2016 гг. харектеризовалась однонаправленным ростом инцидентности, уровни которой колебались от 33,6 $^{o}/_{oooo}$ в 2007 году до 49,6 $^{o}/_{oooo}$ в 2016 году . Рост заболеваемости может свидетельствовать об улучшении качества диагностики при выявлении большего числа больных на ранних стадиях заболевания. В 2012 г. по сравнению с 2007г. выявление РМЖ на ранних стадиях при профилактических осмотрах возросло с 47,8% до 87,0%. Среднемноголетний показатель заболеваемости составил 40,73$^{o}/_{oooo}$. Анализируемый временной интервал характеризовался умеренной многолетней тенденцией к росту заболеваемости, которая описывается уравнением – $y = 1{,}2782x + 33{,}7$, ($R^2 = 0{,}9$). Темп прироста составил 2,95% ($p<0{,}001$). В структуре первичной инвалидности злокачественных новообразований молочной железы преобладают случаи с установленной 2-ой группой инвалидности – 57%, на долю случаев с 1-ой и 3-ей группами инвалидности приходилось 19% и 24% соответственно (рис. 2). Возрастная структура первичной инвалидности вследствие РМЖ характеризовалась преобладанием возрастной группы 45 – 59 лет – 54%, удельный вес женщин старше 60 лет составил 30%, структурный вклад пациенток 35 - 44 лет не превышал 16% (рис.2). Региональные показатели первичной инвалидности РМЖ характеризовались территориальной неоднородностью. Максимальный показатель в 2016 г был выявлен в Гомельской области и составил 3,55 $^{o}/_{ooo}$, в Гродненской области – 3,34 $^{o}/_{ooo,}$ в Витебской области – 2,84 $^{o}/_{ooo,}$ в Брестской – 2,71 $^{o}/_{ooo,}$ в Могилевской – 2,69 $^{o}/_{ooo,}$ а минимальный показатель зарегистрирован в Минской области – 2,55 $^{o}/_{ooo.}$ Таким образом, относительный

риск заболеваемости РМЖ по отношению к среднереспубликанскому в Гомельской области составил 1,23, тогда как в Минской области он был ниже среднереспубликанского – 0,81.

Смертность от рака молочной железы в 2012 году составила – 23,7 $^{o}/_{oooo,}$ что значительно меньше, чем в 2007 (26,3 $^{o}/_{oooo),}$ а отношение смертности к заболеваемости раком молочной железы за 2012 г составляет – 30,9% (за 2003 г. в сравнении - 42,6%), все это говорит об эффективности терапии и улучшение ранней диагностики.

Выводы. Многолетняя динамика заболеваемости характеризовалась умеренной тенденцией к росту со средним темпом прироста 3,14%. В структуре первичной инвалидности преобладала возрастная группа 45- 59 лет –54%. Относительный риск заболеваемости РМЖ по отношению к среднереспубликанскому в Гомельской области составил 1,23, тогда как в Минской области риск был ниже и составил 0,81.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К БЕЗИНТЕРФЕРОНОВОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С I ГЕНОТИПА

Халилов А.М.- студент 3508 группы медико-профилактического факультета,

Шилова М.А.- ассистент

Кафедра эпидемиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. И.Н. Вальчук

Актуальность. Вирусный гепатит С (ВГС) — серьезная проблема здравоохранения для многих стран мира. В 1999 году ВОЗ было проведено одно из наиболее масштабных исследований по частоте встречаемости ВГС в мировой популяции. В результате проведенных исследований было выявлено, что приблизительно 170 000 000 человек в мире инфицированы HCV (3% мировой популяции), а ежегодно в мире инфицируется около 3-4 млн. человек. В настоящее время уровень инфицирования мировой популяции превысил рубеж в 500 млн. человек. Однако, принимая во внимание бессимптомное течение хронической HCV-инфекции у большинства инфицированных, предполагается, что в 60-75% случаев она остается не выявленной. Заболеваемость вирусным гепатитом Си в Республике Беларусь, к сожалению, в последние годы остается высокой: инцидентность хронической формы ВГС в Республике за 2017 г. составила 33,58 на 100000 населения. Генотипы 1-3 широко распространены во многих странах мира, в т. ч. в России, Украине и Беларуси. Подтип 3а преобладает преимущественно среди потребителей инъекционных наркотиков. Считается, что он был завезён в Северную Америку и Соединённое Королевство вместе с распространением героина в 1960-х годах. Специфическая невосприимчивость к повторным заражениям не вырабатывается в связи с вариабельностью генома ВГС у лиц, перенесших инфекционный процесс. Как результат,

возможно множественное инфицирование пациента различными генотипами и субтипами возбудителя, что составляет существенные сложности для разработки вакцин против этого заболевания.

Цель: выявить особенности проявления эпидемического процесса носительства, острой и хронической форм ВГС в Республике Беларусь, а также проанализировать современные подходы к безинтерфероновой терапии вирусного гепатита С I генотипа.

Материал и методы. Использовались данные форм официального учета и регистрации носительства, заболеваемости острой и хронической формами ВГС в Республике Беларусь. Основой методологии послужило наблюдательное аналитическое исследование проявлений эпидемического процесса на анализируемой территории с использованием приемов эпидемиологической диагностики и статистического анализа. Был проведен фармакоэпидемиологический обзор эффективности лекарственных средств для терапии ВГС. Электронные базы данных создавались и обрабатывались в программе Microsoft Excel 7.

Результаты и их обсуждение. Учет ВГС в Республике Беларусь начат в 1996 году. Анализ многолетней динамики заболеваемости острой формой ВГС показал, что в 2003-2016 гг. среднемноголетний показатель заболеваемости в Республике составил 0,92±0,1 случая на 100000 населения. Минимальный уровень заболеваемости был равен 0,63 случаям в 2009 г., максимальный – 1,26 случаев на 100000 населения в 2004 г. Теоретически прогнозируемый показатель заболеваемости на 2017 г. составил 0,78±0,09$^{o}/_{oooo}$. Анализируемый временной интервал характеризовался выраженной многолетней тенденцией к снижению заболеваемости. Средний темп убыли составил 19,73% ($p<0,05$). Данное явление можно связать с качественно налаженным скринингом донорской крови, что привело к фактическому отсутствию посттрансфузионного гепатита С в Республике в последние годы.

В то же время при анализе активности носительства ВГС в Республике многолетняя динамика заболеваемости также характеризовалась выраженной тенденцией к снижению со средним темпом убыли 13,69% ($p<0,05$), а среднемноголетний показатель распространенности носительства ВГС был равен 32,91±1,17 случая на 100000 населения. Минимальный уровень носительства не превышал 11,43 случаев (2016 г.), а максимальный – 46,36 случаев на 100000 населения (2006 г.). Максимальный и минимальный уровни носительства различались в 4 раза. Теоретически прогнозируемый показатель частоты носительства на 2017 г. лежит в диапазоне 10,39-11,76 $^{o}/_{oooo}$. Это можно связать с частым переходом носительства в затяжную хроническую инфекцию, что следует учитывать при анализе заболеваемости ВГС.

Анализируя изложенное, данную ситуацию мы оцениваем как негативную. Низкая выявляемость таких источников инфекции, как больные острой формой и носители ВГС приводит к переходу заболевания в хроническую форму и, соответственно, накоплению источников инфекции на территории Республики.

В отличие носительства и острых форм ВГС динамика регистрации новых случаев хронического гепатита С имеет обратную направленность. Многолетняя динамика заболеваемости хронической формой ВГС за период с 2003 г. по 2016 г. характеризовалась выраженной многолетней тенденцией к росту заболеваемости со средним темпом прироста 22,79% ($p<0,05$), что свидетельствует о высокой активности эпидемического процесса на территории Республики.

Среднемноголетний показатель составил 23,44±0,5 случаев на 100000 населения. Минимальный уровень заболеваемости не превышал 15,51 случаев в 2003 г., а максимальный достигал 31,14 случая на 100000 населения в 2016 г. Максимальный уровень заболеваемости превышал минимальный в 2 раза. Теоретически прогнозируемый показатель заболеваемости на 2017 г. составил 31,68±0,58 случаев на 100000 населения.

Полагаем, что данная ситуация свидетельствует о накоплении источников инфекции на территории Республики, что является негативным фактом ввиду дорогостоящей терапии и, соответственно, ее низкой доступности для населения.

Преимущественное распространение на территории Республики ВГС I генотипа, нарастание и накопление хронических форм данного заболевания, отсутствие средств специфической профилактики диктуют необходимость анализа современных подходов к лечению данного заболевания. В настоящий момент особого внимания заслуживает возможность схем безинтерфероновой терапии хронического ВГС, которая базируется в т.ч. и на применении ингибиторов протеазы:

1) Софосбувир (SOF) (на мировом рынке с 2013 г. под торговым наименованием Sovaldi) (400 мг) + Ледипасвир (LDV) (90 мг) в одной таблетке 1 раз в сутки в течение 12 недель +- Рибавирин(RBV);

2) Софосбувир (400 мг) + Симепревир (SMV) (150 мг) 1 раз в сутки в течение 12 недель +- Рибавирин;

3) Софосбувир (400 мг) + Даклатасвир (DCV) (60 мг) 1 раз в сутки в течение 12 недель +- Рибавирин;

4) PegIFN-α еженедельно + Рибавирин ежесуточно в дозе 1200 мг/сут (для пациентов 75 кг).

Эффективность оценивалась у пациентов как без цирроза, так и с циррозом печени(плотность, определенная методом FibroScan, более 12,5 кПа), инфицированных ВГС генотипа I, не получавших ранее лечения или не достигших устойчивого вирусологического ответа на предыдущую терапию.

Применение данных лекарственных средств позволяет снизить как продолжительность лечения, так и повысить эффективность терапии хронического ВГС I генотипа до 80-95% по сравнению со стандартной схемой лечения ВГС в Республике Беларусь: PegIFN-α + Рибавирин

(RBV). Данная терапия до 2015 г. считалась “золотым стандартом” в лечении ВГС. Сегодня эта терапия считается одной из самых неэффективных из-за частого развития побочных реакций, неудобства для пациента и невысокой эффективности. При применении данной схемы у больных с ВГС I генотипа вероятность излечения составляет 40-60%.

Заключение. В течение исследуемого промежутка времени (2003-2016 гг.) инцидентность острой формы и носительства ВГС в Республике Беларусь стремительно падает (средним темпом убыли 19,73% ($p<0,05$) и 13,69% ($p<0,05$) соответственно). Прогнозируемый уровень заболеваемости острой формы и носительства ВГС в 2017 г. в Республике Беларусь ожидается в пределах 0,78±0,09 $^{o}/_{oooo}$ и 10,39-11,76 $^{o}/_{oooo}$ соответственно.

Заболеваемость ХГС в Республике Беларусь растет (средний темп прироста — 22,79% ($p<0,05$)) и в 2016 г. составила 31,14 случая на 100 000 населения. Теоретически прогнозируемый показатель заболеваемости на 2017 г. ожидается в пределах 31,68±0,58 случаев на 100000 населения. Полагаем, что данный факт зачастую связан с частым переходом острой формы ВГС в хроническую, малой выявляемостью острой формы и носительства.

Современные пероральные схемы терапии ВГС I генотипа базируются на применении как классических схем лечения, включающих PegIFN-α и Рибавирин, так и лекарственных средств направленного действия. Схемы не содержащие PegIFN-α, позволяют достичь УВО более чем в 90 % случаев, а также сократить продолжительность лечения до 12 недель у большинства больных ХГС, в т. ч. у больных с циррозом печени и уже получавших ранее терапию.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АСКАРИДОЗА В Г. ЛУГАНСКЕ И ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

И.А. Лохматова – ассистент,

А.Г. Стеценко – студентка 6 курса педиатрического факультета

Кафедра педиатрии и детских инфекций

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск

Научный руководитель – д.м.н., проф. И.Б. Ершова

Актуальность. Аскаридоз — наиболее широко распространенный кишечный геогельминтоз, вызываемый человеческой аскаридой, паразитирующей в тонкой кишке.

Многочисленными исследованиями были доказаны ряд факторов, которые оказывает A. lumbricoides на нутритивный статус детей, которые оказывают значительное воздействие на рост и физическое развитие и качество жизни детей.

Актуальность проблемы геогельминтозов обусловлена их широким распространением, как в мире, так и в Росийской Федерации, а также степенью значимости, вызываемой ими

патологии для человека. В структуре геогельминтозов на долю аскаридоза приходится 90,2%. Ежегодно в мире регистрируется до 800 млн. случаев аскаридоза, в РФ – до 30 тыс. случаев.

Симптомы аскаридоза неспецифичны, зачастую течение его малосимптомно, однако длительная жизнедеятельность гельминта не может не сказаться на здоровье детей, оказывая негативное влияние на качество их жизни.

Цель: провести анализ пораженности и заболеваемости аскаридозом среди детского населения г. Луганска и области.

Задачи: провести анализ ***заболеваемости и пораженности*** аскаридозом детей в г. Луганске и Луганской обл. за период 2005-2015 гг., а также сезонность его выявления. Выделить наиболее уязвимую группу детей.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости и пораженности аскаридозом детского населения нашего региона за период 2005-2015 годы по основным параметрам: уровень и структура заболеваемости и пораженности; многолетняя и внутригодовая динамика заболеваемости; интенсивность эпидемических проявлений в различных возрастных контингентах детей, территориальное распространение. При выполнении работы использованы материалы статистической отчетности Санитарно-эпидемиологической службы г. Луганска и Луганской Областной Санитарно-эпидемиологической станции. Объектом явилась заболеваемость и пораженность аскаридозом детского населения города Луганска и Луганской области.

Результаты исследования. При изучении эпидемиологической ситуации по аскаридозу установлено, что на протяжении всего анализируемого периода (2005-2015 гг.) в совокупной заболеваемости аскаридозом в регионе на долю детей приходилось более 40% зарегистрированных случаев.

В динамике эпидемического процесса аскаридоза на территории г. Луганска и Луганской области за период 2005-2015 годы установлена стабильность заболеваемости ($Т_{сн.,пр.}$= -0,39%, $p>0,05$) с периодами повышения и снижения. Кривая динамики эпидемического процесса аскаридоза у взрослых повторяет кривую динамики заболеваемости совокупного населения со слабо выраженной тенденцией к снижению. В то время как кривая динамики эпидемического процесса у детей отражает заболеваемость в среднем в 3,5 раза выше ($p<0,05$), с периодичностью подъема (2005, 2012 гг.) и снижения (2008 г.) заболеваемости.

Внутригодовая динамика эпидемического процесса аскаридоза в г. Луганске и Луганской области в период 2005-2015 годы характеризовалась осенне-зимней сезонностью: 75,8% всех случаев приходились на месяцы сезонного подъема, количество заболеваний в этот период возрастало в 3 и более раза.

Средний показатель пораженности аскаридозом населения г. Луганска и Луганской области в 2005-2015 годы составлял 0,28±0,003%. Уровень пораженности аскаридозом детей в

г. Луганске и Луганской области в 2,3 раза выше пораженности взрослых ($p<0,05$) – 0,50±0,031% против 0,22±0,014%, пораженность детей с аскаридозом превышала средний показатель пораженности совокупного населения в 1,8 раз 0,50±0,031% против 0,28±0,003%. В динамике пораженности аскаридозом в г. Луганске и Луганской области за период 2005-2015 годы наблюдалось умеренно выраженная тенденция к снижению пораженности совокупного населения ($T_{сн.}$=-2,37%, $p<0,05$), показатель пораженности снизился в 1,26 раза с 0,38±0,02% до 0,30±0,02%: умеренно выраженная тенденция к снижению пораженности детского населения ($T_{сн.}$=-2,45%, $p<0,05$), в когорте детей уровень пораженности снизился в 1,27 раза с 0,56±0,04% до 0,44±0,03%.

Мы проанализировали пораженность аскаридозом у детей за период с 2005 года по 2015 год. Кривая, отражающая показатель пораженности «организованного» детского населения повторяет кривую, отражающую показатели пораженности всего детского населения. Пораженность «неорганизованного» детского населения колебалась в пределах от 0,27% (2008 год) до 0,94% (2012 год). Проведя анализ пораженности в разрезе детских контингентов, мы установили, что наиболее высокие показатели за весь изучаемый период времени были отмечены среди детей детских домов ($P_{ср.}$=0,87%) и других организационных учреждений ($P_{ср.}$=1,15%): наиболее высокие показатели пораженности были зафиксированы в 2005, 2012 и 2013 годах. Среди детей детских дошкольных учреждений и общеобразовательных школ показатели пораженности не имели существенной разницы за исследуемый период и колебались от 0,37% до 0,63%, исключением стал 2014 год, где были зафиксированы минимальные показатели пораженности детей в коллективах детских дошкольных учреждений и среднеобразовательных школ (0,07% и 0,15% соответственно). Школы-интернаты характеризовались наименьшим среднемноголетним показателем пораженности (0,37%), однако в 2005 и в 2009 годы в данном контингенте были зафиксированы показатели 0,62% и 0,65% соответственно, а минимальный показатель пораженности среди воспитанников школ-интернатов составил 0,19% (2012 год).

Мы провели анализ частоты регистрируемых случаев аскаридоза в разных возрастных группах детей. Удельный вес случаев аскаридоза у детей возраста 5-6 лет составлял от 15,04% (2011 год) до 32,17% (2005 год). Среди детей возрастом 3-4 года за исследуемый период времени было зарегистрировано 320 случаев аскаридоза, что составило 17,04% от общего количества. Наиболее высокий показатель был в 2011 году (31,41% - 71 случай), а наименьшие показатели были зафиксированы в 2009 (9,8%) и 2015 (9,18%). В возрастной группе 0-2 года за исследуемый период времени было зарегистрировано 267 случаев аскаридоза, что составило 14,21% от общего количества (таблица 3.3). Удельный вес детей этого возраста с аскаридозом колебался от 9,61% (2008 год) до24,78% (2011 год). На долю школьников за изучаемый нами период приходилось около 45% (845) регистрируемых случаев аскаридоза. Из них на долю

старших школьников (15-18 лет) приходилось 11,66% (219 случаев). Удельный вес школьников 7-9 лет и 10-14 лет не отличался и составил16,99% и 16,35% соответственно.

ВЫВОДЫ:

1. Дети чаще подвержены заражению аскаридозом. Установлено, что на долю детей приходилось более 40% зарегистрированных случаев.
2. Заболеваемость аскаридозом среди детского населения в среднем в 3,5 раза выше ($p<0,05$).
3. Установлена осенне-зимняя сезонность, когда количество заболеваний возрастает в 3 и более раза.
4. Уровень пораженности аскаридозом детей более чем в 2 раза выше пораженности взрослых. При этом наиболее высокие показатели были установлены в 2005, 2011 и 2012 гг, а наиболее низкие в 2008 и 2014 гг.
5. Наиболее уязвимая группа – дети в возрасте 5-6 лет. Наиболее характерно выявление инвазии среди «неорганизованного» детского населения.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

А.А. Шамко - студент 539 группы лечебного факультета,

К.Р. Корольчук – студент 415 группы лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии, военно-полевой хирургии

с курсом анестезиологии и реаниматологии.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент Т.В. Лызикова

Введение. Проблема травматизма в начале XXI века сохраняет свою актуальность ввиду распространенности, высоких уровней летальности и инвалидности, косвенных потерь вследствие утраты трудового потенциала общества. Ежегодно в мире от различных травм погибает около 1,5 млн человек. По оценкам ВОЗ, в европейском регионе ежегодно происходит около 2200 травм в день, или 90 случаев в час. На каждый случай смерти от травм приходится примерно 30 госпитализаций и 300 обращений за получением амбулаторного лечения. В структуре смертности населения экономически развитых и развивающихся стран травматизм занимает соответственно 3 и 4 места после сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний.

Цель работы – оценить и проанализировать эпидемиологию, отдельные аспекты

менеджмента и исходы лечения пациентов с тяжелой сочетанной травмой, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) УЗ "Гомельская областная клиническая больница».

Материалы и методы. Для выполнения поставленной задачи были ретроспективно проанализирована 21 история болезни пациентов с тяжёлой сочетанной травмой, которые находились на лечении в ОРИТ в период январь-май 2017 года. Оценивались такие параметры как пол и возраст, причина получения травмы, наличие травматического шока, проведенные экстренные оперативные вмешательства и их анестезиологическое обеспечение, интраоперационное использование компонентов крови, количество койко-дней, проведенных в отделении реанимации, исход заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемой группе пациентов доминировала возрастная категория от 30 до 60 лет, меньший процент составили пациенты в возрасте до 30 и после 60 лет (рис.1).

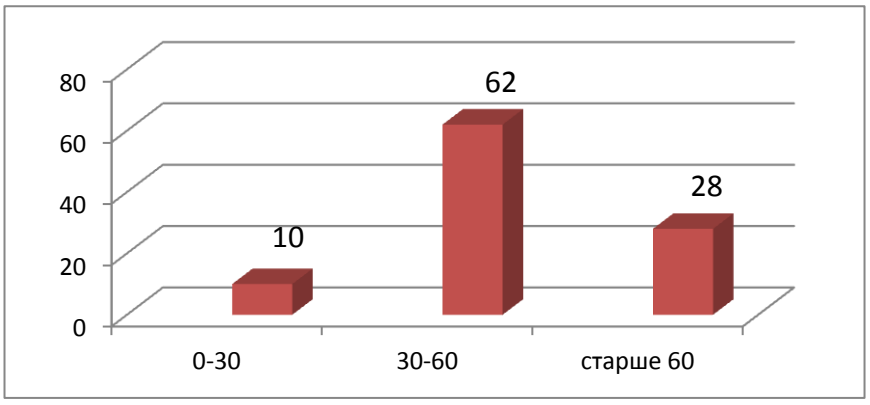


Рис.1. Возраст пациентов с сочетанной травмой

Лица мужского пола составляли – 18 (86%), женского – 3 (14%). Среди причин данного вида ведущими являются дорожно-транспортные происшествия, далее - падения с высоты, нанесение телесных повреждений, в части случаев обстоятельства травмы остались невыясненными (рис 2). Травматический шок был диагностирован в 4 (19%) случаях.

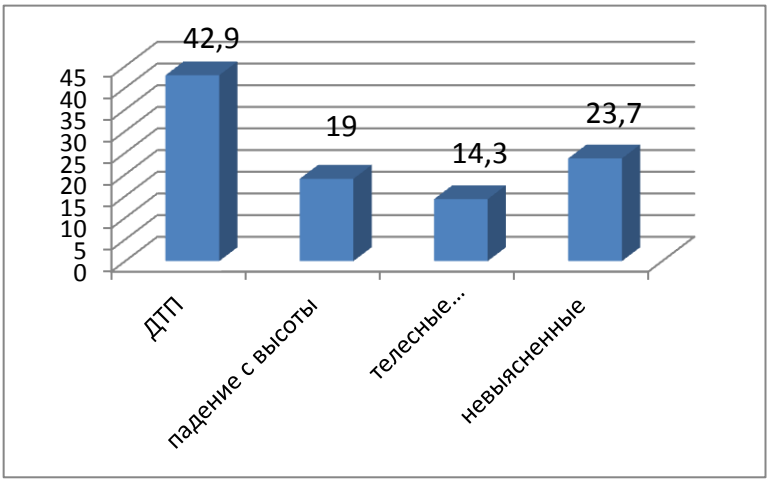


Рис.2 Процентное распределение этиологии травмы

Экстренное оперативное вмешательство потребовалось 10 (48%) потерпевшим. 9 из 10 оперативных вмешательств были выполнены под общей многокомпонентной эндотрахеальной анестезией, и одно вмешательство проведено на фоне местной анестезии. Рассмотрим структуру многокомпонентной анестезии подробнее: в качестве гипнотика чаще использовался пропофол – 40%, затем кетамин – 20%, и лишь потом тиопентал – 10%, в 30% случаев гипнотик не использовался. Для полного расслабления скелетной мускулатуры во всех оперативных вмешательствах использовались дитилин и тракриум. На фоне ингаляции закиси и кислорода анестезия поддерживалась изофлюраном в 60% случаев, галотаном и севофлюраном в 20% соответственно. Анальгетический компонент обеспечивался фентанилом. Интраоперационное переливание свежезамороженной плазмы потребовалось в 2 (9,5%) случаях. Средняя продолжительность оперативных вмешательств – 1ч 55минут.

В среднем в ОРИТ пациенты провели 7 койко-дней, 4 (19%) умерло, 17 (81%) – переведены в профильные отделения и выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

1. Среди пациентов с тяжелой сочетанной травмой преобладают мужчины трудоспособного возраста от 30 до 60 лет.
2. Около половины случаев требует экстренного оперативного вмешательства, в качестве анестезиологического обеспечения используется общая многокомпонентная эндотрахеальная анестезия.
3. Исход заболевания зависит от тяжести полученной травмы, при развитии травматического шока летальность значительно увеличивается – в нашем исследовании в 4 (19%) случая развития травматического шока закончились летально.

ГЕРИАТРИЯ

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Б.М.-Г .Далгатова - ассистент, Ч.Н. Шарапудинова, Б.И. Алиева, М. У. Мирзамагомедов, М.Г. Атаева, - студентки 617, 622, 604 групп лечебного факультета

Кафедра геронтологии и гериатрии ФПК и ППС

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., К.М. Хархарова-Алиева

Актуальность. В большинстве стран, где существует развитая гериатрическая практика, для многостороннего функционального определения состояния здоровья пожилого человека используют международно признанный метод комплексной оценки состояния (Comprehensive Geriatric Assessment). Его определяют как многомерный, междисциплинарный диагностический процесс, для определения объема необходимой помощи, ее планирования и улучшения состояния здоровья пожилого человека. На современном этапе развития гериатрии тактика ведения пожилых и старых лиц предусматривает выделение «крепких» и «хрупких» пациентов методом скрининга и проведение среди «хрупких» комплексной гериатрической оценки (КГО), включающей в себя междисциплинарный диагностический процесс определения медицинского, психологического и функционального состояния пожилого человека с последующей разработкой плана лечения, ухода и ведения пациента. Важную роль в медицинском и социальном сопровождении лиц старших возрастных групп играет фактор наличия синдрома старческой астении или т.н. хрупкости - ассоциированного с возрастом синдрома, основными клиническими проявлениями которого являются общая слабость, медлительность, потеря веса более чем 4,5 кг в год, саркопения. Проявляется снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости, утрате способности к самообслуживанию и в целом серьезно ухудшает прогноз состояния здоровья. Наступление старческой астении генетически запрограммировано, но оно может быть ускорено при развитии т.н. гериатрических синдромов, которых сейчас насчитывается более 80. Гериатрические синдромы также являются объектом гериатрического вмешательства. Наиболее часто встречаются такие гериатрические синдромы как когнитивные расстройства, депрессия разной степени выраженности, синдром мальнутриции, гипомобильность, недержание мочи, падения, снижение зрение и памяти, запоры и др. Актуальность темы исследования определяется недостаточностью сведений о распространённости старческой

астении, гериатрических синдромов, их взаимосвязи с хроническими заболеваниями среди пожилого населения нашей республики с учетом климато-географических зон.

Цель исследования. Получить данные о распространенности возраст-ассоциированных заболеваний, гериатрических синдромов и старческой астении у людей старше 60 лет различающихся по климато-географическим, экономическим и демографическим характеристикам районах республики Дагестан.

Материалы и методы исследования. Комплексная гериатрическая оценка проводилась в 2 этапа. 1 часть - анкетирование, 2 часть – объективное обследование. Данные заносились в карту КГО, которая включала применение традиционных методик, шкал MMSE, депрессии, IADL, MNA, индекса Бартела, опросников, принятых в международной гериатрической практике. Всего было обследовано 88 больных, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом и кардиологическом отделениях Республиканского Госпиталя ветеранов РМЦ. Из них 64 (72,7%) мужчин, 24 (27,3%) женщин. Средний возраст пациентов составил 73 ±11,2г. Группа пожилых составила 32 больных, старых- 53 больных, долгожителей- 3 больных. Среди обследованных было 32 жителей городов, 16 жителей предгорья, горных районов - 40 больных. Одиноких в группе обследованных было 8 больных.

Результаты исследования. Наличие хронических неинфекционных заболеваний - ИБС и артериальной гипертензии (АГ) выявлено у 88 больных (100%), Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)- 29 больных (32,9%), деформирующий остеоартрит – 17 больных (19,3%). Частота сахарного диабета составила 34% (30 больных), ОНМК и бронхиальной астмы по 5,7% (5 больных). При оценке образа жизни установлено, что среди городских жителей ЗОЖ ведут 7 ч (21,9%), жителей предгорья -2 ч (12,5%). Жители гор более всего следуют правилам здорового образа жизни, их оказалось 13ч. (32,5%). Частота выявления старческой астении у обследованной группы пациентов старше 60 лет составила 71,5%. Среди городского населения она встречалась у 28 больных (87,5%), жителей предгорья – у 14 (87,5%), горцев – 21 больных (52,5%).

При оценке результатов Шкалы оценки психического статуса MMSE установлено, что когнитивные расстройства встречаются среди 26% всех обследованных (23больных). Чаще всего они имеют место среди городского населения - у 46% (15больных). Далее следуют жители предгорья – 37% (6 больных), менее всего когнитивные дефициты наблюдаются среди жителей горных районов, что составляет 20% (8 больных). Оценка депрессии по Гериатрической Шкале депрессии показала, что среди городского населения она встречается чаще. Так, наличие депрессии среди горожан составило 56% (18 больных), жителей предгорья – 25% (4 больных), горных районов – 27,5% (11 больных).

Активность в повседневной жизни, определяемая по индексу Бартел, выявила, что у 38 обследованных больных (43%) имело место снижение активности. Чаще всего среди

обследованных встречалась умеренная зависимость (61-90 баллов) – у 25% (22 больных). Выраженная зависимость (21-60 баллов) была у 4,5% (4 больных), полная зависимость (0-20 баллов) - у 13% (12 больных). Полная зависимость встречалась среди городского населения у 6ч, жителей предгорья – у 4, горцев у -2. Выраженная зависимость встречалась у 2 городских и 2-х жителей предгорья. Умеренная зависимость наблюдалась у 14 горожан, 4 жителей предгорья и 6 горцев. Шкала повседневной инструментальной активности –IADL- выявила, что более всего снижение инструментальной активности выражено среди городского население - 37,5% (12 больных). Среди сельского населения частота выявленных нарушений была примерно одинаковой – в предгорье -31,5% (5 больных), горных районах -30% (12 больных).

Шкала питания MNA, оцениваемая риски мальнутриции выявила опасность недоедания среди 3 больных, что составляет 3,4% . Возможно, заниженные значения рисков мальнутриции связаны с некоторыми этическими моментами (нежеланием признавать реальную картину недоедания).

Выводы. Частота выявления старческой астении среди обследованных лиц старше 60 лет составила 71,5%, причем более часто она встречалась среди городского населения РД. Зависимость в той или иной степени выявлена у 43% больных, преимущественно умеренной степени. Среди горожан депрессия и когнитивные расстройства встречается вдвое чаще, чем среди сельских жителей. При этом, правилам здорового образа жизни более всего следуют жители гор, в отличие от горожан и жителей предгорья.

МЕСТО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГЕРИАТРА

М.Г. Атаева, С.А. Салихов – студенты 604 группы лечебного факультета,

Б.М.-Г. Далгатова - ассистент

Кафедра *геронтологии и гериатрии ФПК и ППС*

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., *К.М. Хархарова-Алиева*

Актуальность. Главным преимуществом небулайзеров, по сравнению с другими ингаляционными системами, является простая и не создающая проблем для пациента техника ингаляции, быстрота наступления терапевтического эффекта, возможность доставки больших доз препарата, при необходимости вместе с кислородом, отсутствие пропеллентов. Больному нет необходимости делать глубокий вдох, т.к. для эффективной доставки лекарства достаточно ровного спокойного дыхания.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности небулайзерной терапии различными бронхолитиками в период обострения БА у больных гериатрического возраста и

сравнение с традиционной терапией на догоспитальном этапе лечения.

Материалы и методы исследования: для оптимизации неотложной помощи 70 больным с обострением БА на догоспитальном этапе нами была применена небулайзерная терапия беродуалом, сальбутамолом и будесонидом.

У 42 -х больных (1-я группа) был применен беродуал в дозе 1,5-2 мл. 10 больных (2-я группа) применяли сальбутамол 2,5 мг и НГКС будесонид 1мг. 3-я группа (18 чел.) получала сальбутамол 2,5мг. Эффективность НТ сравнивали с традиционной терапией обострения БА, объем и результаты которой изучали по архивной базе данных.

Наблюдали также стационарных больных, которые были разделены на 5 групп. 1-я группа - (60чел.) получала беродуал 1-2мл; 2-я группа-(35чел.) комбинацию фенотерола (беротек) 0,25-0,5 мг и ипратропиума бромида (атровент) 0,25-0,5мг; 3-я группа – (29чел.) получала сальбутамол 2,5 мг; 4-я группа – (16 чел.) фенотерол 1 -1,5 мг; 5-я группа – (10чел.) НГКС будесонид 1 -2 мг в сочетании с сальбутамолом. Контрольную группу составили 20 больных сопоставимых по полу, возрасту, тяжести заболевания, находившихся на стационарном лечении в связи с обострением БА, получавших традиционную бронхолитическую терапию – 2,4% эуфиллин 5-10 мл внутривенно капельно 2 раза в день.

Результаты исследования: во всех группах получавших небулайзерную бронхолитическую терапию отмечено значительное улучшение самочувствия. Положительная динамика клинических симптомов наблюдалась у 93,7 % больных БА. Одышка прошла к 9,0±3,7 дню, кашель исчезал к 10,4±3,05 дню, приступы удушья стабильно прекращались к 5,9±2,6 дню, пробуждение под утро сохранялось до 8,1±3,6 дней, хрипы в легких сохранялись до 13,2±2,1 дней. Подавляющее большинство больных подметили преимущества НТ в сравнении рутинным лечением. В контрольной группе эффективность лечения была ниже. На фоне положительной динамики регресс клинических симптомов обострения был менее выражен. В этой группе одышка прошла к 15,2±4,9 дню, кашель – к 14±4,09 дню, приступы удушья полностью прошли на 9,3±3,7 день, хрипы в легких выслушивались до 17,2±2,4, ночные пробуждения сохранялись до 13,1±2,1 дня. Длительность проведения небулайзерной бронхолитической терапии составила 15,5±3,6 дней, а традиционной терапии – 19,6±4,3 дней ($p< 0,05$). Ингаляционная терапия НГКС будесонидом («Бенакорт»), приводит к более быстрому регрессу клинической симптоматики обострения БА, существенно улучшает показатели ФВД, что позволяет сокращать сроки госпитализации больных на 2 дня.

На фоне НТ у больных БА наблюдается статистически достоверное улучшение показателей ФВД (ЖЕЛ, ОФВ1, ПСВ, МОС75). При традиционном лечении степень прироста и динамика показателей ФВД была менее выраженной (ОФВ1 и ПСВ). На фоне НТ беродуалом прирост ПСВ был наиболее выраженным.

Наибольшая частота кардиотоксических эффектов небулизируемых бронхолитиков

отмечалась у больных на фоне фенотерола, что указывает на ограничение его применения в гериатрическом возрасте. В нашей работе нежелательные эффекты чаще наблюдались у больных с тяжелым течением БА при сопутствующей ишемической болезни сердца и при передозировке β2-агонистов и метилксантинов на догоспитальном этапе.

Комбинация фенотерола и ипратропия бромида в предлагаемом соотношении не вызывает нежелательных и кардиотоксических эффектов, что позволяет рекомендовать ее в терапии больных БА с сопутствующей ИБС, нарушениями ритма и АГ.

Изучалось влияние НТ беродуалом, комбинации фенотерола и ипратропия бромида и традиционной терапии внутривенным капельным введением 5-10 мл 2,4% раствора эуфиллина на уровень СДЛА. На фоне лечения СДЛА снижалось во всех 3-х группах больных. Наиболее выраженный гипотензивный эффект отмечался у больных, получавших НТ беродуалом. СДЛА снизилось на 19% ($p<0,001$). В группе больных, получавших комбинацию фенотерола и ипратропия бромида, СДЛА снизилось на 13,4% ($p<0,001$). В контрольной группе имело место статистически недостоверное снижение СДЛА на 9,3%.

Полученные результаты также показали высокую эффективность НТ при обострении БА на догоспитальном этапе в сравнении с традиционным лечением. На фоне проведенной НТ наблюдалось значительное уменьшение одышки, купирование удушья, уменьшение количества сухих свистящих хрипов. При динамическом исследовании ПСВ на фоне НТ отмечен его прирост со 140,1 ± 43 до 276,2 ± 57 л/мин ($p <0,01$). Частота госпитализаций на фоне НТ в трех группах снизилась втрое и составила 2,9 %. Повторная обращаемость за СМП снизилась в 2,5 раза и составила 2,85%. Купирование приступа достигалось в короткие сроки. При подсчете стоимости НТ и традиционной терапии установлено, что НТ беродуалом и сальбутамолом дешевле традиционного лечения, поскольку последняя наряду с эуфиллином, чаще чем НТ, требует применения нескольких препаратов, что делает ее еще дороже в зависимости от стоимости медикаментов. Более дорогостоящей является НТ, включающая бронхолитик + НГКС + СГКС.

Выводы. Таким образом, применение НТ бронхолитиками и небулизируемыми ГКС в сравнении с традиционным лечением на догоспитальном этапе более эффективно, снижает госпитализацию в 3 раза, повторную обращаемость - в 2,5 раза. Применение НГКС способствует уменьшению объема вводимых бронхолитиков и системных ГКС, сокращает госпитализацию на 2 дня.

Говоря о выборе бронхолитика для НТ, следует отметить, что комбинированные препараты (беродуал, комбинация фенотерола и ипратропия в соотношении 1:4) лучше переносятся больными, являются более безопасными и патогенетически оправданными в гериатрическом возрасте, из-за снижения плотности β-2 рецепторов и возрастании влияния холинергической системы в регуляции тонуса бронхов, частого сочетания БА с

ХОБЛ. На догоспитальном этапе использование беродуала уменьшает количество госпитализаций в 2 раза в сравнении с монотерапией β-2 агонистом сальбутамолом.

Часть больных с тяжелой БА после достижения выраженного положительного эффекта в домашних условиях предпочтение отдали небулайзерному способу введения бронхолитических препаратов.

Небулайзерная бронхолитическая терапия по сравнению с традиционной имеет несравненное преимущество в виду большей клинико-инструментальной эффективности, безопасности, неинвазивности, что позволяет рекомендовать использование этого метода при обострении БА у больных пожилого и старческого возраста.

ПОЛИПРАГМАЗИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО, ПРЕСТАРЕЛОГО, СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

З.М. Гарунова, М.А. Багандова, З.Н. Дундарова - студентки 615 группы лечебного факультета

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент Д.Н. Казанбиев

Актуальность. Учитывая, что у большинства больных старческого и пожилого возраста множество неинфекционных хронических заболеваний наблюдается лечение одновременно нескольких заболеваний большим количеством лекарственных препаратов, без учета и патогенетической и этиологической взаимосвязи и усиления побочных эффектов, что может привести к тяжелым последствиям.

Цель: изучить проводимую терапию среди больных с сочетанием нескольких заболеваний Госпиталя Ветеранов ВОВ и Труда с сочетанием нескольких патогенетических и этиологически связанных заболеваний.

Методика исследования. Тщательно исследуя проводимую терапию мы посчитали количество препаратов применяемых в лечении коморбидных больных пожилого, престарелого и старческого возраста.

Результаты исследования представлены в таблице № 1.

Лечение больных (n=120)		
БАБ (Бисопролол)	67,0%	80
Антиагрегант (ТромбоАсс)	55,0%	66

Верошпирон	38,3%	46
ИАПФ (Ирузид, Лизиноприл)	75,0%	90
Антагонист Са (Амлодипин)	30,0%	28
Эквамер	2,0%	2
Антагонист Са (Лозап)	6,0%	7
Лозартан	3,3%	4
С.гликозид (Дигоксин)	3,3%	2
Рибоксин	61,7%	74
Омепразол	38,0%	46
Диагнозы больных		
ИБС (стенокардия, ИМ, НР и П, ХСН I-II фк)	83%	102
ХСН III-IV	68%	84
АГ	82%	100
Ожирение	60%	38
ХОБЛ	50%	60
ДОА	24%	30
Пиелонефрит	18%	22
Хр. Гепатиты	11%	14

Из исследованных 120 больных в среднем с 6-8 болезнями проводилась терапия от 4 до 15 лекарственными препаратами. Встречалось 34 нозологических форм у 120 больных, в лечении которых использовалось 84 различных лекарственных препаратов. Отмечается прямая зависимость между количеством выставленных диагнозов и количеством применяемых в лечении препаратов.

Выводы. Получение результаты свидетельствуют о неизбежной полипрагмазии при синтропных коморбидных состояний. Одним из методов достижения эффективности и безопасности лечения этой категории больных может стать узловая терапия. Наличие множества заболеваний у конкретного больного пожилого, старческого возраста и как следствие синтропия и полипрагмазия, имеет перспективу только в случаи

персонифицированной терапии.

КИНЕЗО- И МЕХАНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Х.Р. Халилюлин - студент 529 группы лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н, доц.. А.Р. Атаев

Актуальность. Одним из наиболее распространенных и тяжелых заболеваний опорно-двигательной системы является деформирующий артроз, составляющий до 80% всей патологии суставов. Деформирующий остеоартроз - группа заболеваний суставов, имеющая различную этиологию, но единый патогенез с близкими морфологическими и клиническими проявлениями, исходом которых является дегенерация гиалинового хряща и субхондрального слоя кости вплоть до полной потери толщины суставной поверхности. По данным ВОЗ, больные деформирующим остеоартрозом составляют 12-25% от числа всех обращающихся в медицинские учреждения. Наиболее подвержены этому заболеванию лица среднего, трудоспособного возраста. Из пациентов, вышедших на инвалидность с заболеваниями суставов, 30% составляют лица с деформирующим артрозом. Вызванная в результате заболевания дистрофия суставного хряща, и фиброз суставной капсулы вызывает развитие контрактуры пораженных суставах, выраженность которых зависит от стадии процесса.

Цель исследования: улучшить результаты консервативного лечения артрозов коленных суставов с использованием кинезо- и механотерапии.

Материал и методы исследования. Для изучения эффективности аппаратного метода лечения нами выделены 2 группы больных с артрозами коленных суставов I-II степени. У всех больных из обеих групп, на момент начала консервативного лечения наблюдались значительные ограничения движений в коленных суставах: сгибание-110±5 градусов; разгибание-160±5 градусов. Всем больным было назначено комплексное консервативное лечение: охранительный режим, применение лекарственных средств, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура. С целью устранения контрактур коленных суставов больным из 1-й опытной группы (25 больных) были назначены кинезо- и механотерапия. Больным со 2-й контрольной группы (20 больных) устранение контрактур коленных суставов выполнялись с помощью ЛФК и массажа.

Результаты исследования. Основу процедуры кинезотерапии составляет разгрузка сустава, приводящая к снижению тонуса прилегающих мышечных групп, уменьшению общего напряжения параартикулярных тканей и внутрисуставного гидростатического давления, улучшению питания тканей сустава. Механотерапия - это метод лечения, состоящий в

выполнении физических упражнений на механотерапевтических аппаратах, специально сконструированных для развития движений в отдельных суставах. При механотерапии улучшается кровообращения и лимфообращения в пораженной конечности, укрепляются ослабленные мышцы и повышается их тонус, улучшается функционирования нервно-мышечного аппарата конечности и увеличивается амплитуда движений пораженной конечности.

Кинезотерапия проводилась на разработанном кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ ДГМУ устройстве для дистракции коленного сустава (Патент на полезную модель №87080 по заявке №2008140089 от 09.10.08). Конструкция не предполагает дополнительного использования груза, что делает ее мобильной и компактной; динамометр устройства содержит шкалу, позволяющую не только оценивать величину достигнутой дистракции, но и отслеживать ее изменение в процессе растягивания сустава; конструкция позволяет использовать ее без создания специальных условий вытяжение возможно в положении лежа и сидя – в кресле, на кушетке и.т.д; возможно постепенное увеличение нагрузки, так как имеется механизм, способствующий этапному увеличению дистракции; ложе для бедра пациента и подстопник подвижно фиксированы к одной раме, что позволяет изменять расстояние между ними и угол наклона ложа, что важно для адаптации элементов устройства к исходному взаиморасположению сегментов больного.

Механотерапия больным проводилась на устройстве разработанной авторским коллективом кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ДГМУ (Патент на полезную модель №79036 по заявке №2008106278 от 18.07.2008) для лечения контрактур коленного сустава. При этом осуществляется этапная, дозированная, прерывающаяся нагрузка на сустав. Пассивные движения конечности регулируются, обеспечивая возможность задавать необходимый угол сгибания и разгибания. Во время процедуры больной сидит на кушетке, в удобном положении при произвольном дыхании (без задержки). Конечность фиксирована в «башмаке», прикрепленном к резьбовому стержню устройства. Движения в коленном суставе происходят в медленном темпе. Величина их амплитуды регулируется врачом. После достижения заданного угла, наступает «пауза», позволяющая уменьшить болевые ощущения. При этом ее длительность также устанавливает врач, основываясь на субъективных ощущениях пациента. Для оценки эффективности лечения предложен процедурный лист, содержащий таблицу и графики регистрации динамических показателей (амплитуды и величины сгибания и разгибания конечности в коленном суставе).

После окончания курса консервативного лечения проведен сравнительный анализ результатов. Результатом лечения в 1-й группе явилось увеличение объема движений в коленных суставах: сгибание- 90±5 градусов; разгибание- 170±5 градусов. Во 2-й контрольной группе ограничение объема движений в коленных суставах сохранялось на прежних

показателях: сгибание-110±5 градусов; разгибание-160±5 градусов.

Выводы. Достигнутый положительный эффект позволяет рекомендовать кинезо- и механотерапию к использованию в комплексном лечении контрактуры коленного сустава на фоне деформирующего артроза.

КОНТРАКТУРА ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

П.А. Коробов; М.С. Цимлянская - студенты ОЛД-419

Кафедра травматологии и ортопедии

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент И.А. Обухов

Тезис. Контрактурой называется ограничение подвижности в суставе при пассивных и активных движениях.

Выделяют множество различных классификаций, из которых основными являются: по причине развития, по нозологической форме, по типу ограничения движений суставов.

Основными принципами лечения контрактур I пальца кисти является: патогенетическое лечение, комплексность и индивидуальность.

Терапия лечения может состоять из консервативного и оперативного лечения. Исследовав статистику, выявили наиболее успешные виды оперативного лечения для различных видов контрактур I пальца кисти: дистракционный остеосинтез, тенодез, подвесной пластикой по Томсону,транспозиции сухожилия поверхностного сгибателя пальцев с безымянного пальца, использование бесклеточной дермальной матрицы, кожная Z-пластика, оппонентопластика.

Целью нашего исследование явилось улучшения качества жизни больных с контрактурой I пальца кисти.

Актуальность исследования: Среди повреждения кисти контрактура первого пальца кисти занимает 0,5%. Однако, каждый случай контрактуры первого пальца кисти составляет сложность.

Материалы и методы исследования: Представление метода лечения контрактуры первого пальца кисти методом дистракционного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации на базе Института травматологии и ортопедии имени В.Д. Чаклина.

Клинический случай: Мужчина, диагноз: Посттравматическая послеожоговая дерматодесмотеноартрогенная контрактура и деформация 1 пальца правой кисти. Ограничение пассивного и активного разгибания и сгибания 1 пальца, деформация на уровне проксимальной и дистальной фаланг левой кисти (рис.1).

Проведена операция: дистракционный остеосинтез 1 пальца левой кисти аппаратом внешней фиксации. На данный момент состояние: удовлетворительное. Под наблюдением

(рис.2).

Результаты исследования: Состояние пациента в послеоперационный период удовлетворительное. Через 3 недели снятие аппарата ВФ. Разработка 1 пальца кисти. Следовательно, улучшение жизни пациента, предотвращение инвалидности.

Выводы: Улучшение жизни пациента в результате применённого метода (безболезненный захват предметов, сгибание и разгибание).

Рис. 1. Состояние 1 пальца кисти до операции.

Рис. 2. Состояние 1 пальца кисти в процессе аппаратурного лечения.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А.С. Ленковец - студент , В.И. Козлова - студентка

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

Научный руководитель к.м.н., доц. Е.В. Жук

Актуальность. Тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС) – одно из часто выполняемых ортопедических хирургических вмешательств. Боль в послеоперационном периоде после ТЭКС, которая начинается с момента окончания действия спинальной анестезии, т.е. около 2 часов после операции, приводит к ограничению функции коленного сустава и снижению качества жизни. В настоящее время для послеоперационного обезболивания используются различные методы, такие как эпидуральная анестезия, анальгезия опиоидами, блокада периферических нервов. Однако каждый из этих методов имеет свои ограничения. Новая методика обезболивания – это периартикулярная инфильтрация местными анестетиками в большом объеме и низких концентрациях в сочетании с наркотическими анальгетиками, адреналином и различными противовоспалительными средствами.

Цель. Оценить эффективность применения мультимодальной периартикулярной инфильтрации (МПИ).

Материалы и методы. В проспективном исследовании участвовало 40 человек, которым было выполнено ТЭКС. Результаты получены с помощью анкетного метода. Пациенты были разделены на 2 группы. В основной группе (n = 20) проводили мультимодальную периартикулярную инфильтрацию. Раствор имел следующий состав: ропивакаин 0,4 % 50 мл (20 мл 1 % раствора + 30 мл 0,9 % раствора хлорида натрия), кеторолак 30 мг, дексаметазон 12 мг, адреналин 250 мкг. В контрольной (n = 20) группе проводилась инфильтрация 50 мл 0,9 %

раствора хлорида натрия. Оцениваемыми параметрами были: уровень боли по ВАШ (визуальная аналоговая шкала), амплитуда движения в суставе, частота использования наркотических и ненаркотических анальгетиков.

Результаты и их обсуждение. Пациенты из 1-й группы, получавшие МПИ, имели средний показатель ВАШ 5,3 через 6 часов после операции и ВАШ 3,0 через 24 часа после операции, а пациенты контрольной группы имели средний показатель ВАШ 6,4 через 6 часов после операции и ВАШ 3,1 через 24 часа после операции. Амплитуда движений в коленном суставе через 24 часа после операции у пациентов 1 группы составила в среднем 43 группы, а во 2-ой группе - 38 группы. Использование наркотических и ненаркотических анальгетиков было реже в исследуемой, чем в контрольной группе. Продолжительность пребывания в стационаре пациентов первой группы составило 14,2 дня, а второй – 14,0 дня.

Выводы. Использование мультимодальной периартикулярной инфильтрации при протезировании коленного сустава уменьшает боль и улучшает функцию коленного сустава сразу после операции по сравнению с оральным и внутривенным обезболиванием. Периартикулярная инфильтрация «коктейлем» препаратов существенно повышает качество послеоперационного обезболивания и обладает отчетливым опиоидсберегающим эффектом, что способствует снижению числа осложнений, связанных с применением наркотических анальгетиков.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А.Ф. Габрусь - студент 611 группы лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии, ВПХ с курсом анестезиологии и реаниматологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,

Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель - д.м.н., доцент Ю.М. Чернякова

Актуальность. Артроскопия является малоинвазивной хирургической манипуляцией, выполняемой с целью диагностики и лечения повреждений и заболеваний суставов. Показаниями к артроскопии служат: разрывы и повреждения связок и менисков, повреждения хряща, хронические синовиты и др. Артроскопия позволяет выполнить дебриджмент, полную или частичную резекцию менисков, их шов, восстановить крестообразные связки. При хронических синовитах биопсия синовиальной оболочки позволяет установить правильный диагноз и назначить пациенту адекватное лечение.

Целью исследования являлось сравнение диагностических возможностей артроскопии и неинвазивных методов диагностики патологии коленных суставов − рентгенографии, ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной (КТ) и магнитно-разонансной

томографии (МРТ).

Материалы и методы исследования. Нами изучены истории болезней 42 пациентов, проходивших лечение коленных суставов в травматолого-ортопедическом отделении Учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в январе-марте 2017 года. Подняты протоколы оперативных вмешательств, рентгенограммы, протоколы УЗИ, КТ и МРТ-исследований.

Результаты исследования. Проведен анализ данных обследования и лечения пациентов с травмами коленных суставов. Среди пациентов мужчин было 24 человека (57%), женщин − 18 (43%). Возрастное распределение пациентов было следующим (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов с патологией коленных суставов по возрасту

Диапазоны возрастов		16–25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–55 лет	56–65 лет	66–75 лет
Количество человек	n	3	10	11	15	2	1
	%	7	24	26	36	5	2

Во время артроскопических вмешательств у пациентов были обнаружены следующие изменения коленных суставов: разрывы менисков диагностированы у 34 (76%) человек (медиальный мениск − 25 (73%), латеральный мениск − 5 (15%), оба мениска − 4 (12%) случаев); хондромаляция и фрагментация суставных поверхностей бедренной и большеберцовой костей выявлены у 37 (88%) пациентов; патологические изменения синовиальной оболочки (СО) обнаружены во время 12 (29%) артроскопий; повреждения передней крестообразной связки − у 8 (19%) пациентов. Двоим пациентам с разрывами передней крестообразной связки (ПКС) и нестабильностью коленных суставов была выполнена артроскопическая пластика этих связок.

В Таблице 2 представлены результаты исследований коленных суставов разными методами, показана частота выявления патологии с их помощью и сравнение с данными артроскопии.

Таблица 2 – Сравнение информативности неинвазивных методов диагностики и артроскопии

Патология коленного сустава	Метод диагностики				
	Артроскопия	УЗИ	МРТ	КТ	Рентгенография
Повреждения менисков:	34 (100%)	24 (70%)	36 (105%)	15 (44%)	0
• медиальный	25 (100%)	19 (76%)	26 (104%)	11 (44%)	0

• латеральный	5 (100%)	3 (60%)	5 (100%)	1 (20%)	0
• оба мениска	4 (100%)	2 (50%)	6 (150%)	0 (0%)	0
Поражения хряща	37 (100%)	32 (86%)	33 (89%)	34 (92%)	26 (70%)
Изменения СО	12 (100%)	7 (58%)	12 (100%)	0 (0%)	0
Повреждение ПКС	8 (100%)	5 (62,5%)	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0

Сопоставление результатов исследований показало, что УЗИ предоставляет данные гиподиагностики. МРТ – высокоинформативный метод диагностики заболеваний и повреждений связочного аппарата коленного сустава, менисков, но в некоторых случаях предоставляет данные гипердиагностики. КТ – наиболее информативный метод диагностики для визуализации патологических изменений костей, в том числе трабекул губчатого вещества и кортикального слоя. Рентгенография позволяет выявить повреждения хряща при остеоартрозе на поздних стадиях. Только артроскопия дает 100% информацию обо всех внутрисуставных поражениях. Она позволяет: выявить начальные изменения хряща при остеоартрозе и рекомендовать лечение на ранних стадиях заболевания; установить показания к пластике крестообразных связок и малотравматично выполнить ее; провести менискэктомию с минимальной травматизацией сустава.

После артроскопического вмешательства пациент находится в стационаре 2−3 дня, начинает самостоятельно передвигаться на второй день, временная нетрудоспособность длится до 3-х недель. Уже через 1 месяц отмечается улучшение функции коленных суставов: снижается уровень боли, восстанавливается объем движений, исчезают блокады. У двух пациентов после пластики ПКС, иммобилизации в течение 6 недель и реабилитационного лечения достигнута фронтальная стабильность коленного сустава.

Выводы. Возможности исследований коленных суставов разными методами ограничены исключительно лучевой визуализацией разных тканей. Диагностика патологии ad oculus позволяет выявить начальные изменения хряща на дорентгенологических стадиях в виде хондромаляции, а также установить повреждения внутрисуставных структур со 100% точностью. Метод артроскопии является «золотым» стандартом диагностики и малотравматичным способом хирургического вмешательства при разных видах патологии суставов.

ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИПРОТЕЗИРОВАННОГО ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ

Е.Г. Федюк, В.В. Микишко - студентки 13 группы лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь
Научный руководитель – к.м.н., асс. В.А. Иванцов

Актуальность. За последние десятилетия, несмотря на постоянное совершенствование эндопротезов и техники оперативного вмешательства при эндопротезировании тазобедренных и коленных суставов сохраняется риск развития инфекционных осложнений. По данным зарубежных авторов частота инфекции протезированного сустава или перипротезной инфекции составляет 0,3% – 3%. С учетом общей тенденции к увеличению числа выполняемых эндопротезирований во всем мире отмечается увеличение и абсолютного количества пациентов с перипротезной инфекцией.

Цель. Изучить видовой состав возбудителей перипротезной инфекции развившейся после первичного эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

Материалы и методы исследования. Исследование спектра возбудителей перипротезной инфекции основано на ретроспективном анализе результатов бактериологического исследования материала от 77 пациентов, находившихся на лечении по поводу перипротезной инфекции после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава и тотального эндопротезирования коленного сустава в гнойном травматологическом отделении №3 УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с 2014 по 2017 г.г. Материалом для бактериологического исследования служили биоптаты, раневое отделяемое.

Результаты исследования. Анализ бактериологических исследований показал, что из 32 (41,6%) посевов при перипротезной инфекции после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава рост микрофлоры отмечен в 10 (31,2%) посевах, а из 45 (58,4%) посевов при перипротезной инфекции после тотального эндопротезирования коленного сустава рост микрофлоры отмечен в 8 (17,8%) исследованиях. Изучение структуры выделенных за исследуемый период штаммов показало, что основные позиции в спектре возбудителей перипротезной инфекции занимают Гр (+) микроорганизмы и основная роль принадлежит стафилококкам. Так, при перипротезной инфекции после тотального эндопротезирования тазобедреннгого сустава штаммы золотистого стафилококка выделены в 6 исследованиях из 10, что составило 60%, а при перипротезной инфекции после тотального эндопротезирования коленного сустава – в 3 исследованиях из 8, что составило 37,5%. В общей структуре возбудителей перипротезной инфекции Staphylococcus aureus выделен в 9 посевах из 18, что составило 50%. Представители Гр(–) микрофлоры представлены единичными штаммами (Baccilis, Enterobacteriaceae, Ps. Aeruginosa) в 4 исследованиях, что составляет 22,2%.

Выводы. 1. Ведущими возбудителями перипротезной инфекции области тазобедренного и коленного суставов являются золотистый стафилококк (50%) и Гр (–) микрофлора (22,2%).

2. В этиологии перипротезной инфекции в области тазобедренного сустава золотистый стафилококк встречается в 60%, в области коленного сустава – в 37,5% случаев.

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

В.В. Микишко, Е.Г. Федюк - студентки 13 группы лечебного факультета

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

Гродно, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., асс. В.А. Иванцов

Актуальность. Перипротезная инфекция (ППИ) представляет собой одно из наиболее сложных осложнений эндопротезирования, которое длительное время будет находиться в центре внимания. Частота развития инфекционных осложнений после первичного эндопротезирования крупных суставов колеблется от 0,3% до 5%. Однако уровень ППИ может быть существенно выше, поскольку значительная часть инфекций у пациентов с нестабильностью эндопротезаили изолированным болевым синдромом до настоящего времени ошибочно расценивается как асептические случаи.

Цель исследования: провести анализ перипротезной инфекции после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов и способов оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. Подвергнуты анализу 77 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в гнойном травматологическом отделении №3 УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в период с января 2014 г. по декабрь 2017 г.

Результаты исследования. Перипротезная инфекция после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) наблюдалась у 32 (41,6%) пациентов, а после тотального эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС) у 45 (58,4%). Перипротезная инфекция после ТЭТС отмечена у16 (50%) мужчин и 16 (50%) женщин, в то время, как после ТЭКС – у 11 (24,4%) женщин и 34 (75,6%) мужчин. Средний возраст пациентов с перипротезной инфекцией, развившейся после ТЭТС, составил 65,2 года (у мужчин – 63 года, у женщин – 67,3 года), а после ТЭКС – 66,1 года (у мужчин – 65,5; у женщин – 667 года). Лечение пациентов с перипротезной инфекцией является более длительным и дорогим по сравнению с первичным эндопротезированием. Изучение продолжительности лечения пациентов с перипротезной инфекцией в нашем исследовании показало следующее. Большее по продолжительности лечение приходится на пациентов с инфекцией после ТЭТС и составляет в среднем 30,6 к/дня (для мужчин – это 21,3 к/дня, для женщин – 40 к/дней).

Лечение пациентов с инфекцией после ТЭКС занимает в среднем 22,7 к/дня (для мужчин – 23 к/дня, для женщин – 22,3 к/дня).

Самым важным компонентом лечения перипротезной инфекции является хирургическая санация очага инфекции. Оперативное лечение выполнено у 18 (56,3%) пациентов у 7 (43,8%) мужчин и 11 (68,8%) женщин с перипротезной инфекцией после ТЭТС и у 32 (71,1%) с перипротезной инфекцией после ТЭКС (9 (81,8%) у мужчин и 23 (67,6%) – у женщин). Таким образом, оперировано 50 пациентов из 77 с перипротезной инфекцией, что составило 71,4%. У пациентов сперипротезной инфекцией после ТЭТС открытый дебридмент с сохранением эндопротеза и дренированием очага инфекции выявлен в 14 (77,8%) случаях, а резекционная артропластика с удалением компонентов эндопротеза и санацией очага инфекции в 4 (22,2%) случаях. Открытый дебридмент с инфекцией в области эндопротеза коленного сустава произведен у 23 (71,9%) пациентов, а резекционная артропластика с удалением всех компонентов эндопротеза и с постановкой артикулирующего спейсера осуществлена у 3 (9,4%) пациентов.

Артродез коленного сустава при помощи спице-стержневого аппарата внешней фиксации применен у 6 (18,7%) пациентов.

Выводы. 1. Перипротезная инфекция после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава наблюдалась в равном количестве у мужчин и женщин, а после тотального эндопротезирования коленного сустава у женщин в 3 раза чаще, чем у мужчин.

2. Средний возраст пациентов с перипротезной инфекцией равен 65,2 годам.

3. Стационарное лечение пациентов с перипротезной инфекцией после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава составило в среднем 30,6 к/дней, а после тотального эндопротезирования коленного сустава – 22,7 к/дня.

4. В лечении пациентов с перипротезной инфекцией предпочтителен хирургический метод, который применен в 71,4 % наблюдений.

5. Открытый хирургический дебридмент с сохранением эндопротеза выполнен у большинства пациентов с перипротезной инфекцией области тазобедренного (14 случаев – 77,8%) и коленного (23 случая – 71,9%) суставов.

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ПАРША - АЛОПЕЦЕВИДНАЯ ФОРМА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

К. М. Гаджимурадова - студентка 510 группы лечебного факультета,

М. М. Гаджимурадова - студентка 121 группы лечебного факультета

Кафедра кожных и венерических болезней

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доцент М.Д. Джумалиева

Актуальность. Парша (синонимы: фавус, tineadavosa) – хроническое грибковое заболевание кожи и ее придатков, характеризующееся образованием скутулы, рубцово-атрофическими изменениями на месте бывших высыпаний и редким поражением внутренних органов.

Источником заражения преимущественно является больной человек, но могут быть и животные: мыши, крысы, кошки, собаки, кролики, лошади и куры. Инфицирование происходит в результате непосредственного контакта, через предметы обихода, либо лимфогематогенным путем от матери к плоду. Дагестан является эндемичным очагом распространения этого заболевания.

Несмотря на невысокую контагиозность возникают длительно существующие семейно-бытовые очаги. Своевременная диагностика является вторичной профилактикой парши и способствует своевременной санации очага. Диагноз типичной формы фавуса волосистой части головы несложен. Трудности в идентификации создают атипичные формы. При подобных проявлениях заболевания на голове и поражении гладкой кожи решающее значение имеет результат посева патологического материала (часто повторный) на среду Сабуро. Однако, иногда и культуральная диагностика не дает роста культуры возбудителя гриба. В таких случаях знание клиники редких форм фавуса играет предопределяющее значение в тактике дальнейшего обследования и терапии (вплоть до назначения пробного лечения).

Помимо типичной (скутулярной) формы встречается сквамозная, импетигинозная, инфильтративно-нагноительная (фавозный керион), гранулематозная (фавозная гранулема) и алопецевидная. Описание последней формы в доступной нам литературе скудно представлено.

О ней упоминают ведущие дерматологи, которые выделяют ее, как «folliculitis atrophicans» favus. Именно такую форму фавуса мы и представили ниже.

Цель исследования. Изучить клинические особенности, диагностику и подход к терапии редкой алопецевидной формы парши.

Материалы и методы. Больная Э., 57 лет, обратилась в Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Республиканский кожно-венерологический диспансер»

(ГБУ РД РКВД) г. Махачкалы с жалобами на периодический зуд и облысение в области волосистой части головы.

Из анамнеза. Год назад стала отмечать периодический зуд волосистой части головы и обратила внимание на участки облысения. Другой патологии кожи а также заболеваний внутренних органов не выявлено. У родителей (не являются родственниками между собой), а также в семье (проживает совместно с двумя внуками 10 и 7 лет и мужем) подобной патологии не наблюдала.

Statusspecialis: патологический процесс локализован на волосистой части головы , которая клинически напоминает мех, изъеденный молью. Однако, краевая зона волос остается интактной. По всей области поражения остеофолликулиты, после подсыхания которых сохраняются чешуйки и корочки, а на участках с рубцовой атрофией нет эффлоресценций. Волосы истончены.

На гладкой коже лица, туловища и конечностей, а также слизистой оболочки ротовой полости нет высыпаний. Ногтевые пластинки не изменены. Клинические, биохимические и иммунологические анализы крови без изменений. При микроскопическом исследовании волос и чешуек мицелий и споры не обнаружены, но структура волоса нарушена: в мозговом слое пузырьки воздуха, кутикула истончена. Посев на среду Сабуро роста не дал. В лучах Вуда нет свечения.

Пациентке был выставлен предварительный диагноз дискоидная красная волчанка и проведено лечение: аевит 0,2 г 2 раза в день (№28), карсил 0,35 г 3 раза в день (№42), димедрол 1,0 мл 1% раствор внутримышечно на ночь (№10), диазолин 0,1 г утром (№10), активированный уголь по 5 таблеток 3 раза в день (№25), настойка пустырника по 25 капель 3 раза в день. На фоне проведенного лечения улучшения не отмечалось, появились новые остеофолликулиты на волосистой части головы. Повторно сделан посев на питательную среду, который на 9 сутки дал рост колоний гриба серовато-белого цвета.

Результаты. Выставлен диагноз: фавус волосистой части головы, алопецевидная форма. Назначен ламизил по 250 мг 1 раз в день в течение 30 дней, параллельно принимала витаминный комплекс Витрум по 1 таблетке 1 раз в день. Наружно: бритье один раз в неделю. В результате лечения исчезли чешуйки, но атрофия кожи в области волосистой части головы осталась значительной (роста волос не наблюдалось).

Выводы. Морфологические элементы (остеофолликулиты) при алопецевидной форме разрешаются атрофией волосяного фолликула. Надо учитывать, что при идентификации этой формы не всегда удается микроскопически диагностировать и выделить культуру возбудителя.

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

С.К. Рамазанова – студентка 428 группы лечебного факультета,

К.А. Магомедова – ассистент

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. А.А. Гусейнов.

Актуальность. Проблема туберкулеза остается актуальной как в целом по стране, так и в Республике Дагестан. Туберкулез меняет свое лицо и становится все более опасным. Неуклонно растут лекарственно-устойчивые его формы, трудно поддающиеся лечению. Несмотря на успехи медицинской науки и практики, туберкулез и сегодня уносит человеческих жизней больше, чем инфекционные болезни, стихийные бедствия, войны и теракты вместе взятые. В Дагестане в 2012 году от туберкулеза умерло 146 больных и еще 132 - от сопутствующих ему болезней. Болеют и умирают преимущественно молодые люди в возрасте 18-40 лет. Заболеваемость туберкулёзом в России на 2016 год составила 53,3 на 100000 населения, смертность - 7,8 на 100000 населения. Разнообразие клинических и рентгенологических проявлений туберкулеза легких часто обусловливает установление неверного первоначального диагноза. Высок процент поздней диагностики туберкулеза легких в лечебных учреждениях общей лечебной сети. Несмотря на снижение показателей заболеваемости и смертности, распространенность туберкулёза в России и, в особенности, в Дагестане по-прежнему остается на высоком уровне.

Согласно федеральным рекомендациям для постановки диагноза туберкулёз необходим следующий диагностический минимум:

1. Рентгенография грудной клетки цифровая или аналоговая.

2. Линейная томография.

3. Микробиологические исследования, включающие:

– исследование двух образцов диагностического материала

методами микроскопии, полимеразной цепной реакции (ПЦР), посева на жидкие и/или плотные питательные среды;

– идентификация культур, выросших на питательных средах;

– определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам классическими микробиологическими и молекулярно-генетическими методами.

4. Диаскинтест детям и подросткам

Если диагноз неясен, проводятся дополнительные методы исследования:

5. Неинвазивные

5.1. Допускается (при необходимости) увеличение кратности микробиологического исследования мокроты.

5.2. Спиральная компьютерная томография в алгоритме высокого разрешения с шагом томографа не более 2 мм легких и средостения.

6. Инвазивные (по показаниям) с цитологическим, гистологическим и микробиологическим исследованием диагностического материала.

6.1. Фибробронхоскопия с комплексом биопсий: браш-биопсией, транстрахеальной и трансбронхиальной пункцией, прямой биопсией слизистой оболочки бронхов, патологических образований в них, исследование бронхоальвеолярных смывов.

6.2. Трансторакальная аспирационная биопсия легкого.

6.3. Пункционная биопсия плевры.

6.4. Диагностические операции: медиастиноскопия с биопсией лимфоузлов, открытая биопсия легкого и лимфоузлов, открытая биопсия плевры.

Американское торакальное общество и Американское общество инфекционных заболеваний – совместно с Центром по контролю заболеваемости и профилактике США (CDC) рекомендуют использовать при диагностическом обследовании квантифероновый тест, T-Spot.TB тест, а не стандартные кожные пробы.

Цель исследования. Выявить соответствие проводимой диагностики при подозрении на туберкулёз клиническим рекомендациям.

Материал и методы. В Республиканском противотуберкулезном диспансере было проанализировано 30 амбулаторных карт. Средний возраст больных составил 40±3,5 лет.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что:

1. Микроскопия мокроты по Ц-Нильсену (не менее 3-х раз) была проведена-у всех 30 пациентов (100%).
2. Микроскопия мокроты люминесцентная (не менее 3-х раз) была проведена-у 28 (93%).
3. Посев мокроты на микобактерии туберкулеза у-25 (83%)
4. Тест на лекарственную чувствительность и типирование-у 21(70%).
5. Рентгенография(флюорография) в 2-х проекциях-у 27(90%).
6. Томография-у 27(90%).
7. Диаскинтест-у 26(87%).
8. Бронхоскопия с обследованием смыва на БК и атипичные клетки-7(23%).
9. ПЦР мокроты - 0
10. Квантифероновый тест-0.

11. T-Spot.TB тест-0.

В основном, диагноз «туберкулёз» органов дыхания выставляли на основании: жалоб, рентгенографии, микробиологического исследования мокроты, диаскинтеста, общего анализа крови.

Выводы.

1. Обследование пациентов с подозрением на туберкулез в целом соответствует современным рекомендациям.

2. Не используются такие методы исследования, как ПЦР мокроты (позволяет уточнить диагноз за несколько часов, выявлять возбудителя на любой стадии заболевания и при рецидивах, безопасен, высокочувствителен), квантифероновый тест (нет побочных действий, время получения результата не более 24 часов), T-Spot.TB тест (стандартный тест диагностики туберкулеза в Европе с 2004 г., в РФ официально утвержден в 2012 г.), серологические методы диагностики – определение антител к возбудителю туберкулеза (за 1,5 – 2 часа) с помощью тест-систем (например ANDA biological).

К ВОПРОСУ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ФНО-α

И.Е. Герасимов, И.А. Расмагина - студенты 6 курса лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии и торакальной хирургии

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. М.Н. Кондакова

Актуальность. В настоящее время лечение системных воспалительных заболеваний связано с применением принципиально новых препаратов и методов лечения, в первую очередь генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Терапия ГИБП - это подход к лечению ревматических заболеваний, благодаря которому удается значительно улучшить качество жизни пациентов, а в ряде случаев достичь длительной и стойкой ремиссии.

Повышение риска развития тяжелых инфекций, в частности туберкулеза, у больных, получающих ГИБП, является неотъемлемым следствием их воздействия на иммунные реакции человека.

В наибольшей степени риск развития туберкулеза повышается при лечении антагонистами фактора некроза опухоли-α (ФНО-α).

Наличие следов перенесенного туберкулеза или латентной инфекции является абсолютным показанием к проведению превентивной терапии, у пациентов, получающих антагонисты ФНО-α.

Цель. Анализ эффективности режимов превентивной терапии туберкулеза у пациентов,

получающих генно-инженерные биологические препараты.

Материалы и методы. Проспективно обследовано 128 пациентов, с различными системными заболеваниями, которым планировалось назначение генно-инженерных биологических препаратов.

В 62 случаях (48,4%) обнаружены показания для проведения превентивной противотуберкулезной терапии (ППТ) в течение 4 недель до инициации ГИБТ и от 8 до 20 недель после.Показаниями для назначения превентивной терапии были риск латентной инфекции (23 человека; 37%), перенесенный активный туберкулезный процесс в анамнезе с клиническим излечением с наличием «малых» посттуберкулезных изменений (3 человека; 5%), наличие посттуберкулезных изменений по типу очагов Гона (36 человек; 58%). Превентивная терапия осуществлялась изониазидом 10 мг/кг массы тела, при наличии отягощающих факторов добавлялись пиразинамид или этамбутол, в течение 12 недель при риске латентной инфекции; изониазид и пиразинамин/этамбутол 24 недели – при наличии посттуберкулезных изменений. При наличии очагов Гона и факторах риска туберкулеза (сахарный диабет у 3 пациентов, алкогольная болезнь - 3) назначались 3 препарата((изониазид + этамбутол + пиразинамид) в течение 24 месяцев.

Результаты. Развитие активного туберкулезного процесса отмечалось у 8 пациентов (6,25%): туберкулез ВГЛУ, МБТ (-), осложненный экссудативный левосторонним плевритом (2); диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации МБТ(+), осложненный экссудативный плевритом (2); инфильтративный туберкулез легких в фазе распада МБТ(+) (1); инфильтративный туберкулез легких без деструктивных изменений (аденогенного генеза) МБТ(+) (1); туберкулез ВБЛУ в фазе инфильтрации МБТ(-) (2).

Туберкулез внутрибрюшных лимфоузлов развился при лечении адалимумабом в течение с 3 до 6 месяцев по поводу болезни Крона, при наличии посттуберкулезных изменений (2 пациента), нарушении толерантности к глюкозе (1). Туберкулез легких возник при терапии адалимумабом (2) и инфликсимабом (4) по поводу ревматоидного артрита (4), болезни Бехтерева (2) при наличии латентной инфекции у 5 пациентов, у двух из которых был сахарный диабет, одного – алкогольная болезнь; и/или посттуберкулезных изменений (сахарный диабет -1 пациент, алкогольная болезнь (АБ)- 1).

Выводы. Таким образом, существующие режимы ППТ не всегда способствуют профилактике развития активного туберкулеза у обсуждаемого контингента больных. Факторами риска являются сопуствующие заболевания(сахарный диабет, болезнь Крона, алкоголизм), а также назначение таких препаратов как инфликсимаб и адалибимаб.

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОБЫ МАНТУ, ДИАСКИНТЕСТА И КВАНТИФЕРОНОВОГО ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Н.В. Качан, Е.В. Романова - студентки 1423 группы 4 курса лечебного факультета

Кафедра фтизиопульмонологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ж.И. Кривошеева

Актуальность. В течение века во всем мире для диагностики туберкулеза используется проба Манту. Однако эта проба обладает низкой чувствительностью (55-60%) и специфичностью (30-35%). В связи с этим с 2012 г. в Республике Беларусь в детской практике применяется кожная проба с рекомбинантным туберкулезным аллергеном (диаскинтест) и тест на высвобождение гамма-интерферона (квантифероновый тест).

Цель: проанализировать и сравнить клиническую эффективность пробы Манту, диаскинтеста и квантиферонового теста для диагностики первичных и вторичных форм туберкулеза у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ клинической эффективности пробы Манту, диаскинтеста и квантиферонового теста для диагностики первичных и вторичных форм туберкулеза органов дыхания у детей. Проанализированы 46 медицинских карт пациентов, проходивших курс стационарного лечения в детско-подростковом отделении ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2016-2017 гг. Для статистических вычислений были использованы программы MicrosoftExcel, STATISTICA 10.0. Статистически значимыми признавались различия при $p<0,05$.

Результаты. Из 46 пациентов (средний возраст 13 лет) первичные формы туберкулеза (первичный туберкулезный комплекс, туберкулезная интоксикация, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов) были выявлены у 11 детей (23,9%), вторичные (очаговый туберкулез, инфильтративный туберкулез) – у 35 (76,1%). Чувствительность (Se) методов для первичных форм ТОД: проба Манту – 36,4%, диаскинтест – 90,9%, квантифероновый тест – 100%. Для диагностики вторичных форм чувствительность пробы Манту составила 54,3%, диаскинтеста 82,9%, квантиферонового теста 88,6%. Были выявлены статистически значимые различия между чувствительностью пробы Манту и диаскинтеста/квантиферонового теста для диагностики первичных и вторичных форм ТОД. Совпали результаты диаскинтеста и квантиферонового теста у 42 пациентов (91,9%).

Выводы. Чувствительность диаскинтеста и квантиферонового теста для диагностики различных форм ТОД достоверно выше, чем пробы Манту. Изучаемые тесты (диаскинтест и квантифероновый тест) сопоставимы по диагностической значимости при туберкулезе органов дыхания у детей.

УРОЛОГИЯ

КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ

П.М. Ахмедова, С.С. Маллеев - клинические ординаторы,

З.А. Гасанова - студентка 6 курса лечебного факультета

Кафедра урологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - д.м..н, доц. К.М. Арбулиев, проф. М.Г. Арбулиев,

к.м.н. Н.М. Гусниев

Актуальность. С широким внедрением в урологическую практикуэндоскопических методов диагностики и лечения, увеличилось число инвазивных манипуляций, сопровождающихся постоянным или временным дренированием мочевых путей катетерами, мочеточниковыми стентами, дренажными трубками, что существенно повысило риск развития инфекции в мочевых путях. В связи с чем, необходимо каждому практикующему врачу знать о катетер-ассоциированных инфекциях.

Цель: профилактика развития катетер-ассициированных инфекций.

Материалы и методы исследования. В здоровом организме слизистая оболочка мочевых путей имеет естественные защитные свойства, препятствующие адгезии и инвазии микроорганизмов в слизистую и колонизации мочевых путей, к ним относятся: мукополисахаридный слой, покрывающий эпителий уретры и мочевого пузыря; секреторный иммуноглобулин-А, связывающий патогенные микробы и связывающий их токсины; нейтрофилы и макрофаги, мигрирующие из кровеносного русла и способные уничтожать микроорганизмы путем фагоцитоза; смывание микроорганизмов при мочеиспускании.

Однако наличие постоянного уретрального катетера позволяет микроорганизмам преодолевать естественные защитные барьеры на пути инфекции.

Известно, что стенки катетеров, мочеточниковых стентов и дренажных трубок покрываются биоплёнкой, содержащей денатурированный белок, нити фибрина, микробные тела, липополисахариды, протеогликаны, гликопротеиды и т.д. Микрофлора биопленки более устойчива к воздействию неблагоприятных факторов физической, химической и биологической природы по сравнению со свободно плавающими бактериями.

Микробы из биоплёнки беспрепятственно внедряются в слизистую, колонизируют её и возникает воспалительная реакция. Решающее значение в процессе воспалительной инициации отводится продолжительности нахождения катетера в просвете уретры.

Риск стойкого инфицирования при однократной катетеризации составляет 1-2%. В то же время при нахождении катетера в уретре на протяжении одного дня риск инфицирование

увеличивается до 3—7%, а через 30 дней после введения постоянного катетера бактериурия развивается почти у всех пациентов.

Исследования последних лет доказывают быстрое проникновение бактерий в мочевыводящие пути катетеризированных пациентов несколькими путями:

1) внедрение микроорганизмов в мочевой пузырь при введении катетера**.** Особенно часто это отмечается при недостаточной асептической обработке промежности и наружного отверстия уретры. Этот путь имеет особенно важное значение при катетеризации женщин. В этих случаях микроорганизмы внедряются в мочевыводящие пути путем миграции с поверхности катетера на слизистую оболочку уретры. Присутствие постоянного катетера часто сопровождается лейкоцитурией и микрогематурией.

2) внутрипросветный путь. У мужчин основным путем является внутрипросветный, экзогенный источник инфицирования. Микроорганизмы обладают способностью подниматься по просвету катетера в мочевой пузырь через просвет катетера и собирательную систему ретроградным путем (т.е. восходящее распространение против тока мочи). Также выпускные механизмы мочеприемников часто оказываются контаминированы бактериями, поэтому их регулярное открывание, а также разъединение компонентов дренажной системы для промывания мочевого пузыря или сбора мочи могут способствовать проникновению бактерий внутрь системы.

Для уменьшения риска инфицирования необходимо придерживаться следующих простых правил:

- катетеры следует применять только в случаях абсолютной необходимости;
- вводить катетер необходимо в асептических условиях. Для минимизации травмы уретры кончик катетера необходимо обильно смазывать гелем, а размер катетера подбирать по возможности наименьший. Ни один местный антисептик не способен значительно задержать возникновение бактериурии;
- все постоянные катетеры необходимо соединять с закрытыми дренажными системами;
- следует постоянно поддерживать адекватное выделение мочи. В идеале нужно стремиться, чтобы объем выделяемой мочи составлял более 100 мл в час, если это не противопоказано по другим клиническим причинам;
- у беременных не следует оставлять катетер в мочевом пузыре;
- после удаления катетера нужно выполнить бактпосев мочи. При симптомной или персистирующей бактериурии следует проводить соответствующее лечение;
- в отношении смены катетера не существует строгих правил. Некоторые авторы предлагают менять катетер каждые 2—3 недели, другие считают, что постоянный катетер не следует менять в плановом порядке, полагая, что показания для смены катетера могут быть следующие: нарушение его дренирующей функции или подтекание мочи; обструкция катетера;

контаминация (обсеменение микроорганизмами) системы; бактериурия, требующая назначения антибиотиков; кандидурия;

• применять не слишком толстые катетеры, поскольку они способствуют развитию уретрита и восходящей инфекции, нарушая кровоснабжение слизистой.

При отсутствии симптомов воспаления после кратковременной катетеризации достаточно применения растительных диуретиков в течении - 10 дней. У пожилых женщин, пациентов с симптоматикой инфекциимочевых путей предпочтительно назначение антибиотиков в течение 10—14 дней.

Как правило, после удаления катетера мочевыводящие пути очищаются от бактерий быстро и самостоятельно. Системную антибиотикотерапию следует проводить тем катетеризированным пациентам, у которых повышена температура или имеются симптомы, указывающие на возможность выраженной инфекции мочевых путей или бактериемии. Крайне важно проанализировать причины повышения температуры, не связанные с мочевыводящими путями, проверить проходимость катетера и обследовать пациента на предмет периуретральных осложнений при катетеризации уретры. Нельзя забывать о необходимости тщательной пальпации органов мошонки, учитывая вероятность развития орхоэпидидимита. Обязательно нужно выполнить бактериологический посев мочи и крови. Если заподозрена или установлена бактериемия, следует, не дожидаясь ответа результатов бактериологического посева, эмпирически назначать антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины, аминогликозиды,фторхинолоны). Иными словами, эмпирическая антибактериальная терапия предусматривает использование препаратов с отчетливой активностью в отношении основных возбудителей: кишечной палочки, стафилококков, синегнойной палочки и протея. Для исключения энтерококковой бактериемии рекомендуется микроскопия окрашенного по Грамму мазка нецентрифугированной мочи. Если в окрашенном по Грамму мазке не обнаруживаются грамположительные кокки, то можно применять аминогликозиды как монотерапию. После получения результатов бактпосева начальная эмпирическая терапия может быть изменена с учетом чувствительности микрофлоры. Для лечения таких пациентов обычно требуется 10—14 дней.При отсутствии бактериемии следует назначать короткие курсы (3— 5 дней) антибактериальных препаратов, основываясь на чувствительности микрофлоры мочи. Такие курсы не приводят к селекции резистентных штаммов, однако могут и не устранять простатические очаги инфекции.Пролонгированные курсы только способствуют появлению резистентных штаммов. Клинически стабильных пациентов с невысокой температурой достаточно только наблюдать, поскольку повышение температуры может быть транзиторным. При длительной катетеризации может возникнуть кандидурия. Обычно она является бессимптомной и разрешается без лечения. В случае возникновения осложнений показана системная терапия амфотерицином-В или флюконазолом.

Хроническая супрессивная антибактериальная терапия является неэффективной, поскольку катетер действует как инородное тело; моча таких пациентов не может быть стерильной в течение длительного времени.

Результаты исследования: за 2017-2018г. в Республиканском Урологическом Центре МЗ РД было 176 кратковременно катетеризированных послеоперационных больных. Из них у 3 больных наблюдалась катетер-ассоциированная инфекция, вследствие неадекватной антибактериальной терапии, которые были полностью излечены после подбора антибактериальных препаратов по бактериальному посеву мочи. Также находилось 23 больных после длительной катетеризации из них у 2 больных наблюдалась катетер-ассоциированная инфекция, которая была полностью излечена лишь после удаление уретрального катетера и назначения антибактериальных препаратор по бактериальному посеву мочи.

Вывод: хоть катетеризация является довольно-таки простой манипуляцией, однако она несет в себе целый ряд осложнений, в связи с чем, эту манипуляцию должны проводить лишь специально подготовленные люди, знакомые с правилами асептики-антисептики, обладающие опытом проведения подобных манипуляций. Если катетер-ассоциированная инфекция всё же возникла, необходимо проводить антибактериальную терапию с учетом бактериального посева мочи.

АВТОНОМНЫЙ БЛОК ПИТАНИЯ УРЕТРОСКОПА

П.М. Ахмедова, С.С. Маллеев - клинические ординаторы,

З.А. Гасанова - студентка 6 курса лечебного факультета

Кафедра урологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - д.м..н, доц. К.М. Арбулиев, к.м.н. Н.М. Гусниев

Уретроскопия – важный метод инструментального исследования мочеиспускательного канала. Наиболее удобным и распространенным является сухой уретроскоп Валентина. В большинстве случаев освещение данных приборов осуществляется лампочкой от понижающего трансформатора напряжением 2,5 – 3 вольт нередко в сельских районах республики и даже в городах происходит непредвиденное отключение электричества на длительный срок, что делает необходимым создания альтернативного источника питания.

Коллективом кафедры разработан и внедрен автономный блок питания (АБП) к серийно выпускаемым уретроскопам модели 513.АБП осуществляет питание прибора от двух батареек по 1,5 вольт (суммарное напряжение - 3 вольт). АБП изготавливают из корпуса обычного 10 – граммового одноразового шприца. В корпус помещают 2 батарейки, к концам которых подводят две медные проволоки. Контакт между проволоками осуществляют путем

выключателя, расположенного в центре корпуса. Концы контейнера «заваривают» с помощью обычного паяльника. На верхнем конце контейнера медную проволоку моделируют в виде вилки. Вилка одновременно выполняет функцию контактного звена для подачи напряжения на лампочку и фиксатора АБП к уретроскопу. Благодаря ней АБП легко отделяется от уретроскопа и может храниться отдельно.

За последние 10 лет нами выполнено с помощью АБП 18 уретроскопий в Хунзахском, Табасаранском, Гунибском и Кизилюртовском районах и 5 при выезде на консультации в Махачкале и других городах Республики Дагестан.

Применение разработанного АБП к уретроскопу модели 513 гарантирует полную безопасность обследования, обеспечивает хорошее освещение и позволяет выполнить уретроскопические манипуляции. Основные показания – это отсутствие света и понижающего трансформатора.

Усовершенствованный прибор компактен, легко транспортируется, удобен в работе, несложен в изготовлении и не требует больших материальных затрат.

УХОД ЗА ЦИСТОСТОМОЙ

П.М. Ахмедова, С.С. Маллеев - клинические ординаторы

Кафедра урологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководители - д.м..н, доц. К.М. Арбулиев, к.м.н. Н.М. Гусниев

Цистостома – это свищ (отверстие) мочевого пузыря, созданный хирургическим путем и расположенный в надлобковой области. За год в Дагестане выполняется около 1000 троакарных и классических цистостом. Через 3-5 дней больных выписывают из больницы и уход за надлобковой трубкой, как правило, ложится на плечи самого больного или его родственников. Поэтому сотрудники кафедры урологии Даггосмедуниверситета решили описать узловые моменты ухода за цистостомой.

Надлобковое отведение мочи хирургическим путем или цистостома является одним из составляющих в лечении больных с различными заболеваниями мочевыделительной системы и спинного мозга. Длительность ношения цистостомы зависит от особенности течения конкретного заболевания, таких как задержка мочеиспускания при аденоме и раке предстательной железы,травмы мочевого пузыря или уретры,операциях на этих органах, повреждении спинного мозга, нарушении функции мышц мочевого пузыря(нейрогенный мочевой пузырь атонический вариант). Например, при операциях по поводу травмы мочевого пузыря, после одномоментной аденомэктомиии простаты цистостома удаляется по заживлению раны. Значительно дольше необходима она после травмы уретры (до 6 месяцев),

приповреждении спинного мозга, при нейрогенном мочевом пузыре и аденоме простаты, осложненной почечной недостаточностью, что особенно характерно для жителей Дагестана, которые обращаются за помощью в запущенных стадиях заболевания.

Цистостомы бывают двух видов. Первая, это троакарнаяцистостома и вторая классическая, когда свищ накладывают, вскрыв мочевой пузырь оперативным путем над лоном. Естественно, для больных и для врача легче первый вариант, но существуют ситуации, когда выполнение его может быть не желательным. Это, когда в прошлом пациент перенес операции на мочевом пузыре или в нижних отделах брюшной стенки (лапаротомия, грыжесечение и др.), при крупных размерах аденомы простаты с инфравезикальным ростом. В таких случаях предпочтительна классическая оперативная цистостома над лоном с установкой дренажа на глаз в нужном положении. Дренажами для отвода мочи служат полихлорвиниловые или силиконовые трубки, катереры Фолея №14-20, а ранее применявшиеся катетеры Петцера, Малеко не желательны из-за трудностей с их заменой. Удобнее всего пользоваться для этих целей катетерами Фолея, которые легко заменяются и не выпадают,чему способствует раздутый баллончик катетера. Для этого в порт с ниппельной системой катетера вводиться 5-7 мл фурацилина или физиологического раствора. Хорошо дренируют мочевой пузырь и трубки от систем для переливания крови,жидкостей,но чтобы они не выпадали,требуется фиксировать их к коже специальной лигатурой. Необходимо также иметь в виду, что катетеры и трубки могут закупориваться солями, сгустками,при длительном пользовании появляется неприятный запах. Поэтому они должны меняться каждые 2 недели. К катетеру Фолея через порт для отведения мочи присоединяется мочеприемник, который опорожняется: большой - каждые 8 часов,маленький – каждые 3-4 часа. Мочеприемник всегда должен располагаться ниже мочевого пузыря, а перед сном фиксироваться к кровати. Необходимо поддерживать герметичность системы отведения мочи, то есть, не следует отсоединять мочеприемник от катетера. Моча сливается из мочеприемника только через специальный клапан. Обязательным условием ухода за цистостомой является соблюдение асептики и антисептики. При замене дренажа используют стерильные перчатки, стерильный перевязочный материал (хирургические салфетки), антисептический раствор (хлоргексидин, фурацилин, слабый раствор перманганата калия), синтомициновая эмульсия или паста Лассара, стерильный глицерин. Замену дренажа желательно производить после душа и обработки антисептиком кожи вокруг свища. Опорожнив баллончик удаляют старый катетер и затем устанавливают новый стерильный катетер Фолея, предварительно смазав его конец в глицерине. В баллончик катетера вводят 5-7 мл жидкости и слегка натянув на себя убеждаются в том, что он стоит нормально. Далее стерильная повязка или пластырь-повязка.

Возможны моменты, когда необходимо срочно обратиться к врачу: это,появление сильных болей в боку ив низу живота, повышение температуры тела до 38-39 градусов,

появление тошноты и рвоты, снижение или отсутствие выделения мочи по дренажу, появление крови в моче, подтекание мочи мимо катетера, выпадение катетера Фолея, покраснение и раздражение кожи вокруг цистостомического свища.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДАБЕТОМ 1го и 2го ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ САМОКОНТРОЛЯ

Н.С. Молчанов – студент 401 группы лечебного факультета

Кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. З.А. Надирова

Актуальность. Диабетическая полинейропатия – одно из самых распространенных и наиболее рано проявляющихся осложнений сахарного диабета как 1, так и 2 типа. В качестве первичного симптома возникает в 5% случаев, при достижении стажа 5 лет регистрируется у 15% больных, через 10 лет осложненного течения регистрируется у 65% больных (Диабетическая автономная нейропатия: диагностика, классификация, прогностическое значение, лечение : учебно-методическое пособие / М. И. Балаболкин, Т. Е. Чернышова; Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Ижевская государственная медицинская академия. 2001 г.) Далеко зашедшая прогрессирующая полинейропатия значительно снижает качество жизни пациентов, лишает их возможности вести трудовую деятельность, активный образ жизни. Для достижения стойкой ремиссии заболевания врачу-эндокринологу необходимо правильно и доступно обучить пациента базовым навыкам и знаниям самоконтроля.

Цель исследования. Выявить степень навыков самоконтроля у пациентов, установить корреляционную связь между уровнем самоконтроля и тяжестью течения осложнений сахарного диабета, предложить варианты локализации выявленных проблем.

Материалы и методы исследования. Две группы пациентов, условно обозначенные как Группа А и Группа Б.

Группа А – пациенты эндокринологического отделения ГБУ РД ДРКБ имени Кураева. Группа Б – пациенты отделения диабетологии ГБУ РД РКБ.

Методы исследования: анализ историй болезни пациентов, личное интервью с каждым пациентом, сбор анамнеза, анализ, синтез и сопоставление полученной информации.

Результаты исследования. Почти у всех опрошенных больных - неспецифические нейрогенные проявления, что соответствует клинической стадии N1 – N2 – симптомы ДПН либо отсутствуют, либо проявляются парестезиями и онемениями в дистальных отделах конечностей. Наблюдается легкое снижение чувствительности (гипостезия) кожных покровов, особенно кожи стоп.

Уровень самоконтроля у больных оставляет желать лучшего – причем в отделении РКБ,

где содержаться взрослые пациенты преимущественно с диабетом 2 типа (Группа Б) -навыки и базовые знания ниже таковых у контрольной группы А.Полинейропатия у пациентов данной группы дебютирует раньше, чаще содержит вегетативный компонент. У пациентов РКБ чаще наблюдаются другие осложнения (ретинопатия, макроангиопатия), при сопоставимом стаже и учетом более тяжелого течения инсулинзависимого сахарного диабета пациентов ДРКБ имени Кураева.

Выводы. Уровень самоконтроля пациентов Группы Б существенно ниже, пациенты старших возрастных групп зачастую менее дисциплинированны, что безусловно отражается на течении заболевания и тяжести осложнений – в частности диабетической полинейропатии. Необходимо улучшать систему преподавания «Школы Диабета», вводить более наглядные интерактивные методы обучения, учитывая различия в течении сахарного диабета инсулин-резистентного (2 тип) и инсулин-зависимого (1 тип).

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

И.М. Магомедова

НИИ экологической медицины

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Гестационный сахарный диабет (ГСД) представляет собой гипергликемию, впервые выявленную во время беременности, но не соответствующую критериям «манифестного» сахарного диабета[1]. Многие исследования показали, что ГСД и функциональные аномалии в щитовидной железе могут иметь различные неблагоприятные последствия для исходов беременности и для новорожденного ребенка[2,9,13]. Оба эти состояния могут причинить краткосрочный и долгосрочный вред матери и ребенку, и поэтому все большее число ученых начинают исследовать, существует ли корреляция между заболеванием щитовидной железы и ГСД [5,12,16].

Явный дисбаланс гормонов щитовидной железы – либо избыточное из-за тиреотоксикоза (например, болезнь Грейвса), либо недостаточное из-за гипотиреоза – может оказывать сильное влияние на метаболизм глюкозы и секрецию инсулина. К ним относятся, например, инсулинорезистентность, нарушенная толерантность к глюкозе и дислипидемии, которые обычно восстанавливаются при нормализации уровня гормонов щитовидной железы[7]. Субклинический гипертиреоз и гипотиреоз имеют подобные метаболические влияния, но они менее выпажены у небеременных женщин[11].Однако, о том какое метаболическое действие субклиническая дисфункция щитовидной железы оказывает на углеводный обмен беременных женщин известно мало.

Для оценки субклинических нарушений функции щитовидной железы во время

беременности, которые являются относительно распространенными и малоизученными, в последнее время проводятся популяционные исследования дисфункций щитовидной железы во время беременности[3].

В этом направлении был проведен ряд исследований,в частности в США, Китае, Италии.

Так, в США было исследовано24 883 женщин, из которых 23 771 (95,5%) были эутиреоидными, 584 (2,3%) имели субклинический гипертиреоз и 528 (2%) - субклинический гипотиреоз. Частота ГСД в этом исследовании сравнивалась между тремя группами. В целом по мере повышения уровня тиреотропина в скрининге вероятность осложнения беременности ГСД также возрастала. Например, 2,2% женщин с субклиническим гипертиреозом страдали гестационным диабетом по сравнению с 4,2% женщин с эутиреозом и 6,3% женщин с субклиническим гипотиреозом. Важно отметить, что эта связь оставалась значимой после поправки на возраст матери, расу, вес. Этифакторы оказывают воздействие на заболеваемость субклиническим гипотиреозом, а также ГСД. При этом риск ГСД у женщин с субклиническим гипертиреозом оставался значительно низким. Однако повышенный риск ГСД у женщин с субклиническим гипотиреозом не был значимым. Вероятность развития ГСД возрастает с повышением уровня тиреотропина.

В проведенном в Китае исследовании 27513 беременных женщинтакже выявлен более низкий уровень тиреотропина и свободного тироксина у женщин с ГСД, чем у женщин без него [19].

Известно, что имеющаяся инсулинорезистентность постепенно нарастает по мере увеличения срока гестации[10]. Следовательно, женщины с аномально низким уровнем гормонов щитовидной железы будут более склонны к развитию ГСД.

Достоверность этих выводов поддержана исследованиями, описывающими метаболическое действие тироксинаи инсулина[4, 6,11, 18]. Некоторые из этих наблюдений демонстрируют, что и явный и субклинический гипотиреоз значительно увеличивают инсулинорезистентность [4, 6, 11, 18].

Кроме того, в ходе данного исследования был выявлен «защитный» эффект субклинического гипертиреоза в отношении ГСД (при сравнении с эутиреозом). Причина такого эффекта не ясна, так как тиреотоксикоз сопровождается инсулинорезистентностью [17].

Кроме того, диабет имеет стабильно положительную ассоциацию у пациентов с явным гипертиреозом [814, 15].

Проведенный недавно в Италии мета-анализ показал, что в шести исследованиях, которые были включены в него, были представлены данные о 35350 беременных женщинах (1216 женщин с субклиническим гипотиреозом и 34134 женщины с эутиреозом).При этом было установлено, что частота ГСД у пациентов с субклиническим гипотиреозом была в 1,35

раза выше, чем в контрольной группе[20].Умеренно увеличенный риск ГСД мог присутствовать у беременных женщин с гипотиреозом, если сравнивать с беременными женщинами с эутиреозом. В этом исследовании было установлено, что базовый риск ГСД составляет 5%, и что гипотиреоз увеличивает риск ГСД на 50% по сравнению с популяцией беременных женщин с эутиреозом, т.е.один дополнительный случай ГСД на каждые 43 беременных женщины с субклиническим гипотиреозом. Этот предварительный вывод требует дальнейшего исследования.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что представленные в настоящее время исследования, свидетельствуют о том, что существуют две причины, поддерживающие такие отношения. Первой и самой яркой из них является прямая корреляция между увеличением концентрации в сыворотке крови тиреотропного гормона и повышение риска развития ГСД. Эта связь устойчиво сохраняется после корректировки на индекс массы тела, возраст, расу, семейный анамнез сахарного диабета. Вторая поддерживает вывод о том, что женщины с субклиническим гипотиреозом были значительно больше подвержены риску развития ГСД по сравнению с когортой эутиреоидных женщин. Однако, в отличие от первого наблюдения, значение этого вывода теперь имело пограничное значение после того, как были проведены те же корректировки, что и для тиреотропного гормона.

Учитывая негативные последствия для матери и ребенка при ГСД, а также выводы в проведенных исследованиях, существует необходимость провести анализ взаимосвязи функциональных нарушений щитовидной железыс ГСД в Российской Федерации и на территории Республики Дагестан в частности.

Выводы:

1. Существует связь между манифестным и субклиническим гипотиреозом и повышений риска развития ГСД.

2. Обнаружен «защитный» эффект субклинического тиреотоксикоза в отношении ГСД.

Литература

1. Дедов И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. М. 2017, 8 выпуск, 74-76.

2. Aggarawal N, Suri V, Singla R, Chopra S, Sikka P, Shah VN, Bhansali A. Pregnancy outcome in hyperthyroidism: a case control study. Gynecol Obstet Invest. 2014;77:94–99.

3. Carmen M. Tudela, MD, Brian M. Casey, MD, McIntire, PhD, and F. Gary Cunningham, MD. Relationship of subclinical thyroid disease to the incidence of gestational diabetes. J Obstetricians and Gynecologists 2012; 119:983-988.

4. Dimitriadis G, Mitrou P, Lambadiari V, Boutati E, Maratou E, Panagiotakos DB, et al. Insulin action in adipose tissue and muscle in hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab 2006;91: 4930 –4937.

5. Fatima SS, Rehman R, Butt Z, Asif Tauni M, Fatima Munim T, Chaudhry B, Khan TA. Screening of subclinical hypothyroidism during gestational diabetes in Pakistani population. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29:2166–2170.

6. Gardun˜ o-Garcia Jde J, Alvirde-Garcia U, Lo´ pez-Carrasco G, Padilla Mendoza ME, Mehta R, Arellano-Campos O, et al. TSH and free thyroxine concentrations are associated with differing metabolic markers in euthyroid subjects. Eur J Endo- crinol 2010;163:273–278.

7. Handisurya A, Pacini G, Tura A, Gessl A, Kautzky-Willer A. Effects of T4 replacement therapy on glucose metabolism in subjects with subclinical (SH) and overt hypothyroidism (OH). Clin Endocrinol (Oxf) 2008;69:963–969.

8. Kadiyala R, Peter R, Okosieme OE. Thyroid dysfunction in patient with diabetes: clinical implications and screening strategies. Int J Clin Pract 2010;64:1130–1139.

9. Kumru P, Erdogdu E, Arisoy R, Demirci O, Ozkoral A, Ardic C, Ertekin AA, Erdogan S, Ozdemir NN. Effect of thyroid dysfunction and autoimmunity on pregnancy outcomes in low risk population. Arch Gynecol Obstet. 2015;291:1047–1054.

10. Lind T, Billewicz WZ, Brown G. A serial study of changes occurring in the oral glucose tolerance test during pregnancy. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1973;80:1033–1039.

11. Maratou E, Hadjidakis DJ, Peppa M, Alevizaki M, Tsegka K, Lambadiari V, et al. Studies of insulin resistance in patients with clinical and subclinical hyperthyroidism. Eur J Endocri- nol 2010;163:625–630.

12. Maleki N, Tavosi Z. Evaluation of thyroid dysfunction and auto- immunity in gestational diabetes mellitus and its relationship with postpartum thyroiditis. Diabet Med. 2015;32:206–212.

13. Negrato CA, Montenegro Junior RM, Von Kostrisch LM, Guedes MF, Mattar R, Gomes MB. Insulin analogues in the treatment of diabetes in pregnancy. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2012;56:405– 414.

14. PisarevMA. Interrelationships between the pancreas and the thyroid. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes 2010;17:437–439.

15. Potenza M, Via MA, Yanagisawa RT. Excess thyroid hormone and carbohydrate metabolism. Endocr Pract 2009;15: 254 – 262.

16. OguzA,TuzunD,SahinM,UsluogullariAC,UsluogullariB,Celik A, Gul K. Frequency of isolated maternal hypothyroxinemia in women with gestational diabetes mellitus in a moderately iodine- deficient area. Gynecol Endocrinol. 2015;31:792–795.

17. Rezzonico J, Niepomniszcze H, Rezzonico M, Pusiol E, Alberto M, Brenta G. The association of insulin resistance with subclinical thyrotoxicosis. Thyroid 2011;21:945–949.

18. Roos A, Bakker SJL, Links TP, Gans ROB, Wolffenbuttel BHR. Thyroid function is associated with components of the metabolic syndrome in euthyroid subjects. J Clin Endocrinol Metab 2007;92:491–496.

19. Shuai Yang, Fend-Tao Shi, Peter C.K. Leung, He-Feng Huang, Jianxia Fan. Low thyroid hormone in early pregnancy is associated with an increased risk of gestational diabetes mellitus. J Clin Endocrinol Metab, 2016; 101:4237-4243.

20. Toulis KA, Stagnaro-Green A, Negro R. Maternal subclinical hypothyroidsm and gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. Endocr Pract. 2014;20:703–714.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОДКОЖНОЙ ИНФУЗИИ ИНСУЛИНА (НПИИ) И МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОДКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ ИНСУЛИНА (МПИИ)

Е.В. Романова -студентка 1423 группы 4 курса лечебного факультета

Кафедра эндокринологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доцент И.К. Билодид

Актуальность. Сочетание сахарного диабета (СД) 1 типа и беременности является одной из наиболее сложных и актуальных проблем в акушерстве ввиду тяжести заболевания и его осложнений, увеличения числа беременных с данной патологией.Среди причин осложнений СД у беременных отсутствие планирования беременности и необходимых знаний; отсутствие средств для проведения самоконтроля с достаточной частотой и приобретения расходных материалов для помповой инсулинотерапии, отсутствие возможности широкого использования разрешенных аналогов инсулина и новых технологий; низкая комплаентность между пациенткой и врачом.Помповая инсулинотерапия на сегодняшний день – наиболее современный метод инсулинотерапии.

Цель: оценить эффективность терапии СД 1 типа у беременных при использовании различных методов инсулинотерапиина основе сравнения течения беременности, состояния пациентки и новорожденного.

Материалы и методы. В работе использовались социологический и статистический методы.В исследование включены 237 пациенток РНПЦ «Мать и дитя», из которых 216 в качестве метода инсулинотерапии использовали МПИИ (группыА) и 21 пациентка (группыБ) использовала НПИИ. Для обработки статистических данных были использованы программы MicrosoftExcel, STATISTICA 10.0. Статистически значимыми признавались различия при $p < 0,05$.

Результаты.Для группы А были получены следующие результаты: средний показатель по шкале Апгар составил 7,49 баллов; ср. вес ребенка 3424,8 г; ср. рост ребенка 51,08 см; средний набор весапациенткой за беременность 11,92 кг; ИМТ 24,18 кг/м^2; ср. доза инсулина в 3 триместре 0,80 ЕД/кг; ср. HbAc1 в 3 триместре 6,73%; родоразрешение путем кесарева сечения у 179 женщины (82,87%); наличие гестоза выявлено у 114 пациенток (52,78%); многоводие выявлено у 58 пациенток (26,85%).

Результаты для группы Б: средний показатель по шкале Апгар составил 8,05 баллов; ср. вес ребенка 3253,8 г; ср. рост ребенка 51,05 см; средний набор веса пациенткой за беременность 9,8 кг; ИМТ 24,46 кг/м^2; ср. доза инсулина в 3 триместре 0,77 ЕД/кг; ср. HbAc1 в 3 триместре 5,92%; родоразрешение путем кесарева сечения у 14 женщины (66,67%); наличие гестоза выявлено у 4 пациенток (19,05%); многоводие выявлено у 4 пациенток (19,04%).

Для следующих показателей была определена статистически достоверная разница: баллы по шкале Апгар, набор веса за беременность, уровень HbAc1 в 3 триместре, частота КС, наличие гестозов.

Выводы.

1 Дети, рожденные от матерей, которые использовали НПИИ, получали достоверно лучшую оценку по шкале Апгар, по сравнению с детьми матерей, использующих МПИИ.

2 Женщины, использовавшие НПИИ для терапии СД, за беременность набирали достоверно меньше веса, чем пациентки, использовавшие МПИИ. Частота родоразрешений путем кесарева сечения при НПИИ ниже, чем при МПИИ. Наличие гестозапри НПИИ выявлялось в 2,5 раза реже, чем при МПИИ.

3 Уровень HbAc1 в 3 триместре беременности при НПИИ был достоверно ниже, чем при МПИИ.

ФУНКЦИОНАЛЬНО-СБЕРЕГАЮЩАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

С.М. Магомедов, П.М. Абдусаламова, З.М. Идрисова

Кафедра онкологии с УВ

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.А.Алиев

Актуальность. Достижения в хирургии рака проксимального отдела желудка впечатляют, однако результаты хирургического лечения не всегда удовлетворительны.На современном этапе развития онкохирургии, наряду с традиционными клиническими критериями чрезвычайно важным представляется разработка органосберегающих функциональных операций, и оценка качества жизни пациента.

Цель: улучшить непосредственные и отдаленные функциональные результаты хирургического лечения рака проксимального отдела желудка.

Задачи:

1. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с раком проксимального отдела желудка за последние 4 года.

2. Выявление причин неудовлетворительных функциональных результатов оперированных пациентов.

3. Разработка алгоритма дифференцированного подхода к функционально-сберегающим (сплено-, пилоро- сохранных) технологиям.

Материал и методы исследования. Исследование ретроспективное, основано на анализе результатов хирургического лечения 91 пациентов, оперированных в отделении торако-абдоминальной хирургии ГБУ РД «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр грудной хирургии» МЗ РД. Возраст пациентов варьировал от 32 до 82 лет (средний возраст – 63 года), мужчин было 72 (72%), женщин 28 (28%). Стадия опухолевого процесса в проксимальном отделе желудка представлена в таблице 1.

Табл. 1. Стадия опухолевого процесса проксимального отдела желудка (n=91)

I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
-	6 (6,5%)	82 (90%)	3 (3,2%)

Результаты исследования. Функционально-сберегающие тенденции в современной онкологии с сохранением селезенки и лимфодиссекцией в объеме D2 нашли отражение в работе отделения торако-абдоминальной хирургии ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр

грудной хирургии» МЗ РД. Объемы радикального хирургического лечения 91 пациента представлены в таблице 2.

Табл. 2. Объемы хирургического лечения рака проксимального отдела желудка (n=91)

№	Характер оперативного вмешательства	Год				Итого
		2014	2015	2016	2017	
1.	Проксимальная резекция желудка	1	0	2	2	5
2.	Проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода, с сохранением селезенки	5	2	1	8	18
3.	Проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода, со спленэктомией	0	2	1	3	6
4.	Гастрэктомия со спленэктомией	1	2	2	1	6
5.	Гастрэктомия с сохранением селезенки	7	5	7	5	24
6.	Гастрэктомия с резекцией пищевода со спленэктомией	3	2	4	2	11
7.	Гастрэктомия с резекцией пищевода с сохранением селезенки	7	2	3	9	21

Тотальное удаление желудка, пораженного опухолью (гастрэктомия) выполнено у 62 пациентов, в 72% случаев с сохранением селезенки (спленосохранные гастрэктомии). Поражение опухолью абдоминального и нижнегрудного сегмента пищевода потребовало выполнить высокую резекцию у 32 пациентов (51,6%). При этом возникали технические сложности в выполнении анастомозирования резецированного пищевода и тонкой кишки. С целью улучшения функциональных результатов реконструктивного вмешательства, при необходимости высокой транслокации тонкой кишки для анастомозирования, мы использовали модификацию реконструкции по Ру, предложенную в нашей клинике (рационализаторское

предложение №10-1432 от 6 декабря 2011г.).

Проксимальную субтотальную резекцию желудка при опухолевом поражении кардии, субкардии и кардио-эзофагеальной зоны выполняли в 29 наблюдениях, в 62% с сохранением селезенки. При выполнении эзофагогастроанастомоза мы применяли муфтообразный кулисный анастомоз по М.И. Давыдову, который позволил предупредить грозное послеоперационное осложнение – несостоятельность пищеводного анастомоза.

Выводы. Применение надежных способов анастомозирования пищеводно-желудочных, пищеводно-кишечных соустий позволило улучшить непосредственные результаты оперативных вмешательств. Внедрение алгоритма к выбору варианта реконструкции пищеварительного тракта при высокой резекции пищевода позволило улучшить отдаленные функциональные результаты и качество жизни оперированных пациентов. Сплено-сохранные технологии позволили в 74% случаев сохранить орган при полной лимфодиссекции в объеме D2. Пилоро-сохранные надпривратниковые гастрэктомии позволили снизить проявления рефлюкс-эзофагита и демпинг-синдрома.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

В.Д. Артемьева, А.Ю. Николаенко, Е.А. Савченко - студентки 1 «А» группы 5 курса медицинского института, специальность лечебное дело

Кафедра госпитальной терапии БФУ им. Иммануила Канта, Калининград, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доц. Ж. Л. Малахова

*Актуальность***.** Злокачественные новообразования у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых и составляют около 2% случаев рака у людей. Однако, после несчастных случаев это вторая причина летальности у детей старше 1 года. За последнее десятилетие в России количество детей с впервые выявленными злокачественными новообразованиями выросло на 20% [2]. В 2016 г. в Российской Федерации выявлено 3785 детей с онкологическими заболеваниями, количество умерших составило 779, заболеваемость - 13 на 100 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет, смертность — 2,7 [1]. В научной литературе имеются указания на наиболее часто вречающиеся факторы риска развития онкологических заболеваний у детей: это наследственность, возраст родителей на момент рождения ребенка, вредные привычки и образ жизни родителей, профвредности, экология [3].

Цель нашего исследования — провести анализ факторов риска развития онкологических заболеваний у детей, находящихся на лечении в отделении онкогематологии Детской областной клинической больницы Калининградской области (ДОБ КО).

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ

медицинской документации 21 ребенка в возрасте от 1 года до 17 лет, находящихся на лечении в отделении онкогематологии ДОБ КО в период с февраля 2017 по февраль 2018 года (история развития ребенка - форма 112/у, история болезни). Также материалом исследования послужили данные анкетирования родителей по вопросам вскармливания детей на первом году жизни, оценке генетического, биологического и социального анамнеза семей. Обработка результатов проводилась с использованием статистической программы Statistica 5.0, Microsoft Excel 2010. Результаты считались достоверными при значении $p< 0.05$.

Результаты исследования. В исследовании участвовали 14 мальчиков (66,7%) и 7 девочек (33,3 %), средний возраст которых составил 7,38 лет. В отделении они находились с диагнозами: острый лейкоз – 15 случаев (71,4%) и нефробластома – 6 случаев (28,6%). Время, в течение которого был выставлен окончательный диагноз, в среднем составило - 35 дней (о. лейкоз — 37 дней, нефробластома — 31 день). Распределение детей по возрасту, в котором дебютировало заболевание: до 1 года — 1 человек (4,8%), 1-3 года — 7 (33,3%), 3-7 лет — 8 (38,1%), 7-11 лет — 2 (9,5 %), 12-18 лет — 3 (14,3%). Возраст родителей на момент рождения детей: 21-30 лет — 15 человек (71,4%), 30-40 лет — 6 человек (28,6%). Средний возраст матерей на момент рождения ребенка составил – 27,7 лет. Доношенными родилось 16 детей (76,2%), недоношенными — 5 (23,8%), среди которых 2 детей родились с весом от 2500,0 г до 2000,0 г, 3 — с весом от 2000,0 г до 1500,0 г. Врожденных пороков развития не было выявлено ни у одного ребенка. Так же мы проанализировали длительность грудного вскармливания у обследуемых детей, т.к. в 1995 году в Лундском университете Швеции, в лаборатории Катарины Сванборг был открыт белково-липидный комплекс HAMLET (Human Alpha – lactalbumin Made Letalto Tumour-человеческий а-лактальбумин), подавляющий рост опухолей [4]. Длительность грудного вскармливания среди наших пациентов составила: до 3-х месяцев — у 3 пациентов (14,3%), от 3-х до 6-ти месяцев — у 2 (9,5 %), от 6 месяцев до 1 года — у 4 (19 %), более 1 года —у 9 (42,9%), не получали грудное молоко — 3 (14,3 %).

При анализе наследственной отягощенности по онкологическим заболеваниям мы получили следующие результаты: 15 детей (71,4%) имели в анамнезе онкозаболевания у родственников, у 6 детей (28,6 %) наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена. Анализируя связь с поколениями было выявлено, что у 10 (66,7%) детей онкологические заболевания наблюдались во втором поколении родственников, у 2 (13,3%) - в первом поколении, у 3 (20%) - в обоих поколениях. Также интересным оказался факт, что у 60% (9 человек) пациентов наследственный анамнез отягощен по отцовской линии, у 33,3% (5 человек) - по материнской линии, у 6,7% (1 ребенок) – по обеим линиям. Среди онкологических заболеваний, по которым была отягощена наследственность, преобладали острый лейкоз — 5 человек (28%), рак почек — у 3-х (17%), рак молочной железы — у 2-х (11%), рак легких — 2 случая (11%). Онкологические

заболевания других локализаций встречались в единичных случаях. У троих детей наследственность отягощена по двум онкологическим заболеваниям.

Сегодня существует большое количество работ, доказывающих роль вирусов в развитии многих опухолей. Наиболее известными являются вирус Эпштейн-Барра, вирус герпеса, вирус гепатита В. Среди обследуемых нами пациентов заболеваемость острыми инфекционными заболеваниями в среднем составила 4 случая в год, только 3 (14,28%) детей болели более 6 раз в год.

Выводы:

1. Наиболее значимым фактором развития онкозаболеваний у детей является наследственная предрасположенность (71,4%), особенно по отцовской линии (66,7%).

2. Риск развития злокачественных новообразований велик в возрасте 1 г. - 7 лет, что по-видимому связано с возрастными особенностями роста и становлением иммунной и эндокринной систем.

3. Имеются гендерные различия в первичной заболеваемости онкопатологией — мальчики болеют чаще (66,7%), чем девочки.

Литература:

1. Рыков М.Ю., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Поляков В.Г. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в Российской Федерации: анализ основных показателей и пути преодоления дефектов статистических данных // Онкопедиатрия. - 2017. – Т.4. - №3 – с.159-176.

2. Толкунова А.А. «/Факторы риска развития онкологических заболеваний у детей // Огарёв-Online. - Саранск, 2014. - № 12 (26).

3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2011 г (заболеваемость и смертность). – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. –2013. – ил. - 289 с.

4. Frislev, H. S., Boye, T. L., Nylandsted, J., & Otzen, D. Liprotides kill cancer cells by disrupting the plasma membrane. [Электронный ресурс] / Scientific Reports, 2017. – Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5680231 – Загл. с экрана. (9.11.2017).

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.Б. Выжигина – студентка 607 группы лечебного факультета

Кафедра онкологии

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Научные руководители – д.м.н. А.Е.Орлов, д.м.н., проф. С.В Козлов,

к.м.н. В.Н. Савельев, к.м.н. М.В. Ткачев, к.м.н. А.П. Борисов

Актуальность. В современной клинической практике выбор тактики лечения больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) базируется на стадии заболевания и биологическом подтипе опухоли. При этом трижды негативный РМЖ встречается в 15–25% случаев, преимущественно у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Особенностью данного биологического подтипа опухоли заключается в том, что отсутствие экспрессии к рецепторам стероидных гормонов и Her-2/Neu делает не обоснованным проведение гормонотерапии и таргетной терапии Трастазумабом. Таким образом, наряду с хирургическим основным методом системного лечения данной категории пациентов является химиотерапия. Химиотерапия в неоадъювантном режиме у больных с трижды негативным РМЖ применяется при второй и третей стадии заболевания.

Цель. Разработать математическую модель и программу для ЭВМ по расчету эффективности неоадъювантной химиотерапии с включением антрациклинов у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование результатов неоадъювантной химиотерапии по схеме с включением антрациклинов у 98 больных с диагнозом трижды негативный РМЖ. Средний возраст больных 51,43±5,14 лет. У 80 (81,63%) пациентов диагностирована 2 стадия заболевания, у 18 (18,37%) – 3 стадия. У 51 (52,04%) больного уровень экспрессии Ki-67 в биопсийном материале опухолевой ткани превышал 20%, у 47 (47,96%) был менее 20 %. Пациентам в неоадъювантном режиме проведено 4-8 циклов химиотерапии, после чего выполнена операция.

Наиболее достоверными методом, определяющим ответ опухоли на неоадьювантную химиотерапию, является гистологическое исследование. В исследовании проводился поиск наиболее значимых факторов, влияющих на ответ опухоли на неоадьювантную химиотерапии, на основании которого построена математическая модель.

В основе математической модели лежит множественная линейная регрессия, которая предполагает, что зависимая переменная является линейной функцией независимых переменных: $F= K_0+K_1X_1+K_2X_2+\ldots+K_nX_n$, где F - зависимая переменная, K_0 - константа,K_1, K_2. . . K_n- коэффициенты регрессии, X_1, X_2, . . . X_n- предикторы.

Для определения достижения лечебного патоморфоза 3-4 степени была создана модель бинарной логистической регрессии, в которой возможно исследовать зависимость дихотомической переменной от предикторов.

Базовая модель логистической регрессии выглядит следующим образом: $P= 1/1+e^{-F}$, где P - вероятность того, что произойдет интересующее событие, e - 2,71 (основание натуральных

логарифмов), F - формула множественной линейной регрессии.

В модель были включены 98 пациентов больных с диагнозом трижды негативный РМЖ II-IIIстадии, которым проводилась неоадъювантная химиотерапия по схеме АС. Создание математической модели было направлено на определение патоморфоза 3-4 степени по данным гистологического исследования удаленного препарата. Кодировка результатов проводилась следующим образом: патоморфоз 1-2 степени по данным гистологического исследования – 0; патоморфоз 3-4 степени по данным гистологического исследования – 1. В модель в качестве предикторов включены: возраст, размер молочной железы, гистологическая форма рака молочной железы, гистологическая дифференцировки, размер первичной опухоли, поражение регионарных лимфоузлов, уровень экспрессии Ki-67, число курсов химиотерапии.

Результаты исследования. В данном исследовании математическая модель построена в модуле логистической регрессии с помощью алгоритму Вальда. Проводилось пошаговое исключение в программе SPSS 10.0. При использовании данного метода изначально брались в расчет все восемь предикторов, после чего они ранжировались и пошагово исключались в соответствии с их вкладом в модель.

В результате была получена модель, включающая три наиболее значимых предиктора (X_1-X_3), влияющих на эффективность химиотерапии: X_1 – размер первичной опухоли, X_2 – поражение регионарных лимфоузлов, X_3 – уровень экспрессии Ki-67.

При проверки значимости при помощи статистики Вальда установлено, что все три предиктора статистически отличаются от 0. Число степеней свободы в данном случае равно 1, при проверки гипотезы равенства нулевого коэффициента обычной либо индексной переменной, а для категорильной переменной равно числу значений без единицы (числу соответствующих индексных переменных). В таблице 1 критерий значимости предикторов был на уровне 5%. математическая модель, рассчитываемая по формуле: $P= 1/(1+e^{-F})$, где $F= K_0+K_1X_1+K_2X_2+K_3X_3$

Конечный вид математической модели для определения эффективности неоадъювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный РМЖ выглядит следующим образом: $P= 1/(1+2{,}71^{-F})$, где $F= 4{,}56 – 4{,}1X_1 – 0{,}15X_2 + 1{,}78X_3$

Порог отсечения для данной математической модели составляет 0,5. При результатах $P \geq 0{,}5$ эффективность неоадъювантной химиотерапии высока, при $P < 0{,}5$ – низкая эффективность неоадъювантной химиотерапии.

Из 98 больных на основании рассчетов математической модели можно было прогнозировать следующее: у 43 больных – из них эфективность подтверждена по данным гистологического исследования у 40 пациентов (истинноположительный результат - ИПР), оставшиеся 3 составили ложноположительный результат (ЛПР). Достижение 1-2 степени лечебного патоморфоза зафиксирована в 56 наблюдениях, из них у 4 пациентов по данным

гистологического исследования (ложнооотрицательный результат - ЛОР), у остальных 52 (истинноотрицательный результат - ИОР). Учитывая полученные данные,была просчитана чуствительность, специфичность и точность данной математической модели при точке отсечения 0,5.

Чувствительноть = (ИПР/(ИПР+ЛОР))*100= 40/(40+4)*100=90,91%

Специфичность = (ИОР/(ИОР+ЛПР))*100=52/(52+3)*100=94,55%

Точность=((ИПР+ИОР)/(ИПР+ЛПР+ЛОР+ИОР))*100=(40+52)/(40+3+4+52)*100=93,88%

Для математичекой модели в целом была правильно определена степень лечебного патоморфоза 93,88% от больных и 90,91% тех, у кого 3-4 степень лечебного патоморфоза.

Используя математическую модель, программа расчитывала эффективности неоадъювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный рак молочной железы. При проведении расчетов были получены значения от 0 до 1. Компьютерная программа предлагала два варианта решения в зависимости от полученных значений, высокую либо низкую вероятность эффективности неоадьювантной химиотерапии.

«Расчет эффективности неоадъювантной химиотерапии у больных с диагнозом трижды негативный рак молочной железы» запатентована в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (Роспатент) (Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ №2017660720 от 25.09.2017).

Выводы. В результате данная разработкадает возможность правильно подобрать схему лечения больных с диагнозом трижды негативный рак молочной железы.На основании полученной данной математической модели была создана и внедрена в клиническую практику компьютерная программа, позволяющая расчитать эффективности неоадъювантной химиотерапии у больных с диагнозом РМЖ.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В СТАДИРОВАНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ

И. М. Стрижанков – студент 633группы лечебного факультета,

В. А. Бачук – студент 637 группы лечебного факультета

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - ассистент В. В. Оточкин

Актуальность. Во многих странах рак предстательной железы выходит на первое место в структуре смертности от онкологических заболеваний, не смотря на совершенствование методов диагностики и лечения. Метод МРТ широко используется для выявления и

стадирования заболевания. Тактика дальнейшего лечения зависит от распространенности выявленной опухоли. В Ленинградской области при выявлении повышенного уровня простатспецифический антиген (ПСА) выполняется трансректальная биопсия из 6 или 12 точек. Данные литературы свидетельствуют о нецелесообразности выполнения МРТ в течение 2-4 месяцев после биопсии из-за наличия постбиопсийных кровоизлияний, затрудняющих интерпретацию изображений.

Цель исследования. Определить возможности МРТ в стадировании рака предстательной железы у пациентов после проведенной трансректальной биопсии. Определить зависимость уровня простатического специфического антигена (ПСА) и гистологического типа опухоли от выраженности изменений в простате на МРТ изображениях.

Материал и методы исследования. Проведено МРТ исследование 374 пациентов с верифицированным раком предстательной железы через 1-6 месяцев после трансректальной биопсии. Пациенты были разделены на три группы в зависимости от уровня ПСА: от 4 до 10, от 10 до 20 и выше 20 нг/мл. Гистологический тип опухоли во всех случаях – мелкоацинарная аденокарцинома. Средний возраст пациентов составил 66 лет. Проведено сопоставление уровня ПСА и гистологического типа опухоли по шкале Глисона с изменениями на МРТ изображениях. МРТ выполнялась на томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл с использованием Т2 взвешенных изображений (ВИ) в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, Т1, Т2 с подавлением жира в аксиальной плоскости и диффузионно-взвешенных изображений (ДВИ) с фактором b=1000.

Результаты исследования. Постбиопсийные кровоизлияния встречались в разной степени у пациентов на всех сроках после биопсии и в некоторых ситуациях не позволяли увидеть зону опухолевого поражения в предстательной железе, но не препятствовали оценить экстракапсулярную инвазию. Экстракапсулярное распространение опухоли отмечалось при наличии неровного наружного контура и зоны снижения МР-сигнала на Т2 ВИ за пределами простаты. Семенные пузырьки считались вовлеченными при выявлении зон выраженного снижения на Т2 ВИ в их структуре. Изолированное поражение капсулы было выявлено у 29 пациентов (8%), экстракапсулярное распространение у - 83 пациентов (22%), изолированное поражение семенных пузырьков у 7 пациентов (2%). У остальных пациентов (n=255; 68%) зону первичной опухоли в предстательной железе визуализировать не удалось, даже при отсутствии постбиопсийных кровоизлияний. При сопоставлении уровня ПСА и выраженности изменений на МРТ изображениях выявлена тенденция к уменьшению выявляемости рака и экстракапсулярной инвазии при низких значениях ПСА ($p<0,05$). Также отмечено большее число распространенных форм опухоли при сумме по шкале Глисона 7 (n=61; 60%) по сравнению с 6 (n=22; 26%). Встречались единичные пациенты (n=7), у которых наблюдалось несоответствие данных параметров и выраженности опухолевого процесса.

Выводы. Использование МРТ в стадировании рака предстательной железы у пациентов после проведенной биопсии возможно на любых сроках. Наличие постбиопсийных кровоизлияний в некоторых случаях не позволяло увидеть зону опухолевого поражения в простате, но не влияло на результаты МРТ стадирования. Низкие уровни ПСА и значений по шкале Глисона могут, в большинстве случаев, свидетельствовать об отсутствии экстракапсулярной инвазии.

КОРРЕЛЯТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ю. О. Майстренко, А. В.Кузнецова – студентки 327 группы лечебного факультета

Кафедра патологической анатомии

Гомельского государственного медицинского университета, Гомель, Республики Беларусь

Научный руководитель - ассистент И.Ф. Шалыга

Актуальность. Опухоли головного мозга–гетерогенная группа злокачественных внутричерепных новообразований(т.к.безудержный и часто инфильтративный рост опухолей в пределах полости черепа и позвоночного канала приводит к разрушению жизненно важных структур, что свидетельствует о злокачественности всех, без исключения, новообразований ЦНС),возникающие вследствие запуска процесса аномального неконтролируемого деления клеток, которые в прошлом являлись нормальными составляющими самой ткани мозга, кровеносных сосудов мозга, черепных нервов, мозговых оболочек, черепа, железистых образований мозга, лимфатической ткани, или возникали вследствие метастазирования первичной опухоли, находящейся в другом органе. На сегодняшний день, подавляющее большинство больных независимо от гистологического типа, локализации, возраста умирает.

Цель исследования. Установить наиболее частый морфологический тип нейроэпителиальных опухолей у жителей Гомельской области в зависимости от пола, возраста, локализации и их связь с вирусными заболеваниями в анамнезе.

Материалы и методы исследования.Материалом для исследования явились выписки из историй болезни за 2015- 2017 гг. Количество пациентов за 2015 год – 60 человек, 2016 – 62 человека, 2017 – 70 человек. Анализ данных проводился в программах Statistica 10.0 Excel.

Результаты исследования. Данное исследование проводилось в рамках 2015-2017 года. Установлено, что наибольшему риску заболевания опухоли головного мозга за 2015-2017 года подвержен женский пол(57%,52%,61%). Также в ходе исследования по возрастному критерию за последние три года частота встречаемости лиц от 46 лет и более входят в группу риска данного заболевания(72%,65%,67%).В 2015,2017 году максимальный процент наиболее часто встречающейся локализацией опухоли приходится на поражения, выходящие за пределы одной области(47%,32%,34%), при которой в более, чем 40% случаев была диагностирована глиобластома (46%,43%,56%).Тем не менее, прогноз заболевания в большинстве случаев остается благоприятным, за исключением 2015 года, в котором погибло 58% пациентов. При анализе данных, установлено, что одним из наиболее значимых современных методик лечениях является хирургическое удаление опухоли. К сожалению, связи возникновения опухоли головного мозга с вирусными заболеваниями не установлено.

Таблица 1 – Исследование, проведенное за 2015 год.

Пол	%	Начало заболевания	%	Локализация	%	Гистологический тип	%	Медина выживаемости	%
М	43	До 18 лет	6	Височная доля	13	Астроцитома	32	Жив	42
Ж	57	19-45	22	Теменная доля	10	Глиобластома	46	Умер	58
		46 и более	72	Затылочная доля	3	Олигоастроцитома	7		
				Лобная доля	12	Олигодендроглио-ма	5		
				Мозжечок	3	Менингиома	5		
				Желудочки мозга	**2**	Глиома	3		
				Поражение,вы-ходящее за пределы одной локализации	47	Ксантоастроцитома	2		
				Полушария	10				

Таблица 2 – Исследование, проведенное за 2016 год.

Пол	%	Начало заболевания	%	Локализация	%	Гистологический тип	%	Медина выживаемости	%
М	48	До 18 лет	11	Височная доля	21	Астроцитома	34	Жив	63
Ж	52	19-45	24	Теменная доля	14	Глиобластома	43	Умер	31
		46 и более	65	Затылочная доля	2	Олигоастроцитома	3		
				Лобная доля	16	Олигодендроглио-ма	2		
				Мозжечок	3	Менингиома	3		
				Желудочки мозга	5	Глиома	2		
				Поражение,вы-ходящее за пределы одной локализации	34	Ксантоастроцитома	5		
				Полушария	5	Герминома	2		
						Атипичная тератоидная опухоль	1		
						Медуллобластома	3		
						Эпендимома	2		

Пол	%	Начало заболевания	%	Локализация	%	Гистологический тип	%	Медина выживаемости	%
М	38	До 18 лет	4	Височная доля	17	Астроцитома	25	Жив	80
Ж	61	19-45	29	Теменная доля	16	Глиобластома	56	Умер	20
		46 и более	67	Затылочная доля	9	Олигоастроцитома	4		
				Лобная доля	16	Олигодендроглио-ма	6		
				Мозжечок	4	Саркома Юинга	2		
				Желудочки мозга	2	Глиома	2		
				Поражение,вы-ходящее за пределы одной локализации	34	Медуллобластома	2		
				Полушария	2	Эпендимома	3		

Таблица 3 – Исследование, проведенное за 2017 год.

Выводы. При решении задач данного исследования, выявлено, что в возрасте от 46 лет и более женский пол наиболее подвержен данному заболеванию с благоприятным исходом, при котором хирургическое удаление опухоли является оптимальным методом лечения опухоли.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ОНКОМАРКЕРА СА 15.3 В ПРОЦЕССЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.С. Якуббекова, Х.Н. Мухтаржанова, Н.С. Турсунова, Д.З. Мамарасулова

Кафедра онкологии

Андижанского государственного медицинского института,

Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. Рак молочной железы (РМЖ) в течение последних 10 лет, занимает первое место среди злокачественных заболеваний женщин в РУ. Несмотря на совершенствование методов диагностики данной патологии, более 50% первичных больных ежегодно обращаются к онкологу в III и IV стадии болезни.

Цель исследования: оценка эффективности НПХТ у больных местнораспространенным раком молочной железы (МР РМЖ) с помощью онкомаркёра СА 15.3.

Материалы и методы. У 62 больных МР РМЖ- T2N2M0, T3N1M0, T3N2M0 стадией болезни, на этапе НПХТ для оценки клинического эффекта от проводимой терапии, проводилось исследование крови на онкомаркёр СА 15.3; до взятия биопсии из опухоли молочной железы, после 2 курсов НПХТ и после 4 курсов НПХТ. Больные в НПХТ получали по схеме CAP в стандартной дозировке.

Результаты исследования. У всех 62 больных МР РМЖ до взятия биопсии имело место повышение онкомаркёра СА15.3 до 32,3 ± 3,4 ЕД/мл. У 29 больных после 2 курсов полихимиотерапии (ПХТ) отмечался регресс опухоли на 50% параллельно с достижением уровня онкомаркёра СА15.3 до крайне границы нормы 27,6 ± 1,4 ЕД/мл, у остальных 33 больных зарегистрирован регресс опухоли менее 50%, на ряду с повышенным уровнем онкомаркёра СА15.3, но в динамике меньше исходного. У 3 больных после 4 курсов НХТ отмечен уровень СА15.3 выше нормы с отсутствием регресса опухоли более 50%, больные были переведены на другой режим ПХТ. У 59 больных, после 4 курсов НХТ, удалось достигнуть оперативного этапа лечения, наряду с нормализацией уровня онкомаркёра СА15.3.

Вывод. У больных МР РМЖ на этапе НХТ, динамический контроль уровня онкомаркёра СА 15.3 вместе с физикальным обследованием, позволяет качественно ценить регресс в опухоли и раньше изменить тактику лечения, при отсутствии должного ответа на проводимую терапию.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

С.С. Якуббекова, Х.Н. Мухтаржанова, Н.С. Турсунова, Д.З. Мамарасулова

Кафедра онкологии

Андижанского государственного медицинского института,

Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. К наиболее частым клиническим ситуациям у больных раком яичников (РЯ), при которых может быть показано применение диагностической лапароскопии, во-первых, относятся случаи, диктующие необходимость морфологической верификации опухолевого процесса перед началом лекарственного лечения; во-вторых, требующие уточнения состояния опухолевого процесса на различных этапах лечения как в виде морфологического подтверждения ремиссии, достигнутой в результате проведенного лечения, так и при рецидиве заболевания с целью уточнения его распространенности и оценки резектабельности.

Цель исследования: определить роль лапароскопии в комплексной диагностике больных первичным раком яичников

Материал и методы. В 2017 г. в Андижанском филиале республиканского научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в отделении гинекологии диагностические лапароскопии были выполнены 22 больным с диагнозом асцит, рак яичников, средний возраст – 54,7 года. Сроки госпитализации в специализированный стационар после обращения в районные поликлиники составили от 2 до 6 мес.

Результаты и обсуждение. Всем больным были определены показания для диагностической лапароскопии. В 18 (81,8 %) случаях в результате выполненной гистологического исследования биопсийного материала был установлен диагноз рак яичников. У 4 (18,18 %) диагноз РЯ не подтвердился. В большинстве наблюдений – 16 (72,7 %) – выявлен распространённый опухолевый процесс. У 1 (4,5 %) пациентки установлен диагноз неэпителиальной опухоли яичников. Лечение этих больных было начато с неоадъювантной химиотерапии. В 7 (31,8 %) наблюдениях лапароскопическим доступом были удалены пораженные опухолью, но при этом не увеличенные яичники, выполнению радикальных операций препятствовал тотальныйканцероматоз.

Выводы. Диагностические лапароскопии обладают целым рядом неоспоримых преимуществ перед лапаротомиями в отношении течения послеоперационного периода и сроков реабилитации больных. При обнаружении резектабельной опухоли показана конверсия на лапаротомию.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, ЛОФАНТОМ АНИСОВЫМ

А.А. Альтамирова, Х.У. Джабраилова, М.А. Карсамова, С.С. Юсупова - студенты лечебного факультета

Кафедра фармакологии медицинского института

ФГБОУ ВО ЧГУ, Грозный, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Е.Б. Хлебцова

Актуальность. Проблема лечения хронического тонзиллита у детей прочно занимает одно из ведущих мест в общей структуре патологии ЛОР органов. Интерес к данной проблеме обусловлен не только его большой распространенностью, но и значительным числом сопряженных с ним заболеваний. В последние годы было доказано, что небные миндалины очень активно участвуют в формировании местного и гуморального иммунитета, в связи с этим проблема подбора самого оптимального метода лечения хронического тонзиллита стала весьма актуальна.

Цель. 1.Выявление эффективности действия Лофанта анисового в лечении хронического тонзиллита у детей.

2. Анализ ближайших и отдаленных результатов после применения Лофанта анисового

Материалы и методы исследования. Дети в возрасте от 2-15 лет

С 2016 по 2018 г. мы наблюдали 52 ребенка, больных хроническим тонзиллитом, в возрасте от 2 до 15 лет, которые получали курсовое лечение в Детской поликлинике города Грозный. Проанализирован анамнез 43 детей путем личных наблюдений (32) и по сведениям лечащих врачей (11).

В комплекс лечения входили ингаляции отваром Лофанта анисового в соотношении 1:10 в течении 10 дней.

При оценке эффективности лечения, помимо детального клинического обследования и ЛОР-осмотра, учитывали исследование лакунарного содержимого миндалин, реакцию оседания эритроцитов фракционным способом, моноцитограмму по Григоровой, протеинограмму, дифениламиновую реакцию, титр АСЛ-О обычным и альбуминовым методом, С-реактивный белок. Все основные показатели обработаны методом вариационной статистики.

Результаты исследования. Анализ ближайших результатов показал, что у 92,%- детей наступило значительное улучшение, у 4,3% детей - незначительное , у 2,5% состояние не изменилось и у 0,7% произошло ухудшение общего состояния.

Под влиянием ингаляций Лофанта анисового восстанавливается функция миндалин и цитологическая картина лакунарного содержимого, улучшается функция сердца, повышается сократительная функция деятельности миокарда (по данным ЭКГ и ФКГ), нормализуются показатели, как неспецифической (общий анализ крови, РОЭ, ФРОЭ, моноцитограмма, белковый спектр), так и иммунологической (титр АСЛ-О, С-реактивного белка, ДФА, кожно-аллергические реакции к стрептококку) реактивности. Десенсибилизирующее действие Лофанта анисового обусловлено повышением резистентности организма и является вторичным.

Отдаленные (после ингаляций) наблюдения над детьми, больными хроническим тонзиллитом, показали, что большинство из них (95,2%) длительное время чувствовали себя хорошо, у них исчезли сердечно-сосудистые изменения, нормализовались показатели реактивности, восстановилась функция миндалин. У 42,2% детей не наблюдалось обострений хронического тонзиллита в течении 1—2 лет; у 57,5% обострения заболевания появились через 6-12 месяцев, но стали значительно реже, чем до лечения; у 4,8%- детей обострения появились через 1—3 месяца.

Наиболее стойкие отдаленные результаты получены у больных, ранее подвергшихся оперативному лечению, а также у тех, которым на фоне общетренирующих и закаливающих процедур, проводилось физиотерапевтическое лечение.

Перестройка реактивности организма и миндалин продолжается значительное время после лечения Лофантом анисовым, это подтверждено всеми клинико-инструментальными исследованиями.

Для закрепления результатов лечения целесообразно через 6—8 месяцев после лечения Лофантом анисовым проводить общеукрепляющую терапию, а также повторить ингаляции.

При соблюдении этих условий можно ожидать высокой и стойкой эффективности лечения и таким образом снизить заболеваемость хроническим тонзиллитом, а также предупредить развитие ревматизма.

Выводы. Лофант анисовый способен восстановить функцию миндалин и изменить цитологическую картину лакунарного содержимого.

Высока эффективность Лофанта анисового у детей, ранее подвергшихся оперативному лечению.

3.Анализ ближайших и отдаленных результатов показал в большинстве случаев положительную динамику.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ

М.Л. Козлова М.Л., В.И. Волкова – студентки 4 курса лечебного факультета

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель - асс. Ж.А. Култелеева

Введение. Анкилозирующий спондилит – воспалительное заболевание, поражающее аксиальный скелет [1]. Для данной патологии характерно хроническое рецидивирующее течение. Стоит отметить, что при этом заболевании будет наблюдаться постепенное формирование и прогрессирование функциональных нарушений со стороны позвоночника и суставов, что сопровождается низким качеством жизни пациентов с утратой трудоспособности [2].

Материалы и методы. Международное общество по оценке спондилоартрит (AssessmentofSponndyloArthritisinternationalSociety) рекомендует в качестве лечебной тактике данного заболевания рациональное сочетание немедикаментозной и медикаментозной терапии. В качестве немедикаментозной терапии рассматриваются регулярный физические упражнения и образовательные программы по модификации образа жизни [3].

На сегодняшний день было проведено достаточное количество исследований, подтверждающих положительную динамику у пациентов с анкизолирующем спондилитом получающих физиотерапевтическую терапию в сочетании с групповыми и индивидуальными домашними занятиями лечебной физической культуры [4].

Результаты и их обсуждения. Стоит отметить значительное преимущество обоих видов занятий лечебной физкультуры. При индивидуальных домашних занятиях будет возрастать частота лечебных мероприятий, в связи с тем, что пациентам гораздо легче заниматься, находясь в домашних условиях. Для данного вида занятий возможно любое удобное для пациента время для совершения необходимых упражнений, без привязки к графику групповых занятий. Также стоит отметить отсутствие громоздкого дополнительного оборудования для занятий. Однако регулярность тренировок будет полностью зависеть от желания пациента, при недостаточной мотивации пациента может наблюдаться существенная не регулярность занятий, что бесспорно приведет к снижению эффективности метода. Так же отсутствие контроля за правильным выполнением упражнений может существенно снижать эффективность терапии. Для организации подобных мероприятий необходимо качественное обучение пациентов упражнениям, объяснения тактики и алгоритма занятий.

При групповых занятиях недостатки индивидуальных домашних занятий частично нивелируются в результате осуществления наблюдения и возможности корректирования упражнений, осуществляемых на занятиях. Однако и данный вид не лишен ряда недостатков. В противовес домашним занятиям при таком виде терапии необходимо планирование свободного времени пациентом. Для значительного количества людей это является веским поводом игнорировать подобный вид терапии. Также на регулярность посещаемости занятий может оказывать влияние неконтактность и стеснительность пациента. Для таких людей данный вид терапии приносит значительный дискомфорт, что отражается на качестве выполняемых упражнений.

Однако все недостатки обоих видов терапий можно существенно сократить при грамотной беседе с пациентом и аргументированием выбора подхода и необходимости ее соблюдения. Необходимо объяснить последствия при невыполнении лечебных мероприятий и перспективу снижение прогрессирования заболевания и улучшения качества жизни при регулярной терапии. Разъяснительная работа имеет большое значение при коррекции состояния больного, ведь по данным различных исследований всего 18-34% пациентов с анкилозирующем спондилитом регулярно занимаются лечебной физкультурой [5-6].

Заключение. Подводя итог всему вышесказанному, стоит отметить, что несмотря на тяжелое течение анкилозирующего спондилита сопровождающееся значительной утратой трудоспособности и снижению качества жизни, далеко не все пациенты соблюдают лечебную тактику по снижению функциональных нарушений. В связи с этим наблюдается высокая инвалидизация данных больных. Однако при грамотной работе и мотивировании пациентов и соблюдению ими регулярности в занятиях лечебной физкультуру отмечается существенное снижение отрицательных последствий заболевания в социальном и физическом плане. Вследствие этого необходимо уделять должное внимание разъяснительным беседам с пациентом, его дополнительным стимулированием во время терапии на протяжении всего периода лечения.

Список литературы

1. Эрдес Ш. Ф., Бочкова А. Г., Дубинина Т.В., и др. Ранняя диагностика анкилозирующегоспондилита. Научно-практическая ревматология. 2013; 51(4): 365-7

DOI: http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2013-1245

2. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, et al. Ankylosing apondylitis: an overview. Ann Rheum Dis. 2002; 61 Suppl3:iii8-18.

DOI: 10.1136/ard.61.suppl_3.iii8

3. BraunJ, van den Berg R, Baraliakos X6 et al. 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2011; 70(6):896-904.

DOI: 10.1136/ard.2011.151027

4. Dagfinrud H, Kvien T.K.6 Hagen K.B. The Cochrane review of physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis.

J Rheumatol. 2005; 32(10): 1899-906

5. Falkenbach A. Disability motivates patients with ankylosing spondylitis for more frequent physical exercise. Arch Phys Med Rehabil. 2003; 84(3):382-3.

DOI: 10.1053/ampmr.2003.50013.

6. Bodur H, Ataman S, Rezvani A, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. Qual Life Res. 2011;20(4):543-9.

DOI:10.1007/s11136-010-9771-9.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

М.Л. Козлова студентка 4 курса лечебного факультета

Кафедра физической культуры

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель - асс. Ж.А. Култелеева

Введение. Коленный сустав – сустав, соединяющий воедино три кости: бедренную, большеберцовую и надколенник (1).

Окончательный диагноз ставится после проведения лучевого исследования, редко приходится прибегать к артроскопии.

Первым этапом лечения будет являться удаление крови из полости сустава и иммобилизация конечности. Проблема заключается в том, что иммобилизации недостаточно для восстановления целостности крестообразных связок, она преимущественно направлена на сращение костных отломков. Поэтому необходимо комбинировать хирургическое лечение с лечебной физкультурой(ЛФК).

Материалы и методы. Для наиболее эффективного процесса восстановления связочного аппарата нами была разработана методика занятий ЛФК, состоящий из пяти этапов.

1 этап – 1-7 день после травмы.

Упражнения выполняются по 10 подходов с регулярностью 3-4 раза в день. Важным условием является то-что выполнение упражнений через боль строго запрещено.

2 этап - до 14 дней после травмы.

Продолжается схема первого этапа с добавлением общеукрепляющих упражнений, для подготовки мышц к дальнейшему передвижению без вспомогательных приборов.

Полуприседания. Выполняются у стены. Колени не должны заходить за стопы, а поясница должна быть обращена к полу на уровне прямого угла.

Подъем на носочки.

3 этап - до 1 месяца после травмы.

Пациент выполняет упражнения из предыдущих этапов к ним также добавляются.

Отведение и приведение разогнутой конечности и ее подъем вверх. Исходное положение лежа на спине.

Также необходим полный отказ от вспомогательного оборудования и самостоятельная ходьба.

4 этап – 1,5 месяца после травмы.

Производится пересмотр всей схемы занятий, простые упражнения либо исключаются, либо усложняются за счет отягощения.

5 этап – до полугода с момента получения травмы.

Пациент регулярно выполняет подобранный для него комплекс упражнений в комфортном для него темпе с оптимально подобранным утяжелением.

Результаты. Данная схема упражнений была опробована на студентах ОрГМУ, входящих в специальную группу в результате получения данной травмы.

Всего в исследовании приняло участия 20 человек с разных курсов. 7 из них начали заниматься с первого этапа комплекса, у остальных имели уже застарелые компенсированные травмы.

Испытуемые, придерживающиеся данному курсу с момента получения травмы через полгода, полностью смогли вернуть себе работоспособность и позабыть о последствиях травмы. Те, кто начали заниматься согласно разработанному комплексу, имея уже застарелую травму, отметили значительное улучшение самочувствия и увеличения функциональных возможностей травмированной конечности.

Заключение. Наш комплекс упражнений направлен на максимально комфортную реабилитацию поверженной конечности. На первом этапе происходит подготовка структур к дальнейшей нагрузке путем увеличения коллатерального кровообращения и укреплению мышц нижней конечности. Ранняя мобилизация пациента позволяет минимизировать атрофический эффект лечебных мероприятий направленных на сопоставление костных отломков. Так же активизируя метаболические процессы на месте травмы. Дальнейшая нагрузка на поврежденную конечность обеспечивает укрепление мышц и связок колена.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

О.А. Тихонова[1] – клинический ординатор, Е.И. Горячева[2] – клинический ординатор

Кафедры [1]физической культуры, ЛФК и спортивной медицины

и [2]терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФДПО

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Л.П. Охапкина

Актуальность. Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) молодежи является одной из важнейших задач современного общества. В последнее время отмечается ухудшение физической подготовки учащихся. Причинами являются: ухудшение экологии, неправильный образ жизни, дефицит двигательной активности. Кроме того, это обусловлено несовершенством действующих программ по физическому воспитанию и недостаточным уровенем культуры ЗОЖ [1, 2]. Также растет число студентов, отнесенных к специальной медицинской группе и временно освобожденных от практических занятий по физическому воспитанию [3].

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) все еще являются основной проблемой здравоохранения в большинстве стран мира и характеризуются высокой заболеваемостью, смертностью и инвалидизацией трудоспособного населения, нанося социально-экономический ущерб обществу [2, 4].

Цель. Проведение анализа уровня здоровья студентов I-II курсов Смоленского государственного медицинского университета (СГМУ). Оценка факторов риска сердечно-сосудистой патологии. Определение динамики распределения студентов в основную, подготовительную и специальную медицинскую группу (СМГ).

Материалы и методы исследования. Проведены комплексные медицинские осмотры 1870 студентов 1-2 курса СГМУ. Дана оценка жалоб студентов, их физического развития, функционального состояния сердечно-сосудистой системы (ССС). Проведена антропометрия в полном объеме (определение показателей роста, веса, ЖЕЛ, АД, становой силы, динамометрии правой и левой кисти). Врачебная комиссия в составе терапевтов, дерматовенеролога, окулиста, оториноларинголога, нарколога, гинеколога, хирурга-ортопеда, врача спортивной медицины оценивала состояние здоровья учащихся и распределяла их на медицинские группы (основную, подготовительную и специальную). Проведено анкетирование студентов для анализа субъективной оценки своего состояния. Студентам СМГ, по показаниям, были проведены мониторирование артериального давления (АД) и ЭКГ. Статистическая обработка проведена в MS Excel for Windows 8.

Результаты исследования. Медицинскую комиссию в 2016-2017 учебном году прошли 98% студентов I курса и 87% II курса. В 2017-2018 уч. году – 97,8% студентов.

В 2016-2017 учебном году в основную медицинскую группу было распределено 35,8% студентов, в подготовительную – 46,1%, а в СМГ – 18,1%. В 2017-2018 учебном году в основную медицинскую группу было распределено 30,9% студентов, в подготовительную – 41,1%, а в СМГ – 28%. Прослеживается очевидная отрицательная динамика за 2 года.

По результатам анкетирования, при самостоятельной оценке своего здоровья только 52% студентов расценили его как удовлетворительное.

Чаще всего студенты предъявляли жалобы: на слабость, утомляемость, раздражительность, головные боли, нарушение сна, боли в сердце, головокружения. 55% студентов отмечали среднее нервное напряжение, 36,8% - повышенное и 8,1% - незначительное.

Рассматривая структуру заболеваемости студентов, стоит отметить, что лидирующие позиции занимают заболевания ССС, органов зрения, болезни опорно-двигательного аппарата, ЖКТ.

Были выявлены факторы риска развития ССЗ: курение (22,1%), избыточная масса тела или ожирение различной степени (21,9%), хронический стресс (10,1%). У некоторых студентов замечена зависимость от погодно-климатических условий, что может повышать заболеваемость ССС или усугублять имеющуюся патологию. У 14,6% студентов состояние здоровья ухудшалось с переменой погоды, а у 8,6% - со сменой сезона года.

Средний уровень физического развития имели 59,4% обследованных студентов, выше среднего – 7,2%, высокий – 2,6%, ниже среднего – 25,5%, низкий – 5,3%.

Среднее систолическое давление (САД) в основной группе здоровья составило 122,4 ± 2,72% мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) – 73,5 ± 2,14 мм рт.ст. В специальной медицинской группе зарегистрировано среднее САД – 140,1 ± 2,72 мм рт.ст., ДАД – 82,3 ± 2,72 мм рт.ст. Т.е., студенты специальной медицинской группы достоверно чаще ($p<0.05$) имели более высокие цифры САД (на 13,9%) и ДАД (на 10,7%) в сравнении со студентами основной группы.

Следует отметить тревожный факт – высокое нормальное АД было выявлено у 20,9% студентов. АГ I степени и АГ II степени встречались у 18,6% и 3,6% соответственно. Как известно, АГ I степени наиболее опасна для развития осложнений, т.к. у пациентов обычно нет жалоб или они незначительны, поэтому люди, считая себя здоровыми, выполняют тяжелую физическую работу, увлекаются силовыми видами спорта.

При оценке ЭКГ студентов СМГ выявлены следующие факты. Только у 74,5% зарегистрирован синусовый ритм. Неполная блокада правой ножки пучка Гисса диагностирована у 7,4% студентов, синусовая аритмия у 6,6%, синдром ранней реполяризации желудочков у 6,2%, миграция суправентрикулярного водителя ритма у 3,8%, наджелудочковая

или желудочковая экстрасистолия у 2,1% и 0,9% соответственно.

Выводы. Количество студентов, распределенных в СМГ, велико и ежегодно увеличивается (с 18,1% до 28%). У студентов часто встречаются такие факторы риска развития ССЗ, как курение (22,1%), избыточная масса тела или ожирение (21,9%), хронический стресс (10,1%). Студенты СМГ имеют более высокие цифры САД (на 13,9%) и ДАД (на 10,7%), в сравнении со студентами основной группы.

В связи с этим необходимо проводить первичную и вторичную профилактику факторов риска развития ССЗ, в особенности, АГ у студентов.

Также необходимо рекомендовать правильно организовать реабилитацию студентов СМГ. Для этого проводить физкультурно-оздоровительную работу, разработать специальную программу формирования культуры ЗОЖ, в содержание которой ввести блоки, связанные с нозологическими особенностями заболеваний обучающихся. Следует организовать рациональный двигательный режим студентов, способствовать улучшению их физической подготовленности, что позволит повысить адаптивные возможности организма, физическую работоспособность и сохранить и укрепить здоровье студентов и улучшить их качество жизни.

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТАЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ РТА В УСЛОВИЯХСАНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

А.С. Каммаева - студентка 307 группы стоматологического факультета

Кафедра обшей фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Х.Н. Насрулаева

Актуальность. Санаторно-курортное лечение является неотъемлемым этапом лечения многих патологических состояний организма человека. Данное лечение может быть направлено как на укрепление общего состояния организма, так и на лечение определенной нозологии.

Целью нашей работы явился анализ использования различных методов лечения патологических состояний ротовой полости стоматологических больных в санаторно-курортных учреждениях.

Материалы и методы исследования. При обработке информационных материалов использовали следующие методы: логического анализа, непосредственного наблюдения и изучения, группировки, региональный и концептуальный подходы.

Результаты исследования. Как показали результаты наших исследований, при разных нозологических формах заболеваний полости рта на курортах используются различные

методы лечения: бальнеологическое, физиотерапевтическое и лекарственное.

Комплексное лечение санаторно-курортных больных базировалось на назначении бальнеолечения в 98,3% случаях. Для 32,6% больных назначали физиотерапевтические процедуры. Важным фактором являлось назначение более 48% санаторно-курортных больным поддерживающей лекарственной терапии, которая позволяла им адаптироваться к климатическим условиям курорта, а также для преодоления отрицательных бальнеологических реакций на проводимые процедуры и в случае обострения основного заболевания. Использование комплексного лечения позволила добиться достаточно высокого лечебного эффекта у 62,2-83,4% стоматологических больных. Большая роль при лечении на курортах принадлежала минеральным водам различного химического состава, которые назначались как внутрь, так и наружно в виде различных ванн.

В зависимости от заболевания полости рта больным назначались сероводородные, радоновые, йодобромные и азотные, кремнистые термальные воды, повышающие окислительные процессы в тканях и оказывающие благотворное влияние на организм человека. Помимо минеральной воды, на курортах назначались лечебная грязь, которая применялась в виде аппликаций и оказывала как местное, так и общее воздействие, положительно повлияла на защитные силы организма и нервную систему.

Нельзя не отметить значения лечебной физкультуры и лечебного питания – важного звена оздоровления людей. Вместе с тем, каждый больной получал климатолечение, включающее аэротерапию, гелиотерапию, которые не только улучшали тонус нервной системы, но и способствовали закаливанию организма.

Особо следует отметить применение на курорте физиотерапевтических процедур. Рациональное применение методов аппаратной физиотерапии в комплексе с бальнеофакторами повышали терапевтический эффект. Наиболее часто назначались: ультразвуковая терапия, электрофорез лекарственных средств, электросон, высокочастотная электротерапия.

Выводы. После проведения комплексного лечения у 72,3% стоматологических больных с различными заболеваниями полости рта удлинялся срок ремиссии от 3 месяцев до 1 года 2 месяцев. Положительным фактором являлся значительное улучшения самочувствия у 44,3% больных.

Таким образом, комплексная терапия больных с заболеваниями полости рта в санаторно-курортных условиях дает высокий оздоровительно-профилактический и лечебно-реабилитационный эффекты.

АПИТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Д.М. Исаева - студентка 504 группы лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители – к.м.н., доцент З.Ш. Магомедова., д.м.н., профессор Ш.М. Омаров

Актуальность. Фармакотерапия туберкулеза часто осложняется с одной стороны побочными эффектами противотуберкулезных препаратов, и с другой – снижением иммунитета.

Для защиты иммунитета от гепатотоксичных препаратов применяют достаточно широкий спектр средств, однако не всегда удается подобрать достаточно эффективное лечение. В качестве иммуномодулятора и органопротекторного средства могут выступить ряд препаратов природного происхождения, в частности продукты пчеловодства: прополис, мед, апилак.

Наибольший интерес представляет прополис – пчелиный клей, состоящий из смол, флавоноидов, эфиров высших жирных кислот и спиртов, свободных жирных кислот и спиртов, бальзамов, эфирных масел, витаминов, микро- и макроэлементов.

Поскольку эффективность противотуберкулезной терапии зависит от состояния иммунной системы, большое значение имеет коррекция нарушений иммунитета, в первую очередь с использованием биопрепаратов.

Цель нашего исследования: изучение иммуномодулирующего действия прополиса и пчелиного меда у больных туберкулезом легких.

Материал и методы. Проведено оценки эффективности фармакотерапии у 35 больных туберкулезом легких. У 16 выявлена инфильтративная форма, у 19 - другие формы туберкулеза легких.

В исследование включались больные с впервые выявленным туберкулезом легких. Критерии исключения из исследования: использование больным иммуносупрессивного препарата за 6 месяцев до включения его в исследование; аллергические реакции на препараты прополиса и меда в анамнезе; наличие иного заболевания, вызывающего иммунодефицит у больного.

Критерием иммуномодулирующей эффективности терапии апипрепаратами явилось отсутствие клинико-лабораторных признаков иммунодефицита и повышение Т-клеточного иммунитета, усиление фагоцитоза.

Первоначально включено в исследование 39 пациентов, исключено 4 (2 – из-за необходимости оказания неотложной помощи, 1 – в связи с наличием аллергических реакций в анамнезе на продукты пчеловодства, 1 – в связи с проведением терапии иммуносупрессивными препаратами накануне).

Результаты исследования. Обследованные больные были рандомизированы на 2 группы. Пациенты, помимо комплекса противотуберкулезных антибиотиков и поливитаминов, получали по 20 капель спиртового раствора прополиса внутрь на стакан молока за 1 час до еды 3 раза в день и по 50 г меда на пол стакана кипяченой воды комнатной температуры 3 раза в день до еды (основная группа).

В контрольную группу вошли больные, которым не были назначены прополис и мед. Состояние больных оценивалось после 4-5 курсов лечения апипрепаратами (3-4-недельные курсы с интервалом между ними 2 недели) и без них.

Группы пациентов статистически достоверно не отличались друг от друга по полу, возрасту, а также по наличию сопутствующих заболеваний.

В результате нескольких курсов лечения в комбинации с прополисом и медом зарегистрировано повышение фагоцитарной активности лейкоцитов и Т-лимфоцитов.

По данным нашего исследования при нескольких курсах лечения апипрепаратами обнаруживается иммуномодулирующее действие при туберкулостатической терапии больных. Отмечена положительная динамика Т-лимфоцитов и фагоцитов в основной группе больных, по сравнению с контрольной группой.

Выводы: Комплексное лечение с применением прополиса и меда больных туберкулезом легких значительно повышает клеточный иммунитет.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОЛОДАТАКА У ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ

С.Б. Ханмурзаева[1] – аспирант

Кафедры фармакологии и [1]неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала Россия

Научный руководитель – к.м.н., асс. Н.Б. Ханмурзаева

Актуальность. Дорсопатия (ДП) – распространенный вариант скелетно-мышечного болевого синдрома, является актуальной проблемой неврологии и терапии. Учитывая, что заболевание хроническое, со склонностью к рецидивированию, также высокую частоту коморбидных состояний, потребность в приеме большого количества лекарственных препаратов, серьезной проблемой остается выбор эффективного препарата, обладающего достаточной безопасностью применения у конкретного больного. Несмотря на то, что раннее

начало адекватной терапии имеет ключевое значение в прогнозе ДП, многие пациенты занимаются самолечением и лишь при неэффективности или развитии побочных эффектов обращаются к врачу. Нестероидные противовоспалительные средства являются средствами выбора для купирования острой боли в спине, однако существуют ограничения приёма НПВС, в частности у пациентов с высоким риском патологии желудочно-кишечного тракта, кардиоваскулярной патологии. Альтернативой назначению НПВС является использование препаратов группы селективных активаторов нейрональных К-каналов, представитель которой флупиртин, обладающий обезболивающим и миорелаксирующим действием. Анализируются вопросы безопасности применения препарата у пациентов с ДП.

Синдром ДП один из самых распространенных в популяции, являясь одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. ДП в 1,3% случаев в США - это основной повод для обращения за медицинской помощью, от 75 до 85% жителей страны переносят не менее одного эпизода интенсивной боли, обусловленной ДП. Вследствие высокой частоты развития рецидивов ДП является одной из наиболее частых причин временной и стойкой утраты трудоспособности, а также увеличения количества лет, прожитых с заболеванием. ДП представляет собой серьезную социально-экономическую проблему вследствие значительных материальных затрат, обусловленных снижением качества жизни пациентов и ограничением трудоспособности.

Исходя из этого **целью** нашего исследования явилось изучение эффективности применения нолодатака у пациентов с ДП.

Материалы и методы. Развитие ДП сопровождается изменениями мышечного тонуса в виде спазма поперечно - полосатой мускулатуры. Эта реакция имеет защитный характер, обеспечивая стабильность позвоночника и за счет ограничения объема движений в пораженном двигательном сегменте избавляя пациента от болевых ощущений. Со временем мышечно-тоническая реакция утрачивает свой защитный характер, приобретая свойства механизма, поддерживающего болевые ощущения. Исходя из этих соображений, для лечения пациентов с ДП широко применяются противоспастические препараты (миорелаксанты). Их использование у таких пациентов повышает эффективность назначения НПВП и анальгетиков. Прием миорелаксантов обеспечивает более быстрое и полное купирование ДП, снизить лекарственную нагрузку на организм, позволяет сократить сроки терапии. Группа миорелаксантов широко применяется в клинической практике, в ряде стран целесообразность их назначения отмечена в национальных рекомендациях по лечению пациентов с ДП. С целью устранения избыточного мышечного спазма и купирования ДП, в ряде стран, назначают бензодиазепиновые производные, при этом мощный противоспастический эффект этих препаратов сопряжен с риском развития таких побочных эффектов, как повышенная сонливость, лекарственная зависимость, нарушение координации, заторможенность. По этой

причине продолжается поиск оптимальных миорелаксантов, обеспечивающих, при минимуме нежелательных побочных эффектов, устранение избыточного повышения мышечного тонуса. Представляется, что для лечения пациентов со скелетно-мышечными БС, в частности с ДП, было бы целесообразным применение препарата, обладающего противоболевой и антиспастической эффективностью, с минимальным числом побочных эффектов. Эти требованиям, в определенной степени, отвечает препарат Нолодатак (флупиртина малеат). Нолодатак широко применяется около 30 лет в качестве противоболевого препарата в различных странах и на территории Евросоюза. Флупиртин представляет собой неопиоидный анальгетик центрального действия. Основой его механизма действия является активация потенциалнезависимых калиевых каналов, обеспечивающая стабилизацию мембранного потенциала нейрона и препятствующая тем самым распространению болевой импульсации. Доказано, что флупиртин обеспечивает повышенный приток ионов калия в клетку, активируя потенциалнезависимые медленные калиевые каналы типа Kv7/M. В экспериментальных исследованиях, с участием здоровых добровольцев, показана способность пероральных форм флупиртина, вводимых в терапевтических дозировках, влиять на мембранный потенциал миелинизированных аксонов периферических нейронов, повышая его, что препятствует деполяризации последних и распространению болевых сигналов. Установлено, что обезболивающее действие флупиртина связано с его способностью связываться с экстрасинаптическими ГАМК-ергическими рецепторами, которые содержат содержат δ-субъединицу. Модулирующее действие препарата на ионные токи в системе нейронов заднего рога спинного мозга вследствие стимуляции ГАМК-ергических рецепторов по своему влиянию превосходит таковое, обусловленное активацией калиевых каналов. В основе возникающего при применении флупиртина снижения повышенного тонуса поперечнополосатой мускулатуры также, вероятно, лежит стимуляция ГАМКА-рецепторов. Развивающийся миорелаксирующий эффект препарата имеет преимущественно локальный характер, и проявляется он в области исходно повышенного тонуса, практически при этом не вызывая генерализованной мышечной слабости. Важно отметить, что противоболевое и миорелаксирующее действие флупиртина не связано с метаболизмом простагландинов, с взаимодействием с бензодиазепиновыми и опиоидными рецепторами. Терапевтические концентрации флупиртина не взаимодействует с дофаминовыми, α1 -, α2 -адренорецепторами, серотониновыми 5HT1 - и 5HT2 -рецепторами, центральными М- и Н-холинорецепторами, синаптическими ГАМК-ергическими рецепторами, активация которых опосредует и положительные и негативные эффекты бензодиазепиновых производных.

Результаты исследования. Континуум указанных фармакологических свойств флупиртина имеет большую значимость, т.к. определяет профиль его безопасности и переносимости. Несомненно, что применение флупиртина не сопряжено с риском развития

таких серьезных побочных эффектов, как протромботическое и ульцерогенное действие, изменение уровня артериального давления. Установлено, что препарат не вызывает эйфоризирующего действия, лекарственной зависимости, что в свою очередь, имеет существенное значение, беря во внимание психологические особенности пациентов с БС, а также характер реагирования больного на имеющееся заболевание. Опираясь на целый ряд несомненных достоинств флупиртина и социальной значимости проблемы ДП, большие ожидания были связаны с применением флупиртина этого препарата именно у этой категории больных. В ходе ряда мультицентровых исследований была установлена эффективность данного препарата у пациентов с острыми и хроническими скелетно-мышечными БС. Дизайн и мощность исследований позволяют считать полученные результаты убедительными. Показано, что применение терапевтических дозировок флупиртина способствует полному купированию или снижению до приемлемого уровня интенсивность БС, восстанавливает правильное распределение мышечного тонуса, обеспечивает нормализацию биомеханики и создает предпосылки для проведения реабилитационных мероприятий. Результаты исследований подтверждают незначительное количество побочных эффектов, что обуславливает хорошую переносимость препарата. Немаловажно, что у препарата даже при длительном курсе лечения отсутствуют развитие зависимости и привыкания. Опираясь на эти данные, Германская ассоциация по изучению боли в спине рекомендует флупиртин для применения у пациентов с подострым БС, вызванным вертеброгенной патологией. Внимание к флупиртину не ослабевает, невзирая на длительное изучение эффективности препарата и накопленный опыт его практического применения. Исследования, посвященные оценке переносимости и эффективности флупиртина, сравнению результатов лечения с другими лекарственными препаратами продолжаются до настоящего времени. Исследование, законченное недавно продемонстрировало, что обезболивающий эффект флупиртина 400 мг/сут оказался сопоставим с таковым трамадола 200 мг/сут, при этом флупиртин переносился намного лучше, а количество возникших вследствие его применения побочных эффектов – значительно меньше. Проведены отечественные исследования эффективности применения флупиртина у пациентов с ДП. На базе поликлиник г.Москвы, в одном из начальных исследований, было включено 100 больных с ДП, в последующем 10 из которых выбыли из исследования по причинам, которые не связаны с переносимостью данного препарата. Таким образом, были проанализированы результаты лечения 90 больных ДП (41 мужчина и 49 женщин; возраст 37–68 лет, в среднем 58,0±9,3 года). Назначалось 100 мг флупиртина 3 раза/сут на протяжении 2-х нед. До начала и сразу же после окончания курса лечения проводили комплексное клиническое обследование. В результате проведенной терапии выраженность БС снизилась почти в 4 раза по сравнению с исходной, параллельно увеличилась способность больных к самообслуживанию. Существенные изменения выраженности диссомнических нарушений к

концу периода наблюдения отсутствовали. Суммарная оценка эффективности лечения продемонстрировала хороший эффект у 59 (65,6%) больных в виде регресса неврологической симптоматики, полного устранения БС, восстановление способности к самообслуживанию. У 24 (26,7%) пациентов зарегистрирован удовлетворительный эффект (при сохранении симптомов радикулопатии и элементов ограничения повседневной активности происходило полное устранение БС). У 7 (7,8%) больных имел место умеренный эффект (наличие остаточного БС, симптомов радикулопатии и ограничения повседневной активности). Ни одним пациентом не отмечалось полного отсутствия эффекта от проводимого лечения. Такие побочные явления, как ощущения общей слабости и несистемного головокружения отмечены у 1 больного, на протяжении 3-х суток они сохранялись, но регрессировали самостоятельно, не требуя изменения режима приема флупиртина. Результаты 30-летнего опыта клинического применения препарата позволяют констатировать его высокую противоболевую эффективность.

Выводы. Нолодатак показан больным, нуждающимся в купировании БС, риск гастроинтестинальных или кардиоваскулярных осложнений которых превышает потенциальную пользу от применения НПВП, при сочетании болевого и мышечно-тонического синдромов. Несомненно, имеющиеся на сегодняшний день сведения позволяют рассматривать целесообразность применения Нолодатака в качестве эффективного лекарственного препарата, который может использоваться при лечении пациентов с различными клиническими вариантами ДП. В итоге, правильная оценка клинической картины заболевания, включая сопутствие соматических заболеваний, точное следование аннотации по применению флупиртина, позволяют обеспечить безопасность, а также эффективность лечебного процесса.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Р.М. Беридзе – студент 327 группы лечебного факультета,

А.А. Конюшенко – студентка 328 группы лечебного факультета

Кафедра общей и клинической фармакологии

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель – ст. преподаватель О.Л. Палковский

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) – заболевание с хроническим прогрессирующим демиелинизирующим и нейродегенеративным течением, с очагами поражения в центральной и периферической нервной системе. Рассеянным склерозом сегодня в мире страдают около 3 млн человек. У большинства первые симптомы возникают в возрасте от 20 до 40 лет. В РБ общая заболеваемость составляет около 41 случая на 100 тыс. населения. РС развивается вследствие

множества факторов. Главным образом к ним относятся внешняя среда и наследственная предрасположенность. Для предупреждения обострений, увеличения периода ремиссии и замедления прогрессирования заболевания используются препараты, изменяющие течение РС. В настоящее время существует несколько способов медикаментозного лечения РС, но «идеального» препарата пока не найдено. Актуальными проблемами в лечении пациентов с РС в Республике Беларусь являются: отсутствие на фармацевтическом рынке РБ лекарственных средств превентивного ряда, а также стоимость ведения пациентов с РС.

Цель исследования. Оценить фармакоэкономику рассеянного склероза в Республике Беларусь с учетом прямых и непрямых затрат.

Материалы и методы исследования. Анализ фармакоэкономики проводился на основе стандартов оказания медицинской помощи больным РС в РБ, официальных статистических изданий. Стандарт имеет разделение медицинских услуг по функциональному назначению (диагностика, лечение и фармакотерапия). В случае диагностики и терапии указывается наименование услуги, частота и среднее количество предоставления услуг. Частота и среднее количество предоставления услуги определяется экспертами-разработчиками с учетом доказательств эффективности, безопасности и экономической целесообразности, а также опыта практической работы. Данные об объеме и сруктуре предоставляемых медицинских услуг, включая диагностические процедуры, предоставляемые описанным образом в стандарте, позволили провести их экономическую оценку на основе среднего прейскуранта услуг областных больниц Республики Беларусь. В общем итоге сумма всех показателей (стоимость диагностических и медицинских процедур, стоимость лекарственной терапии, сумма косвенных расходов и неполученных доходов) формирует «бремя болезни».

Результаты исследования. Система здравоохранения Республики Беларусь носит государственный характер, позволяющий реализовать каждому гражданину право на охрану здоровья и получение бесплатной медицинской помощи. Общий объем расходов на здравоохранение РБ по всем источникам финансирования в 2015 году составил около 6% ВВП, доля государственных расходов – около 4% ВВП.

С точки зрения фармакоэкономического анализа «бремя болезни» - это денежное выражение затрачиваемых на терапию ресурсов в денежном эквиваленте. Существует несколько типов классификации учитываемых в фармакоэкономике затрат, но чаще всего используется деление на прямые и непрямые. К прямым относятся затраты на: диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические медицинские услуги, манипуляции и процедуры; основные лекарственные препараты и препараты, необходимые для коррекции побочных эффектов проводимой терапии; содерджание пациента в лечебном учреждении; использование медицинского оборудования, площадей и средств. К непрямым относятся: затраты на оплату листков нетрудоспособности, пособия и трудовые пенсии по

инвалидности и иные социальные выплаты пациенту, предусмотренные действующим законодательством; социальные выплаты родственникам больного, нуждающегося в постоянном уходе в связи с временной нетрудоспособностью; потери внутреннего валового продукта, связанные с заболеванием.

Анализ фармакоэкономики. Диагностика на этапе поступления в ЛПУ включала осмотр специалистами (терапевт, окулист), лабораторные анализы и анализы с использованием инструментальных методов. Средняя стоимость диагностики на амбулаторном этапе в зависимости от типа составила (в год): первое обращение с РС – 20,9 бел.руб., ремиттирующее течение (обострение 2 ст. тяжести) – 20,9 бел.руб.

Аналогичным способом была оценена стоимость диагностики пациентов на стационарном этапе. Средняя стоимость в зависимости от типа составила (в год): первое обращение с РС – 97,2 бел.руб., ремиттирующее течение (обострение 2 ст. тяжести) – 71,1 бел.руб.

Средняя длительности пребывания пациентов в ЛПУ составила 20 дней, цена койко-дня – 9,2 бел.руб. Средняя стоимость пребывания в центре в зависимости от типа составила (в год): первое обращение с РС – 184,4 бел.руб., ремиттирующее течение (обострение 2 ст. тяжести) – 184,4 бел.руб.

Средняя стоимость терапии (при условии, что часть сложных диагностических случаев составляет 15%) на стационарном этапе на одного пациента в зависимости от типа составила (в год): первое обращение с РС – 48,3 бел.руб., ремиттирующее течение (обострение 2 ст. тяжести) – 48,3 бел.руб.

Средняя стоимость фармакотерапии на стационарном этапе в зависимости от типа составила (в год): первое обращение с РС – 45,8 бел.руб., ремиттирующее течение (обострение 2 ст. тяжести) – 46,1 бел.руб.

Средняя стоимость вне стационара в зависимости от типа составила (в год): первое обращение с РС – 115,3 бел.руб., ремиттирующее течение (обострение 2 ст. тяжести) – 145,2 бел.руб.

Таблица 1 – Прямые затраты на ведение больного рассеянным склерозом в РБ в год.

Затраты	Белорусских рублей	Долларов США
Диагностика (амбулаторно)	20,9	10,3
Диагностика (стационарно)	86,7	42,6
Содержание пациентов в ЛПУ	184,4	90,7
Фармакотерапия (стационарно)	45,9	22,6
Фармакотерапия (последующая)	127,2	62,5
Терапия	48,1	23,6

Оплата услуг социального работника	421,9	207,4
ИТОГ (на одного пациента):	**935,1**	**459,7**

Следует обратить внимание, что наибольшая доля расходов идет на оплату услуг социального работника и составляет 45% от прямых затрат, а фармакотерапия на стационарном и амбулаторных этапах – 19% соответственно.

Таблица 2 – Непрямые затраты на ведение больного рассеянным склерозом в РБ в год.

Затраты	Белорусских рублей	Долларов США
Потери ВВП из-за отказа больных от работы	5435,4	2672,3
Потери ВВП из-за отказа от работы родственников	1951,2	959,3
Потери ВВП из-за временной нетрудоспособности	1106,1	543,8
Выплаты пособий по инвалидности	730,4	359,1
Выплаты пособий по уходу за больными	175,9	86,5
Выплаты из-за временной нетрудоспособности	2843,6	1398,1
ИТОГ (на одного пациента):	**12.242,6**	**6019,1**

Выводы. Общие затраты на ведение одного пациента с РС составили 13 177,7 бел.руб. Доли прямых и непрямых затрат – 7% и 93% соответственно. Это свидетельствует о том, что основное экономическое бремя приходится на непрямые затраты. Также следует обратить внимание на то, что на лекарственные средства приходится чуть больше 1% (1,3%) от экономического бремени. В других странах этот показатель превышает 40%, что обусловлено включением препаратов разных групп, изменяющих течение РС, в лечебную практику. В Республике Беларусь данные препараты в стандарт лечения не включены.

ИЗУЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ АСПЕКТОВ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ УКРАИНЫ

А.С. Пироговская - студентка 5 курса фармацевтического факультета

Кафедра управления и экономики фармации,

медицинского и фармацевтического правоведения

Запорожского государственного медицинского университета, Запорожье, Украина

Научный руководитель – к. фарм.н., доцент Н.А.Ткаченко

Актуальность. Совсем недавно современная терминология фармацевтической практики пополнилась понятием «социальная ответственность» (СО). Ученые активно начали

исследовать феномен СО, как одного из эффективных механизмов повышения конкурентоспособности отрасли, компаний. В контексте данной концепции актуальным является изучение профессиональной ответственности специалистов фармации (СФ) в соответствии с социальными ролями. Справочник квалификационных характеристик – документ, который сегодня объясняет вопрос квалификационных требований к СФ и используется для рационального распределения персонала согласно специальности и квалификации, определения задач, обязанностей и ответственности работников здравоохранения. На его основе каждая фармацевтическая организация (ФО) разрабатывает должностные инструкции (ДИ).

Цель: определение полноты и содержательности ДИ для СФ аптечных учреждений и оценка современного состояния документального оформления взаимоотношений и поля деятельности СФ.

Материалы и методы. Анализу подверглись ДИ аптечных учреждений 6 областей Украины. В работе использованы методы поиска, сравнительного, логического, системного анализа и обобщения данных.

Результаты. На первом этапе работы были изучены концептуальные положения теории СО и теории социальных (профессиональных) ролей СФ. В результате чего описана связь этих теорий и механизм формирования норм поведения СФ в первичных социальных профессиональных группах – коллектив ФО. Документальным оформлением требований ФО к СФ выступает ДИ, трудовой и коллективный договора, правила внутреннего трудового распорядка.

Второй этап работы предусматривал изучение структуры ДИ в соответствии с разделами Справочника квалификационных характеристик: «Задачи и обязанности», «Должен знать» и «Квалификационные требования». Исследования показали, что структура ДИ включает до 7 разделов. Среди них можно выделить 4 раздела, которые встречаются 95-100% ДИ: «Общие положения», «Задачи и обязанности», «Права», «Ответственность». Таким разделам, как «Должен знать», «Взаимоотношения (связи по должности)», «Квалификационные требования» не предоставляется должное внимание. Так, разделы ДИ «Должен знать» (содержит требования к специальным знаниям, знаниям законодательных актов и нормативных документов, необходимых для выполнения должностных обязанностей) и «Взаимоотношения (связи по должности)», встречаются только в 16 7% случаев ДИ. Разделу «Квалификационные требования» уделяется только 10% в ДИ.

На третьем этапе исследований осуществлен анализ наполнения указанных разделов ДИ. Перечень «Задачи и обязанности» в ДИ СФ колеблется от 5-28 пунктов. Анализ показал, что чаще всего в ДИ включены следующие задачи и обязанности, такие как «Проверка правильности условий хранения и сроки годности ЛС», «Осуществляет регистрацию ЛС,

временно отсутствующих в аптеке, и принимает заказы на их доставку», «Осуществляет кассовые операции», «Участие в работе по учету и отчетности о движении материальных ценностей в аптеке, в проведении инвентаризации»,« Принятие ЛС в отдел, оформление их к отпуску, размещение по местам хранения». Меньше встречаются: «Предоставление консультаций посетителям по вопросам предупреждения и профилактики заболеваемости и укрепление состояния здоровья» и «Предоставление доврачебной помощи больным».

Особое внимание было уделено разделу «Ответственность». Данный раздел в ДИ, как показал анализ, является самым незначительным. Чаще всего он включает только один пункт: «несет ответственность за некачественную работу и ошибочные действия, бездействие и непринятие решений, входящих в его полномочия. Виды ответственности определяются в соответствии с действующим законодательством».

Также заметим, что в 50% в аптеках вообще отсутствуют ДИ, а большинство сотрудников не знают о существовании коллективного договора, Правил внутреннего трудового распорядка или Кодекса корпоративной этики.

Выводы. Руководство аптечных учреждений относятся формально к составлению и пересмотру должностных инструкций согласно нормативно-законодательной базы. Кроме того, процессу правового обеспечения взаимоотношений всех СФ как внутри фармацевтической организации, так и с внешней средой не уделяется достаточного внимания.

АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Т.С. Раджабов - студент 307 группы педиатрического факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Х.Н. Насрулаева

Актуальность. Дерматологические заболевания до настоящего времени являются одними из самых распространенных заболеваний. Больные с различными формами кожных патологий занимают 35-50% дорогостоящего коечного фонда стационаров. Учитывая высокую распространенность данной патологии и ее тенденции к росту, весьма актуальным становиться проведение фармакоэкономических исследований с целью улучшения лекарственного обеспечения больных, страдающих кожными заболеваниями

Цель. С целью формирования портрета потребителя лекарственных средств, изучения потребности больных в лекарственных средств для лечения кожных заболеваний, а также их покупательной способности нами было проведено социологическое исследование среди потребителей лекарственных средств для лечения дерматологических патологий, в результате

которого и был составлен социально- демографический портрет потребителя.

Материал и методы исследования. В процессе исследования были использованы материалы медицинской статистики и собственных наблюдений, выполненные в Республиканской санитарно-эпидемиологической станции (СЭС) и Республиканском кожно-венерологическом диспансере (РКВД, г. Махачкала) в период с 2014 по 2017 годы.

Основными методами данного исследования служили методы сравнения и наблюдения, логический анализ, контент анализ, метод изучения, метод анкетирования и др.

Нами был проведен анализ 200 историй болезней пациентов с кожными патологиями, состоящихна учете в РКВД г. Махачкалы (103 анкеты) и поступивших в инфекционное отделение Республиканской кожной больницы (97 анкет) разных возрастных групп и социального положения. При анализе историй болезни обращалось внимание на местожительство, возраст, пол, профессия, сопутствующие заболевания.

Результаты исследования. Исследования, проведенные среди пациентов по возрастным показателям 8,7%-лица моложе25 лет, 43,7%-в возрасте от 26 до 45 лет, 29,1%- от 46 до 65, 18,5%-старше 65, т.е. наибольший удельный вес занимают больныев наиболее трудоспособном от 26 до 45 лет. Среди респондентов было 65 женщин (43,69%) и 78 мужчин (56,31%). Социальный статус больных живущих в городе оказался следующим:7,8% - учащиеся, 50,5%-служащие и рабочие, 16,5%- бизнесмены, 25,2%- пенсионеры. Среди сельского населения по возрастным показателям кожными заболеваниями страдают лица моложе 25 лет (11,3%), 35,1%- в возрасте от 26 до 45 лет, 40,2% - от 46 до 65, 13,4%-старше 65, т.е. наибольший удельный вес занимают больные в трудоспособном возрасте от 46 до 65 лет. Хронические кожные заболевания у мужчин выше, чем у женщин и составляет соответственно 62,2% и37,8% соответственно. Социальный статус больных распределился следующим образом:7,2% - учащиеся, 16,5%-рабочие и служащие, 4,1%- бизнесмены, пенсионеры – 12,4%, фермеры и акционеры-59,8%. Количественный состав семьи больных кожными заболеваниями следующий: семьи из одного человека составляет 10,3%, семьи из двух человек у 13,4%, семьи из 3-х человек - 27,8%опрошенных, 28,9 –семья из 4-х человек и 19,6%- с количеством членов семьи - 5 и более. Большая часть анкетируемых страдает хронической формой заболевания-57,3%, причем 44,3% респондентов – до 25 лет, у 42,7% опрошенных заболевание выявлено впервые.Наиболее распространенным заболеванием являются грибковые поражения кожи и ногтей (42%), которая имеет высокие показатели в16 из 41 районов Республики Дагестан. В настоящее время не снижается активность различных микозов и онихомикозов, особенно в предгорных и горных районах и городах республики. Наиболее высокие показатели заболеваемости установлены в Рутульском и Табасаранском районах

Таким образом, результаты данных исследований являются основой для проведения дальнейших фармакоэкономических исследований с целью улучшения лекарственного

обеспечения населения Республики Дагестан.

ГЕНЕРИЧЕСКАЯ ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. ПРОБЛЕМА ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ

Ю.В. Климович, Б.А. Каминская **– студентки 1534 группы лечебного факультета**

Кафедра клинической фармакологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научные руководители – к.м.н., доцент И.С. Романова, к.м.н., доцент И.Н. Кожанова

Актуальность. Генерическая замена является основой рационального применения лекарственных средств (ЛС) и позволяет экономить бюджет системы здравоохранения и пациентов без потерь эффективности и безопасности. Генерик - это ЛС, содержащее ту же фармацевтическую субстанцию или комбинацию фармацевтических субстанций в той же лекарственной форме, что и оригинальное ЛС, эквивалентное оригинальному ЛС и терапевтически взаимозаменяемое с ним.

Цель исследования. Оценить возможность безусловной взаимозаменяемости генерических ЛС.

Материалы и методы исследования. Проведен систематический поиск информации о химическом составе и пространственной структуре ЛС в Государственном реестре ЛС Республики Беларусь (www. rceth.by), инструкциях по медицинскому применению ЛС для специалиста, электронных источниках информации (PUBMED, Cochranedatabase). Критериями включения ЛС в анализ являлись наличие ЛС в регистре ЛС Республики Беларусь, наличие различных солей ЛС при одном международном непатентованном названии (МНН), наличие смеси нескольких пространственных изомеров в пределах одного МНН. Выполнен сравнительный анализ инструкций по применению ЛС с одним МНН в отношении информации о фармакокинетических особенностях стереоизомеров и солей и влияния этих параметров на фармакодинамику.

Результаты исследования. В настоящее исследование были включены следующие ЛС: метотрексат, пропранолол, варфарин, метопролол, соталол, талидомид, тимолол, морфин, напроксен, офлоксацин, левомицетин, ибупрофен, циталопрам, адреналин, изадрин, омепразол, эзомепразол, верапамил, адреналин, амлодипин. Изучены инструкции по применению, утверждённые Министерством здравоохранения Республики Беларусь, литературные данные о клинической эффективности и безопасности различных солей МНН и стереоизомеров. Установлены потенциальные различия клинической эффективности, безопасности лекарственных средств-генериков. Выявлены факты неполного соответствия инструкций по

применению ЛС разных производителей с одним МНН в отношении информации о химической структуре.

Выводы. При выборе и одобрении генерической замены ЛС следует учитывать химическую структуру и пространственную изомерию для веществ с одним международным непатентованным наименованием. Включить рассмотрение принципов генерической замены ЛС в образовательные стандарты курсов клинической фармакологии на до- и последипломном уровне.

ПРОБЛЕМА ИНСУЛЬТА В СОВРЕННОМ ДАГЕСТАНЕ

А.Ч. Джапаров - студент 3 курса лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Р.Т. Алхазова

Актуальность. В России, как и во многих других странах мира, инсульт занимает третье место среди причин смертности после сердечно сосудистых (СС) и онкологических заболеваний. Даже при благоприятном исходе далеко не всегда удается вернуться к труду, к прежнему образу жизни. И в итоге страдают государство, семьи и общество.

Женщины умирают на 10% чаще, чем мужчины. При ишемической форме смерть от инсульта наступает чаще при атеротромботическом. кардиоэмболическом, или гемодинамическом варианте острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Геморрагический инсульт является крайне тяжелым типом инсульта, часто приводящим к летальному исходу. Обусловлено это особенностью мозговых сосудов. По данным некоторых Российских исследователей, причиной геморрагического инсульта часто служит длительная инсоляция, травма, гипертонический криз, повторяющиеся частые стрессы, а также изменение реологических свойств крови. Роль АГ в возникновении инсульта весьма велика, о чем свидетельствует удивительный факт, так снижение СД при гипертонической болезни на 7-8 мм. рт. ст. и ДД на 4-5 мм. рт. ст. снижает вероятность повторного инсульта на целых 28%.

На современном этапе развития мира, психо-эмоциональная нагрузка на человечество возрастает семимильными шагами, следовательно это отражается в первую очередь на ССС и влечет за собой плачевные последствия , которые характеризуются омоложением различных заболеваний, в том числе и инсульта (до 40-45 лет, в некоторых случаях и меньше). В последние годы частота инсультов стала в 3 раза преобладать частоту инфарктов миокарда.

Цель исследования - изучить количественные показатели по обращаемости, с использованием по времени текущий, а по объему сплошной вид статистического наблюдения.

Задачи исследования:

4. Изучить удельный вес мужчин и женщин и частоту смертности инсультных больных в Дагестане.

5. Оценить действенность, используемых при инсульте лекарственных препаратов.

Методология и методы исследования. Научное исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе анализировались литературные источники , которые посвящены изучаемой проблеме. Второй этап исследования включает сбор материала статистических данных с отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) РКБ. Были проведены тщательные беседы с заведующим отделением ОРИТ РКБ и младшим медицинским персоналом.

За 2017 год в отделение поступило 1668 больных, из которых сельских жителей 1225, женская половина составляет 58% (959) , а мужская 42% (694). По направлению Республиканской консультативной поликлиники поступило 307, по скорой помощи 194. Среднее пребывание 11.6. Частота возникновения инсульта в Дагестане составляет 4.0 на 10,000 жителей.

Результаты лечения больных перенесших инсульт за 2017 год

Умерло	28
Выписано с выздоровлением	32
Выписано с улучшением	1600
Без изменений	8

Пожилой возраст больных превалирует, но следует отметить, что имеются и больные молодого возраста относительно чаще в возрасте до 40 - 45, но были доставлены трое больных в возрасте 22 - 23, у которых инсульт случился на фоне кардиальной патологии. На долю ишемического инсульта в Дагестане приходится 65 - 70% , а на долю геморрагического 30 - 35%. К удивлению в Дагестане, визави всероссийской статистике у мужчин на 20-25% чаще встречается инсульт. Смертность от инсульта в Дагестане за 2017 год по сравнению с 2014 снизилось на 2.5. С начала 2018 года поступило 55 больных, из них 29 мужчин и 26 женщин, возраст всех больных 57 и выше.

Одними из наиболее часто используемых препаратов при инсульте в отделении ОРИТ ОНМК являются: Актовегин, Маннит, L-лизин эсценат и еще ряд других препаратов. **Маннит** используется для снятия отеков головного мозга, как мочегонное средство и дегидратирующее средство, вследствие увеличения осмотического давления в канальцах почек. Побочные эффекты (головная боль, рвота, тошнота) отмечаются относительно редко, так как используется препарат на недлительный курс лечения. Так как при ишемический инсульт

является одним из факторов , приводящих к нарушению когнитивных функций мозга, целесообразно использование препарата **Актовегин –** депротеинизированный гемодериват, используется при ишемической форме инсульта. Фармакологическая группа: метаболическое, корректирует микроциркуляцию, антиоксидантное и антигипоксантное, увеличивает поступление глюкозы и кислорода в клетки , защищает нейроны от апоптоза, снижает образование свободных радикалов , снижает уровень и улучшает энергетическое обеспечение клеток. Важной его особенностью является и хорошая переносимость. Он используется также при лечении ИБС, артериальной гипертонии и сахарного диабета. Побочные эффекты возникают очень редко, препарат можно использовать длительно. **L-лизин эсценат,** при его использовании уменьшаются явления отека и набухания мозга, происходит быстрое рассасывание очагов контузии, нормализуется внутричерепное давление (ВЧД). Улучшается общее состояние, уменьшается степень очаговых неврологических нарушений, нормализуется ликворное давление. Используется также для профилактики очаговой ишемии. Целесообразно использование антиаггрегантов для предотвращения агрегации форменных элементов крови и фибринолитиков, так как в очаге инсульта возникают изменения реологических свойств, например: гепарин , ТРОМБО-АСС, фибринолизин и.др.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота инсультов на женскую половину в Дагестане за 2017 год приходится больше, чем на мужскую, но с начала 2018 год, мужчин поступило больше. В 2017 года число смертей инсультных больных в Дагестане снизился, за 2014 – 2015 гг. - не меньше 35, а за 2017 г. - меньше 30.

Таким образом, на наш взгляд, полученные данные являются результатом улучшения условий для проведения лечения инсульта и корреляции консервативной его терапии, ввиду появления более эффективных лекарственных препаратов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ФЛАВОНОИДОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО, ПРИ ПОМОЩИ КАЧЕСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ

Е. С. Шендерова - магистрант

Кафедра химии

УО ВГУ имени П.М. Машерова, Витебск, Беларусь

Научный руководитель - к.б.н., доцент Т.А. Толкачева

Актуальность. В настоящее время для лечения различных заболеваний большое значение приобретают биологически активные вещества растительного происхождения, обладающие меньшим побочным действием, чем синтетические лекарственные средства и сходные по структуре и действию с естественными компонентами организма человека. Одуванчик лекарственный *Taraxacum Officinale* издавна используется в народной медицине. В

литературе отмечены его ранозаживляющие, желчегонные, жаропонижающие и спазмолитические свойства [1]. В настоящее время в государственной фармакопее Республики Беларусь описаны лишь корни одуванчика лекарственного. Но за рубежом широко применяется и надземная часть данного растения. В ходе предыдущих исследований химического состава листьев одуванчика лекарственного, было установлено наличие в них целого комплекса биологически активных веществ с различным фармакологическим действием: пигменты, флавоноиды, фенольные соединения [2,3,4]. *Taraxacum Officinale* широко распространен и имеет высокую скорость роста надземной части. Следовательно, это сырье является дешевым и доступным. Поэтому изучение биологически активных веществ, полученных из листьев данного растения − важная и актуальная задача.

Цель. Определить типы флавоноидов, которые содержатся в листьях одуванчика лекарственного, собранных в смешанном лесу и на лугу возле реки Западная Двина.

Материал и методы исследования. Объект исследования − листья одуванчика лекарственного, собранные весной 2017 года в деревне Улановичи Витебского района. Заготовку сырья проводили на двух площадках: смешанный лес (затененный участок) и луг вдоль береговой линии реки Западная Двина (хорошо освещенный участок). Участки с разным режимом освещенности выбраны не случайно. Солнечный свет – один из факторов, влияющий на накопление различных типов флавоноидов в листьях [1].

К 0,5 г сырья добавляли 10 см^3 96 % этанола, отстаивали в течение суток, фильтровали через бумажный фильтр. Экстракт сливали, материал заливали 10 см^3 70% этанола, ставили на водяную баню на 30 минут. Извлечения объединяли, доводили 70% этанолом до 10 см^3. Определение типов флавоноидов проводили при помощи качественных реакций с полученным спиртовым излечением. [5] Наименования реакций, методика проведения и аналитические эффекты представлены в таблице 1.

Таблица 1. *Качественные реакции на флавониды*

Наименование реакции	***Методика проведения***	***Аналитический эффект***
Цианидиновая проба	К спиртовому извлечению прибавляли 3 капли кислоты концентрированной хлористоводородной, 0,05 г магниевой стружки и нагревали на водяной бане до кипения.	Розовое или красное окрашивание (флавоноиды с замкнутым циклом)
Реакция с	К спиртовому извлечению прибавляли 3	Желтое окрашивание

аммиаком	капли концентрированного раствора аммиака.	(флавоноиды с замкнутым циклом), красное окрашивание (флавоноиды с открытым циклом), синее окрашивание (антоцианидины)
Борно-лимонная реакция	К спиртовому извлечению прибавляли 5 капель 3%-ного раствора борной кислоты и 3 капли 3%-ного раствора лимонной кислоты	Ярко-желтое окрашивание (флавоноиды, содержащие две оксигруппы)
Реакция с хлоридом алюминия	К спиртовому извлечению прибавляли 5 капель 5%-ного спиртового раствора хлорида алюминия	Желтое окрашивание (флавоноиды, содержащие две оксигруппы)

Результаты и обсуждение. Результаты проведения химических реакций представлены в таблице 2.

Таблица 2. *Результаты проведения качественных реакций на флавоноиды в извлечениях из Taraxacum Officinale*

Наименование реакции	***Извлечение из сырья, собранного в затененном месте***	***Извлечения из сырья, собранного в хорошо освещенном месте***
Цианидиновая проба	+	+
Реакция с аммиаком	+ (желтое окрашивание)	+ (желтое окрашивание)
Борно-лимонная реакция	+	+
Реакция с хлоридом алюминия	+	+

Как видно из данной таблицы, все качественные реакции прошли с обоими извлечениями. Следовательно, в листьях данного растения независимо от места сбора накапливаются идентичные типы флавоноидов. Аналитические эффекты проведенных реакций свидетельствуют о том, что в данном сырье содержатся флавоноиды с замкнутым циклом,

содержащие две оксигруппы.

Биологическая роль флавоноидов для растений огромна. Основная их функция – участие в окислительно-восстановительных процессах. Флавоноиды регулируют транспорт ауксинов – растительных гормонов. Также данные соединения способны поглощать ультрафиолетовое излучение и часть видимого света, тем самым, защищая растительные ткани от избытка радиации, а, благодаря антибактериальным и противогрибковым свойствам, еще и от возбудителей различных заболеваний. Многие флавоноиды являются окрашенными соединения, следовательно, участвуют в формировании оттенков цветков и плодов. На накопление флавоноидов влияют возраст растения и его вегетативная фаза, освещенность, температура, высота над уровнем моря и химический состав почвы.

Заключение. Извлечения, полученные из листьев одуванчика, могут применяться наружно (в стоматологии, дерматологии, оториноларингологии) и внутрь (лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта). Извлечения из такого доступного и недорогого сырья могут использоваться в производстве косметических средств (зубных паст, лосьонов для ухода за проблемной кожей). Спазмалитическое и желчегонное действие флавоноидов данного растения может использоваться при лечении заболеваний печени и желчного пузыря. Как показано в данной работе, в сырье, независимо от условий произрастания, содержатся флавоноиды с замкнутым циклом, содержащие две оксигруппы.

Литература:

1) Тигунцева, Н.П. Биологически активные вещества одуванчика лекарственного *Taraxacum Officinale* / Н.П. Тигунцева, Р.А. Воробьева, С.Н. Евстафьев // Перспективы развития технологии переработки углеводородных, растительных и менеральных ресурсов: материалы докл. науч.-практ конф. с междунар. участием. – Иркутск:, 2013. – С. 183-185.

2) Шендерова, Е.С. Количественное определение пигментов в листьях одуванчика лекарственного в зависимости от условий произрастания / Е.С. Шендерова // Молодежь и медицинская наука: материалы V Межвузовской науч.-практ. конф. Молодых ученых с междунар. участием.– Тверь: Ред.-изд. Центр Твер. гос. мед. унив., 2018. – С. 496-499.

3) Shenderova, K. Quantitative determination of the flavonoid amount in leaves of Taraxacum officinale depending on conditions of disease/ K. Shenderova // The Youth of the 21th Century: Education, Science, Innovations: Proceedings of IV International Conference for Students, Postgraduates and Young Scientists.–Vitebsk: Vitebsk State P.M. Masherov University, 2017. – P. 46-49.

4) Шендерова, Е.С., Толкачева, Т.А. Количественное определение суммы фенольных соединений в листьях одуванчика лекарственного / Е.С. Шендерова, Т.А. Толкачева // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 73-ой научной сессии ВГМУ (29-30января 2018года): в 2ч. Ч.2 – Витебск: ВГМУ, 2018. – С. 453-455.

5) Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии: Учебное пособие. / Под ред. И.А. Самылиной, А.А. Сорокиной. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. –672 с.

МНЕНИЕ РАБОТАЮЩЕГО В ОРГАНИЗАЦИЯХ СТРОЙИНДУСТРИИ НАСЕЛЕНИЯ О КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

М.А. Гамзаева[1] - аспирант, У.Г. Ильясова[2] - ассистент, Ф.Б. Адигюзелов - аспирант

Кафедры [1]общественного здоровья и здравоохранения

*и [2]*поликлинической терапии и общей врачебной практики

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала

Научный руководитель – д.м.н., доцент Л.С. Агаларова

Актуальность. Одной из важных задач здравоохранения является повышение эффективности профилактической работы. Проблема повышения качества профилактических осмотров населения является важным, ноеще мало учитываемым фактором. При этом необходимо иметь в виду, что население может оценить лишь некоторые внешние стороны профилактических осмотров - назначение лечебно-оздоровительных мероприятий, доступность осмотров, поведение медицинского персонала [1, 2, 3].

Цель исследования – разработка методических рекомендаций по улучшению качества профилактических медицинских осмотров (ПМО) работающего населения в организациях стройиндустрии.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2016-2017 гг. на базе 3 строительных организаций г. Махачкала. Проведен опрос и статистически обработан 375 анкет изучения мнения работающего населения к профилактическим медицинским осмотрам.

Для сбора материала была разработана и использована «Анкета изучения отношения работающего населения к профилактическим осмотрам». Было исследовано влияние 5 групп факторов на отношение населения к профилактическим медицинским осмотрам, т.е. социально-демографических, социально-профессиональных, медико-организационных, социально-психологических, а также самооценки здоровья.

Среди факторов, определяющих характер отношения работающего населения к ПМО, ведущей является группа социально-психологических факторов (уровень внимания населения к своему здоровью, настроение после окончания осмотра, частота конфликтов с мед-работниками на ПМО и др.) и группа медико-организационных факторов (особенности организации ПМО и качество проведения осмотров, внимание и отношение врачей к пациентам и др.).

Результаты исследования. Анализ явок работающего населения на профилактические осмотры показал, что до 35% рабочих не приходят на профилактические осмотры даже в рабочее время. Основными причинами неявки, по мнению опрошенных, являются: низкое качество

профилактических осмотров (42,9%), считают себя здоровыми (15,3%), недооценка важности этого мероприятия (13,6%), очереди в поликлинике (11,5%), чрезмерная занятость на работе (3,7%) и др.

Проведенный опрос показал, что более 2/3 (78,8%) из них положительно относятся к проводимым профилактическим обследованиям, а 21,2% считают профилактические осмотры ненужными. Лица молодого возраста негативно относятся к ПМО, но с увеличением возраста положительное отношение к профилактическим осмотрам растет.Следует отметить, что среди опрошенных 7,5% за последние 3 года не прошли профилактических осмотров, а у 23,5% они проводились не в полном объеме (осматривались лишь одним врачом).

Немаловажное значение имеет знание населением основных источников информации о значении и важности профилактических осмотров. На вопрос: «Откуда Вы у Вас имеются представления о профилактическом осмотре?», были получены следующие ответы: на работе – 41,6%, от участкового терапевта – 10,0 %, от врачей других специальностей – 7,1%, из газет и журналов – 5,8 %, из средств наглядной агитации – 3,1 %, в бытовых беседах – 2,9 %, из популярных брошюр – 2,5 %, из книг – 1,6 %.

В последнее время все больше внимания уделяется изучению приверженности к назначенной лечебной программе, степени выполнения рекомендаций врачей. Однако 19,7% опрошенных не выполняют рекомендаций врачей, полученных на профилактических осмотрах.

На вопрос, «Какие трудности Вы видите, когда проходите профилактический осмотр?», были получены следующие ответы: 37,7% опрошенных отметили очереди у врачей, 33,7 % – очередь в регистратуру 18,1% – недостаточное внимание со стороны медицинского персонала, 15,4% – длительное ожидание в доврачебном кабинете, 9,1 % – указали на низкую культуру обслуживания, 7,8% – указали, что врачи при осмотрах не дают соответствующих рекомендаций, 4,3 % – отметили невозможность осуществления дальнейших оздоровительных мероприятий, 3,4% – трудности, связанные с консультациями.

Население хочет встретить со стороны врача во время ПМО внимательное отношение (47,2%), высокое профессиональное мастерство (31%), доброжелательность (24,6%), тактичное отношение (16,9%), откровенность (12%), умение выполнить обещание (11,5%).

На вопрос, «Какие отрицательные качества врачей, участвующих в профилактическом осмотре, особенно неприемлемы для Вас?», почти половина (49%) опрошенных отметили формальное отношение к работе, 30,0% – невнимательность, 24,6% – торопливость, 19,3% – невежливость. В ходе профилактических осмотров было замечено много дефектов в работе регистратуры: грубость – 27,9 %. медлительность – 23,3%, медленная доставка медицинских карт в кабинеты врачей – 17,5%. нечеткость – 16,2%. невыполнение своих обязанностей – 8%. Немаловажное значение в организации ПМО имеет рационально составленный график с четким указанием времени их проведения. Однако 18,6% опрошенных ответили, что время,

отведенное им для профилактического осмотра, не очень удобно.

Для улучшения организации и повышения эффективности профилактических осмотров населением был внесен ряд предложений. В частности: улучшить качество проведения профилактических осмотров и лечебно-оздоровительных мероприятий – 35,2%, повысить внимание врачей к пациентам – 29,1%, иметь современную диагностическую аппаратуру – 11,7%, упорядочить работу регистратуры – 10,4% сократить время ожидания у кабинетов врачей – 7,7 % и др. Характер отношения населения к диспансеризации во многом зависит от степени удовлетворенности медицинским обслуживанием вообще и диспансеризацией, в частности, в проведении диспансеризации большое значение имеет активность населения, которая в большей степени зависит от осведомленности о целях и задачах диспансеризации, методах ее проведения. Определенный интерес, на наш взгляд, представляет степень соответствия мнений населения и врачей по вопросам организации диспансеризации, а также диспансерных контингентов населения и лиц.не состоящих под диспансерным наблюдением.

Заключение. Таким образом, в результате анализа данных социологического опроса выявлены основные причины неудовлетворенности работающего населения стройиндустрии амбулаторно-поликлинической помощью: низкая оснащенность лечебно-диагностической аппаратурой, недостаточная квалификация врачей, нерациональный график и режим работы, отсутствие врачей узких специальностей, очереди к врачам и во вспомогательные кабинеты, невнимательность, нетактичное отношение медперсонала к пациентам и др. Устранение этих недостатков приведет к повышению качества и степени удовлетворенности работающего населения медицинской помощью.

Список использованной литературы

1. Бунова А.С., Горный Б.Э., Дубова И.И., Долгова С.В. и др. Отношение медицинских работников первичного звена здравоохранения к профилактике проблемного потребления алкоголя. //Профилактическая медицина. М.: Из-во «Медио-сфера». 2017. Том 20. - № 5. – С. 37-41.

2. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С. Качество медицинской помощи и его обеспечение (анализ, оценка и контроль). Учебное пособие. – Махачкала. Из-во «Лотос». 2017. – 150с.

3. Гаджиев, Р.С. Врач общей практики (семейный врач). – М.: ОАО «Издательство «Медицина». – 2005. – 544 с.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ДГМУ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Л.А. Биячуева, Н.С. Молчанов – студенты 4 курса лечебного факультета

С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала

Научный руководитель – д.м.н., доцент Л.С. Агаларова

Актуальность. Здоровый образ жизни включает в себя формирование и пропаганду позитивных для индивидуального и общественного здоровья факторов, включая активную общественно-трудовую, семейно-бытовую деятельность людей, проявление физических и духовных способностей в единстве с социальной и природной средой (Ю.П. Лисицын).

Около 34-46% мужчин и 32-46% женщин (в зависимости от региона) страдают артериальной гипертонией. Всего курят 43,9 млн. россиян, что составляет 39,1% от общего количества населения: 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Ежедневно в России употребляют алкогольные напитки (включая слабоалкогольные) 33% юношей и 20% девушек, около 70% мужчин и 47% женщин.

Целью настоящего исследования явилась разработка рекомендаций и предложений по формированию здорового образа жизни студентов ДГМУ.

Материал и методы исследования. Исследование проведено в 2017-2018 гг. на базе ДГМУ. Изучено отношение 165 студентов лечебного факультета ДГМУ к формированию здорового образа жизни. Для сбора материала была разработана «Анкета изучения отношения студентов ДГМУ к формированию здорового образа жизни». Анкета включала 43 вопроса по формированию здорового образа жизни. В исследовании использовались статистический и социологический методы.

Результаты исследования. Возможность оценить свое здоровье и образ жизни была представлена студентам разных курсов и факультетов через анонимные анкеты. Данный анализ проведен среди студентов 4 курса лечебного факультета.

Большинство опрошенных (93%) уверены, что здоровый образ жизни способствует успеху в различных сферах человеческой жизни (учеба, работа и т.д.).

На вопрос о правильном режиме питания около 70% исследуемых ответили, что не всегда его соблюдают, лишь 13,6% придерживаются его. Спортом увлечены около 20% студентов, более 77% вообще далеки от спорта. Посещать регулярно различные спортивные секции, залы и бассейны могут себе позволить лишь 23% студентов.

На приобретение полезных продуктов питания (фрукты, овощи и т.д.) около 40% студентов тратят мало денежных средств, 18% практически не тратят. Для поддержания жизненного тонуса большинство студентов (84%) считают необходимым соблюдать режим дня, заниматься спортом (77%), чаще отдыхать на природе (65%), читать книги (40%).

Есть у студентов и понимание мотивации к здоровому образу жизни: чтобы не болеть (65%), чтобы выглядеть привлекательно и красиво (45%), долго жить (43%), быть успешным и добиться всего в жизни (34%), иметь возможность реализовать себя в семье (20%) и т.д.

Что же мешает нашим студентам вести здоровый образ жизни? Прежде всего, это занятость (47%), отсутствие знаний о ЗОЖ (15%) и средств (10,5%), отсутствие желания и лень (9%), 13% воздержались от ответа.

У студентов-медиков сформированы определенные знания о факторах здорового образа жизни. Около 60% указывают на рациональное питание, личную гигиену, отказ от вредных привычек, занятие физкультурой и спортом. Треть опрошенных к факторам ЗОЖ относят состояние окружающей среды, положительные эмоции, регулярные медосмотры для профилактики заболеваний. Состояние своего здоровья оценивают как хорошее 45%, как удовлетворительное – 52%, т.е. 97% студентов на свое здоровье не жалуются.

Как же поддерживают свое здоровье студенты-медики? Время от времени занимаются спортом, посещают спортивные секции (45%), ежедневно занимаются – лишь 4,5%. Что касается утренней зарядки – 36% делают ее иногда, около 30% - 2-3 раза в неделю, ежедневно занимаются лишь 9%, а 11% никогда зарядку не делают. Говоря о режиме дня, надо отметить, что 20% соблюдают ежедневно, более 10% - никогда. Есть проблемы у студентов с полноценным питанием, лишь 40% указали на ежедневное полноценное питание, у 34% - периодически, т.е. временами.Среди доминирующих факторов, влияющих на их здоровье студенты также отмечают плохо организованное медицинское обслуживание (97%), высокую учебную нагрузку (34%), безответственное отношение к своему здоровью (31%) и плохую экологическую обстановку (18%).

На вопрос о том, каким образом Вы следите за своим здоровьем, 40% отметили, что обращаются к знакомым врачам, 9% - регулярно проходят медосмотры в вузе. В случае болезни более половины (52%) занимаются самолечением, 25% - обращаются к родителям и родственникам, 13% - в частную поликлинику и лишь 9% - в студенческую поликлинику.

Многие студенты убеждены (65%), что проблемы со здоровьем не влияют на посещение учебных занятий,1/3 (34%) - болезнь сказывается на учебном процессе, является причиной пропусков, ухода в академический отпуск. У большинства студентов (60%) основной источник информации по вопросам, связанным со здоровьем человека – медицинский персонал, у 1/3 студентов – знакомые, друзья и телевидение, у 9% - интернет, газеты и журналы.

Говоря о себе 95% опрошенных считают, что у них вполне разумное отношение к своему здоровью и лишь у 4,5% наблюдается чрезмерное беспокойство о своем здоровье. Свое свободное время студенты распределяют следующим образом: друзья (40%), интернет (38%), книги (36%), музыка (31%), спорт (20%), кружки, секции, развлекательные учреждения (11%) и т.д.

Более 80% студентов никогда не употребляли алкоголь и ни разу не пробовали табак. Почти 95% к «пассивному курению» относятся отрицательно и уверены, что ради здоровья от курения стоит отказаться. У 1/3 студентов в семье курят отцы. У студентов отрицательное

отношение и к наркотикам, 95% ни разу их не пробовали. Не увлечены наши студенты и азартными играми (84%), изредка играют - 15 %. Большинство (60%) студентов осведомлены о средствах и способах безопасного секса и считают эти знания вполне достаточными. Около 13% уверены, что знают об этом практически все. Студентами ДГМУ внесены предложения по формированию здорового образа жизни.

Выводы:

1. Основными причинами, которые мешают студентам вести здоровый образ жизни являются: занятость учебой – 47%, отсутствие знаний о ЗОЖ – 11% и средств (10,5%), отсутствие желания – 9% и воздержались от ответа – 13%.
2. Основными факторами влияющими на здоровье студентов являются: плохо организованное медицинское обслуживание – 97%, высокая учебная нагрузка – 34% и безответственное отношение к своему здоровью – 31%.
3. Установлена низкая медицинская активность студентов. В случае болезни более половины (52%) занимаются самолечением, 25% опрошенных обращаются к родителям, 13% – в частные медицинские организации и лишь 9% - в студенческую поликлинику. Студенты оценивают свое здоровье как хорошее – 45%, удовлетворительное – 52% и неудовлетворительное – 3%.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ИНФАРКТА МОЗГА И ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Н.Д. Метелица, З.Я. Вагидова, Д.В. Далинкина - студентки 506 группы медико-профилактического факультета

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Г.М. Пивоварова

Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК) – самая распространенная неинфекционная патология во всем мире [Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., 2015г].

Цель. Изучить динамику смертности населения Российской Федерации от инфаркта мозга, инфаркта миокарда и церебрального атеросклероза за 2012-2016 годы.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили данные Федеральной Службы Государственной Статистики, проанализированные с помощью аналитического и санитарно-статистического методов, для изучения динамики смертности населения Российской Федерации от инфаркта мозга, инфаркта миокарда и церебрального атеросклероза за 2012-2016 годы.

Результаты исследования. Причиной наибольшего уровня смертности населения Российской Федерации за 2016 год от болезней системы кровообращения (БСК) является инфаркт мозга (60,9 на 100000 населения). Смертность от инфаркта миокарда (42,9 на 100000 населения) является второй по частоте причиной смертности от БСК. Третьей причиной смертности населения России является церебральный атеросклероз (32,3 на 100000 населения).

Исследование динамики смертности населения Российской Федерации (РФ) от инфаркта мозга за 2012-2016 годы показало, что в 2012 году смертность населения составляла 63,0 случая на 100000 населения, а в 2016 году - снизилась на 3,4% и достигла 60,9 случая на 100000 населения.

Исследование динамики смертности населения РФ от инфаркта миокарда за 2012-2016 годы показало, что в 2012 году смертность населения от данного заболевания составляла 47,1 случая на 100000 населения, а в 2016 году снизилась на 9% и достигла 42,9 случаев на 100000 населения.

Анализ динамики смертности населения РФ от церебрального атеросклероза за данные годы показал, что в 2012 смертность населения составляла 52,7, а в 2016 году снизилась в 1,6 раз и составила 32,3 случая на 100000 населения.

При анализе данных смертности населения РФ от инфаркта мозга среди населения Центрального федерального округа были зафиксированы самые высокие показатели и составили за 2016 год 71,4 случая на 100000 населения, что выше, чем по России на 17,2%. На втором месте по смертности от инфаркта мозга - население Северо-Западного федерального округа, где показатели в 2016 году составили 71,2 случая на 100000 населения, что на 16,9% выше, чем по России. Уровень смертности от инфаркта мозга в Дальневосточном федеральном округе находится на третьем месте, где показатели за 2016 год составляют 66,8 случаев на 100000 населения, что на 9,6% выше показателей по России.

Самые низкие показатели смертности населения от инфаркта мозга за 2016 год отмечены среди населения Северо-Кавказского федерального округа и составили 31,5 случаев на 100000 населения, что на 48,3% ниже показателей Российской Федерации.

При исследовании данных смертности населения РФ от инфаркта миокарда, самые высокие показатели смертности населения были зафиксированы среди населения Дальневосточного федерального округа и составили 63,7 случая на 100000 населения за 2016 год, что выше, чем по России в 1,48 раз. На втором месте - население Южного федерального округа, где показатели в 2016 году составили 48,7 случая на 100000 населения, что на 13,5% выше, чем по России. На третьем месте по уровню смертности от инфаркта миокарда – население Сибирского федерального округа, где показатели за 2016 год составили 48,0 случаев на 100000 населения, что на 11,8% выше показателей по России.

Самые низкие показатели смертности от инфаркта миокарда за 2016 год отмечены среди

населения Северо-Кавказского федерального округа (22,1 случая на 100000 населения, что в 1,9 раз ниже показателей России).

Анализ данных смертности населения РФ от церебрального атеросклероза показал, что среди населения Приволжского федерального округа отмечены самые высокие показатели смертности за 2016 год, составляющие 48,9 на 100000 населения, что в 1,5 раз выше, чем по РФ. Население Северо-Западного федерального округа – на втором месте по уровню смертности от церебрального атеросклероза, где показатели на 2016 год составили 44,6 на 100000 населения, что выше, чем по России в 1,4 раза. На третьем месте – население Центрального федерального округа, где показатели за 2016 год составили 33,3 на 100000 населения, что выше, чем по РФ на 3,09%.

Самые низкие показатели смертности от церебрального атеросклероза за 2016 год отмечены среди населения Южного федерального округа (15,3 случая на 100000 населения, что ниже, чем по РФ в 2,1 раза).

Выводы. Динамика смертности от инфаркта мозга среди населения Российской Федерации имеет слабовыраженную тенденцию к снижению. Анализ данных показал, что с наиболее высокими уровнями смертности населения от инфаркта мозга являются такие федеральные округа России за 2016 год (на 100000 населения), как Центральный (71,4), Северо-Западный (71,2), Дальневосточный (66,8), а с наиболее низким уровнем смертности населения за 2016 год отмечены - Северо-Кавказский (31,5), Уральский (51,0), Приволжский (54,2) федеральные округа.

Выявлено, что субъектами риска по данной нозологии в Российской Федерации являются Тверская (129,4), Владимирская (109,9), Волгоградская (107,2), Псковская (96,9), Новгородская (95,7) области.

Динамика смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда имеет тенденцию к снижению. Анализ данных показал, что наиболее высокие уровни смертности от инфаркта миокарда за 2016 год (на 100000 населения) отмечены среди населения Дальневосточного (63,7), Южного (48,7), Сибирского (48,8) федеральных округов, а наиболее низкие уровни смертности населения за 2016 год отмечены среди населения Северо-Кавказского (22,1), Уральского (38,3), Приволжского (39,1) федеральных округов.

Исследование смертности населения Российской Федерации от инфаркта миокарда с учетом федеральных округов и субъектов федерации показал, что субъектами риска в РФ являются Приморский край (101,1), Волгоградская (94,6), Тверская (84,1), Еврейская автономная (76,9), Магаданская (76,1) области.

Смертности населения Российской Федерации от церебрального атеросклероза за период с 2012 по 2016 год снизилась в 1,6 раз. Среди федеральных округов РФ с наиболее высокими уровнями смертности населения от церебрального атеросклероза за 2016 год на 100000

являются Приволжский (48,9), Северо-Западный (44,6), Центральный (33,3) федеральные округа, а с наиболее низким уровнем смертности отмечены среди населения Южного (15,3), Дальневосточного (17,0), Уральского (21,7) федеральных округов.

Субъектами риска в РФ от церебрального атеросклероза с учетом федеральных округов и субъектов федерации являются Воронежская область (98,3), г. Севастополь (98,2), Республики Бурятия (95,3) и Татарстан (85,8), Ярославская область (82,6).

Необходимо улучшить диспансеризацию, разработать меры первичной и вторичной профилактики, а также вести динамическое наблюдение за больными.

О ГУМАННОСТИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ТРАНСПОРТЕ

М.А. Махсубова – студентка 265 группы стоматологического факультета

Кафедра патофизиологии

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. В.А. Журавлев

Актуальность. Важным направлением медицины является профилактика действия социальных условий в возникновении болезней. Социальный стресс сопровождает нас повсюду, в том числе на транспорте. Общественный транспорт становится тем местом, где люди разных социальных групп взаимодействуют друг с другом порою вне зависимости от их желания. Нередко возникают конфликты между молодежью и пожилыми людьми. В основе конфликтов лежат свойства гуманности и эгоизма людей. В настоящей работе мы попытались оценить эти свойства у студентов медиков – будущих врачей, которых принято считать представителями самой гуманной профессии.

Цель исследования. Изучить оценку студентами медиками своего поведения и поведения своих ровесников в качестве пассажиров в общественном транспорте.

Материалы и методы исследования. Методом исследования было анонимное анкетирование 276 студентов 2-3 курсов Приволжского исследовательского медицинского университета. Материалами были письменные ответы на вопросы анкеты. В анкете было 4 вопроса.

Результаты исследования. 1 вопрос. Почему я не уступаю место в транспорте пожилым людям?

82% студентов ответили, что уступают свое место пожилым пассажирам.

Остальные 18% студенты не уступают места по следующим причинам:

12% - устают, спят либо не замечают пожилых людей;

2% - не пользуются общественным транспортом;

2% - не уступают, так как пожилые их грубо просят уступить место;

1% - не понимает, зачем пожилые люди ездят в общественном транспорте в час пик;

1% - ответил, что имеют право сидеть в транспорте, так как заплатили за проезд.

Ответы большинства студентов можно оценить как положительные. Однако в действительности картина совершенно иная: часто молодежь сидит, а пожилые пассажиры стоят. Значит, многие люди субъективно считают себя правильными, гуманными, но на самом деле таковыми не являются.

2 вопрос. Почему молодежь в транспорте часто не уступает место пожилым людям?

74% заявили, что молодежь не уступает из-за невоспитанности и равнодушия. Ответ указывает на отрицательные черты молодых людей. Однако его можно считать правдивым и соответствующим объективной картине.

22 % ответили, что молодежь устает, спит, им тяжело ехать далеко стоя, оправдывая тем самым не только эгоистические побуждения остальной молодежи, но и свои в том числе.

4% ответили, что молодежь не уступает, потому что пожилые грубо требуют уступить место.

3 вопрос. Старшему поколению в вашей семье также придется стоять рядом с сидящими молодыми людьми, если они воспользуются общественным транспортом?

53% ответили, что да, придется стоять. Ответ вполне логичный, эти студенты объективно оценивают ситуацию в общественном транспорте.

35% нет, не придется по следующим причинам:

13% - старшие члены семьи не пользуются общественным транспортом, они вызовут родителям такси, сами отвезут;

12% - сознательная молодежь уступит место

10% - если нужно сесть – они спокойно попросят об этом.

12% ответили, что не знают.

4 вопрос. Вы будете удовлетворены таким положением через 30 лет?

80% ответили нет, не буду удовлетворен. Это вполне ожидаемый ответ.

12% да, буду удовлетворен; студенты подкрепляли свой ответ тем, что поскольку воспитанная молодежь уступает место, то ситуация вполне удовлетворительная.

8% - ответило, что не знают.

Таким образом, ответы большинства респондентов указывают на недостаточность гуманистических и чрезмерность эгоистических настроений в поведении молодежи в городском транспорте. Результаты исследования могут явиться одним из конкретных обоснований дополнительных мер по воспитанию гуманистических установок в сознании молодежи. Особое значение это имеет для студентов-медиков.

Выводы. 1. Большинство студентов заявляют, что уступают свои места пожилым людям, хотя объективная картина свидетельствует об обратном. 2. Большинство студентов признают,

что пожилым людям часто приходится стоять из-за того, что молодые люди не уступают им место. и подобное неудобство грозит им самим в будущем. Однако своего личного участия в формировании данной объективно негативной обстановки они не признают.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СМОЛЕНСКОМ РЕГИОНЕ

А.С. Романова, Ю.А. Волынкина – студентки 507 группы лечебного факультета

Отдел учебной и производственной практики

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., доцент Н.А. Конышко

Актуальность. Инфекционные болезни по распространению во всем мире занимают третье место после болезней сердечно-сосудистой системы и опухолей. С увеличением возраста риск развития данных заболеваний, несомненно, растет, что связано не только с нарушением иммунного статуса, но и наличием сопутствующей патологии, в особенности со стороны сердца и сосудов, а также гормональных изменений, происходящих у женщин в постменопаузальном возрасте.

Современные эпидемиологические данные о гипертензии в РФ говорит о том, что в возрасте 45–54 лет распространенность ее среди женщин достигает 54,45%. Распространенность хронического гастрита у пациентов старше 50 лет составляет в среднем 50%, и в 90% случаев он ассоциирован с H.Pylori. Кроме того женщины старше 50 лет часто страдают хроническим бактериальным пиелонефритом, что связано с плохим опорожнением мочевого пузыря при пролапсе матки, цистоцеле и загрязнением промежности при недержании кала.

Цель исследования. Получить представление о частоте встречаемости инфекционных заболеваний у женщин старше 50 лет с артериальной гипертензией и предрасполагающих к ним факторах.

Материалы и методы исследования. Анализ 500 историй болезней проводился на базах отделений кардиологии и неотложной кардиологии ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» в 2015-2017 годах. Исследовались пациентки в возрасте 68±11,3лет. Изучались такие показатели как: степень АГ и риск; частота встречаемости хронического гастрита, ассоциированного с H.Pylori; вирусного гепатита; хронического бронхита; хронического пиелонефрита бактериальной природы. Контрольную группу составили 36 женщин, сопоставимых по возрасту и без соматических патологий.

Основанием для формирования данных выборок явилось то, что согласно цели и

задачам исследования основной контингент госпитализируемых в отделения кардиологии составляют женщины в период постменопаузы, с АГ и множественной соматической патологией.

Результаты исследования. Развитию предикторов инфекционных заболеваний способствуют последствия дефицита эстрогенов: активация местной (тканевой) ренин-ангиотензиновой системы и симпатической нервной системы, формирование инсулинорезистентности, снижение выработки мощных вазодилатационных и антиагрегантных факторов (NO и простациклина), задержка Na.

Основными заболеваниями, которые способствуют развитию инфекционных заболевания, являются атеросклероз сосудов, недостаточность кровообращения (НК), артериальная гипертензия, ожирение и избыточный вес, анемия, гиперхолестеринемия. Все это способствует повреждению сосудов (403 пациентки, 81,3%).

Атеросклеротическое повреждение сосудов выявлено у 407 женщин, что составило 81,4%.

При анализе 500 историй болезней кардиологических больных было выявлено, что у 2 была диагностирована НК 3 степени (0,4%), НК 2 степени была выявлена у 303 женщин (60,6%), НК 1 степени – у 122 пациенток (24,4%), а у 73 женщин нет недостаточности кровообращения (14,6%).

У 353 была диагностирована АГ 1 степени (70,6%), АГ 2 степени была выявлена у 63 женщин (12,6%), АГ 3 степени – у 12 пациенток (2,4%), а у 72 женщин АГ отсутствовала (14,4%). В период постменопаузы наблюдается перестройка эндокринной системы. Дефицит синтеза эстрогенов оказывает влияние на резистентность периферических сосудов, синтез нейромедиаторов, вазоактивных пептидов, простациклина и тромбоксана.

Избыточная масса тела была выявлена у 9,6%, а ожирение – у 84,4%.

По данным нашего исследования у 50 женщин имеется анемия, причем у 38 из них – легкой степени тяжести, у 17-средней, и у 5 – тяжелой степени тяжести.

Выраженность нарушений липидного обмена: легкая гиперхолестеринемия была обнаружена у 373 женщин, умеренная гиперхолестеринемия у 83 человек, выраженная гиперхолестеринемия у 30 пациенток.

Частота сопутствующей патологии оказалась статистически значимо более высокой в основной группе женщин. В ходе исследования было выявлено, что среди 500 пациенток 7 больны вирусным гепатитом, 90 – хроническим гастритом, ассоциированным с H.Pylori, 16 – хроническим бронхитом бактериальной природы.

Так как при АГ имеется нарушение регуляции АД на любом уровне – от коры головного мозга до клеточных мембран, необходимо отметить, что среди исследуемых был выявлен

целый ряд заболеваний почек (у 43,8%), прямой и непосредственной причиной развития которых служит АГ.

Основными препаратами выбора стали ингибиторы АПФ, а именно: эналоприл, лизиноприл и рамиприл, в силу того, что данная группа препаратов обладает множеством достоинств, одним из которых является – нормализация метаболический нарушения. Данную группу препаратов принимали 427 пациенток, что составило 85,4%.

Антибактериальную терапию получали 200 женщин (40%). После проводимого лечения у большинства пациенток отмечалось улучшение состояния и показателей лабораторных исследований.

Выводы. Таким образом, у женщин в постменопаузальный период в результате эстрогендефицита выявлен повышенный риск развития инфекционной патологии. Поэтому препаратами выбора в лечении данной категории пациенток стали те, которые не оказывают отрицательного действия на метаболизм и/или способствуют нормализации метаболических нарушений – ингибиторы АПФ. В качестве борьбы с инфекцией, как правило, применялись антибиотики широкого спектра действия в течение 7-10 дней.

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В НЕКОТОРЫХ ОБЛАСТЯХ ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2011-2016 ГОДЫ

М.В. Федоровский, Т.Е. Кайряк

Кафедра патологической анатомии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель – к.м.н. Д.Е. Мильчаков

Актуальность. Заболеваемость сифилисом, как в России, так и за рубежом, является одной из значимых медико-социальных проблем для организаторов здравоохранения и дерматовенерологов. По данным ВОЗ, в период 80—90-х годов XX века и в начале XXI века в европейском регионе наблюдался один значимый подъем уровня заболеваемости сифилисом — в 1997 г., когда заболеваемость сифилисом составила в среднем по региону 75,88 случая на 100 тыс. населения, превысив минимальный уровень заболеваемости (3,84 случая на 100 тыс. населения), отмеченный в 1988 г., почти в 20 раз. Наибольший «вклад» в общий высокий по европейскому региону уровень заболеваемости сифилисом в 1997 г. внесли страны постсоветского пространства — республики бывшего СССР. Этот показатель в Российской Федерация составил 277,65 случая на 100 тыс. населения.

Цель. Показать эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости сифилисом в Кировской, Оренбургской, Пензенской и Ульяновской областях за период с 2011 по 2016 гг.

Материалы и методы. Системный анализ статистических данных деятельности кожно-

венерологических учреждений за период с 2011 по 2016 гг, выделение и синтез главных компонентов, анализ литературы и материалов сети Internet.

Результаты. Преимущественная часть больных относится к возрастной группе населения от 20 до 29 лет (46% (данные на 2016г)), с незначительным перевесом женщин среди заболевших (59,2% против 40,8% мужчин в данной возрастной категории). В 2016 году, по сравнению с 2011г., доля заболевших в данной группе незначительно уменьшилась (с 47,6 до 46). Женщины преобладали также в популяционных группах 15-17 лет (73,6%), 18-19 лет (67,3%). На втором месте по уровню заболеваемости была возрастная группа 30-39 лет (от 22,4 до 25,2%), в которой основную часть составили уже мужчины (54,3%). Среди всех случаев сифилиса в 2011 году женщины составили 50,4%, мужчины - 49,6%, в 2016 году - 50,1% и 49,9% соответственно.

В период с 2011-2016 год заболеваемость всеми формами сифилиса в Кировской области уменьшилось крайне незначительно (с 37 случаев на 100 тыс. населения до 31,9; или на 13,7%). В Ульяновской области снижение на 67,9% (с 24 до 7,7 случая на 100тыс). В других регионах показатели колеблются от 50-54%. Заболеваемость ранними формами сифилиса в Кировской области незначительно снизилась на 11,1% (с 35 до 31,1 случая на 100тыс человек). В Пензенской, Оренбургской и Ульяновской областях наблюдается снижение на 273%, 213% и 63% соответственно.

Среди заболеваемости ранними скрытыми и неуточненными формами сифилиса Кировская область показывает относительную стабильность. В Пензенской, Ульяновской, Оренбургской наблюдается снижение (с 17,5; 18,5 21,9 до 5,2; 6,9; 8,5 на 100т населения (или на 69%, 62%, 61%) соответственно).

Случаи первичного сифилиса во всех областях так же снижались: Кировская область (с 4.8 случая на 100тыс населения до 1.77 (63%)), Оренбургская область (с 4.2 по 1.65 (60,7%)), Пензенская область (с 1.9 по 0.59 (79%)), Ульяновская область (с 1.8 по 0.16 (91%)).

Заболеваемость вторичным сифилисом в Кировской области практически не изменилась (снижение с 15.8 случая до 15.26 случая на 100тыс населения). Значительно снизилось число заболевавших в Оренбургской области (с 11.4 по 3.62 случая на 100тыс (или на 68%). Одинаково высокую тенденцию к снижению заболеваемости имели Пензенская и Ульяновская области (с 3.8; 3,0 до 0.52; 0,32 случая на 100тыс. человек или на 86% и 89% соответственно).

Заболеваемость поздними формами сифилиса значительно возросла в Пензенской области (на 67%). Рост заболевших наблюдается и в Оренбургской области (с 0.8 до 1.2 случаев на 100тыс.). В других областях заболеваемость снизилась в среднем на 0.5-1.2 случая на 100тыс.

Среди возрастной популяции детей от 0 до 14 лет во всех исследуемых областях заболеваемость сифилисом колебалась от 0 случаев до 4 случаев на 100тыс. человек.

Среди возрастной популяции детей от 15-17 лет заболеваемость сифилисом во всех областях сильно снизилась, в среднем в 2 -3 раза, а в 2016 году в Пензенской и Ульяновской областях вовсе не было зарегистрировано ни одного случая.

Средняя заболеваемость врождённым сифилисом во всех областях была 1 случай на 100тыс. В 2016 году не было зафиксировано ни одного случая врожденного сифилиса.

Выводы. При обработке статистических данных о заболеваемости сифилисом в ПФО: Кировской, Ульяновской, Пензенской, Оренбургской областях, были выявлены следующие проблемы и их решения:

Среди клинических форм сифилиса преобладают ранние формы заболевания (первичный, вторичный, ранний скрытый сифилис) и составляет 97,5%. Доля поздних форм сифилиса 2,5%. Высокий индекс заболеваемости, по сравнению с другими областями, всеми формами сифилиса, имеет Кировская область (с 2011 по 2016г). Это свидетельствует о том, что в Кировской области недостаточная диагностика, профилактические работы, эпидемиологический контроль, не достаточный учет приезжих, как студентов, так и людей пожилого возраста. В то время как среди несовершеннолетних в период с 2011 по 2016 год заболеваемость постепенно снижалась, а случаи врождённого сифилиса стремились к нулю. Если стравливать гендерную принадлежность среди больных сифилисом, преобладает возрастная группа от 20 до 29 лет. Среди всех возрастных групп преобладает женский пол. Это свидетельствует о росте проституции, плохой просветительной работе в школьных учреждениях среди старшеклассников и студентов, средних и высших учебных заведений.

Для решения проблем необходимо совершенствовать механизмы первичной и вторичной профилактики сифилиса (средства СМИ: TV, пресса, буклеты, санбюллетни, беседы, лекции), усилить эпидемиологический контроль и широкое внедрение в практику современных, высокочувствительных и специфичных методов исследований для диагностики сифилиса. Также необходимо совершенствовать профилактическую работу среди мигрантов посредством расширения профилактических осмотров.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ + ТУБЕРКУЛЕЗ

В.И. Волкова, А.В. Антипова, М.Л. Козлова – студентки 409 группы лечебного факультета

Кафедра общей и коммунальной гигиены

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. Д.А. Кряжев

На сегодняшний день, учитывая сложную эпидемиологическую обстановку по

сочетанной патологии ВИЧ + туберкулез, наблюдается увеличение числа больных с сочетанной патологией в районе обслуживания поликлиники № 1 ГБУЗ «Оренбургский городской клинический противо-туберкулезный диспансер» (далее – ГБУЗ «ОГКПТД») и по Оренбургской области в целом.

Цель. Анализ структуры заболеваемости населения сочетанной

патологией ВИЧ + туберкулез.

Материалы и методы. Анализ распространённости и заболеваемости проведен на основании данных официальных статистических форм Федеральной службы государственной статистики за 2017г., а так же на основании данных ГБУЗ «Оренбургский городской клинический противотуберкулезный диспансер».

Результаты. Удельный вес впервые выявленных больных сочетанной патологией туберкулез + ВИЧ ко всем впервые выявленным больным туберкулезом в 2017 г. составил: в ГКБ №5 – 57,7; ГКБ №6 – 54,4; ГКБ им. Пирогова – 35,4; поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 43,4. Удельный вес ВИЧ инфицированных среди контингентов больных туберкулезом в 2017 г.: в ГКБ №5 – 41,2; в ГКБ №6 – 37,6; ГКБ им. Пирогова – 34,3; поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 38,6. Распространенность сочетанной патологии туберкулез + ВИЧ на 100 тыс. населения за 2017 г.: в поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 76,4; г. Новотроицке -111,3; г. Орске – 118,9; Оренбургской области – 48,5. Смертность от ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом, на 100 тыс. населения за 2017г.: в поликлинике №1 ГБУЗ «ОГКПТД» г. Оренбург – 13,5; г. Оренбурге – 11; г. Новотроицке – 16; г.Орске – 33; Оренбургской области – 13,9.

Выводы. Несмотря на проводимые мероприятия, распространение

сочетанной патологии туберкулез + ВИЧ указывает на то, что принимаемых в настоящее время мер по сдерживанию эпидемии проводится недостаточно или эти меры не эффективны. В связи с этим следует систематически работать с асоциальными больными для привлечения их к контролируемому лечению и обследованию. Необходимо привлекать бациллярных больных на принудительное лечение через прокуратуру; осуществлять максимальный контроль каждого впервые выявленного больного; широко использовать весь спектр лечебных мероприятий, в том числе санаторно-курортное лечение; улучшить разъяснительную работу с лицами, которым показано оперативное лечение.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ОТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А. С. Пугач - студент 1534 группы лечебного факультета,

А. В. Хромец - студент 1511 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Белорусский Государственный Медицинский Университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. Т. П. Павлович

Актуальность. Фиброзно-кавернозный туберкулез относится к формам туберкулеза, которые характеризуются высоким процентом инвалидизации, низкой эффективностью лечения и значительным процентом неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Определить основные черты фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ) в настоящее время.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ карт стационарного пациента туберкулезного (лекарственно-устойчивых форм туберкулеза) отделения для взрослых № 3 ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за 2016 и 20 карт стационарного пациента умерших в отделениях стационара с диагнозом ФКТ.

Результаты исследования. Более 20% пациентов в отделении лекарственно-устойчивых форм туберкулёза имели ФКТ, а из них более 80% являлись инвалидами второй группы. Большинство пациентов с ФКТ относились к лицам трудоспособного возраста. На момент госпитализации у пациентов с ФКТ отмечались следующие признаки прогрессирования процесса: у 75,9% нарастание дыхательной недостаточности, субкомпенсации и декомпенсации хронического лёгочного сердца – 27,6%,фебрильная лихорадка – 31%, кровохарканье у 6 человек. Сопутствующая патология имела место у 65,5% пациентов. В процессе лечения удалось добиться абациллирования консервативными методами с применением новых противотуберкулёзных лекарственных средств только у 55%, и ещё у 17% при применении хирургических методов лечения (торакопластика, лобэктомия). У 28% сохранялось бактериовыделение к окончанию курса химиотерапии туберкулёза.

Основными причинами смерти пациентов с ФКТ являлись прогрессирование лёгочно-сердечной недостаточности, лёгочное кровотечение, развитие казеозной пневмонии, и только у 15% к летальному исходу привели декомпенсация и прогрессирование сопутствующих заболеваний(ИБС, онкология, цирроз печени).

Выводы. 1. ФКТ в большинстве случаев встречается у лиц трудоспособного возраста.

2. Для ФКТ характерен высокий процент инвалидизации.

3. Прогрессирование ФКТ в большинстве случаев проявляется нарастанием дыхательной недостаточности, синдромами интоксикации.

4. Не удаётся добиться абациллирования у четверти пациентов.

5. Основной причиной смерти пациентов с ФКТ служит прогрессирование специфического процесса и развитие осложнений.

РОЛЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ D В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

С.В. Баранников – студент 403 группы лечебного факультета,

Э.В. Балданов – студент 406 группы лечебного факультета,

С.З. Цыдендамбаева – студентка 407 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Благовещенск, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. И.А. Бердяева, д.м.н., проф. Л.Н. Войт

Актуальность. В последнее время психосоциальный стресс признан одним из факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В то же время подверженность стрессорным воздействиям и способы реагирования на них могут существенно различаться у отдельных индивидуумов. По-видимому, существуют устойчивые личностные черты, которые делают людей более уязвимыми к стрессорным воздействиям. В кардиологии интенсивно изучался «коронарный» поведенческий тип А, однако его влияние на развитие ССЗ не было подтверждено в проведенных исследованиях. В последнее время стали выделять другой тип личности, «дистрессорный» тип «D», впервые предложенный J. Denollet в 1995 г. Недавно выполненные работы были посвящены изучению влияния такого типа личности на прогноз, число осложнений и качество жизни при целом ряде ССЗ. Но проведенный нами обзор литературы показал отсутствие информации о влиянии типа личности D на развитие осложнений у больных артериальной гипертензией. Поэтому мы решили провести данное исследование.

Цель исследования. Найти взаимосвязь между типом личности «D» и риском развития сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования. Для участия в исследовании мы провели исследование 100 пациентов кардиологического отделения ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница».

Исследование проходило в 2 этапа. Первым этапом было анкетирование пациентов на наличие типа личности D с помощью шкалы типа личности Денолета (Denollet Scale 14).

Вопросы в DS 14 делятся на две группы: ориентация на негативные эмоции и коммуникабельность. Набравшие десять и более баллов в каждой группе вопросов относятся к людям с типом личности «D».

На втором этапе мы выявили у пациентов факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений с учетом наличия в анамнезе артериальной гипертензии (АГ).

Классификация риска сердечно-сосудистых осложнений при АГ основана на его оценке в зависимости от наличия ФР, поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических

состояний, наличия сахарного диабета и метаболического синдрома, а также степени повышения артериального давления. В соответствии с этим выделяют 4 степени риска развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с АГ: риск I (низкий), риск II (средний), риск III (высокий), риск IV (очень высокий).

Далее мы проведем описательную статистику каждой группы и проведем анализ межгрупповых различий с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Уровень статистической значимости (p) был принят ≤0,01.

Результаты исследования. В результате проведения анкетирования мы разделим объекты исследования на 2 группы: I группа – с типом личности D (n_1=34 чел), II группа – лица с типом личности не D (n_2= 66 чел). Из них очень высокий риск развития СС осложнений наблюдался чаще у людей с типом личности D (64%), чем у людей без типа личности D (38%), высокий риск развития СС осложнений имели 29% пациентов с типом личности D, чем люди без типа личности D (12%). Средний риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных с типом личности D составил 2%, у пациентов без типа личности D – 28%. Низкий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний был выявлен только у пациентов без типа личности D и составил 21%.

При анализе межгрупповых различий с использованием критерия Манна-Уитни, было выявлено, что $U_{эмп}>U_{0,01}$ ($U_{эмп}$=669; $U_{0,01}$=884). Полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$(669) находится в зоне значимости, что свидетельствует о достоверности полученных результатов.

Выводы. Данные результаты свидетельствуют о том, что тип личности D влияет на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у больных с АГ.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ - РОДИТЕЛЬ»

А. И. Совецкая, И. С. Задора – студентки 3503 группы

медико-профилактического факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - ст. преп. И.Г. Ушакевич

Актуальность. Качество медицинской помощи оценивается не только удовлетворённостью результатами и процессом лечения, но и умением врача наладить диалог с потребителем медицинских услуг. Налаженные взаимоотношения врача и пациента не только целительны сами по себе, от них часто зависит приверженность пациента врачебным рекомендациям.

Цель исследования. Изучить мнение родителей РБ о взаимоотношениях с врачами – педиатрами и организациями здравоохранения в целом.

Материалы и методы исследования. В работе использовались статистический и социологический методы. Объем исследования составил 100 человек. Место проведения – г. Минск, г. Докшицы. Была разработана анкета, состоящая из 16 вопросов, наиболее детально характеризующих тему исследования. Статистическая обработка данных произведена в программе Excel.Значимыми принимали различия в результатах с вероятностью безошибочного прогноза не менее 95,5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования. У 9% респондентов дети имеют хронические заболевания. 61% опрошенных уверены, что педиатр знает прошлые проблемы пациента. 79% анкетируемых утверждают, что участковый врач тщательнорасспрашивает о тревогах по поводу здоровья их ребенка. Выполняют врачебные рекомендации «полностью» 53% родителей, «отчасти» - 38%. В настоящее время существуют следующие типы моделей взаимоотношений врача и пациента:

«информационная» (научная, инженерная, потребительская). Врач собирает и предоставляет информацию о болезни пациенту. При этом последний обладает полной автономией, имея право на всю информацию и самостоятельно выбирая тот или иной способ лечения и диагностики. Задача врача — подвести пациента к выбору верного решения;

«интерпретационная». Врач выступает в роли консультанта и советчика. Он должен выяснить требования пациента, не осуждая их, и оказать помощь в выборе лечения. Для этого врач должен интерпретировать, т.е. истолковать информацию о состоянии здоровья, обследовании и лечении. Эта модель похожа на «информационную», но предполагает более тесный контакт врача и пациента;

«совещательная». Врач хорошо знает пациента. Все решается на основе доверия и взаимного согласия. Врач выступает в роли друга и учителя. Автономия пациента при этом соблюдается, но она основана на необходимости лечения предложенного врачом;

«патерналистская» (от лат. pater — отец). Врач выступает в роли опекуна, но при этом ставит интересы пациента выше собственных. Врач настойчиво рекомендует выбранное им лечение. Даже если пациент не согласен, то последнее слово остается за врачом. Автономия пациента минимальна.

Наиболее часто встречается «совещательная» и «интерпретационная» (39 % и 37% соответственно) модель общения врача и представителя ребенка. На третьем месте - «информационная» (19%), на четвертом – «патерналистская» (5%) модель. При этом выявлена достоверная связь между моделью общения и выполнением рекомендаций врача ($p < 0,05$). 76% представителей ребенка периодически пользуются платной медициной. При этом 51% чаще посещает участкового педиатра, 26% - врачей коммерческих организаций. 16% респондентов хотят, 61% - не хотят поменять врача своего ребенка, 24% не задумывались над этим вопросом.

У 30% представителей ребенка имелись конфликты в детской поликлинике. Частота встречаемости конфликтов с врачами – 17%, с работниками регистратуры – 16%, со средним медицинским персоналом - 9%, с администрацией – 6%. Наиболее частая причина – отсутствие функциональной доступности (22%), далее – нарушение этики (15%), ошибки медицинского персонала (11%).

Выводы. Наиболее распространены «совещательная» и «интерпретационная» модели взаимоотношений врача и представителей ребенка. Установлена связь между моделью общения и приверженностью выполнения врачебных рекомендаций. 2/3 родителей пользуются услугами платной медицины. Наиболее частные конфликты возникают с врачами поликлиник в связи с нарушением этики, с работниками регистратуры – отсутствие функциональной доступности, со средним медицинским персоналом – нарушение этики.

ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

И.В. Белогрудова - студентка 5 курса 507 группы медико-профилактического факультета

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением

ФБОУ ВО СЗГМУ им.И.И Мечникова Минздрава России , Санкт-Петербург ,Россия

Научный руководитель - к. м. н, доцент П.Н. Морозько

Актуальность. Согласно оценке ВОЗ, ежегодно в мире туберкулезом заболевает около 9 млн. человек, каждый день в мире от туберкулеза умирают около 5 тысяч человек, становятся больными в течение жизни 5-10% людей, зараженные туберкулезом[1].У 9 миллионов человек ежегодно обнаруживаются симптомы активного заболевания, и каждый пятый умирает. Это ставит туберкулезную палочку на второе место после вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в списке основных микробных убийц. Инфицированные лица остаются переносчиками возбудителя заболевания на всю жизнь [2].Более того, туберкулезная палочка ведет «окопную войну», вырабатывая устойчивость к обычным антибиотикам и традиционным методам вакцинации, тем самым отсрочивая диагностирование и определение чувствительности к лекарственным препаратам[3].

Цель: изучить и проанализировать данные по заболеваемость туберкулезом в Ленинградской области среди детского и взрослого населения.

Материалы и методы. При выполнении работы были использованы материалы к государственному докладу «О санитарно-эпидемическом благополучии населения Ленинградской области за 2016 год», и материалы к государственному докладу«О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения РФ за 2016 год».Для обработки данных использовались программы MicrosoftWord,MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждения. Анализируя данные о заболеваемости туберкулезом в Ленинградской области за 2012-2016 годы, был выявлен самый высокий показатель заболеваемости туберкулезомв 2013 году (56 случаев на 100 тыс. населения) самый низкий показатель заболеваемости туберкулезом наблюдался в 2012 году (36 случаев на 100 тыс.населения).

Сравнивая полученные результаты по заболеваемости туберкулезом за 2012-2016 годы с расчетными данными по заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации за 2012-2016 годы,было выявлено, что самый высокий показатель заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации наблюдался в 2012 году, он составил 68 случаев на 100 тысяч населения,а самый низкий показатель наблюдался в 2016 году (51 случай на 100 тысяч населения).

Проанализировав уровень смертности от туберкулеза в Ленинградской области и Российской Федерации за 2012-2016 годы были получены следующие результаты: самые высокие показатели смертности в 2012 годупо Ленинградской области наблюдались (87 случаев на 100 тыс. населения), по Российской Федерации (60 случаев на 100 тыс. населения).Самые низкие показатели отмечены в Ленинградской области в 2013 году 24 случая на 100 тыс. населения, по Российской Федерации наблюдались самые низкие показатели (4 случая на 100 тыс.человек) в 2013 и в 2015.

Среди всех районов Ленинградской области самый высокий показатель заболеваемости туберкулезом в области был выявлен в Лужском районе (95 случая на 100 тыс. населения). Самый низкий показатель заболеваемости туберкулезом в Ленинградской области наблюдается во Всеволожском районе— (29 случаев на 100 тыс. населения).

В 2016 году среди заболевших туберкулезом доля сельского населения составила 70,0%,а городского населения – 30,0%.

Среди всего заболевшего туберкулезом населения Ленинградской области доля детского населения составила 20%, а доля взрослого населения - 80%, т.е.среди взрослого населения туберкулез встречается в несколько раз чаще, чем среди детей.

Далее проанализированы полученные данные о возрастной структуре заболеваемости детского населения Ленинградской области. Среди всего заболевшего детского населения самый высокий показатель заболеваемости туберкулезом населения наблюдается в возрастной группе от 3 до 6 лет(43,6%),самый низкий показатель наблюдается в возрастной группе детей до 3 лет (5,1%).

Выводыю. За период с 2012 по2016 годы наблюдается тенденция к снижению уровня заболеваемости туберкулезом. Было установлено, что частота встречаемости туберкулезом в Российской Федерации выше, чем частота встречаемости заболеваемости туберкулезом в Ленинградской области. Уровень смертности от туберкулеза за изучаемый период заметно

снижается. Самый высокий показатель заболеваемости туберкулезом в Ленинградской области в 2016 году наблюдался в Лужском районе (95,0‰).

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ БОД И ХОБЛ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ПО СОСТОЯНИЮ НА 2017 г.

М.Ш. Магомедов - студент 518 группы лечебного факультета

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Россия, Махачкала,

Научный руководитель - старший преподаватель П.М. Магомедова

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний органов дыхания и занимает 4-5 место среди всех причин смертности, уступая лишь сердечно - сосудистым заболеваниям, травмам и сахарному диабету (Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ. Пересмотр 2017).

По данным ВОЗ, сегодня от этой болезнью страдает 210 000 000 человек в мире, а уже через 15 лет ХОБЛ станет третьей по значимости причиной смерти во всем мире.

Ведущая роль в распространенности, тяжести течения и смертности больных с патологией респираторной системы продолжает принадлежать хронической обструктивной болезни легких.

Цель исследования. Изучение состояния болезненности и заболеваемости ХОБЛ за 2017гг. Проведение сравнительного анализа распространенности и показателей ХОБЛ среди болезней органов дыхания (БОД) по Республике Дагестан.

Материал и методы. Для изучения состояния заболеваемости и болезненностиБОД и ХОБЛ в Республике Дагестан, нами были использованы данные ежегодных статистических отчетов Министерства здравоохранения за период за 2017 год. Для анализа заболеваемости в расчете на 100 тыс. населения, были использованы данные Росстат по Республике Дагестан.

Результаты. Болезненность БОД среди взрослого населения за 2017 составила - 470066 (абс.), показатель на 100 тыс. населения составил -25469,29.

Заболеваемость БОД за 2017 год среди взрослого населениясоставила -37680 5чел. (абс.), показатель на 100 тыс. населения-2041,27. Всего в РД страдает болезнями органов дыхания 886443 чел, что в показателе на 100 тыс составило -29643,25. Показатели болезненности и заболеваемости среди детей, подростков и пенсионеров представлены в таб №1.

Таблица №1

	БОД, показатели на 100 тыс. населения			
	Дети (0-14лет)	подр. (15-17 л.)	Взрослые 18 +	Пенсионеры 60+
Болезненность	50640,70	30640,00	25465,29	32142,25
Заболеваемость	46384,79	26475,00	20412,76	22142,50

Доля взрослых больных ХОБЛ среди болезней органов дыхания (БОД) составила 63900 чел., показатель на 100 тыс.-3461,67.

Показатель болезненности ХОБЛ у детей (0-14 л.) в 2017 г. составил 443,52, а среди подростков (14-17 л.) тот же показатель показал цифры – 626,67. С болезненностью пенсионеров за 2017 год дело обстоит следующим образом: болеют ХОБЛ – 25405 чел, показатель на 100 тыс.- 6302,72.(табл.№2)

Таблица №2

	ХОБЛ							
	Дети(0-14л)		Подр.(15-17л)		Взрослые 18+		Пенсионеры 60+	
	абс.	показ.	абс.	пок.	абс.	показ.	абс.	показ.
Болезненность	3563	443,52	1128	626,67	63000	3461,67	25405	6302,72
Заболеваемость	933	116,11	324	175,14	10493	568,45	1958	485,76

Выводы:

1.Заболеваемость болезнями органов дыхания (БОД) в республике занимает первое место в структуре общей заболеваемости и ведущая роль в тяжести течения и смертности среди патологий респираторной системы принадлежит ХОБЛ.

2. Анализ заболеваемости патологии респираторной системы предполагает повышение роли ранних методов диагностики и улучшения системы первичной профилактики заболеваний.

3.Знание объективных данных о заболеваемости, позволяет принимать обоснованные управленческие решения, для врачей первичного звена выбрать правильные опции лечения.

4. Полученные данные могут помочь в составления программы по формированию групп риска и раннего выявления патологии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Б.М. Айсаева - клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Научно-исследовательский институт экологической медицины

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. М.Г. Атаев

Введение. В настоящее время в научно-исследовательской практике существует обилие различных возрастных классификаций для формирования групп сравнения пациентов при изучении клинических и морфологических проявлений заболеваний и их осложнений, при анализе тактических подходов к выбору терапии и оценке эффективности лечения. Пациентам разных возрастных групп требуется индивидуальный подход, как при оценке результатов диагностических исследований, так и при подборе терапии. Возрастные морфофункциональные и гистохимические преобразования, обеспечивающие формирование совокупной реакции нормо- и патоморфологических изменений тканей, органов и систем органов, которые в свою очередь можно разделить на изменения с отсутствием клинических проявлений, с незначительными, умеренными клиническими проявлениями и с клинически манифестирующими проявлениями, в целом можно рассматривать как динамические проявления развития организма и последующего танатогенеза[3].

В последние десятилетия, вследствие общего изменения медико-демографической ситуации наблюдается увеличение числа людей старших возрастных групп в структуре населения, рост заболеваемости и доли хронических болезней. Так, заболеваемость сердечно-сосудистой системы (ССС) в зависимости от возраста значительно нарастает, а после 40-49 лет – стремительно. Рост показателей болезней органов дыхания (БОД) в группах с 18-29 до 50-59 лет имеется тенденция к её уменьшению после 60 лет до 199,8 и 178,3 в возрастных группах 60-69 и 70 лет и старше. Число обращений по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) нарастает с возрастом, но менее выражено, чем в других классах, что объясняется разнонаправленностью динамики по отдельным заболеваниям. Однонаправленной динамики не наблюдается болезней мочевыделительной системы (МВС), что объясняется разнообразием этиологии и патогенеза составляющих её отдельных заболеваний. Наибольшее число обращений отмечено в группе 60-69 лет — 139,5 и в группе 70 и старше - 149,8, наименьшее – в группах 30-39 и 50-59 лет — по 108,2 на 1000 населения данного возраста[2].

Цель: оценка лабораторных показателей и распределения заболеваний в различных возрастных и гендерных группах.

Материал и методы. Были обработаны истории болезни 102 больных отделений терапии и кардиологии Государственного бюджетного учреждения Минздрава Республики Дагестан «Городская клиническая больница № 1» г. Махачкалы. Возраст больных составлял от 15 до 80 лет.

При проведении данного исследования были использованы данные из историй болезни: паспортной части, общего осмотра, лабораторных методов исследования и клинического диагноза.

Результаты. Из таблицы 1 видно, что в возрасте 15-29 лет отсутствуют заболевания ССС, с другой стороны, молодые люди чаще страдают воспалительными заболеваниями МВС.

БОД чаще распространены у молодых и пожилых людей, у больных старше 45 лет и старше наблюдается значительный прирост сердечно - сосудистых заболеваний. В представленных возрастных группах наиболее подвержены различным заболеваниям представители старших возрастных групп. Увеличение частоты заболеваний у людей старше 45 лет, что может быть связано сочетанием нескольких нозологий у одного и того же пациента.

Таблица 1. Частота распределения систем органов в зависимости от возраста терапевтического больного (%)

Возраст, лет	Болезни МВС	Болезни ЖКТ	БОД	Болезни ССС	Итого
15-29	27,3	22,7	40,9	0,0	90,9
30-44	11,8	29,4	35,3	5,9	82,4
45-59	9,4	21,9	31,3	53,1	115,6
60-80	16,7	20,0	50,0	46,7	133,3

Смещений в показателях лейкоцитов и лимфоцитов выше нормы не наблюдается не в одной из представленных возрастных групп. Наглядно видно, что с возрастом уменьшается количество эритроцитов крови. Также показатели СОЭ возрастают с возрастом (табл. 2).

Таблица 2. Показатели общего анализа крови в различных возрастных группах

Возраст, лет	Лейкоциты, 10^9/л		Эритроциты, 10^{12}/л		Лимфоциты, %		СОЭ, мм/час	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
15-29	6,7	1,7	125,4	25,5	27,5	9,2	17,5	10,9
30-44	9,4	4,6	122,2	26,3	29,3	13,3	14,1	15,9
45-59	6,6	2,2	120,9	24,4	26,0	10,4	20,7	19,0
60-80	7,4	3,2	113,7	24,6	23,0	9,2	30,3	17,9
Итого	7,3	3,1	119,7	24,8	25,9	10,3	22,0	17,6

Наиболее низкие показатели глюкозы в венозной крови у лиц молодого возраста. У возрастной группы 60-80 лет самые высокие показатели холестерина. Наиболее высокие показатели билирубина, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), креатинина продемонстрированы в 45-59 лет (табл. 3).

Таблица 3. Зависимость показателей биохимического анализа крови от возраста

Показатель	Возраст, лет				Среднее
	15-29	30-44	45-59	60-80	

Глюкоза, ммоль/л	4,8	7,0	6,6	8,1	7,1
Билирубин, мкмоль/л	8,5	16,1	40,1	8,8	25,0
Холестерин, ммоль/л	4,7	4,4	5,3	5,5	5,2
АЛТ, Ед/л	7,5	48,7	98,5	21,1	63,2
АСТ, Ед/л	9,5	33,2	71,6	32,1	49,4
Креатинин, мкмоль/л	113,0	86,0	128,7	103,0	113,1
Fe сывороточное, ммоль/л	19,5	3,3	10,6	8,3	13,3
Белок общий, г/л	76,8	70,9	74,4	72,7	73,1

Показатели удельного веса мочи почти одинаковые у всех возрастных групп, приведенных в нашем исследовании. Лейкоциты в моче чаще превышают пределы нормальных показателей в возрастных группах от 15 до 44 лет. Эритроциты в моче больше у молодых людей (табл. 4).

Таблица 4. Изменения показателей общего анализа мочи в зависимости от возраста

Показатель	Возраст, лет				Среднее
	15-29	30-44	45-59	60-80	
Удельный вес	1015,8	1015,9	1015,4	1013,7	1014,9
Белок, г/л	0,0	0,7	0,1	0,1	0,2
Лейкоциты, в поле зрения	7,2	12,0	4,1	5,8	6,3
Эритроциты, в поле зрения	9,6	3,0	3,6	6,7	5,6

Обсуждение. В одном из проведенных анализов госпитализации взрослого населения было выявлено, что в старших возрастных группах (50 и более лет) госпитализация осуществляется в основном по поводу болезней системы кровообращения и новообразований. Такие же данные получены и при нашем исследовании. Но имеются отличия в болезнях МВС, которые в нашей работе преобладают у молодых 15-29 лет над больными из группы 40-49 лет [1].

Выводы. 1. В возрасте 15-29 лет преобладают заболевания МВС. В более зрелом возрасте,45 лет и старше, наиболее чаще наблюдается поражение ССС. Значимых отличий в поражении ЖКТ и органов дыхания в представленных возрастных группах нет.

2. Наиболее наглядные изменения показателей общего анализа крови в различных возрастных группах претерпевают эритроциты крови и СОЭ.

3. У молодых людей параметры биохимического анализа крови по всем показателям лучше, чем в остальных возрастных группах

Литература

1. Бантьева М.Н., Прилипко Н.С. Возрастные аспекты госпитализации взрослого населения на койки круглосуточного пребывания // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2013. http://vestnik.mednet.ru/ (дата обращения 19.03.2013).

2. Бантьева М.Н., ПрилипкоН.С. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения //Электронный научный журнал "Социальные аспекты здоровья населения". 2013. №4 (32). http://vestnik.mednet.ru/content/view/497/30/ (дата обращения 28.08.2017).

3. Милюков В.Е., Жарикова Т.С. Критерии формирования возрастных групп пациентов в медицинских исследования //Клиническая медицина, 2015, № 11. https://cyberleninka.ru/article/v/kriterii-formirovaniya-vozrastnyh-grupp-patsientov-v-meditsinskih-issledovaniyah(дата обращения 20.03.2018).

МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР ОТДЕЛОВ СЛЕПОЙ КИШКИ (МАТЕРИАЛЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

Г.Р. Ахмедова - студентка 215 группы лечебного факультета

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. А.И. Ганиева

Актуальность. Периферическая лимфоидная ткань, ее организация и защитная роль имеет большое значение при формировании иммунного статуса организма. Лимфоидная ткань, расположенная в стенке пищеварительной системы, является источником антител, направленных на защиту организма от неблагоприятных воздействий (пищевых, микробных, продуктов метаболизма и т.д.). Слизистая оболочка толстой кишки длительное время соприкасается с пищевыми массами. В процессе всасывания продукты переваривания подвергаются иммунному контролю. В осуществлении этих процессов принимает участие многообразная микрофлора толстой кишки, включающая как нормальные, так и патогенные микроорганизмы. Они могут создавать микробный антагонизм, влияющий на активность лимфоидного аппарата кишечника. В исследованиях, посвященных лимфоидной ткани, ассоциированной с тканями стенок кишечника почти нет работ, изучающих структурную организацию лимфоидной ткани слепой кишки.

Цель исследования – изучение особенностей распределения лимфоидной ткани и ее клеточного состава в стенке разных отделов слепой кишки крыс.

Материал и методы. Исследование лимфоидных структур в стенке слепой кишки проведено на крысах линии Вистар. На гистологических срезах из илеоцекального отдела и купола слепой кишки распределение клеточного состава изучали в структурных зонах: подэпителиальной, между криптами, в собственной пластинке слизистой оболочки и в лимфоидных скоплениях. Проведена статистическая обработка содержания всех видов клеток в структурных зонах двух отделов слепой кишки. Значение достоверности учитывали при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Нами изучено распределение лимфоидной ткани в стенке илеоцекального отдела и купола слепой кишки у интактной группы крыс линии Вистар. В подэпителиальной зоне илеоцекального отдела слепой кишки лимфоидная ткань представлена плотными в виде тяжей лимфоидных клеток. В этой зоне плотность распределения клеток составляет в среднем, 54,2±3,86 клетки. Основная доля клеток приходится на лимфоциты (малые и средние) - 44,64%. Малодифференцированные клетки представлены большими

лимфоцитами и бластами (соответственно, 6,27±0,75% и 0,37±0,41%). В лимфоидной ткани подэпителиальной зоны встречается клетки с картинами митозов. Выявлены плазматические клетки (9,40%), среди них зрелые (антителпродуцирующие) и незрелые формы. Помимо клеток лимфоидного ряда, в подэпителиальной зоне встречаются гранулоцитарные лейкоциты. Среди этих клеток наиболее часто выявляются эозинофилы (2,96%). В этой зоне выявлено также 14,39±1,28% деструктивно измененных и разрушенных клеток. Макрофаги немногочисленны и составляют всего 1,84±0,24%. В илеоцекального отделе между криптами чаще всего отмечаются узкие цепочки клеток. Плотность распределения здесь составляет в среднем 33,0±2,95 клетки на стандартной площади среза. Основная доля клеток в этой зоне представлена малыми (26,67±2,76%) и средними - (10,3±1,45%) лимфоцитами. Между криптами из молодых форм клеток в 5,9 раза преобладает содержание больших лимфоцитов, чем бластов. Здесь же, в равном количестве выявлены плазматические клетки и деструктивно измененные и разрушенные клетки (по 15,15±1,66%). Среди плазматических клеток преобладают зрелые (антителпродуцирующие) плазматические клетки. Гранулоцитарные клетки в преобладающем количестве представлены эозинофилами и нейтрофилами -4,23% и 2,42%. В этой зоне найдено менее 1% макрофагов. В лимфоидных скоплениях илеоцекального отдела плотность распределения клеток составляет 44,0±3,21 клетки на единице площади среза. Из них 54,54% приходится на малые и средние лимфоциты и 11,36% на малодифференцированные клетки. Среди выявленных плазматических клеток, составляющих 7,72%, в 4,6 раза преобладает доля незрелых плазматических клеток, чем их зрелых форм. В лимфоидных скоплениях выявлено менее 10% всех клеток приходится на деструктивно измененные и разрушенные клетки (8,18±0,88%), при этом макрофагов 2,73±0,33%. В собственной пластинке слизистой оболочки частота распределения клеток составляет 30,00±2,55 клеток, из них малые и средние лимфоциты -24,66% и 2,67% - малодифференцированные клетки. Молодые формы клеток представлены большими лимфоцитами и единичными формами бластов. Митотически делящиеся клетки не найдены. Деструктивно измененные и разрушенные клетки составляют 20,00±1,98% и 3,33±0,46% - макрофагов. Выявленные в этой зоне плазматические клетки (10,00%), представлены в равном количестве зрелыми и незрелыми плазматическими клетками (4,67±0,55% и 5,33±0,62%). В таком же числе выявлены клетки гранулоцитоарного ряда (10,00%), среди которых эозинофилы и нейтрофилы присутствуют поровну (5,33% и 4,67%).

В стенке купола слепой кишки лимфоидные скопления отсутствуют. Между криптами чаще всего видны цепочки клеток, представленные лимфоцитами, плазматическими клетками и нейтрофилами. Подслизистая основа хорошо выражена, в ней видны крупные и мелкие сосуды, а также скопления нейтрофилов и эозинофилов. В подэпителиальной зоне основную долю всех клеток составляют деструктивно измененные и разрушенные клетки - 36,88±3,66%.

Среди лимфоцитов преобладают малые и средние лимфоциты – 28%. Менее 1% незрелых плазматических клеток Клетки гранулоцитарного ряда представлены зрелыми и незрелыми формами нейтрофилов - 6,55%, тогда как эозинофилов - 0,82±0,31%. Макрофаги в этой зоне единичны. Молодые формы клеток и клетки с картинами митозов отсутствуют. Между криптами выявлены деструктивно измененные клетки 32,80±2,97%. В этой зоне большая часть клеток представлена малыми лимфоцитами (23,20±2,78%). Содержание зрелых (антителпродуцирующих) клеток в 3,0 раза меньше, чем незрелых форм. На долю клеток гранулоцитарного ряда приходится 8,80%, из них 6,40% составляют нейтрофилы и 2,40±0,28% - эозинофилы, макрофаги встречаются редко - 1,60±0,24%. При этом в стенке купола между криптами отсутствуют клетки с картинами митозов и малодифференцированные клетки (бласты и большие лимфоциты). Клеточный состав собственной пластинки слизистой оболочки представлен в равном количестве деструктивно измененными и разрушенными и ретикулярными клетками (32,33±2,75% и 31,57±2,78%,). Малых и средних лимфоцитов 22,56%. Среди плазматических клеток, число зрелых форм вдвое больше, чем незрелых. В этой зоне не выявлены молодые, митотически делящиеся клетки и макрофаги. Содержание эозинофилов в 2 раза больше, чем нейтрофилов (7,52% и 3,75% соответственно).

Выводы. У интактных крыс лимфоидные скопления в стенке слепой кишки в виде предузелков встречаются только в илеоцекальном отделе. В куполе иммунные структуры представлены диффузно-ассоциированной тканью в виде цепочек или отдельно рассеянных клеток вокруг крипт. Установлено, что максимальная плотность клеток отмечается в подэпителиальной зоне и лимфоидных скоплениях илеоцекального отдела. Здесь же в илеоцекальном отделе выявлено максимальное содержание лимфоцитов и молодых клеток (бластов и больших лимфоцитов), в подэпителиальной зоне встречаются клетки с картинами митозов, в лимфоидных скоплениях много молодых форм клеток. Из полученных результатов можно предположить, что в подэпителиальной зоне в илеоцекальном отделе осуществляются достаточно активные процессы лимфоцитопоэза. В стенке купола превалируют процессы деструкции клеток, в связи с чем, содержание лимфоцитов здесь снижено. На фоне высокой деструкции слабо выражена макрофагальная реакция, здесь выявлены только единичные макрофаги. Молодые формы клеток также отсутствуют стенке купола. Для илеоцекального отдела характерно максимальное содержание плазматических клеток в сравнении с куполом, где их количество минимально.

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ АРТЕРИИ ГОЛЕНИ ЧЕЛОВЕКА «КОМПЛЕКСНЫМИ СОСУДАМИ»?

А.В. Баров - ассистент

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия
Научный руководитель д.м.н., профессор И.И. Марков

Актуальность. При варикозной болезни нижних конечностей в патологический процесс вовлекаются не только поверхностные, но и глубокие вены нижних конечностей. При этом и в стенке поверхностных и глубоких вен наблюдаются одинаковые морфологические изменения. Чрезвычайная распространённость варикозной болезни и неутешительные результаты её профилактики и лечения должны быть стимулом для детального морфологического изучения и поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.

Цель работы – выявить особенности гистотопографических взаимоотношений артерий и сопровождающих их глубоких вен голени человека.

Материал и методы исследования. Задняя большеберцовая артерия и сопровождающие её парные задние большеберцовые вены выделялись из ампутированных нижних конечностей. Парафиновые срезы толщиной 5-7 мкм окрашивались гематоксилином и эозином, пararозанилином и толуидиновым синим, по Ван Гизону. Изучение и микрофотографирование на микроскопе «Leica» с цифровой видеосистемой.

Результаты исследования и их обсуждение. Морфологические изменения стенки задней большеберцовой артерии во всех случаях были характерны для облитерирующего эндоартериита. Это уплощение внутреннего рельефа интимы с полной десквамацией эндотелия и как следствие, увеличение её проницаемости. На этом фоне формировались очаги деструкции мышечной оболочки в виде желатиноподобных образований округлой или овальной формы, практически не контрастирующих с интимой. Адвентиция артерии переходила на прилежащие к ней задние большеберцовые вены. Стенка одной из вен была в большинстве случаев склерозирована, а просвет её был полностью закрыт смешанным тромбом. В непосредственной близости от одной из вен находился лимфатический сосуд и многопучковый большеберцовый нерв. Таким образом в адвентиции задней большеберцовой артерии нахдятся две задние большеберцовые вены, лимфатический сосуд, большеберцовый нерв и жировая ткань. Подобные сосудистые конструкции были впервые обнаружены А.Г. Томилиным затем R.F. Sehlander, W.E. Sehevill и другими авторами в хвостовом отделе туловища и хвостовом плавнике китов и дельфинов. В хвосте китов в непосредственной близости от артерии находится одна вена, а в спинном плавнике до 15 – ти вен. Туловищу китов почти полную теплоизоляцию обеспечивают толстые слои подкожного жира. Тонкие плавники и хвост способствуют теплоотдаче, однако они снабжены эффективной теплообменной системой. Тёплая венозная кровь, текущая на периферию соприкасается с возвращающейся венозной кровью, сводя к минимуму потерю тепла из внутренней среды организма. В период положительного теплового баланса резко увеличивается приток крови через ворвань (жировую

клетчатку) к коже. Это создаёт условия для охлаждения. Кровоток в плавниках и хвосте также усиливается, эффективность теплообменника уменьшается, а кровь возвращается через расширенные поверхностные вены. Сосудистая конструкция, состоящая из артерии и контактирующих с ней вен, была названа комплексным сосудом. Комплексные сосуды обнаружены также и в челюстно-лицевой области человека. Они аналогичны комплексным сосудам в плавнике китов: в адвентиции артерии находятся от 12-ти до 15-ти тонкостенных вен.

Заключение. Поверхностные и глубокие вены являются конструктивными элементами терморегулирующей системы нижних конечностей человека.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

С.В. Девбунова - студентка 1313 группы лечебного факультета

Кафедра нормальной анатомии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.А. Трушель

Актуальность. Выявление особенностей строения сердца человека важно в связи с высокой частотой кардиоваскулярной патологии. Поэтому установление морфологических предпосылок возникновения кардиоваскулярной патологии (наличие мышечных мостиков в сердце человека и др.) является в настоящее время актуальным направлением в медицине. По данным авторов [1, 2], мышечные мостики могут приводить к нарушениям кровотока в сердце, способствуя возникновению атеросклеротических бляшек в изгибах венечных артерий (под мостиком), а также к аритмиям, инфаркту миокарда, внезапной смерти. По данным кардиологов клинически значимые мышечные мостики имеют длинный и глубокий туннель залегания, что может приводить к локальной ишемии в сердце человека [3,4]. В настоящее время изучить анатомию и топографию венечных артерий и их ветвей возможно с помощью метода коронарографии [5].

Цель настоящего исследования - установить частоту встречаемости и морфометрические особенности мышечных мостиков, а также участков венечных артерий под ними в сердце здоровых людей и страдающих кардиоваскулярной патологией.

Материалом для исследования послужили 20 сердец от умерших людей (возраст от 55 до 70 лет), не страдавших кардиоваскулярной патологией. Макро-микроскопически на препаратах сердца выявлялись мышечные мостики, устанавливались их морфометрические характеристики (длина), а также изучался диаметр венечных артерий и их ветвей, определялся тип ветвления венечных артерий.

Кроме того, изучено 30 протоколов (заключений) коронарографий взрослых людей в возрасте 45-80 лет с сердечнососудистой патологией (ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром и др.). Выявлялось наличие у пациентов мышечных мостиков, их размеры и локализация, определялся тип ветвления венечных артерий. Данные были получены из кардиологического отделения 1-ой городской клинической больницы г. Минска. Использование полученных данных проводилось в соответствии с правилами биомедицинской этики.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием возможностей программы обработки электронных таблиц «MicrosoftExcel 2007» и диалоговой системы «Statistica».

В результате макро-микроскопического исследования препаратов сердца людей, не страдающих кардиоваскулярной патологией, установлено, что миокардиальные мостики чаще всего локализуется в бассейне левой венечной артерии; частота возникновения мышечных мостиков составила 3,2% случая. Длина мышечного мостика составила 22±0,5 мм, толщина - 2,5±0,8 мм. Диаметр передней межжелудочковой ветви у людей, не страдавших кардиоваскулярной патологией, перед вхождением под мышечный мостик составил 2,7±0,3 мм, в средней части мышечного мостика - 2,2±0,2 мм, а сразу после выхода из-под мостика - 2,6±0,1 мм. Уменьшение просвета передней межжелудочковой ветви под мышечным мостиком составил 0,45 мм (17%). В ходе исследования также установлено, что у людей, не страдавших кардиоваскулярной патологией, передняя межжелудочковая ветвь имела магистральный тип ветвления в 55% случаев, дихотомический – в 2% наблюдений и рассыпной - 43%. Длина ствола передней межжелудочковой ветви составила – 13 мм. Задняя межжелудочковая ветвь характеризовалась магистральным типом ветвления в 79,5% случаев, дихотомическим – в 5% наблюдений и рассыпным - в 15,5% случаев. Длина ствола задней межжелудочковой ветви составила – 7 мм.

При исследовании протоколов коронарограмм пациентов с кардиоваскулярной патологией, выявлено, что частота обнаружения мышечных мостиков составляет 32%. При этом в 60% случаев мышечные мостики располагаются в области передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии, а также над диагональной ветвью передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии (15,4% случаев), над промежуточной ветвью (7,7%), над ветвью тупого края (6,15%) и над заднебоковой ветвью правой венечной артерии (3,05%). Диаметр передней межжелудочковой ветви перед вхождением ее под мышечный мостик составил около 3,0±0,6 мм, под мышечным мостиком - 1,9±0,1 мм, после выхода - 2,5±0,1 мм. Уменьшение просвета артерии под мышечным мостиком в среднем составило 0,85 мм (31%). На коронарограммах пациентов, страдающих кардиоваскулярной патологией выявлен магистральный тип ветвления передней межжелудочковой ветви в 62%, дихотомический – в

5% наблюдений, рассыпной – в 33%. Задняя межжелудочковая ветвь характеризуется магистральным типом ветвления в 83% случаев, дихотомическим – в 8% наблюдений, и рассыпным – в 9% случаев.

Выводы. Таким образом, в результате исследования установлены особенности строения сердца взрослого человека, которые можно расценивать как морфологические предпосылки развития кардиоваскулярной патологии. Так, миокардиальные мостики чаще всего локализуется в бассейне левой венечной артерии. При этом мостики чаще (32%) выявляются у людей с кардиоваскулярной патологией, чем у людей, не страдающих ею (3,2% случая). При более длинном стволе передней межжелудочковой ветви встречались короткие мышечные мостики, при коротком - длинные ($p<0,05$).

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СТОПЫ ПЛОДОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИИ

Д.В. Бахарев – молодой ученый, старший преподаватель,
Д.В. Пантелеева – студентка 306 группы лечебного факультета,
Д.С. Лошкарева – студентка Л104 группы лечебного факультета
Кафедра анатомии человека
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия
Научные руководители – к.м.н., доцент С.Н. Чемидронов

Актуальность. У всех новорожденных детей имеется плоскостопие, своды стопы начинают формироваться с того момента, когда ребенок начинает самостоятельно ходить, и данный процесс продолжается долго. Закладки стопы и нижней конечности появляются уже на 3-ей неделе внутриутробного развития. На 2-м месяце эмбриогенеза отмечается дальнейшее развитие элементов будущих конечностей в порядке от дистального к проксимальному: вначале вырастает стопа, затем голень, последним – бедро. В закладки конечности очень рано врастают нервные стволы и кровеносные сосуды. Развитие коротких трубчатых костей стопы происходит на 3-м месяце эмбриогенеза. В предплюсне три первичные точки окостенения до рождения появляются в пяточной кости на 6-ом месяце, таранной – 7-8-ой и в кубовидной 9-ый месяц эмбриогенеза. Окостенение хрящей происходит после рождения. Изучение развития нижней конечности во время пренатального периода необходимо для формирования теоретических сведений об особенностях морфологического строения стопы и голени плода на разных сроках гестации.

Цель исследования. Изучить морфологические особенности формирования стопы на разных сроках гестации, используя метод фотоплантографии отпрепарированных конечностей плодов на 25-34 неделях внутриутробного развития.

Материалы и методы. Нами было выполнено препарирование нижних конечностей плодов человека на 25-34 месяцах внутриутробного развития. Также была проведена фотоплантография для расчета коэффициента переднего отдела стопы, коэффициент распластанности переднего отдела стопы, коэффициент продольного уплощения, угол Шопарова сустава, угол откронения первого пальца, угол позиционной установки пяточной кости в подтаранном суставе. Таким образом, методика фотоплантографии позволяет визуально оценить и документально оформить состояние сводов стопы и степень их изменений.

Результаты исследования. Было установлено, что на 25-26 неделе внутриутробного развития средняя длина мышц голени составляет: икроножная мышца: медиальная часть-19 мм, латеральная часть-18.25 мм; большеберцовая мышца-32 мм; камбаловидная мышца-19.25 мм. Средняя длина пяточного сухожилия 25.5 мм. На 33-34 неделе внутриутробного развития средняя длина мышц имеет следующие значения: икроножная мышца: медиальная часть-27.75 мм, латеральная часть-28.25 мм; большеберцовая мышца-41.5 мм, камбаловидная мышца-23 мм. Средняя длина пяточного сухожилия-34.6 мм (±1мм).

Результаты фотоплантографии: 25-26 неделя внутриутробного развития:

Тип показателя	**Правая стопа**	**Левая стопа**
1. Длина стопы	161 мм.	282 мм.
2. Ширина стопы	73 мм.	129 мм.
3. Коэффициент переднего отдела стопы	1	0,82
4.Коэффициент распластанности переднего отдела стопы	0,45	0,45
5. Коэффициент продольного уплощения	0	0
6. Угол Шопарова сустава	177,73	170,77
7. Угол отклонения первого пальца	6.6	-2,55

Результаты фотоплантографии: 33-34 неделя внутриутробного развития:

Тип показателя	**Правая стопа**	**Левая стопа**
1. Длина стопы	11мм.	200 мм.
2. Ширина стопы	41 мм.	106 мм.
3. Коэффициент переднего отдела стопы	1,02	0,81

4.Коэффициент распластанности переднего отдела стопы	0,37	0,52
5. Коэффициент продольного уплощения	0	0
6. Угол Шопарова сустава	174,06	172,94
7. Угол отклонения первого пальца	-2,68	-0,96

Выводы:

1. Получены новые количественные данные по фетальной анатомии нижней конечности плода человека в промежуточном плодном периоде онтогенеза.
2. На 25 – 26 неделе обнаружена полая стопа и плоскостопие 1 степени; на 33 – 34 неделе развития обнаружены: плоскостопие 1 степени, приведение первого пальца, полая стопа, что свидетельствует о правильном развитии стопы, ведь в периоде пренатального онтогенеза изменение стопы идет таким образом, что все суставные поверхности плоские, а своды еще не сформированы.
3. Изучение изменений морфометрических параметров нижней конечности обеспечивает возможность правильной верификации данных прижизненной ультразвуковой и магнитно-резонансно томографической морфометрии развивающегося плода, позволяет оценить правильность и степень развития структур у растущего плода, что особенно важно, учитывая корреляцию патологий нижней конечности с множеством врожденных пороков развития, в том числе с наиболее грубыми инвалидизирующими или несовместимыми с жизнью.

Список литературы:

1. Гелашвили П.А., Гелашвили О.А., Юхимец С.Н., Гомоюнова С.Л., Чемидронов С.Н. Морфологический и математический анализ развивающихся микрососудов скелетных мышц у плодов человека и при посттравматической регенерации в эксперименте, 2008. – 31 с.
2. Попрыга, Д.В. Индивидуально-типологическая изменчивость костных структур и питательных отверстий проксимального эпифиза бедренной кости / Д.И. Анисимов, Р.С. Жмурко, К.С. Юсупов, Е.А. Анисимова // Макро- и микроморфология: межвуз. сб. науч. работ. Саратов: Изд-во Сараг. мед. унта, 2011. С. 175-178.

Чеминава Т.В. Хирургическая подготовка к протезированию детей с аномалией голени : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.22 / С.-Петербург. НИИ травматол. и ортопедии им. Р. Р. Вредена. - Санкт-Петербург, 1992. - 21 с

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

К ВОПРОСУ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА ДГМУ

И.Р. Рагимова – студентка 506 группы педиатрического факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - старший преподаватель Р.Э. Гарунова

Актуальность. Процесс адаптации к обучению в вузе – явление весьма сложное и многогранное. Выделяют две стороны социальной адаптации студентов: 1) профессиональную адаптацию, под которой понимается приспособление к характеру, содержанию, условиям и организации учебного процесса, выработка навыков самостоятельности в учебной и научной работе; 2) социально-психологическую адаптацию – приспособление индивида к группе, взаимоотношениям в ней, выработка собственного стиля поведения.

Реальную помощь в процессах адаптации могут оказать кураторы. Поэтому при общении с первокурсниками усилия куратора должны быть направлены на повышение информированности учащихся о специфике их будущей профессии.

Цель: оценить эффективность мероприятий проводимых кураторами по адаптации студентов первого курса к учебе в нашем университете.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование студентов 2 - х и 3 - х курсов. В опросе приняли участие 130 студентов лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов. Были заданы вопросы общего характера, оценивающие адаптацию студентов к учебному процессу в Дагестанском государственном медицинском университете и помощь, оказываемую им в этом кураторами академических групп.

Результаты исследования и обсуждение. Отвечая на вопрос: «испытывали ли Вы затруднения с нахождением расписания занятий для группы на 1 курсе», 43,4% от общего числа опрошенных ответили - «нет»; при этом лучше чем студенты 3 курса в расписании ориентировались второкурсники; 63% студентов лечебного и 52% педиатрического факультетов. Интересно, что практически у всех возникала путаница с определением четной и нечетной недели: 44% от общего числа опрошенных ответили - «да» и 26% - «иногда».

На вопрос «было ли Вам трудно ориентироваться в университете на первом курсе» 45,6% от общего числа опрошенных ответили «да». Наибольшие затруднения с нахождением учебных и административных корпусов испытывали студенты 2 курса стоматологического факультета (59%) и студенты 3 курса педиатрического факультета (60%).

При этом около 65% от общего числа студентов не испытывали на первом курсе никаких затруднений ни при пользовании библиотекой, ни с доступом к электронным средствам связи.

Также был задан ряд вопросов, оценивающих взаимоотношения студентов друг с другом, микроклимат академических групп.

На вопрос «часто ли Вы собирались с одногрупниками вне занятий на первом курсе», на разных факультетах были получены разные результаты: «да» ответили 50% студентов 2 курса стоматологического факультета, 24% студентов педиатрического и только 17% студентов лечебного факультетов. На третьем курсе утвердительные ответы на этот вопрос были получены у 40% студентов педиатрического и у 15% студентов лечебного факультетов.

Примечательно, что оценивая взаимоотношения в своих академических группах, абсолютное большинство всех опрошенных студентов (65%) оценили их как дружеские.

На вопрос «много ли у Вас друзей в университете» 47% от общего числа опрошенных уверенно ответили «да».

При этом при возникновении затруднений с учебой большинство студентов всех факультетов рассчитывают только на себя – что составляет 48% от общего числа опрошенных.

Оценивая эмоциональное состояние первокурсников, был задан следующий блок вопросов:

«испытывали ли Вы неопределенность положения на первом курсе» - «да» ответили в среднем 15% всех опрошенных студентов;

Одиночество на первом курсе испытывали 6%; *неуверенность в себе* - 23% студентов второго и 15% студентов третьего курсов; *страх перед будущим* испытывали на первом курсе в среднем 20% второкурсников и 28% третьекурсников; *тревогу* - 17% и 16%; *затруднились ответить* 35% и 37% соответственно.

Всем студентам второкурсникам также был задан ряд вопросов, непосредственно оценивающий роль кураторов в адаптации студентов.

В проблемных ситуациях на первом курсе к куратору группы за помощью предпочитали обращаться 23% студентов лечебного факультета, 18% стоматологического и только 10 % студентов педиатрического факультета.

На вопрос «как Вы оцениваете работу Вашего куратора» в среднем 65% от общего числа студентов второго курса поставили отличные оценки. Отвечая на вопрос «нужны ли кураторы» положительно ответили 73% второкурсников и 65% третьекурсников.

Помощь куратора в учебе видят 43% второкурсников и 54% третьекурсников;

Вопрос «нужны ли кураторы только на первом курсе» не выявил существенной разницы в оценках студентов: 29% положительных ответов второкурсников и 24% - третьекурсников;

что «кураторы нужны на первом и втором курсе» считают 29 % второкурсников и 14% третьекурсников;

Выводы. Куратору требуется умение общаться, быть открытым, расположенным, способным к сопереживанию, тактичным, вежливым приветливым. Итогом и показателем

успешной деятельности кураторов является дружная группа, которая успешно сдаёт сессии, активно ведёт общественную деятельность, побеждает в конкурсах, спортивных мероприятиях.

«VALEOАКТИВ» - ПЯТЬ ЛЕТ В ДЕЙСТВИИ

З.М. Гарунова - студентка 615 группы лечебного факультета

Кафедра нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Р.М. Рагимов

Актуальность. Профилактические мероприятия — важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни. Валеология – это теория и практика управления здоровьем во всех его аспектах: физическом, психическом, духовном, социально. Внедрение концепции валеологического образования способствует более активному включению студентов в процесс самосовершенствования, что является необходимым условием достижения ими высокого уровня здоровья и профессиональной подготовки. В будущем эти подходы могут быть использованы в профилактической медицине.

С 2013 года и по настоящее время на кафедре нормальной физиологии создана и активно функционирует студенческая инициативная группа «ValeoАктив» - («VA»)

Цель работы «VA» - обучение детей и подростков простейшим гигиеническим правилам восстановления, укрепления и совершенствования здоровья с одновременным привитием таких полезных навыков, как активный труд, правильный отдых, закаливание, регулярное занятие физкультурой, рациональное сбалансированное питание, строгая личная гигиена .

Материалы и методы

Все наши слушатели условно разделены в 4 возрастные группы:

1. Воспитанники детских садов, возраст от 3 до 7 лет;
2. Дети начальной школы, младшие классы, возраст 7-10 лет;
3. Учащиеся средних классов, возраст от 11 до 14лет;
4. Старшеклассники, возраст 15-18 лет. В эту же группу входят студенты первокурсники ДГМУ.

Для детских садов и начальных классов основной материал это фрагменты мультипликационных фильмов, которые просматриваются и затем вместе обсуждаются, загадки, сценки, конкурсы. Обязательным элементом стала зарядка, которую всегда с удовольствием делают дети вместе с нашими студентами. Старшеклассникам

демонстрируются фильмы о последствиях пристрастия к табакокурению, наркотикам, «энергетикам», алкогольным напиткам.

В эти лекторские группы входят практически только второкурсники лечебного факультета, прошедшие валеологию. Хотя в разное время принимали участие и студенты фармацевтического факультета (в 2015г.), педиатрического факультета (в 2016г). За пять лет в данной работе приняло участие 230 студентов. Было организованно 150 выступлений в различных коллективах. Были охвачены 50 средних школ(№ 4, №1, №12, №8, №10, №17, №13, №38, №7, №11, №16; прогимназия №71, и др), 12 детских садов - ДОУ№29 «Чебурашка», ДОУ №7, ОУ Школа-садик «Райские птички». Также наши ребята выступали в Республиканском реабилитационном центре, где находятся дети разного возраста из неблагополучных семей. По приглашению кураторов «VA» систематически выступают перед первокурсниками – студентами лечебного, стоматологического, педиатрического, медико-профилактического и фармацевтического факультетов ДГМУ.

За пятилетний срок наши активисты кроме выступлений в Махачкале, выезжали в города: Буйнакск, Избербаш, Хасавюрт, Каспийск, а также с. Халимбекаул, Манаскент, Новолакский район.

Летом 2015 года активисты группы «ValeoАктив» успешно прошли регистрацию и представили свою работу на северокавказском молодёжном форуме «Машук» в г. Пятигорске. В декабре 2016 года приняли участие в III-ей Всероссийской студенческой олимпиаде по нормальной физиологии в г. Москве. Работа нашей группы активно освещается на кафедре нормальной физиологии: выпущены информационные баннеры «ValeoАктив в действии» с 2013 года и более подробно ведётся «Галерея ValeoАктива» на странице кафедры сайта ДГМУ.

Результатом данной работы является формирование различных общекультурных и профессиональных компетенций (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 августа 2015 года № 853; Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016 года № 95), в частности:

«- способности и готовности студентов к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков и включающих в себя формирование здорового образа жизни,

- готовности к саморазвитию, к самореализации, использованию творческого потенциала;

- готовности к обучению детей и подростков …. основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;

- готовности к просветительской деятельности по устранению факторов риска и

формированию навыков здорового образа жизни».

Вывод. Мы считаем нашу работу очень полезной, так как обучение здоровью комплексная просветительская, обучающая и воспитательная деятельность, направленная на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья, создание мотивации для ведения здорового образа жизни**,** как отдельных людей, так и общества в целом.

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЕПТИНА И ЕГО СВЯЗЬ С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ДЕВУШЕК С РАЗЛИЧНЫМ СОМАТОТИПОМ

Е.А. Мусихина - аспирант первого года обучения

Кафедра анатомии и физиологии человека

ГБОУ ВПО «Курганский государственный университет», Курган, Россия

Научный руководитель - д.м.н., заведующая кафедрой Л.Н. Смелышева

Актуальность. Энергетический обмен регулируется множеством центральных и периферических медиаторов. К числу важнейших трансмиттеров этого процесса относят нейропептид лептин, центральное действие которого состоит в регуляции аппетита, пищевого поведения и энергетических затрат.

В литературных источниках отечественных и зарубежных авторов описана взаимосвязь между индексом массы тела (ИМТ) и содержанием гормонов, обеспечивающих энергетический гомеостаз. Так, достоверно установлено, что индекс свободного лептина имеет прямую корреляцию с ИМТ. Отмечено, что значение индекса свободного лептина в группе лиц, страдающих ожирением почти в 10 раз выше, чем в группе без ожирения.

С позиций межсистемного подхода к исследованию целостного организма важнейшее значение имеют работы по выявлению особенностей конституциональных типов на самых разнообразных уровнях от физиологического до биохимического. Однако, вопросы, связанные с описанием конституциональных особенностей основного обмена, в современной литературе освящены недостаточно. В частности, мало изучена взаимосвязь антропометрических параметров с регуляторами энергетического обмена.

Таким образом, особенности секреции лептина и связь его уровня с конституциональными особенностями требуют дальнейшего изучения, что обосновывает актуальность исследований в этом направлении. Понимание влияния антропометрических параметров на продукцию лептина в жировой ткани может расширить представления о патогенезе ожирения.

Цельработы: изучить связи между антропометрическими параметрами и уровнем лептина у девушек с различным типом конституции.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 29 девушек-студенток факультета ПД и ФК Курганского государственного университета в возрасте 18-23 лет.

При выделении конституциональных типов за основу был взят морфологический критерий – соматотип. При соматотипировании использована оценка габаритного и компонентного состава тела: жирового и костного компонентов (схема В.П. Чтецова и В.В. Бунака).

Исследование соматотипа проводилось в несколько этапов: измерение антропометрическх параметров, расчет определения общего количества жира, перевод измерительных и расчетных данных в баллы по специальным таблицам, определение соматотипа по средним баллам для каждой ткани с использованием специальных нормативных таблиц. Жировые складки измеряли калипером, обхваты – сантиметровой лентой в горизонтальной плоскости, диаметры конечностей - штангенциркулем.

Для характеристики энергетического гомеостаза исследовался гормон жировой ткани лептин. Определение концентрации гормона в сыворотке проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа на иммуноферментном автоматическом анализаторе CHEM-7 с использованием стандартных наборов тест–системы «DRG» (Германия).

Полученные данные обрабатывали с помощью прикладных программ «Excel 2000», «Statistica 6.0». Статистическую обработку проводили методом Стьюдента. Различия между сравниваемыми величинами считали достоверными при вероятности не менее 95% ($p<0,05$). Для выявления тесноты и направленности взаимосвязи между исследуемыми показателями определяли коэффициент корреляции Спирмена (r).

Результаты исследования. При определении соматотипа исследуемых по схеме В.П. Чтецова и В.В. Бунака использовали признаки, включающие параметры жирового и костного компонентов. Для определения массы жировой ткани в организме использовали формулу Матейки (Matiegka, 1921). Показатели, касающиеся мышечного компонента, в схеме соматотипирования для женщин исключены как малодискриминативные.

В ходе антропометрии были определены три группы соматотипов:

1) атлетический, характеризующийся высоким ростом, средней и степенью развития жирового компонента и максимальным развитием костной ткани.

2) субатлетический - с высоким ростом, слабым развитием костной ткани, средними показателями жира.

3) эуripластический, характеризующийся максимальным развитием жира и костного компонента.

Студенток с пикническим, мезопластическим, стенопластическим и астеническим типом конституции в исследуемой выборке не выявлено.

Уровень лептина в крови коррелирует с запасами жировых депо. Размер адипоцита

является важной детерминантой синтеза лептина: крупные жировые клетки содержат гораздо большее количество гормона, чем мелкие адипоциты. Многие авторы рассматривают жировую ткань как гормональный орган, самостоятельно участвующий в регуляции массы тела, углеводного и липидного видов обмена в организме человека.

Механизм действия лептина при поддержании энергетического гомеостаза заключается в поддержании обратной связи между центральной нервной системой и жировой тканью. Лептин является как индикатором энергетических запасов, так и медиатором энергетического баланса, через стимуляцию активности симпатической нервной системы может увеличивать энергозатраты организма.

В исследуемой нами выборке уровень содержания лептина имел достоверные различия у девушек с различным соматотипом. Так, наибольшее содержание лептина наблюдалось в группе лиц с эурипластическом типом контитуции – 16,18±1,3пг/мл. У девушек с атлетическим и субатлетическим соматотипами уровень содержание лептина составил 9,38±0,01 и 10,42±0,07 пг/мл соответственно ($p<0,05$). Таким образом, лабильность лептина наблюдалась в ряду соматотипов субатлетический – атлетический – эурипластический.

Полученные нами данные, вероятно, можно объяснить тем, что повышение уровня лептина у представительниц эурипластического соматотипа связано с максимальным развитием жирового компонента, что подтвердило исследование корреляции между содержанием этого гормона и толщиной жировых складок.

Таким образом, у девушек с различным соматотипом определены прямые связи высокой и средней силы между параметрами жирового компонента и содержанием лептина в крови.

Выводы. Проведенные исследования позволяют заключить, что содержание лептина в сыворотке крови зависит от конституциональных особенностей. У лиц с эурипластическим соматотипом выявлены самые высокие значения содержания лептина по сравнению атлетиками и субатлетиками ($p<0,05$).

Высокий уровень лептина у представительниц эурипластического соматотипа связан с максимальным развитием жирового компонента, что подтвердило исследование корреляции между содержанием этого гормона и толщиной жировых складок.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАЗИЙ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ

Т.Д. Позднякова, Р.Ш. Агбалян - студентки

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

ФГОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - ассистент Т.А. Наркевич

Актуальность. Дисплазии кровеносных сосудов (ангиодисплазии, сосудистые мальформации) – врожденные пороки развития сосудов, возникающие вследствие нарушения образования и развития сосудистой системы в процессе ее эмбриогенеза. Для ангиодисплазий характерны значительные функциональные и анатомические расстройства, косметические дефекты, прогрессирующее течение, что в совокупности может приводить к потере трудоспособности и инвалидности в молодом возрасте. При лечении ангиодисплазий в ряде случаев применяются хирургические вмешательства, зачастую травматичные и приводящие к большому количеству осложнений. Так же, до сих пор нет ясного представления о гистоструктуре собственно пороков развития кровеносных сосудов. Дифференциальная диагностика дисплазий сосудов с гемангиомами значительно затруднена.

Цель исследования. На основании исследований биопсийного и оперативного материала ангиодисплазий у детей выявить и изучить их морфологические особенности. Установить частоту встречаемости различных форм в зависимости от возраста и локализации.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации и изучены гистологические препараты операционного и биопсийного материала в окрасках гематокилин и эозин и пикрофуксином по Ван Гизон за 2017 год на базе патологоанатомического отделения Клиники СПбГПМУ.

Результаты и их обсуждение. Было выбрано 55 случаев ангиодисплазии. Сформировано 3 группы пациентов: мальчики с дисплазией вен яичек (13 человек), дисплазии поверхностных вен разной локализации (35 пациента) и дисплазия магистральных вен была обнаружена у 7 детей. Возраст детей от 0 до 17 лет, однако, преобладали пациенты от 9 до 17 лет (40 детей). Также была изучена ангиодисплазия большой половой губы у женщины 29 лет. Преобладали лица мужского пола (72,7%), женского 27,3%. Дисплазии поверхностных вен преобладали в мягких тканях верхней конечности (10), нижней конечности (12), лицо и шея – 8, другое – 5. Дисплазии магистральных вен во всех случаях обнаруживались в нижних конечностях. Все случаи дисплазии вен яичка отмечались в левом яичке.

Выводы. На основании полученных данных было выявлено, что частота встречаемости ангиодисплазий выше у лиц мужского пола (72,7%). Чаще выявляется дисплазия поверхностных вен, что может быть обусловлено их лучшей визуализацией. Наиболее частая локализация ангиодисплазий - нижняя конечность, выявлена у 19 исследуемых (34,5%). Это, на наш взгляд, связано с повышающейся с возрастом нагрузкой на кровеносные сосуды, вызывающей значительные изменения в порочно сформированной стенке. Также, сложный характер нормального эмбриогенеза и гистогенеза артерий, вен и микроциркуляторного русла как бы создает предпосылки для различных отклонений в формировании сосудов, в том числе ангиодисплазий. Дисплазия вен левого яичка у мальчиков обнаруживалась в возрасте 11-17 лет (32,5%), что связано с анатомическими особенностями кровоснабжения.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Е.Е. Пьянкова - студент 2 курса медико-диагностического факультета,

А.А. Сидоренко студент 3 курса педиатрического факультета,

М.С. Томчук - студент 2 курса медико-диагностического факультета,

А.Д. Покалюк - студент 4 курса медико-диагностического факультета

Кафедра патологической физиологии им. Д.А. Маслакова

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель – ст. преп. А.В. Лелевич

Актуальность. Студенты медицинского университета, находясь в условиях постоянных интеллектуальных и психических нагрузок, могут испытывать негативный стресс, что может отрицательно сказаться на функционировании сердечно-сосудистой системы. Адаптационный потенциал (АП)сердечно-сосудистой системы — показатель приспособляемости организма к различным меняющимся условиям окружающей среды.

Целью нашей работы явилось изучение динамикиизменения адаптационного потенциала у студентов ГрГМУ с 1-го по 5-й курс в начале и конце первого полугодия обучения.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 89 студентов ГрГМУ 1-5 курсов. У студентов измерялись пульс, артериальное давление, масса тела, рост. АП рассчитывался по Баевскому Р.М. (1979). Шкала оценки показателя АП (Берсенева А.П., 1991): 1 — ≤ 2,10 — удовлетворительная А; 2 — 2,11 — 3,20 — функциональное напряжение механизмов А; 3 — 3,21-4,30 — неудовлетворительная А; 4 — ≥4,31 — срыв А. Исследования проводись в начале сентября и конце декабря. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA 6.0. Для сравнения величин использовался критерий Пирсона χ^2. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$ [Реброва О.Ю., 2002].

Результаты. Было установлено, что у студентов всех курсов в начале и в конце 1-го полугодия АП распределился по 2-м категориям: 1-я —удовлетворительная А и 2-я— функциональное напряжение механизмов А. В сентябре АП 2-й категории (функциональное напряжение механизмов А) у студентов 1, 2, 3, 4, 5-го курса составил 33,3%, 16,7%, 25,0%, 50,0%, 50,0% , соответственно. К концу 1-го полугодия АП 2-й категории у студентов 1, 2, 3, 4, 5-го курса составил 35,7%, 27,8%, 46,8%, 50,0%, 50,0%.

Вывод. Исследования показали, что в начале учебного года у студентов старших курсов

чаще встречается функциональное напряжение механизмов адаптации. К концу 1-го полугодия частота встречаемости АП 2-й категории увеличивается у 3-го, что может быть связано с интенсивным действием психогенных стрессоров в данный период.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКИХ ВУЗОВ

А.А. Сидоренко - студент 3 курса педиатрического факультета,

Е.Е. Пьянкова - студентка 2 курса медико-диагностического факультета,

А.Д. Покалюк - студент 4 курса медико-диагностического факультета

Кафедра патологической физиологии им. Д.А. Маслакова

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель – ст. преп. А.В. Лелевич

Актуальность. В оценке адаптационной деятельности организма все больше используется система кровообращения, которая в процессах адаптации (А) играет ведущую роль, что проявляется изменением ее уровня функционирования и степени напряжения регуляторных механизмов. Адаптационный потенциал (АП) сердечно-сосудистой системы — показатель приспособляемости организма к различным меняющимся условиям окружающей среды. Курение негативно сказывается на функционировании организма в целом и системы кровообращения в частности.

Целью нашей работы явилось изучение влияния курения на адаптационный потенциал студентов Гродненского государственного аграрного университета и Гродненского государственного университета им. Янки Купалы в начале и конце первого полугодия обучения.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 59 студентов Гродненского государственного аграрного университета и 62 студента Гродненского государственного университета им. Янки Купалы 1-5 курсов. У студентов измерялись пульс, артериальное давление, масса тела, рост. АП рассчитывался по Баевскому Р.М. (1979). Шкала оценки показателя АП (Берсенева А.П., 1991): 1 — ≤ 2,10 — удовлетворительная А; 2 — 2,11 — 3,20 — функциональное напряжение механизмов А; 3 — 3,21-4,30 — неудовлетворительная А; 4 — ≥4,31 — срыв А. Исследования проводись: в начале сентября и конце декабря. Студенты были разделены на группы: некурящие и курящие. Для сравнения групп использовались непараметрические критерии: Вилкоксона и U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA 6.0 [Реброва О.Ю., 2002].

Результаты. Установлено, что в сентябре у некурящих и курящих студентов отсутствуют

различия АП: 2,02 (1,87; 2,33) и 2,10 (1,96; 2,23), соответственно. В конце 1-го полугодия имеет место повышение АП у студентов обеих исследуемых групп, однако у некурящих студентов АП повышается на 4,4 %, а у курящих на — 10,0%, p=0,0056.

Вывод. Исследования свидетельствуют, что у студентов к концу 1-го полугодья у происходит напряжение механизмов адаптации, что может быть связано со значительным увеличением умственной и эмоциональной нагрузки в ходе обучения, при этом курение усугубляет со стояние сердечно-сосудистой системы.

О ТЕХНИКЕ РЕЗЕКЦИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

М.А. Максудова – студентка 206 группы стоматологического факультета,
А.Г. Абдуллаева – студентка 609 группы педиатрического факультета,
З.А. Нурмагомедова, П.М. Багандова, М.Г. Атаева,
И.О. Магомедова – студентки 604 группы лечебного факультета
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия
Научный руководитель - д.м.н., *доц. Г.С. Рагимов*

Введение. Отличительными характеристиками травм и повреждений органов брюшной полости в настоящее время стали множественность и тяжесть повреждений, которые сопряжены с глубокими нарушениями в механизме гомеостаза и ухудшением жизненно важных свойств организма. Это приводит к очень высокой летальности - 25-70% и значительной частоте осложнений после операции - 35-83%. Осложнения можно подразделить на ранние и поздние. К часто встречающимся осложнениям относят печеночную недостаточность (ПН), вторичные кровотечения (в т.ч. гемофилия), абсцессы (подпеченочные, внутрипеченочные, поддиафрагмальные), билиарный перитонит, желчные свищи т.д. При повреждениях селезенки нередко применяют спленэктомию, несмотря на то, что разрабатываются новые методы органосохраняющих операций с обеспечением надежного гемостаза. Важнейшим вопросом при повреждениях паренхиматозных органов есть и остается обеспечение надежного гемостаза. В связи с этим, изыскание приемлемых методов технической модернизации способов резекции паренхиматозных органов остаются актуальными. Повреждения паренхиматозных органов стоят на 2 месте среди травм органов брюшной полости (по Анисимову А. Ю. и соавт., 2007; Абакумову М. М. и соавт., 2005).

Цель исследования: создать надежный метод резекции паренхиматозных органов.

Материалы и методы: Нами были произведены исследования на беспородистых собаках с соблюдением этических норм. Атипические резекции паренхиматозных органов (ПО) выполнялись с использованием специальных устройств (а. с. №1291128, патент РФ №2014802). Устройство состоит из 2 рабочих браншей с продольными прорезьями, на концевом отделе одной из них находится фиксатор, на другой – выемка для него, что предотвращает размыкание браншей во время выполнения техники. Методика их использования во время резекции печени и селезенки включает основные этапы: во-первых, проходит обескровливание резецируемой части, при этом вводятся лекарственные средства, сокращающие и повышающие тонус селезенки и временное прижатие питающих сосудов (печень); а)окутывание

предположительного места резекции пластическим материалом; б) прошивание органа швами для гемостаза через прорези жома и пластический материал; в) отсечение удаляемой части органа на краю устройства и перитонизация пострезекционной поверхности пластическим материалом. В качестве пластического материала выступали сальник на ножке, париетальную брюшину, а также рассасывающуюся геммарлю.

Результаты. Печень была резецирована у 15 собак. Удалось произвести надежный гемостаз у 11 собак. У 2 животных пришлось наложить швы дополнительно через прорези жома и у 2 собак перевязали сосудисто-протоковые образования в области резекции. У 45 собак была проведена резекция селезенки. Надежный гемостаз смогли обеспечить у 39-ти собак. У 6-ти собак во время резекции появилась необходимость в наложении дополнительных швов, при этом для гемостаза использовались пластические материалы, геммарли и губки. Преимущества предлагаемого нами метода резекции паренхиматозных органов заключается в следующем: он дает возможность быстрого и бескровного наложения гемостатического шва; конструкция устроена просто; надежность использования устройства ; не возникает необходимость пережимать сосуды у ворот органа; поверхность раны надежно прикрывается. Разработанный способ был вначале испробован на препаратах трупов людей для отработки оперативной техники, позже в условиях эксперимента - на собаках. Осложнений, связанных с операционной техникой не наблюдали. Обычно резекция проводится в объеме от 1/3 до целой доли органа. Время, затрачиваемое для резекции данным способом, равнялось около 15-17 минут, селезенки 5-8 минут. В последующем, в постоперационном периоде были получены морфо- и гистологические данные, которые свидетельствовали об усиленной регенерации рыхлыми сращениями, то есть, формируется нежный соединительнотканный рубец со стороны фиксированного сальника и паренхимы органа. При использовании пристеночной брюшины макроскопически паренхима органов редактирована, обнаруживались спайки. Далее появлялся грубый соединительнотканный рубец. Рассасывающаяся геммарля достаточно хорошо заполняет раневую поверхность. В конце первого месяца после операции элементы ее уже не отличить на макропрепарате. Иногда прилипается к ней сальник на ножке, что дает возможность раннему прорастанию сосудов к месту резекции. Этот способ резекции применяли в клинике у 11 больных (печени-6 и селезенки - 5). Во всех случаях получилось обеспечить надежный гемостаз. В ранние сроки после операции сальник окутывал оперируемый.

Выводы. Предложенный способ резекции упрощает технику резекции паренхиматозных органов. Данный аспект имеет значение, так как уменьшает время операции. Помимо этого, предлагаемый нами способ также обеспечивает надежный гемостаз, что имеет значение для профилактики вторичных кровотечений, а также обеспечивает быстрое заживление ран печени и селезенки.

ПОДГОТОВКА БУДУЩИХ ХИРУРГОВ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ИМЕНИ МАХАЧЕВА А. О.

М.З. Лугуев, М.М. Хамидов, М.М. Гамзалов, Д.Н. Бурлуцкий, Р.М. Максимова

- студенты 5 курса лечебного факультета

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - доц. И. Г. Киблаев

Неотъемлемой частью обучения в медицинском вузе является освоение и демонстрация теории и навыков, необходимых для работы врача и наиболее эффективно они реализуются в современном образовательном процессе, который предполагает применение инновационных технологий и интерактивных методов обучения, создание условий для формирования у студентов опыта самостоятельного решения проблем, с которыми врач ежедневно сталкивается в своей практике.

На кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Дагестанского государственного медицинского университета при обучении студентов используется широкий спектр традиционных образовательных педагогических технологий и методов. Одним из методов, повышающих качество усвоения учебного материала и приобщающий студентов к научно-исследовательской работе, является привлечение к работе в студенческом научно-практическом кружке.

Студенческий научный кружок на кафедре имеет давние традиции и является кузницей будущих хирургов и опорой их научных исследований. В организации научно-исследовательской работы задействован профессорско-преподавательский состав кафедры. В работе кружка принимают активное участие студенты, начиная с третьего курса лечебного и педиатрического факультетов. С недавнего времени в наш коллектив начали вступать и студенты стоматологического факультета, начиная со второго курса. Студенческий научный кружок на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии является самым посещаемым в вузе. Наш кружок ведет свою работу ежедневно. В скором времени будут проводиться курсы лекционных занятий для новичков, организованные студентами старших курсов, в ходе которых студенты будут изучать теоретические основы различных разделов оперативной хирургии и топографической анатомии, в том числе навыки по вязанию хирургических узлов, выполнению сухожильного шва, шва кишечника, сосудистого шва, микрохирургии, технике наложения бинтовых повязок, базовую сердечно-легочную реанимацию, интубацию трахеи и так далее. Для освоения хирургических навыков немаловажным также является знание медицинского инструментария. На кафедре идет сбор

медицинского инструментария, и теперь кружковцы могут изучать не на картинках, а вживую наблюдать и изучать способы их применения. Знание хирургических инструментов и областей их применения позволяет студентам более полно сформировать представление об оперативных вмешательствах. В последние месяцы для работы СНК ВУЗ приобрёл эндовидеохирургическую установку, и теперь у кружковцев появилась возможность осваивать такие базовые эндоскопические навыки, как вырезание фигур, клиппирование, вязание интра- и экстракорпоральных узлов, интракорпоральный узловой и непрерывные швы, навыки владения иглой, а также положения и ориентировки иглы при прошивании эластичных тканей. Освоение эндовидеохирургической техники выполнения операций очень важно, так как в последние годы этот метод является предпочтительней с медицинской, эстетической и экономической точки зрения, чем лапаротомические операции. Также, благодаря своей смекалке, кружковцы на базе уже приобретенной изобрели самодельную эндовидеохирургическую установку.

В течении последних лет студенты участвуют на олимпиадах уровня СКФО, а также на Всероссийских олимпиадах с международным участием, занимают призовые места в различных номинациях, что показывает эффективность работы студенческого научно-практического кружка на кафедре.

Для отбора студентов на олимпиады Всероссийского уровня на кафедре проводится внутривузовская олимпиада среди студентов 3-6 курсов педиатрического и лечебного факультетов. Дух предстоящих соревнований способствует еще большей заинтересованности кружковцев в получении как практических, так и теоритических знаний в различных отраслях хирургии.

В настоящее время кружковцы моделируют некоторые сложные операции: аорто-коронарное шунтирование, клапаносохраняющие операции на восходящей аорте, экстра-интра- и интра-интра- краниальные микрососудистые анастомозы, эндоскопическое ушивание язвенного дефекта желудка, лапароскопическая энуклеация кисты яичника, протезирование при аневризмах брюшной аорты, создание S- и J- образных кишечных резервуаров, трансплантации легких и почек, пластические операции на сухожилиях и мочеточниках, брюшно-анальные резекции прямой кишки с формированием ручного колоанального анастомоза конец-в-конец, портокавальное шунтирование с формированием дистального венозного спленоренального анастомоза по типу конец-в-бок.

Таким образом, студенческий научный кружок является наглядным интерактивным методом обучения, позволяющим отработать знания и навыки, необходимые для работы будущего специалиста. Изучение практических навыков, развивает мышление студентов, представляя собой базу дальнейшего углубленного изучения различных медицинских наук.

ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА

ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А.А. Альтамирова, Х.У. Джабраилова, М.А. Карсамова, С.С. Юсупова - студенты лечебного факультета

Кафедра фармакологии медицинского института

ФГБОУ ВО ЧГУ, Грозный, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. Е.Б. Хлебцова

Актуальность: В современном мире проблема неправильного образа жизни детей и подростков весьма актуальна, и требует очень большого внимания. В последнее время каждый второй ребенок проводит большое количество времени за телевизионными аппаратами, тем самым подвергая риску свое здоровье. В первую очередь в такой ситуации страдает психика ребенка, что не может не настораживать.

Цель работы: Выяснить основные моменты образа жизни детей сельского и городского населения, проживающих в Чеченской Республике.

Материал и методы исследования: Анкеты, состоящие из 60 вопросов. Дети младшего школьного возраста 7-9 и подростки 15-17 лет

Результаты: При исследовании образа жизни оказалось, что в среднем 78,2% - подростков и 56,5% - детей не соблюдают основные принципы здорового образа жизни. За время его оценки было выявлено, что 76,0% подростков и 38,8% детей проводят за просмотром телевизионных программ и особенно за компьютером более 2-х часов. Также 4,5% подростков и 22,4% детей тратят на подготовку домашних заданий в среднем 4 часа и более. Среди младшего школьного возраста дети, проживающие в сельской местности больше времени затрачивают на подготовку домашнего задания (22,4% против 15,9%), больше посещают дополнительные занятия, кружки и различные спортивные секции (34,1% против 29,1%). Значительно больше времени за просмотром телевизора проводят дети, которые проживают в городе (74,8% против 38,8%).

При анкетировании нами было выяснено, что в сельской местности посещают дополнительные занятия, кружки, различные спортивные секции всего лишь 1,1% подростков и 34,1% детей младшего школьного возраста. Что касаемо городских школьников, то 25% подростков и 15% детей в основном тратят на подготовку домашнего задания более четырех часов. Далее, около 80% подростков и 74% детей проводят за компьютером и телевизором более двух часов. И наконец около 41 % подростков и 29 % детей городских школ задействованы в различных, кружках, дополнительных занятиях и спортивных секциях. После проведения сравнительного анализа данных, характеризующих образ жизни подростков и детей младшего школьного возраста, проживающих в городской и сельской местностях были

выявлены значительные различия. В частности подростки, проживающие в городе тратят больше времени на подготовку домашнего задания (25%) нежели жители сельской местности (4,5%) Также подростки в несколько раз больше посещают, во внеурочное время, различные кружки, секции и дополнительные занятия (41,3%), тогда как в сельской местности этим заняты всего лишь 1.1% Более 2-х часов за просмотром телевизора в среднем проводят 78,2% подростков как городских, так и сельских.

Дальнейшее исследование было направлено, на изучение уровня двигательной активности, которая, как правило и определяет здоровье детей

По результатам анкетирования было выявлено, что не регулярно посещают школьные уроки физкультуры 3,3% городских и 5,7% сельских подростков. А из детей младшего школьного возраста 9,9% городских и 1,2% сельских. В спортивных секциях занимаются 39,1% подростков городских школ и 19,3% подростков с сел, и 15,2%, 9,4% младших школьников (городских и сельских соответственно). В выходные дни и во время каникул физкультурой и спортом занимаются среди подростков - 20,7%, 25,0%; младшего школьного возраста - 13,2%, 2,4% (соответственно).

Выводы:

1. Более благоприятный режим дня характерен для подростков, проживающих в сельской местности и для детей младшего школьного возраста, проживающих в городе.

2. Двигательная активность ниже среди детей и подростков, проживающих в сельской местности.

Повышение двигательной активности - основное условие правильного, гармоничного развития, сохранения и укрепления здоровья школьников.

БИОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

М.И. Шепиева – студентка 306 группы направления подготовки «Лечебное дело»,

З.М. Кадыров – студент 208 группы направления подготовки «Лечебное дело»

Кафедра химических дисциплин

ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет», г. Грозный, Россия

Научный руководитель – к.х.н., доцент Э.Л. Исаева

Актуальность. Множество загрязняющих веществ, находящихся в атмосферном воздухе, воде, почве, обладают мутагенными свойствами и вызывают образование микроядер в клетках чувствительного к их воздействию аппарата живых организмов, в постоянно делящихся клетках некоторых тканей и органов растений, животных, человека. Микроядра, локализованные в одной клетке, в зависимости от содержания в них ДНК,

могут отличаться по размерам. Крупные микроядра (диаметром 2-3 мкм) образуются в результате геномных нарушений во время клеточного деления, мелкие микроядра связаны с нарушениями в структуре хромосом (Ильинских, Ильинских, 1982). Таким образом, по размерам и форме микроядер можно диагностировать нарушения нормального хода митоза в клетках. [1]

Цель исследования. В настоящее время растет число исследований по использованию микроядерного тестирования для оценки уровня загрязненности окружающей среды мутагенами. К преимуществам микроядерного теста следует отнести следующее:

- быстроту и независимость от кариотипа исследуемого вида, иногда содержащего большое число мелких плохо различимых хромосом;
- тестирование можно проводить в тканях с низкой митотической активностью;
- анализ в динамике последствий воздействия на организм мутагенного фактора проводят, не умерщвляя объект исследования.

Материалы и методы исследования. Объектами для микроядерного анализа в различное время послужили самые разнообразные представители животного мира: мыши, обезьяны, лягушки, крысы (Sclegel, MacGregor, 1982), собаки (Benz, Beltz, 1980), мангусты (Babu, Shah, Lakhotia, 1980), рыбы (Hooftman, Raat,1982), морские ежи (Hose, Puffer, 1983) [8]. Много исследований проведено на растениях: на корешках конских бобов и мейотических клетках традесканций (Anderson Van, Ma Te-Hsiu, 1981; Rzzoni, Vitagliano, Vitantonio, 1981). Микроядерный анализ позволяет изучать в динамике последствия воздействия мутагенного фактора на живые организмы. Большое значение для оценки последствий загрязнения окружающей среды генетически активными факторами (физическими, химическими, биологическими факторами мутагенеза) имеет наблюдение за природными популяциями растений, животных и микроорганизмов. Такой постоянный контроль (мониторинг) изменений генетической структуры природных популяций позволяет улавливать изменения и прогнозировать их дальнейшие последствия. [4]

В генетическом мониторинге воздушной среды в качестве объектов микроядерного тестирования широко используют меристему проростков корней ячменя, лука, клетки клубней картофеля и многих других растений. [3]

Результаты исследования. Важным цитогенетическим параметром оценки действия загрязнителей среды является изучение частоты микроядер в клетках человека. Известно, что наиболее адекватной группой населения при изучении влияния антропогенных нагрузок на человека являются дети. С помощью микроядерного теста обследовали детей дошкольного (5-6 лет) и школьного (15-16 лет) возраста в районах города Грозного, с различной экологической обстановкой. Изучали частоту образования микроядер в клетках

буккального эпителия для исследования генотоксического влияния ксенобиотиков, поступающих в организм через ротовую полость или ингаляционно. Районы города Грозного, в которых проводилось обследование детей (1992-1994 гг.), различаются степенью развития промышленности, инфраструктурой и интенсивностью антропогенной нагрузки. Средняя частота эпителиоцитов с микроядрами в условно чистых районах у детей дошкольного возраста составила: у мальчиков - 0,42‰, у девочек - 0,38‰, а у школьников -0,69‰ и 0,66‰ соответственно. Достоверное повышение частоты эпителиоцитов с микроядрами наблюдалось как у мальчиков ($p<0,04$), так и у девочек ($p<0,002$), проживающих в наиболее неблагоприятном по экологическим условиям районе: мальчики -0,78‰, девочки -0,95‰. Цитогенетическое обследование дошкольников выявило различную чувствительность мальчиков и девочек к неблагоприятным факторам окружающей среды - девочки оказались более чувствительными к действию антропогенных факторов.

Выводы. Сопоставление полученных данных с показателями заболеваемости детей, проживающих в указанных районах, выявило значимую корреляцию между этими показателями. Наиболее высокая заболеваемость отмечена среди детей самого загрязненного из исследуемых районов, что иллюстрирует общую тенденцию экологического неблагополучия в крупных промышленных городах. [2]

Список литературы

1. Алов И.А. Цитофизиология и патология митоза - М.: Медицина. - 1972. 209с.

2. Виталиев А.Б., Краусс Э.В. Цитогенетический мониторинг населения из экологически неблагополучных районов / Цитология и генетика. 1992. Т.№1. С.64-66

3. Запрометов М.Н. Фенольные соединения. Распространение, метаболизм и функции в растениях. М., Наука, 1993.

4. Ильинских Н.Н., Ильинских И.Н., Некрасов В.Н. Использование микроядерного теста в скрининге и мониторинге мутагенов // Цитология и генетика. 1988. Т.22.С.67-72

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ 1-2 КЛАССОВ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНЯХ

М.Р. Исаханова, Е.С. Свирежева - студентки 301 группы педиатрического факультета

Кафедра гигиены

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново, Россия

Научный руководитель – д.м.н. проф. А.Н. Полякова

Актуальность. Здоровье детей становится серьёзной социальной и медицинской проблемой. Вклад факторов внутришкольной среды в здоровье детей увеличивается. За годы

обучения установлено, что к концу 3-го класса доля факторов среды составляет 12,5% , то к моменту завершения 8-го класса уже возрастает до 20,6% . Одним из основных показателей при оценке состояния здоровья детей является физическое развитие.

Цель. Изучение динамики физического развития учащихся 1-2 классов (перед поступлением в школу и в конце второго года обучения) и оценка социального положения семей, в различных общеобразовательных учреждениях города Иваново.

Методы. Оценили физическое развитие учащихся 1-2 классов общеобразовательных учреждениях (школа 1, школа 2) центельным методом, что позволяет судить о гармоничности развития массы тела по отношению к длине тела.

Провели анкетирование для выявления социального положения их семей.

Результаты. Физическое развитие по основным показателям (рост, вес) в первой школе у 74,5% учащихся гармоничное физическое развитие, у 15,5% дисгармоничное физическое развитие (за счет избытка массы) и у 10% отклонение в физическом развитии за счет низкого роста для данной возрастной группы. Во второй школе у 34% учащихся гармоничное физическое развитие, у 24% дисгармоничное физическое развитие (снижена масса тела, высокий рост) и у 44% отклонение в физическом развитии (снижена масса тела, низкий рост).

Результаты анкетирования показали, что социальное положение семей в двух сравниваемых школах различное. В первой школе семьи с более высоким уровнем материального дохода родители служащие, во второй школе социальное положение менее благополучное в основном родители рабочие, большой % неполных семей, низкий материальный доход.

Выводы. В результате исследования выявлены различия в физическом развитии: гармоничное физическое развитие учащихся 1-2 классов первой школы составляет 74,5%, а во второй школе 34%.

Анализ анкетирования показал различие в социальном положении семей учащихся общеобразовательных учреждений.

АДАПТАЦИОННЫЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А. Г. Сычевич - студентка 3502 группы медико-профилактического факультета

Кафедра гигиены детей и подростков

УО «БГМУ», Минск, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.м.н., доц. Ж.П. Лабодаева

Актуальность. В современном мире с быстро сменяющимися темпами развития образования всё чаще приходится пользоваться современными достижениями науки и техники,

такими как компьютерные технологии.Компьютерные технологии, получившие ведущие роли в развитии современной информационной цивилизации, активно внедряются в жизнь общества. Достижение прогресса и развития науки и техники немыслимо без компьютерных технологий. Начиная с детского возраста, дети и подростки всё чаще используют компьютеры, не задумываясь над тем, как это «чудо техники» может пагубно воздействовать на растущий организм, начиная от ухудшения зрения и нарушения осанки до проявлений формирования компьютерной зависимости. Чрезмерная психическая вовлеченность в работу за компьютером порождает зависимость. Компьютерная зависимость – это патологическое пристрастие человека к работе или проведению времени за компьютером. Весьма актуальным является знание особенностей формирования компьютерной зависимости среди молодежи.

Цель исследования: оценить влияние компьютерной зависимости на психический статус, стрессоустойчивость организма и состояние кардиореспираторной системы.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 71 студентка 3 курса медико-профилактического факультета учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет» в возрасте от 19 до 21 года. Изучены уровни компьютерной зависимости по тестам: психический статус по методике «Самочувствие, активность, настроение», степень стрессоустойчивости организма на основе опросника В.В. Маркова, эмоциональное выгорание с помощью теста-опросника В.В. Бойко, оценили резервы кардиореспираторного аппарата и его способности противостоять недостатку кислорода: индекс Скибинской, проба Серкина; оценили стрессоустойчивость сердечно-сосудистой системы по её реакции на психическую нагрузку и задержку дыхания с целью характеристики здоровья студенток: коэффициент экономичности кровообращения, коэффициент выносливости, индекс Робинсона, адаптационный потенциал в покое и после нагрузки, коэффициент резерва сердца.

С использованием метода однофакторного дисперсионного анализа, охарактеризовали наличие влияния компьютерной зависимости на адаптационные резервы организма и оценили значимость влияния компьютерной зависимости на психофизиологические функции. Для исследования были использованы программы STATISTICA 8,0 (StatSoftinc.),MicrosoftExcel.

Результаты исследования. Среди студентов медицинского ВУЗа отсутствие компьютерной зависимости отмечено у 25,4% респондентов, стадия увлечения – 47,8%, первая стадия зависимости – 26,8%, второй стадии зависимости не выявлено.

Исследование психического состояния по самочувствию, активности и настроению (САН) позволило установить, что нормальное психическое состояние наблюдалось у студенток, находящихся в стадии увлечения – 17% и с отсутствием зависимости – 12,7%, при первой стадии зависимости только 5,6%. Неудовлетворительное самочувствие, низкая активность и плохое настроение отмечены у испытуемых в стадии увлечения – 29,6% и при

первой стадии зависимости – 18,3%. При оценке стрессоустойчивости установлено, что высокая стрессоустойчивость по тесту Б отмечена у студенток в стадии увлечения 33,8%, в то же время по тесту А у них отмечена самая низкая стрессоустойчивость – 38%. Изучение вопросов эмоционального выгорания позволило определить доминирующие фазы: при первой стадии зависимости – преобладает резистентность; в стадии увлечения – доминирует также резистентность; при отсутствии зависимости не наблюдается эмоционального выгорания. Наибольшее количество фаз «напряжения и истощения» наблюдается в стадии увлечения. При этом доминирующими симптомами были «тревога и депрессия» при первой стадии зависимости и в стадии увлечения и отсутствовали у студенток без компьютерной зависимости. Характеристика внешнего дыхания по индексу Скибинской: отмечено преобладание удовлетворительного состояния внешнего дыхания у всех испытуемых, «отлично» наблюдалось у студенток без компьютерной зависимости. Проба Серкина, характеризующая внешнее дыхание, установила, что «здоровые нетренированные лица» преобладали у всех групп испытуемых, «здоровые тренированные» преобладали в группе без зависимости, а «скрытая недостаточность» преимущественно у людей с первой степенью зависимости. Реакция сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс высокая у всех обследованных. Высокая тренированность сердечно-сосудистой системы к кислородному голоданию наблюдалась у всех обследованных. Экономичность работы сердца по индексу Робинсона у 2/3 всех обследованных соответствует норме. Однако коэффициент экономичности кровообращения выявил утомление у большинства обследованных студенток. Скрытую функциональную недостаточность сердечно-сосудистой системы и слабую физическую подготовленность отражают показатели коэффициента резерва сердца-1 в покое и коэффициента резерва сердца-2 после физической нагрузки, которые отмечены у ¾ всех обследованных, независимо от компьютерной зависимости. Снижение выносливости сердечно-сосудистой системы отмечено по показателю коэффициента выносливости у половины обследованных студентов, независимо от компьютерной зависимости. Адаптационный потенциал системы кровообращения в покое удовлетворительный у большинства обследуемых без зависимости и в стадии увлечения и у половины студенток с первой степенью зависимости, у второй половины – неудовлетворительный или ниже среднего. После нагрузки увеличилось количество неудовлетворительных результатов или ниже среднего, особенно в стадии увлечения.

Выводы.В результате проведенной работы, были изучены уровни состояния здоровья опрошенных студентов при наличии и отсутствии компьютерной зависимости.

С применением несплошного единовременного исследования выборочной совокупности с использованием социологического метода сбора статистической информации (анкетирование: заочный опрос – анонимный) и последующего анализа полученной информации было

выявлено:

1.Половина опрошенных студентов 3 курса медико-профилактического факультета находятся в стадии увлечения.

2.Влияние компьютерной зависимости на психический статус и стрессоустойчивость организма студентов с учётом однофакторного дисперсионного анализа составляет 12%, что является статистически значимым.

3.Не отмечено достоверных различий в изменении состояния кардиореспираторного аппарата обследуемых студентов в зависимости от уровня компьютерной зависимости.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОСМЕТИЧЕСКИХ ГЕЛЕЙ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ ДЛЯ РУК, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

А. В. Романович, Е.В. Багрим - студенты 3 курса лечебного факультета

Кафедра общей гигиены и экологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Научный руководитель – ассистент О.В. Заяц

Актуальность. Личная гигиена является основой здорового образа жизни, главным условием эффективной профилактики различных заболеваний и увеличения продолжительности жизни. Личная гигиена, среди которой немаловажное значение имеет соблюдение гигиены рук, помогает эффективно бороться с неблагоприятными воздействиями различных отрицательных факторов окружающей среды. При недостаточном уходе за кожей рук на ней возможно скопление микроорганизмов, яиц гельминтов. Загрязненные руки могут быть причиной обсеменения посуды и пищевых продуктов [1].

Гигиена рук – общий термин, используемый для обозначения таких процедур как обычное мытье рук, гигиеническая дезинфекция рук и хирургическая дезинфекция рук. Существуют два способа гигиенической дезинфекции рук: гигиеническое мытье рук и обработка (протирание) рук антисептиком. Гигиеническое мытье рук – мытье рук с мылом или другим моющим средством, содержащим антисептическое средство. Обработка рук антисептиком – протирание всей поверхности кистей антисептическим средством с целью уменьшения количества микроорганизмов, присутствующих на коже [2].

Цель исследования. Определение эффективности косметических гелей с антибактериальными свойствами для рук, распространенность их использования среди студентов.

Материалы и методы исследования. В проведении эксперимента принимали участие 42 студента. Были сформированы основная (группа В) и контрольная (А) группы в количестве

21 человек. Изучалась эффективность следующих косметических гелей с антибактериальными свойствами для рук: Dr. Hand, Dettol, Cleanberry, Sterillium, Хлоргель. Использовали тест, предложенный M. Rotter. Этот тест состоит из нескольких этапов.

В группе А кисти рук студентов не подвергались микробной обработке. Этот тест состоял из нескольких этапов: на первом этапе - кисти рук первых трех добровольцев без мытья опускали на казеиново-соевый агар (КСА); на втором этапе руки этих же участников мыли под водой без использования мыла, высушивали на воздухе в течении 3 минут и опускали на агар; на третьем этапе руки других трех участников мыли под водой с использованием мыла, высушивали на воздухе в течении 3 мин и опускали на агар; на четвертом этапе оставшихся участников из группы «А» разделили на 5 подгрупп для испытания каждого антисептика.

Этапы испытания группы «В» соответствовали испытаниям в группе «А». В группе «В» кисти рук добровольцев подвергались микробной нагрузке с опусканием в суспензию штамма кишечной палочки АТСС 11229 ($1,2*10^9$).

Для контроля роста и действия и роста микроорганизмов использовались чашки Петри со стерильным мясопептонным агаром.

Среды ингибировали 48 ч при температуре 37°С. Оценка испытуемого препарата проводилась путем сравнения степени снижения количества кишечной палочки в lg/мл после обработки контаминированных участков рук испытуемыми антисептиками.

Кроме этого, для изучения отношения студентов к личной гигиене проводилсясоциологический опрос и использованием валеологической анкеты.

Результаты исследования. В контрольной группе участников, не подвергавшихся микробной нагрузке (А) после использования антисептиков произошло снижение количества микроорганизмов во всех подгруппах. По наименьшему содержанию бактериальных колоний после обработки антисептиком самыми эффективными оказались Dr. Hand и Хлогель. Меньшее влияние на бактериальную обсемененность рук оказывалось при мытье рук с мылом без использования антисептика и при использовании антисептика Sterillium.

В группе участников, подвергшихся микробной нагрузке (В) при использовании антисептиков произошло снижение количества бактерий во всех подгруппах. По наименьшему содержанию бактериальных колоний после обработки антисептиком самыми эффективными оказалисьDr. Hand и Cleanberry.

Гигиеническое мытье рук с мылом без использования антисептика оказало меньшее влияние на бактериальную обсемененность.

По результатам проведенного опроса также установлено, что все респонденты считают важным соблюдение гигиены рук, при этом постоянно поддерживают гигиену рук 53,2% респондентов, не всегда соблюдают гигиену рук 46,8% респондентов.

Также 95,5% респондентов уверены, что при несоблюдении гигиены рук, возможно заражение инфекциями, передающимися контактным путем и только 4,5% респондентов сомневаются в этом.

При отсутствии возможности помыть руки 61% респондентов используют антисептики с антибактериальными свойствами для обработки рук, при этом чаще всего студенты используют такие антисептики как «Деттол» и Хлоргель. Сомневаются в эффективности антисептика 38% респондентов.

Выводы. Установлено, что большинство студентов считают весьма важным соблюдение гигиены рук, при этом не все студенты постоянно поддерживают гигиену рук. Также выяснилось, что студенты довольно часто используют антисептик для обработки рук, но не все уверены в его эффективности. Большинство исследуемых антисептиков обладают антибактериальными свойствами.

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

Д. А. Трусанов, Т. А. Сафаров - студенты 118 группы лечебного факультета

Кафедра анатомии человека

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Научные руководители – к.м.н., доцент С.Н. Чемидронов,

старший преподаватель Д.В. Бахарев

Актуальность: В настоящее время различные заболевания поджелудочной железы довольно распространены среди людей всех возрастных категорий. Состояние этого важнейшего органа напрямую зависит от питания. Если постоянно соблюдать диету, поджелудочная железа будет выполнять свои функции без сбоев, а при частом употреблении вредной пищи могут возникнуть нарушения ее работы. Например, метаболический синдром. Главными причинами его развития являются: снижение физической активности, генетическая предрасположенность, высокоуглеводный и высокожировой характер питания, недостаток биологически активных веществ в пище [1, 2, 3].

Цель исследования: Определить зависимость здоровья поджелудочной железы от рациона питания и вредных привычек человека.

Материалы и методы исследования: Метод статистического анализа, заключавшийся в проведении анкетирования среди 50 студентов 1 курса СамГМУ и последующей обработкой полученной информации.

Результаты исследования: Всего было опрошено 50 человек, из них 37 (74%) не имеют проблем с пищеварением, остальные 13 (36%) имеют проблемы с пищеварением, из этих 13 4 человека страдают заболеваниями поджелудочной (3 панкреатитом, 1 сахарным диабетом

первого типа).

Статистика людей, не страдающих расстройствами пищеварения.

Из вредной пищи наиболее часто употребляют:

Жирное – 20%

Фаст-фуд и джанк-фуд – 9%

Острое – 20%

Алкоголь – 17%

Полуфабрикаты – 20%

Жирные молочные продукты – 26%

Газированные напитки – 23%

Кондитерские изделия – 63%

37% опрошенных курят

Из полезной пищи наиболее часто употребляют:

Домашнюю еду – 86%

Овощи и фрукты – 73%

Супы – 37%

В среднем данная категория опрошенных принимают пищу 3-4 раза в день, затрачивая на прием пищи по 23 минуты.

Статистика людей, страдающих частыми расстройствами пищеварения.

Из вредной пищи наиболее часто употребляют:

Жирное – 23%

Фаст-фуд и джанк-фуд – 46%

Острое – 15%

Алкоголь – 25%

Полуфабрикаты – 46%

Газированные напитки – 31%

Кондитерские изделия – 46%

Жирные молочные продукты – 23%

42% опрошенных курят

Из полезной пищи наиболее часто употребляют:

Домашнюю еду – 69%

Овощи и фрукты – 62%

Супы – 46%

В среднем данная категория опрошенных принимает пищу по 3 раза в день, затрачивая на прием пищи по 25 минут.

Статистика людей, страдающих заболеваниями поджелудочной железы.

100% опрошенных очень часто употребляют в пищу жирное, острое, полуфабрикаты, жирные молочные продукты и кондитерские изделия.

50% опрошенных очень часто употребляют газированные и алкогольные напитки.

Выводы: исходя из проведенных исследований можно с точностью сказать, что частое употребление вредных продуктов и курения оказывает непосредственное влияние на поджелудочную железу в виде различных ее заболеваний.

Список литературы:

1. Бояринова А.М.С., Пантелеева Д.В., Чемидронов С.Н., Бахарев Д.В. Влияние питания на развитие метаболического синдрома. В сборнике: Актуальные вопросы и перспективы развития медицины сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. 2017. С. 11-13.
2. Горбачев Д.О. Соблюдение принципов рационального питания взрослым населением Самарской области // Аспирантский вестник Поволжья. – 2016. – № 5–6. – С. 214–217.
3. Горбачев Д.О. Лечебно-профилактическое питание как фактор повышения адаптационного потенциала работников нефтегазового комплекса // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. - 2015. - Т. 17. - № 2-2. - С. 422-426.

МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНАХ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ

А.И. Алферова – младший научный сотрудник

Лаборатория медицинской экспертизы и реабилитации детей

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище, Республика Беларусь

Научный руководитель – к.м.н. В.В. Голикова

Актуальность. Состояние психического здоровья детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, характеризуется наличием изменений в эмоциональной сфере, в межличностном взаимодействии, в личностных структурах, в том числе в мотивационной сфере. В связи с этим, ведущее место среди методов медицинской реабилитации детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, занимают мероприятия психотерапевтической и психологической помощи, которые активно реализуются в процессе реабилитации и оздоровления в санаторно-курортных условиях.

Цель исследования. Изучить особенности мотивационной сферы детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях и ежегодно получающих реабилитационно-оздоровительную помощь в санаторно-курортных условиях.

Материалы и методы исследования. Объект исследования – 88 детей в возрасте от 7 до

17 лет (54,5±5,3% девочек и 45,5±5,3% мальчиков), проживающих в зонах радиоактивного загрязнения и ежегодно получающих реабилитационно-оздоровительную помощь в санаторно-курортных условиях. Большинство детей (61,4±5,2%) принадлежало к группе старшего школьного возраста. Оценка мотивационной сферы детей проводилась посредством психодиагностического обследования. Применялись методы описательной статистики: для показателей, характеризующих качественные признаки, учитывалось абсолютное число, относительная величина в процентах (p), %, стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Для анализа особенностей мотивационной сферы детей были выделены следующие показатели: уровень мотивации, наличие или отсутствие инициативы в сфере познания возрастных интересов, в сфере учебной деятельности.

Результаты исследования. Изучение мотивационной структуры показало, что высокий уровень мотивации выявлен у 2 (2,2±1,6%) детей. Средний уровень мотивации наблюдался у 72 (81,8±4,1%) детей ($p<0,05$), проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, который свидетельствует об определенной заинтересованности школьников в учебной деятельности. Низкий уровень мотивации выявлен у 16±3,9% детей, что указывает не только на низкую заинтересованность данных детей в учебном или реабилитационном процессе, но и на возможное преобладание мотивации избегания неудач.

Инициатива в сфере познания возрастных интересов присутствовала у 97,8±1,6% детей ($p<0,05$). Отсутствие инициативы было только у 2 (2,2±1,6%) детей.

Инициатива в сфере учебной деятельности была свойственна 81,8±4,1% детей ($p<0,05$), что проявлялось в активном участии в учебном процессе, стремлении самостоятельно изучить дополнительный материал. В то время как 18,2±4,1% детей характеризовались отсутствием инициативы в сфере учебной деятельности.

Выводы. Таким образом, для детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, характерны средний уровень мотивации (81,8±4,1%, $p<0,05$), наличие инициативы в сфере познания возрастных интересов (97,8±1,6%, $p<0,05$) и инициативы в сфере учебной деятельности (81,8±4,1%, $p<0,05$), что подтверждено статистически.

Особенности мотивационной сферы детей, проживающих в зонах радиоактивного загрязнения, должны учитываться при планировании и проведении психолого-педагогической коррекции, в том числе направленной на формирование мотивации у детей для активного участия в реабилитационном процессе.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ПО ТЕЛЕФОНУ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 15 -24 ГОДА

Ч.Б. Бекбасарова[1], Н.Э. Айдарова[1,2] - студентка 5 курса лечебного факультета,
, И.Т. Акунова[1,2] - студентка 5 курса лечебного факультета, Г. Курманбек кызы[1]
[1]Национальная линия помощи по прекращению курения (НТЛППК)
Республиканского центра укрепления здоровья (РЦУЗ), Бишкек, Кыргызская Республика
[2]Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика
Научный руководитель - к.м.н. Ч.Б. Бекбасарова

Актуальность. Согласно Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), Каждая Сторона ратифицировавшая ее должна обеспечить все необходимые условия для помощи населению в процессе отказа от потребления табака. Кыргызская Республика (КР) является Стороной РКБТ ВОЗ с 2006 года. [1].

В целях реализации РКБТ ВОЗ [2], Закона КР №175 [3], была открыта НТЛП ПК. Постановлением Правительства КР от 22 декабря 2014 года [3] утверждены 12 иллюстрированных предупреждений о вреде курения для размещения на пачках и упаковках сигарет, которые включают адрес сайта и номер телефона НТЛП ПК - 2103. С января 2016 года на базе отдела по борьбе против табака при РЦУЗ МЗ КР работают 2 телефонные линии с 9 утра до 9 вечера ежедневно, кроме воскресенья и праздничных дней.

Цель. Оценка эффективности оказания помощи по прекращению курения по телефону на национальном уровне среди абонентов НТЛП ПК в возрастной группе 15-24 года.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализировали данные 1669 абонентов в возрастной группе 15 - 24 года (96% мужчин и 4% женщин), обратившихся за помощью в течение 2 лет (в 2016 - 2017 гг.). Для работы с данными абонентов НТЛП ПК была разработана электронная персональная карта (ПК), включающая специальные вопросы для диагностики ТЗ (адаптированный опросник Фагерстрома [4]) и дополнительные вопросы для изучения социального портрета абонентов.

Для мониторинга работы было отобрано случайным образом 400 человек в указанной возрастной группе, проконсультированных в первое полугодие 2016 года, им были проведены проактивные звонки не менее 3-х раз в день с интервалом 1 час, как минимум в течение 3-х дней. Всего ответили 254 абонентов (отклик - 64%), остальные (36% отобранных) либо сменили номера, или были недоступны, или заняты, либо ранее звонили с чужого номера.

Данные электронной персональной карты абонентов были сохранены в системе SalesPlatform Vtiger CRM 6.4, 6.5, перенесены и обработаны с помощью программы Microsoft Excel. Данные 254 абонентов, ответивших на проактивные звонки, также были просчитаны при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. *Социальный портрет абонентов:* За

помощью НТЛП ПК обратились основном молодые люди мужского пола 1593 чел. (95,4%), женщины составили всего 4,6%. Больше 1/3 звонящих проживали в сельских местностях (33,5%), треть в городе Бишкек (33,4%), жители областных центров и других городов вместе составили еще 1/3 (33,1%). Большинство лиц в возрастной группе 15-24 года, обратившихся на НТЛП ПК за помощью, имели степени ТЗ-2 и ТЗ-3 (70,5%), со степенью ТЗ-2 - 29,5% как показано на рисунке 1, причем примерно 68% из них имели умеренную, 18% сильную и 14% слабую мотивацию для отказа от курения. Около 50% абонентов НТЛПК курили меньше 20 штук в день, 37% - от 20 до 29 сигарет в день, примерно 12% людей - более 1,5 пачек (20 штук в пачке) в день. Почти 43% молодежи - респондентов НТЛП ПК курят свою первую сигарету сразу после пробуждения, 24% респондентов – в течение 6 – 30 минут, всего 13% респондентов не раньше, чем через 30 минут после пробуждения и 20% больше чем через час. Примерно 55% пациентов решили бросить курить, по собственному убеждению, 31% по состоянию здоровья, 4% женщин из-за беременности, 6,9% из-за повышения цен на сигареты 3% благодаря советам врача, друзей, членов семьи, из-за 7% запрета курения в рабочих местах.

Рис. 1. Распределение регулярных потребителей табака в зависимости от степени ТЗ в возрастной группе 15-24 года(%).

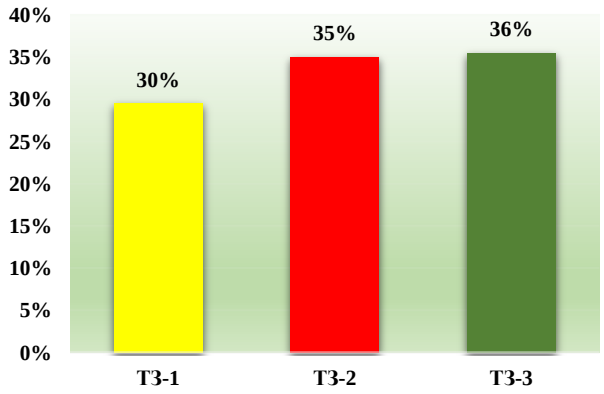


Рис. 2. Распределение бросивших и не бросивших курить по результатам мониторинга (%).

Результаты мониторинга работы свидетельствуют о том, что 38% абонентов в возрастной группе 15-24 года смогли самостоятельно бросить курить благодаря консультационной помощи НТЛП ПК, большинство бросивших курить (75%) имели степень ТЗ-1 и ТЗ-2. 62% абонентов не смогли самостоятельно бросить курить.

По итогам мониторинга выяснилось, что больше 96% бросивших курить на вопрос «Что помогло бросить курить?» ответили – советы НТЛП ПК и сила воли, что также показывает эффективность работы телефонной линии в оказании помощи населению в бросании курения.

75% респондентов не бросили курить так как еще не были готовы бросить курить, не смогли побороть силу тяги к табаку или часто сталкивались со стрессовыми ситуациями, меньше четверти были количество пациентов, которых направили к семейному врачу или наркологу, но они не сходили к специалисту из-за отсутствия свободного времени или врач не

смог помочь им бросить курить, также пациенты не смогли купить назначенные им лекарства из-за их высокой стоимости.

Выводы:

1) Все 100% абонентов, регулярно потребляющих табак, позвонили потому хотели бросить курить, 86% из них имели умеренную и сильную мотивацию и были готовы к бросанию курения, всего 14% имели слабую мотивацию;

2) В основном на НТЛП ПК обращаются мужчины (96%), что связано с большей распространенностью потребления табака среди мужчин;

3) Больше обращаются лица, имеющие ТЗ – 3, но они не могут самостоятельно бросать курить. Это говорит о необходимости организации индивидуальных или групповых занятий для лиц с тяжелой ТЗ, для дальнейшего психологического сопровождения их в процессе бросания;

4) Больше бросили курить лица, имеющие легкую и умеренную степень ТЗ;

5) Оценка результатов работы НТЛП ПК (38% курящих) свидетельствует об эффективности оказания помощи по прекращению курения по телефону на национальном уровне среди молодежи, особенно для лиц с легкой и умеренной степенями ТЗ. Это является доказательством того, что планомерное и постоянное проведение данной работы среди молодежи приведет сокращению распространенности потребления табачных изделий, а также связанных с ним заболеваний и смертности в долгосрочном будущем.

Литература

1. Закон Кыргызской Республики «О ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака от 21 мая 2003 года» от 2 марта 2006 года №74.

2. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2003:39

3. Закон Кыргызской Республики «Об утверждении перечня иллюстрированных медицинских предупреждений о вреде табака, предназначенных для размещения на пачках и упаковках табачных изделий» от 22 декабря 2014 года № 719.

4. Бекбасарова Ч.Б. Руководство к действию по отказу от потребления табака. Б.: издательский дом «KIRLAND».- Б.: 2016. - 40 с.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

Е.С. Мироненко, Е.С. Волощик

УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Республика Беларусь

Научный руководитель - к.б.н., доцент И.В. Яблонская

Актуальность. Тяжелые последствия для здоровья населения Республики Беларусь, обусловленные инкорпорацией I^{131} в щитовидную железу населения в период аварии на ЧАЭС получили широкий общественный резонанс. С целью устранения негативного влияния дефицита микроэлемента на состояние здоровья населения, была начата государственная программа устранения йододефицита в питании, включая рекламную компанию в СМИ, структурированные семинары в целевых группах населения, активная пропаганда знанийв средних и высшихучебных заведениях о биологическом значении йода, его влиянии на состояние здоровья. Что сформировывало информированность населения о необходимости использования йодированной соли и йод – содержащих продуктов в питании.По мере осуществления программы устранения йодной недостаточности,с 2000 г. в республике было начато использование соли, содержащей 40±15 мкг/кгйодата калия - стабильного вещества, не разрушающегося при длительном хранении и термической обработке, не изменяющего органолептических свойств при производстве пищевых продуктов. Использование йодированной соли в животноводстве и на предприятиях общественного питания, определило быстрый и значительный рост содержания микроэлемента в пищевых продуктах местного производства [1,2,3]. Благодаря проведенным мероприятиям, к 2005 – 2007 гг. дефицит йода в питании населения был практически устранен и в 2016 г. Международный комитет по контролю за ЙДЗ включил Республику Беларусь в перечень стран достигших целевых уровней обеспечения питания йодом. Однако, наметившиеся в 2005 – 2007 гг. тенденции роста содержания йода в пищевых рационах и распространенности тиреоидной патологии, обусловленной избыточностью микроэлемента, сохраняются на протяжении последнего десятилетия в большинстве регионов [4,5].Это определяет необходимость проведения санитарно-просветительной работы по снижению потребления йодированной соли, оптимизации информированности населения о содержании йода в ежедневно используемых пищевых продуктах.

Цель исследования. Оценить информированность населения о содержании йода в используемых продуктах питания.

Материалы и методы исследований. Материалами исследований явились данные анонимного анкетирования населения, охватившего 273 человека, проживающих в г. Минске, Минской, Брестской, Витебской и Гомельской областей. Сбор информации(2016 – 2018 гг.), и оценка результатов анкетирования проведена методом системного анализа полученных и литературных данных, с использованиемIT-технологий.

Результаты исследования. В результате анализа данных анонимного анкетирования установлено, что большинство опрошенных лиц по-прежнему считают себя лицами, испытывающими дефицит йода (рис. 1),

Рисунок 1 – Оценка населением необходимости использования йодированной соли и йодсодержащих продуктов питания, 2017 – 2018 гг.

Каждый респондент информирован о том, что содержание микроэлемента в местных продуктах питания низкое и старается предотвратить неблагоприятное воздействие дефицита микроэлемента на состояние своего здоровья за счет использования йодированной соли и/или продуктов, содержащих йод. Лица в возрасте 18 – 22 лет, опираются на знания, полученные в ходе образовательного процесса.В возрасте от 36 лет – на знания полученные в результате проведенной СМИ рекламной компании по использованию йодированных продуктов питания и соли для улучшения состояния здоровья. Лица в возрасте 18 – 22 лет, опираются на знания, полученные в ходе образовательного процесса 2006 – 2016 гг.В возрасте от 36 лет –на знания полученные в результате проведенной СМИ рекламной компании по использованию йодированных продуктов питания и соли для улучшения состояния здоровья.Основными продуктами, содержащими микроэлемент, большинство опрошенных считают морскую капусту, морскую рыбу и другие морепродукты, что соответствует информации содержащейся в доступной населению литературе и других средствах массовой информации. Несмотря на регулярное использование йодированных продуктов питания и соли у 20 % опрошенных выявлялись изменения в щитовидной железе, такие как мелко-кистозные и узловые изменения паренхимы, гипоплазия, АИТ, связываемых опрошенными лицами с дефицитом йода.

Выводы. Население обследуемых регионов хорошо информировано о биологическом значении йода и его значении для здоровья.

Информированность населения о содержании йода в пищевых продуктах местного производства не соответствует современной йодной обеспеченности потребляемой продукции.

Для оптимизации содержания йода в пищевых рационах необходимо проведение санитарно-просветительной работы, обеспечивающей информированность населения о современном содержании йода в продуктах питания местного производства.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖЬЮ

Ю.А. Аврамчикова, Е.В. Ровдо (Кочерго) – студенты 3501 группы медико-профилактического факультета

Кафедра гигиены детей и подростков

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – ассист. Е.В. Волох

Актуальность. Неотъемлемым компонентом в системе профориентации является профессиональная диагностика. Она направлена на максимальное выявление потребностей, интересов и склонностей каждого человека на разных возрастных этапах. Человек с раннего возраста очень восприимчив к социальному воздействию. При выборе жизненного пути и профессиональной деятельности, человек неосознанно поддается социальным стереотипам, носителями которых выступают семья, учебные заведения, окружающая среда, а также средства массовой информации (СМИ), старясь выбирать профессии, соответствующие их гендерной роли. Одним из основных факторов выбора профессии являются склонности, которые в некоторой степени определяются гендерной принадлежностью. Уже в раннем детстве отмечаются различия некоторых психологических характеристик. Как правило, мальчики больше интересуются естественно-научными предметами, а девочки – гуманитарными. Различие интересов может объясняться разной направленностью восприятия окружающего мира, а именно преобладанием тех или иных мыслительных процессов. Психометрические исследования отмечают, что у женщин преобладает вербальный интеллект, а у мужчин – зрительно-пространственный. Наличие стойких гендерных различий в склонностях и способностях объясняет наличие разных интересов и предпочтений в выборе профессии. Большое значение при профессиональном самоопределении играют мотивация, профессиональные и жизненные планы, притязание на общественное признание, которые также имеют гендерную окраску. При выборе будущей профессии мужчины, как правило, руководствуются такими факторами, как дальнейшая перспектива, возможность карьерного роста, высокая заработная плата, а главной мотивацией для них является стремление к власти и независимости. Для женщин, при выборе профессионального пути, характерна большая эмоциональность, зависимость и ситуативность, а главная мотивация для них – получить интересный опыт, быть социально значимой, работать во взаимодействии с людьми. Следовательно, у мужчин доминирует профессионально-деятельностный аспект, а у женщин – социально-психологический.

Цель исследования являлось изучение способностей к выбранной специальности и основных причин выбора студентов медицинского университета с учетом их гендерной

принадлежности.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 26 студентов фармацевтического факультета, 73 студента педиатрическогофакультета, 75 студентов медико-профилактического факультета учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет». Возраст респондентов составил 18-22 лет. Способности к различным областям знаний оценивались с помощью тест-опросника А. Е. Голомштока, причины выбора – с использованием специально разработанной анкеты. Обработка данных осуществлена с помощью программы STATISTICA 8,0 (Stat Soft inc.), Microsoft Excel. Для оценки достоверности различий использован расчет критерия $\chi 2$ с поправкой Йейтса.

Результаты исследования. В ходе исследования получены следующие результаты: склонность к медицине выявлена у 69% респондентов женского пола и у 50% мужского пола. Так, среди студентов педиатрического профиля обучения у 79% девушек и 62% юношей выявлена способность к медицине; среди студентов фармацевтического профиля – 48% респондентов женского и 33% мужского пола, среди студентов медико-профилактического профиля – 68% и 43% соответственно. У оставшейся части выборки отмечалась склонность к не медицинским специальностям. При оценке влияния различных факторов, повлиявших на выбор профессии выявлено, что около половины студентов обоих полов всех трех профилей обучения в медицинском университете приняли решение о будущем ВУЗе самостоятельно (49,5% девушек и 45,3% юношей). В результате проведенного сравнительного анализа самостоятельного выбора студентами разных факультетов отмечено, что девушки медико-профилактического факультета оказались более самостоятельны в вопросе решения будущей профессии (53%), чем юноши (33%). Однако, лица мужского пола, обучающиеся на фармацевтическом факультете, почти в 2 раза чаще (66,6%) руководствовались собственным мнением, чем девушки того же профиля обучения (34,8%). Равное количество представителей обоих полов-студентов педиатрического факультета (50% юношей и 54% девушек) выбрали данный профиль обучения исходя из собственных предпочтений. Выявлена тенденция увеличения частоты мотивации юношей при выборе учебного заведения материальным положением в семье (11% всех юношей выборки) в сравнении с девушками (3,4%), хотя статистически это не подтверждено ($\chi 2=1,427$; $p>0,05$). Как и при сравнении подверженности влиянию семьи решения лиц обоих полов – 23,2% представительниц женского пола и 11% лиц мужского ($\chi 2=2,1$; $p>0,05$). Для 13,5% всех опрошенных юношей важным в принятии решения было и территориальное расположение учебного заведения, у девушек же, этот фактор не имел особого значения и составил 4% ($\chi 2=2,809$; $p>0,05$). Другие факторы, такие как СМИ, влияние педагогов, мнение друзей оценены респондентами как менее значимые. В 7% случаев выбор юношей их родителями не был поддержан, у девушек же всего в 3,4% случаев их выбор не поддержали родители, статистических различий в роли данного фактора с учетом гендерной

принадлежности выявлено не было ($\chi 2=0,072$; $p>0,05$).

Выводы. Результаты проведенного исследования указывают на то, что девушки более склонны к выбору будущей профессии исходя их личных способностей и интересов, чем юноши. Материальное положение в семье оказывает большее влияние на выбор профессии у представителей мужского пола, чем у девушек, что может быть объяснено предъявлением более жёстких требований к мужчинам в обеспечении материальногоблагополучия. Не маловажным для юношей оказалось и территориальное расположение будущего высшего учебного заведения (ВУЗа). Девушки же, обращают большее внимание на советы родственников, чем на материальное положение в семье и месторасположение ВУЗа.

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПОЛА

Т.Н. Шеметовец, Д.А. Титова - студентки 3504 группы
медико-профилактического факультета
Кафедра гигиены детей и подростков
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
Научный руководитель - к.м.н., доц. М.М. Солтан

Актуальность. Повсеместное внедрение в жизнь современного общества информационно-коммуникационных технологий имеет не только положительные, способствующие развитию общества, аспекты, но и отрицательные, связанные, прежде всего, с влиянием этих технологий на состояние здоровья пользователей, особенно детей и подростков. Широкое внедрение информационно-коммуникационных технологий, как в повседневную жизнь, так и в образовательный процесс, требует всесторонней оценки риска возникновения неблагоприятных последствий для здоровья, особенно юных потребителей подобных инноваций. Так как именно дети и подростки в силу своих физиологических особенностей являются наиболее чувствительными ко всякого рода неблагоприятным влияниям.Наиболее серьезной проблемой становится формирование аддиктивных форм поведения, связанных с использованием современных средств коммуникации. Внедряемые в практику профилактические мероприятия могут быть эффективными и экономически целесообразными только в том случае, если направлены на определенные факторы, группу или территорию риска.

Цель исследования: оценить вероятность развития аддиктивного поведения у подростков с учетом хронобиологических и гендерных особенностей контингента.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 733 подростковв возрасте 11-18 лет, обучающихся в различных учреждениях образования г. Минска. Риск формирования

компьютерной зависимости изучался с помощью анкеты Л. Н. Юрьевой, Т. Ю. Больбот. Для диагностики хронофизиологических особенностей личности использовался тест Хорна – Остберга. Обработка данных осуществлена с помощью программы STATISTICA 8,0 (StatSoftinc.), MicrosoftExcel. Для оценки достоверности различий применялся критерий $\chi 2$.

Результаты исследования. Проведенное исследование показало, чтооколо 85% обследованных подростков имеют признаки формирования компьютерной аддикции. В зависимости от хронобиологических особенностей личности достоверно чаще в группу риска аддиктивного поведения попадают лица с аритмичным ($\chi 2=4,648$; $p<0,05$) и вечерним ($\chi 2=4,680$; $p<0,05$) хронотипами по сравнению с утренним. В зависимости от хронобиологический особенностей и пола формированию компьютерной аддикции более подвержены девочки с аритмичным хронотипом. При изучении гендерных особенностей формирования компьютерной зависимости оказалось, что у юношей чаще встречается более выраженный риск, чем у девушек(37,42% против 28,92% соответственно).

Выводы. Признаки формирования компьютерной зависимостишироко распространены среди современных подростков. Риску формирования аддиктивного поведения более подвержены лица с аритмичным и вечерним хронотипами. Юноши имеют более выраженный риск формирования компьютерной аддикции, чем девушки. Оценка риска формирования компьютерной зависимости у подростков с учетом хронобиологических и гендерных особенностей позволяет выявить целевые группы для проведения профилактических мероприятий в организованных коллективах.

СЕЗОННОСТЬ ОБРАЩЕНИЙ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Ю.М. Атаева – студентка 528 группы лечебного факультета

НИИ экологической медицины

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – к.м.н., доц. М.Г. Атаев

Актуальность. В зависимости от региона частота обращения за медицинской помощью при ОРЗ может значительно отличаться (Ощепкова М. В., 2005 г., Попов А.Ф., 2016 г.). Сезонность обращений дагестанского населения не изучена.

Цель исследования - оценка сезонности ОРЗ в Дагестане.

Для достижения поставленной цели были решены следующие **задачи**:

1. Изучение обращений населения за скорой медицинской помощью по поводу ОРЗ по месяцам за 1999-2009 гг.

2. Сравнительный анализ обращаемости при ОРЗ за 1999-2002, 2003-2006, 2007-2009гг.

3. Выявление закономерности внутригодовой динамики обращаемости населения при ОРЗ.

Материалы и методы исследования. За 11 лет наблюдения (1999-2009 гг) за медицинской помощью обратились 94.080 человек. В 1999 г. Было 3779 обращений, а в 2009 г. – 15713 больных.

Диагнозы больных кодировались по МКБ-10 как J00-J06 - острые заболевания верхних дыхательных путей; J10-J11 – грипп; J12-J18 – пневмония; J20-J22 - острые заболевания нижних дыхательных путей.

Таблица. Распределение обращений населения Дагестана за скорой медицинской помощью по поводу острых респираторных заболеваний (J00-J22) по годам и месяцам

Период, годы	Месяц											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1999-2002	7800	5495	739	309	342	350	429	1150	2032	2042	2179	1901
2003-2006	9729	3676	1342	746	770	793	1824	9188	3268	1099	628	849
2007-2009	7580	3606	1547	666	665	3457	5723	2050	884	721	2845	5656

Результаты исследования. Анализ обращаемости населения Дагестана по сезонам года показал, что пик частоты ОРЗ наблюдается в зимний период (в январе, феврале), а также в летне-осенний период. При этом пик обращаемости ежегодно смещается влево на полгода, которое видно на рисунке 1 при разделении наблюдаемого интервала на 3 периода. Так, 1999-2002 гг. повышение обращаемости наблюдалось в сентябре-ноябре с пиком в январе и феврале. В период с 2003 по 2006 г. пик заболевания пришелся на август, а в 2007-2009 гг. летний максимум обращаемости сместился на июль.

Аналогичная особенность смещения летних максимумов обращаемости при ОРЗ вероятно связана с установкой кондиционеров в жилых домах и офисах, а также частым использованием холодных напитков и мороженого в жаркие месяцы.

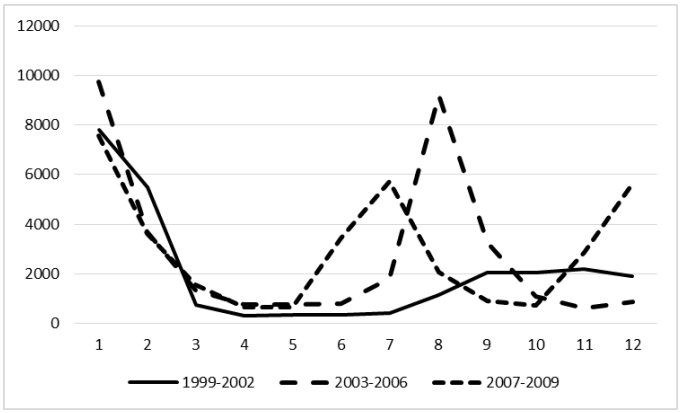


Рис. 1. Внутригодовые колебания обращаемости при острых респираторных заболеваниях населения Дагестана за 3 периода.

Раздельный анализ обращаемости городского населения за медицинской помощью при ОРЗ практически совпадает с динамикой и сезонностью по всей республике. Таким образом, сезонность обращений при ОРЗ обусловлена за счет городского населения (рис.2).

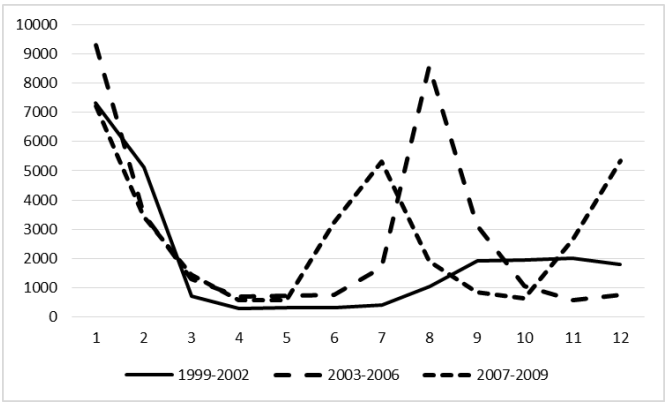


Рис. 2. Внутригодовые колебания обращаемости при острых респираторных заболеваниях городского населения Дагестана за 3 периода.

Частота обращений городского населения в 25 раз превышает таковой показатель сельских жителей. Тем не менее сезонные колебания обращаемости сельского населения во все периоды наблюдения характеризовались пиковыми значениями в январе. При этом за 2007-2009 гг. максимальное значение обращаемости приходились на декабрь и январь (рис.3).

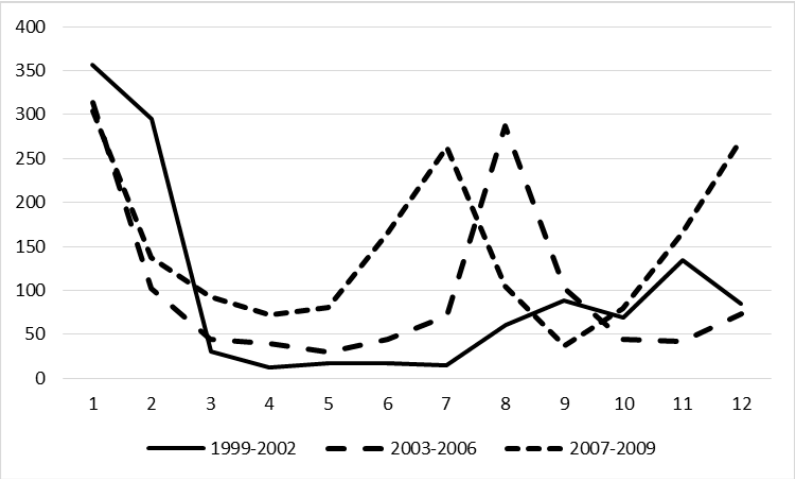


Рис. 3. Внутригодовые колебания обращаемости при острых респираторных заболеваниях сельского населения Дагестана за 3 периода.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что частота развития ОРЗ не только зависит от сезонов года. Вероятно, присутствуют и другие факторы, влияющие на частоту ОРЗ, такие как использование кондиционеров для охлаждения помещений, а также холодных напитков в экстремально жаркие дни, которые стали частыми за последние годы в связи с глобальным потеплением.

Выводы: частота ОРЗ зависит от климатических условий с пиком обращаемости населения в январе; летний максимум обращаемости населения связан с бытовыми условиями и привычками, обусловленными защититься от жары.

ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП ПРИ АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ

П.А. Борисова, Д.В. Далинкина - студентки 505 и 506 групп медико-профилактического факультета

Кафедра клинической лабораторной диагностики

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург

Руководитель темы: асс. Ю.И. Жиленкова

Актуальность. Анализ газов крови и КОС – важнейший показатель гомеостаза организма, а его исследование – один из основных тестов, выполняемых у пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Анализ КОС относится к категории экспресс-исследований, поскольку его параметры быстро изменяются при любых сдвигах состояния пациента (показателей дыхания, температуры тела, физической активности, функции почек и т. д.). Диагностическое и прогностическое значения полученных ранее данных постоянно снижаются, то есть результаты анализа КОС быстро “устаревают”. До 60% всех ошибок при анализе газов крови приходится на преаналитический этап.

Цель. Оценить влияние преаналитического этапа на результаты анализа газов крови.

Материалы и методы исследования. Проведено исследование газов крови у 8 пациентов. Каждый образец исследовался в 5 точках - сразу после забора, через 10 минут, 20 минут, 30 минут и 40 минут с помощью газового анализатора «ABL800 FLEX» (RADIOMETER, Дания). Пробы хранили при комнатной температуре и в холоде (использование хладагента).

Результаты исследования. В результате проведенного исследования было выявлено: у 5 пациентов значение pH увеличилось, у 3 - уменьшилось. В среднем за 10 мин значение pH изменилось на +0.03 %, за 20 мин – на +0.05 %, за 30 мин- на +0.07%, за 40 мин- на -0.01%.Значение pCO2 за 10 мин изменилось на -0,5%, за 20 мин- на -1,02%, за 30 мин- на -2,5%, за 40 мин- на -1,8 %. Значение pO2 за 10 мин изменилось на +2,6%, за 20 мин- на +6,3%, за 30 мин - на 8,3%, за 40 мин- на -1,5%. При этом наиболее значительные изменения pO2 наблюдались у пациентов с исходно высоким уровнем этого показателя: при начальном pO2 218 mmHg за 10 мин значение снизилось на -10,1%, за 20 мин - на 16,1%, за 30 мин - на 19,7%, за 40 мин - на 22,5%. Концентрация Glu за 10 мин изменилась на -1%, за 20 мин - на -2,6%, за 30 мин- на -3,7%, за 40 мин - на -4,7%. Значение cLak изменилось за 10 мин на +8,9%, за 20 мин на +11,8%, за 30 мин на +21,2%, за 40 мин на +29,7%.

Хранение проб в холоде позволило сохранить исходную концентрацию глюкозы и лактата, остальные параметры изменялись таким же образом, как и при хранении при

комнатной температуре.

При недостаточном перемешивании крови значение ctHb в образцах изменялось: в первом образце от 98 г/л до 116 г/л(+18,4%), 99 г/л(+1%), 98 г/л, 85 г/л(-13,3%) за 10, 20, 30 и 40 мин соответственно; во втором образце от 79 г/л до 106 г/л (+34,2%) и до 77 г/л (-2,5%). При этом в образцах равномерно перемешиваемых в течение 30 секунд, в разных плоскостях значение ctHb оставалось на одном уровне.

Выводы. 1) Наиболее значимые изменения при хранении пробы для исследования газов крови коснулись параметров: pO2 (особенно при исходном высоком значении), cGlu и cLak, что объясняется продолжающимся метаболизмом в клетках *in vitro*. Выполнение анализа в первые 5 мин после забора крови позволяет получить наиболее корректные результаты. Охлаждение пробы позволяет сохранить исходную концентрацию глюкозы и лактата в течение 30 минут 2) Недостаточное, неравномерное перемешивание образца в значительно степени влияет на значение ctHb, увеличивая или преуменьшая истинный уровень гемоглобина у пациента.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Р.С. Ахмедова – аспирант, А.М. Моллаева – аспирант/ассистент

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.б.н., доцент С.М. Омарова

Актуальность. Современный этап жизни человеческого общества характеризуется заметным ростом числа заболеваний, вызванных инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). В числе ИППП значительное место по распространенности (20-50%) занимает урогенитальный цервицит хламидийно-бактериальной этиологии, в диагностике которого еще имеется целый ряд трудностей. Они связаны как с особенностями биологии микро- и макроорганизма, так и с характером течения и симптоматикой самого заболевания. При отсутствии, каких либо симптомов заболевания за медицинской помощью женщины обычно не обращаются и служат источником заражения своих половых партнеров.

Бактериальный цервицит является одним из наиболее распространенных видов инфекционной патологии половых органов женщин преимущественно репродуктивного возраста. Хронические цервициты, сопутствующие большинству фоновых заболеваний шейки матки, привлекают внимание клиницистов, прежде всего, как основа малигнизации. Особое значение проблема цервицитов приобретает при беременности. При наличии хронического цервицита высока вероятность невынашивания беременности, преждевременных родов, внутриутробного инфицирования плода, послеродовых гнойно-септических осложнений. Несмотря на частое бессимптомное течение, нераспознанный урогенитальный цервицит хламидийно-бактериальной этиологии нередко осложняется тяжелыми поражениями маточных труб и эндометрия, последствиями которых являются бесплодие, внематочная беременность, тяжелые воспалительные заболевания органов малого таза.

Цель. Изучение роли вирусно-бактериальной микрофлоры в развитии инфекционной патологии шейки матки у женщин репродуктивного возраста. Определение уровня антибиотикорезистентности условно-патогенной микрофлоры, выделенной при инфекционной патологии шейки матки.

Материалы и методы исследования. Выделение и идентификация микроорганизмов осуществляли с использованием дифференциально-диагностических питательных сред и микротестсистем. Изучение биологических свойств выделенных штаммов, определение

факторов патогенности, забор и посев исследуемого материала проводили по приказу МЗ СССР от 22.04.85 №535 «Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».

Проведено клинико-лабораторное обследование 429-ти женщин с хроническими рецидивирующими циститами, из них у 249-ти пациенток (58 %) была выявлена урогенитальная патогенная и условно-патогенная инфекция. У данной категории женщин урогенитальные патогены в виде моноинфекции выявлены у 89-ти (35,7 %) пациенток (U. urealyticum — в 15,3 %, M. hominis — в 7,2 %, M. genitalium — в 6,4 %, C. trachomatis — в 3,6 % и T. vaginalis — в 3,2 % случаях соответственно), в 160-ти случаях (64,3 %) имела место микст-инфекция. У обследуемых женщин отмечались отягощающие факторы: в 12,9 % случаев наблюдения в анамнезе имелось более 3-х абортов, 94 (37,8 %) перенесли аднексит, кольпит, цервицит, 31 (12,4%) миому тела матки, у 18-ти (7,2 %) — выполнена экстирпация матки с придатками, у 78-ми (31,3 %) в анамнезе эрозия шейки матки, у 36-ти (14,5 %) — кисты либо полипы шейки матки и цервикального канала.

Выделено и идентифицировано 383 штаммов - K. pneumonia, E. coli, S. aureus, другие уропатогены встречались значительно реже.

При характеристике антибиотикочувствительности микроорганизмов использовали общепринятые показатели чувствительные (Ч), промежуточные (П), резистентные (Р). Для интегральной характеристики лекарственной устойчивости использовали термин «нечувствительные» штаммы, соответствующие резистентным микроорганизмам (МУК 4.2.1890-04).

Результаты исследования. Чаще всего из условно-патогенной бактериальной микрофлоры выявлялась K. pneumoniae (39,1%) и E. coli (35,3%), S. aureus – только в 20% наблюдениях. Частота выделения других возбудителей не превышала 5,6%.

В работе определена чувствительность к антибиотикам выделенных штаммов K. Pneumonia, E. coli, S. aureus. Показано, что наибольшей активностью в отношении протестированных штаммов K. pneumoniae, E. Coli и S. aureus обладали ципрофлоксацин и гентамицин.

В работе определена частота выделения устойчивых к изученным антибиотикам штаммов E. coli, K. pneumoniae и S. aureus. Установлено, что 48,7% штаммов E. coli проявили высокую чувствительность к гентамицину, 36,5% - к ципрофлоксацину и 34,2% - E. coli, выделенных у женщин, к рофецину. В случае K. pneumoniae, 56,9% штаммов были чувствительны к ципрофлоксацину, 46,6% - к гентамицину и 31,0% - к рофецину. В отношении штаммов S. aureus наибольшей активностью обладали ципрофлоксацин (59,7%), гентамицин (53,7%) и рофецин (18,6%).

Наибольшая частота резистентности была выявлена к рулиду и доксициклину: K. pneumoniae, – рулид 92,9%, доксициклин – 84,4%; E. coli – рулид 93,4%, доксициклин – 74,4%; S. aureus – рулид 90,9%, доксициклин – 66,4%.

Представлял интерес определение и получение данных об ассоциированной резистентности штаммов E.coli. Большинство ампициллинорезистентных штаммов E. coli были резистентны к рулиду (98,0%), а наибольшей активностью в отношении ампициллинорезистентных штаммов обладал гентамицин (28,0%). Резистентные к рофецину E. coli были наиболее чувствительны к гентамицину (27,0%) и ципрофлоксацину (37,0%), а резистентны были к рулиду (98,0%) и доксициклину (75,0%). В отношении доксициклинорезистентных штаммов наибольшей активностью обладал гентамицин (30,0%), а устойчивы были к рулиду (86,0%). Штаммы резистентные к гентамицину были чувствительны к ципрофлоксацину (47,0%), устойчивы к рулиду (98,0%) и доксициклину (84,0%). Резистентные к рулиду штаммы были чувствительны к гентамицину (27,0%) и резистентны к доксициклину (66,0%). Ципрофлоксацинорезистентные штаммы были чувствительны к гентамицину (28,0%) и устойчивы к рулиду (96,0%). В отношении ломефлоксацинорезистентных штаммов наибольшей активностью обладал гентамицин (38,0%) и резистентны были к рулиду (94,0%).

В работе также была изучена ассоциированная резистентности штаммов K. Pneumoniae и S. aureus, выделенных от женщин обследованной группы.

Так, ампициллинорезистентные штаммы K. pneumoniae, были резистентны к рулиду (98,0%) и доксициклину (93,0%). Наибольшую активность в отношении ампициллинорезистентных штаммов проявлял ципрофлоксацин (29,0%). Резистентные к рофецину K. pneumoniae, были наиболее чувствительны к ципрофлоксацину (24,0%) и гентамицину (38,0%), устойчивы к рулиду (96,0%). В отношении доксициклинорезистентных штаммов наибольшей активностью обладали ципрофлоксацин (26,0%), гентамицин (34,0%) и рулид (95,0%). Штаммы резистентные к гентамицину были чувствительны к ципрофлоксацину (33,0%) и устойчивы к рулиду (95,0%). Резистентные к рулиду штаммы были чувствительны к ципрофлоксацину (21,0%) и гентамицину (33,0%), резистентны к доксициклину (84,0%). Ципрофлоксацинорезистентные штаммы чувствительны к гентамицину (44,0%), устойчивы к рулиду (94%) и доксициклину (94,0%). В отношении ломефлоксацинорезистентных штаммов наибольшей активностью обладали ципрофлоксацин (44,0%), резистентны были к доксициклину (79,0%).

Штаммы S. aureus, резистентные к ампициллину были устойчивы к рулиду (94,0%). Наибольшей активностью в отношении ампициллинорезистентных штаммов обладали ципрофлоксацин (19,0%) и гентамицин (28,0%). Все резистентные к рофецину штаммы были чувствительны к ципрофлоксацину (16,0%) и резистентны к рулиду (99,0%). В отношении

доксициклинорезистентных штаммов наибольшей активностью обладали ципрофлоксацин (26,0%), наименьшей рулид (95,0%). Штаммы резистентные к гентамицину были чувствительны к ципрофлоксацину (44,0%) и устойчивы к рулиду (97,0%). Резистентные к рулиду штаммы были чувствительны к ципрофлоксацину (24,0%) и гентамицину (28,0%), устойчивы к рофецину (99,0%). Ципрофлоксацинорезистентные штаммы чувствительны к рофецину (40,0%), устойчивы к рулиду (100%) и к ломефлоксацину (92,0%). В отношении ломефлоксацинорезистентных штаммов наибольшей активностью обладал ципрофлоксацин (37,0%), устойчивы к рулиду (79,0%).

Наиболее частыми фенотипами устойчивости у женщин с цервицитами смешанной этиологии были рулид – доксициклин (70,2%; 53,9%; 55,8%), рулид – доксициклин – ампициллин (57,1%; 48,7%; 41,8%), рулид – доксициклин – ампициллин – ломефлоксацин (22,6%; 23,4%; 20,9%). Реже выделенные штаммы E.coli, K. pneumoniae, и S.aureus были одновременно устойчивы рулиду – доксициклину – ампициллину – ломефлоксацину. При анализе данных таблицы 10 не обнаружено существенных отличий уровня множественной устойчивости у выделенных штаммов E. coli, K. pneumoniae и S. aureus к антибиотикам.

Всего 45 (11,8%) штаммов K. pneumoniae, были одновременно резистентны к рулиду – доксициклину – ампициллину – ломефлоксацину – гентамицину. Ассоциированная резистентность к 6 антибиотикам – рулиду – доксициклину – ампициллину – ломефлоксацину – гентамицину – рофецину была выявлена у 23 (6,0%) штаммов. 6 штаммов K. pneumoniae были резистентны ко всем антибиотикам.

Выводы. Определены и изучены биологические свойства и антибиотикорезистентность условно-патогенных возбудителей инфекционной патологии шейки матки. В случае E. coli 30 (7,9%) штаммов были одновременно резистентны к рулиду – доксициклину– ампициллину – ломефлоксацину – гентамицину. Резистентность сразу к 6 антибиотикам – рулиду – доксициклину – ампициллину – ломефлоксацину – гентамицину – рофецину было выявлено у 10 (2,7%) штаммов. 3 штамма E. coli проявили устойчивость ко всем антибиотикам. Из всех штаммов K. pneumoniae 1 (16,0%) штамм были одновременно резистентны к рулиду – доксициклину – ампициллину – ломефлоксацину – гентамицину. Ассоциированная резистентность к 6 антибиотикам – рулиду – доксициклину – ампициллину – ломефлоксацину – гентамицину – рофецину была выявлена у 19 (5,0%) штаммов. Штаммов S. aureus. резистентных ко всем антибиотикам не обнаружено.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛАВИТОЛ» НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ

С.М. Малачилаева - студентка 102 группы фармацевтического факультета

Кафедра общей и биологической химии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доц. М.М. Газимагомедова

Актуальность. Актуальность работы заключается в том, что повсеместно (пищевая и фармацевтическая промышленности) используются антибиотики и консерванты для подавления жизнедеятельности микроорганизмов, которые имеют побочные действия. В данной работе проведены исследования для замены подобных препаратов на натуральное природное вещество - витамин Р.

Цель исследования: исследование влияния препарата «Лавитол» (витамин Р) на жизнедеятельность микроорганизмов для замены существующих противомикробных препаратов и консервантов на препараты витамина Р, для нивелирования побочных действий получаемых организмом человека, параллельно получения пользы от внесения исследуемого препарата для здоровья человека.

Материалы и методы исследования. Микробиологические показатели определяли по стандартным методикам, в т.ч. по ИК 10-04-06-140-87.

Вкусовой порог восприятия препарата «Лавитол» в напитках определяли по стандартной методике органолептически.

Характеристика объектов исследования.

Препарат «Лавитол».

Лавитол (дигидрокверцетин / витамин Р) предназначен для использования в фармацевтической (производство лекарств и БАД) и пищевой промышленностях (мясной, молочной, масложировой отраслях, виноводочной, кондитерской и при производстве минеральных_вод).

В работе использовали препараты «Лавитол №92» и «Лавитол№94» с содержанием дигидрокверцетина 92,5 и 94,0 % соответственно. Препарат растворяли в 40% спиртовом растворе при температуре 40С и далее добавляли раствор в среды с микроорганизмами и оставляли на определенное время для воздействия препарата на микроорганизмы. Все необходимые разбавления микроорганизмов и минимальное количество, необходимое для подавления их роста препарата узнавали эмпирическим путем.

Микроорганизмы воздействия.

Для проверки препаратов «Лавитол №92» и «Лавитол№94» на способность угнетения роста микроорганизмов, мы использовали чистые культуры дрожжей рода Rhodotorula, молочнокислые бактерии 13 расы, а также микроорганизмы Alicyclobacillus acidoterrestris.

Все микроорганизмы для работы разводили до минимально возможных концентраций и их количество проверяли методом глубинного посева на специальных средах в чашках Петри. Разведение микроорганизмов, в котором можно было выявить минимальное количество

микроорганизмов, и использовали для воздействия препаратом «Лавитол».

Результаты исследований.

Влияние антиоксиданта на жизненную активность микроорганизмов Alicyclobacillus acidoterrestris.

Подсчёт количества жизнеспособных клеток микроорганизмов Alicyclobacillus acidoterrestris проводили «чашечным методом» на твердой среде, которую готовили из специальной жидкой среды с добавлением агара.

Для каждой серии опытов готовили специальную среду, которую заливали в колбы по 200 мл и туда помещали разбавления микроорганизмов. По прошествии времени проводили наблюдения за изменением состояния среды: если среда помутнела, следовательно микроорганизмы размножились, а если среда осталась прозрачной, то мы уменьшали дозировку препарата, для определения минимально необходимого количества препарата «Лавитол» для полного угнетения роста и размножения микроорганизмов.

При среднем количестве микроорганизмов Alicyclobacillus acidoterrestris = 12 КОЕ/100 мл. среды, необходимо препарата «Лавитол№92» 30 мг/100мл. среды.

При среднем количестве микроорганизмов Alicyclobacillus acidoterrestris = 16 КОЕ/100 мл. среды, необходимо препарата «Лавитол№94» 40мг/100мл. среды.

Влияние антиоксиданта на жизненную активность диких дрожжей Rhodotorula.

Производилась серия опытов с различным количеством препарата «Лавитол» и разведениями микроорганизмов на стерильной воде

Подсчёт количества жизнеспособных клеток диких дрожжей проводили «чашечным методом» на твердой среде (среда для определения КМАФАНМ). Полученные данные отражены в таблице.

	КОЕ/см³	
Количество препарата «Лавитол», мг	№92	№94
К (0)	286	324
10	215	272
20	164	231
30	140	156
40	96	132

Как видно из представленных данных таблицы, внесение пищевой добавки «Лавитол», приводит к снижению активности размножения дрожжей рода Rhodotorula. Далее производились опыты для определения концентрации препарата, необходимого для полного угнетения роста и размножения дрожжей рода Rhodotorula. Было выяснено, что при среднем

количестве дрожжей рода Rhodotorula = 100 КОЕ/10 мл. среды, необходимо препарата «Лавитол№92» и «Лавитол№94» 200 мг/10мл среды.

Влияние антиоксиданта на жизненную активность молочнокислых бактерий.

Для проведения экспериментов использовали заранее разведенные на стерильной воде микроорганизмы. Подсчёт количества жизнеспособных клеток молочнокислых бактерий проводили «чашечным методом» на твердой среде - готовая сухая среда, производства ООО «Биокомпас С» (среда для определения КМАФАНМ). При среднем количестве молочнокислых бактерий = 90 КОЕ/1 мл среды, необходимо препарата «Лавитол№92» - 1 мг/1мл. среды, препарата «Лавитол№94» - 1 мг/1мл. среды.

Выводы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что препараты «Лавитол№92» и «Лавитол№94» обладают хорошими технологическими свойствами и имеют низкий вкусовой порог восприятия. Результаты исследований по влиянию препаратов «Лавитол№92» и «Лавитол№94» показали, что использование препаратов приводит к угнетению роста и размножения чистых культур микроорганизмов Alicyclobacillus acidoterrestris, молочнокислых бактерий, а также диких дрожжей рода Rhodotorula. Таким образом, показана целесообразность применения препаратов на производстве.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

(по данным бактериологической лаборатории РПТД МЗ РД)

М.К. Гасанов - студент18 группы 2 курса лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - доцент М.С. Саидов

Актуальность. Микробиологические исследования являются наиболее важными при установлении диагноза туберкулеза легких .В бактериологических лабораториях противотуберкулезной службы наибольшее распространение получили традиционные методы микробиологической диагностики ,как бактериоскопический метод с окрашиванием препарата по методу Циля-Нильсена, метод прямой люминисцентной микроскопии (РИФ) с использованием флюорохромов (аурамина,родамина). По данным различных авторов чувствительность микроскопии при окраске мазков по методу Циля-Нильсена составляет 100.000 бактериальных клеток в 1мл материала .Люминисцентная микроскопия обладает более высокой чувствительностью и позволяет обнаружить микобактерии при концентрации 500-1000 микробных тел в 1 мл. Культуральный метод с использованием элективных питательных

сред ,среди которых наиболее оптимальным является среда Левенштейна-Йенсена ,дает возможность обнаружить микобактерии туберкулеза при наличии 10-100 живых микроорганизмов в 1мл материала .Следует отметить ,что существенным недостатком культурального метода является длительность получения результатов в течение 3-4 недель

Целью нашего исследования было сравнительное изучение информативности различных методов традиционной лабораторной диагностики туберкулеза

Материал и методы Нами были проанализированы результаты исследования 10856 человек, обратившихся в РПТД за 2011-2015 гг.

Был проведен сравнительный анализ эффективности традиционных методов диагностики туберкулеза – бактериоскопического метода с окраской препаратов по Цилю-Нильсену, люминисцентного и бактериологического (культурального) методов.

Результаты исследования. Полученные результаты представлены в таблице

Таблица

Сравнительный анализ частоты выявляемости туберкулеза с использованием традиционных методов диагностики

Годы	Всего обследовано	Из них получены положительные результаты, в %		
		Циля-Нильсена	РИФ	Культуральный
2011	1780	61	83	60
2012	1944	69	86	72
2013	1780	64,7	86,6	54,7
2014	2609	64	76	60
2015	2743	54	68	55
ИТОГО	**10.856**	**62,5**	**79,9**	**60,3**

Как видно из таблицы бактериоскопический метод с использованием окраски по Цилю-Нильсену является достаточно информативным методом исследования . Его чувствительность существенно не отличается от результатов бактериологического метода исследования (62,5%против60.3%;p>0.05).Хотя по данным большинства исследований,бактериологический метод по чувствительности превосходит бактериоскопический. Не высокая чувствительность метода в данном случае вероятно связана с нарушением правил взятия материала для бактериологического исследования ,техники культивирования .Следует также отметить ,что в процессе лечения количество выявляемых микобактерий методом посева может уменьшиться ,хотя при микроскопии их количество зачастую остается на прежнем уровне .Например, по данным баклаборатории Республиканской туберкулезной больницы г.Буйнакска выявляемость микобактерий туберкулеза за 2008-2012 гг. культуральным методом составляет 41,3% , а бактериоскопическим методом составляет 44,4%.Метод люминисцентной микроскопии при

меньшей затрате рабочего времени позволяет дополнительно выявить микобактерии на 17,4 % больше ,по сравнению с обычной световой микроскопией с окраской препаратов по Цилю-Нильсену (79,9% против 62,5%).

Выводы

1. Бактериоскопический метод с использованием окраски по Цилю-Нильсену является достаточно информативным методом диагностики туберкулеза легких и может быть использован в лабораториях участковых и районных больниц для предварительной диагностики .

2. Из традиционных методов лабораторной диагностики туберкулеза преимуществом обладает метод люминисцентной микроскопии, который позволяет на 17,4% увеличить шансы обнаружения микобактерий туберкулеза в исследуемом материале.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ И СЛЮНЫ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ

С. Алиева, А. Халималова - студентки 311 группы лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент Б.М. Саидова

Актуальность. Шигеллез занимает одно из важных мест среди острых кишечных инфекций. Показатели заболеваемости шигеллезами на 100 тыс. населения в РД за последние годы колеблются от 50,1 до 83,0 и превышают показатели РФ в 4,6 раза. Шигеллезы характеризуются фекально-оральным механизмом заражения и первым барьером на пути проникновения шигелл в организм являются местные защитные механизмы и в первую очередь полости рта.

Несмотря на большое количество работ посвященных изучению клеточных и гуморальных механизмов иммунитета при шигеллезах малоизученным остается роль клеточных механизмов, в частности фагоцитоза, в местной защите полости рта при этой инфекции.

Для изучения функциональной и метаболической активности нейтрофилов крови при различных бактериальных инфекциях широкое распространение получила реакция восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест). НСТ- тест основан на восстановлении нитросинего тетразолия супераксидным анионом, образующимся при кислородном взрыве в лейкоците.

В доступной литературе имеются лишь единичные сообщения об использовании этого теста для оценки функции нейтрофилов слюны при бактериальных инфекциях, в частности,

при бруцеллезе.

Целью нашего исследования было изучить сравнительную информативность НСТ-теста лейкоцитов крови и слюны при шигеллезах.

Материал и методы. Нами было обследовано 30 больных шигеллезом, находившихся на стационарном лечении в РЦИБ с бактериологически подтвержденным диагнозом шигеллез. В качестве контроля – 20 здоровых лиц, свободных от инфекции (контрольная группа)

Методика определения НСТ – теста в крови:

0,1 мл капиллярной крови смешивают с 0,1 мл раствора гепарина (1 ЕД на 0,1 мл), куда добавляют 0,1 мл 0,2% раствора НСТ с последующей инкубацией при 37 ^{0}С. После инкубации лизируют эритроциты 3 мл дистиллированной воды в течение 20 секунд, после чего восстанавливают изотонию добавлением 1 мл гипертонического раствора. Содержимое отстаивают 5 мин и центрифугируют при 1000 об/мин в течение 5 мин и из полученного осадка готовят мазки, которые высушивают на воздухе, фиксируют в спирт – формалиновом фиксаторе не более 15 секунд. Ядра докрашивают 0,5% раствором сафранина в течение 30 мин. Отдельно для НФ и МЦ определяют процент НСТ – положительных клеток и СЦП, рассчитываемый по формуле L.Kaplow- СЦП=3a+2b+2c, где a - количество резкоположительных; b- количество положительных и c- низкоположительных НСТ –клеток.

Определение НСТ- теста в слюне

Для определения НСТ- теста в слюне смешанную слюну после тщательного полоскания полости рта 0,85% р-м NaCe собирают в объеме 1-2 мл в силиконированные мерные центрифужные пробирки. К собранной таким образом слюне добавляют 10 ед. гепарина, равный объем среды 199 и центрифугируют при 1500 об/мин в течение 10 мин. Супернатант сливают, осадок ресуспендируют в объеме 0,5-1 мл и проводят определение НСТ- теста по той же методике, что и при определении НСТ- теста в крови, используя вместо крови 0,1 мл взвеси слюны.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные результаты представлены в таблице:

Таблица

Показатели НСТ – теста с лейкоцитами крови и слюны у больных шигеллезом

Обследованные группы	кол-во обследованных (n)	кровь	слюна
Больные шигеллезом	30	28,5±2,2	20,6±1,9
Здоровые люди (контрольная группа)	20	14,6±1,6	8,3±1,0

Как видно из таблицы, показатели НСТ-теста как с лейкоцитами крови так и слюны у больных шигеллезом достоверно выше показателей у здоровых людей (28,5±2,2 и 20,6±1,9 против 14,6±1,6 и 8,3±1,0, P<0,01). Это свидетельствует о повышении метаболической активности нейтрофилов крови и слюны при шигеллезах. Полная корреляция показателей НСТ- теста нейтрофильных лейкоцитов как крови так и слюны свидетельствует о возможности использования лейкоцитов слюны для определения НСТ- теста.

Таким образом, преимуществом использования слюны для определения НСТ – теста в нейтрофилах слюны является простота получения, его неинвазивность, что исключает возможность заражения гепатитами В,С и ВИЧ – инфекцией.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ M.BOVIS

(по данным бактериологической лаборатории РПТД МЗ РД)

С.А. Алиев, Р.З. Маммаев - студенты 4 курса лечебного факультета,

Д.К. Нурмагомедова - студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - доцент М.С. Саидов

Актуальность. Несмотря на то, что показатели заболеваемости и распространенности туберкулёза среди населения имеют тенденцию к снижению, эпидемиологическая ситуация по данному заболеванию в РД остается напряженной.

По данным большинства микробиологов ведущую роль в этиологии туберкулеза принадлежит M.tuberculosis. 90-95% случаев туберкулезной инфекции вызваны M.tuberculosis, а M.bovis является причиной туберкулеза в 5 % случаев.

Для некоторых животноводческих регионов частота выявляемости M.bovis превышают вышеуказанные показатели в 3-4 раза.

Заражение бактериями бычьего типа чаще всего происходит алиментарным путем – через мясо, при употреблении сырого молока и молочных продуктов, а также вследствие контакта с больными туберкулезом животными.

Между M.tuberculosis и M.bovis не отмечено особо строгих биологических отличий. Но эти микобактерии отмечаются по ряду биохимических свойств. В частности у M.tuberculosis отмечены способность синтезировать никотиновую кислоту в значительных количествах, наличие фермента нитратредуктазы. Эти признаки используются для дифференциации этих бактерий.

В практике ряда бактериологических лабораторий применяют ниациновую пробу с помощью которой определяют никотиновую кислоту, которая в значительных количествах

содержится у M.tuberculosis, а у M.bovis он отсутствует или содержится в незначительных количествах. Постановка этой пробы сопряжена с техническими сложностями, а именно получением такого компонента как цианистый калий, который является сильнейшим ядом.

В связи с этим в лабораториях для дифференциации M.tuberculosis и M.bovis чаще применяют определение фермента нитрат редуктазы.

В последние десятилетия фтизиатры проявляют интерес к такой проблеме как лекарственная устойчивость к климатобактериям туберкулёза. В наших предыдущих исследованиях мы анализировали устойчивость бактерий туберкулеза к антибиотикам и химиопрепаратам за последние годы в РД. Нами было получено, что 31,5% выделенных штаммов проявляли устойчивость к одному, двум или нескольким потивотуберкулезным препаратам.

В связи с этим, **целью** нашего исследования было изучить частоту выделения M.bovis за последние годы и сравнить частоту устойчивости к химиопрепаратам M.tuberculosis и M.bovis.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ частоты выделения M.bovis за 2011-2015 гг. по материалам обследования 2091 больных. Сравнительный анализ определения чувствительности к химиопрепаратам M.tuberculosis и M.bovis проводили у 149 больных туберкулёзом, методом серийных разведений.

Результаты исследования. Анализ частоты выделения M.bovis по данным бактериологической лаборатории Республиканского противотуберкулезного диспансера за 2011-2015 годы показал, что за 5 лет с 2011 по 2015 гг., M.bovis выделяли в среднем в 20,6 % случаев, что в 4 раза превышают приводимые рядом микробиологов показатели.

Учитывая, что последние десятилетия возрос удельный вес штаммов микобактерий устойчивых к химиопрепаратам представлял интерес сравнить частоту устойчивости к химиопрепаратам дифференцировано M.bovis и M.tuberculosis. Нами был проведен сравнительный анализ частоты устойчивости химиопрепаратов к M.tuberculosis и M.bovis за 2014-2016 гг. полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Антибиотикорезистентность M. tuberculosis и M. bovis

по данным бак. лаборатории РПТД

Антибиотики	M. tuberculosis	M. bovis
Изониазид	33,3%	18,9%
Рифампицин	26,3%	26,9%
Канамицин	3,7%	13,4%
Этамбутол	5%	3%
Капреомицин	4,2%	0%
Циклосерин	1,3%	3%
Стрептомицин	7,5%	10,4%

Этионамид	8,8%	14,9%

Всего было изучено 149 выделенных штаммов.

Как видно из таблицы частота устойчивости M.bovis к канамицину (13,4% против 3,7%), стрептомицину (10,4% против 7,5%), этионамиду (14,9% против 8,8%) выше чем у M.tuberculosis. Частота устойчивости к рифампицину у M.tuberculosis и M.bovis существенно не отличались.

Выводы:

1. В РД отмечена более высокая частота выделения M.bovis от больных туберкулезом (20,6%), что предполагает целесообразность внесения изменений в санитарно-ветеринарные профилактические мероприятия по туберкулезу.
2. Получена более высокая устойчивость M.bovis к таким препаратам как канамицин, стрептомицин, этионамид, что необходимо учесть при проведении антибактериальной терапии.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ K. PNEUMONIAE У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

С.М. Абдулатипова[1] – врач-бактериолог, З.М. Саидова[2] – ассистент

[1]Бактериологическая лаборатория ГБУ «ЦЭМП – РКБ №2» МЗ РД

[2]Кафедра внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактических факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – доц. М.С. Саидов

Актуальность. Внебольничная пневмония является распространенным инфекционным заболеванием, в этиологии которого ведущее значение имеют условно-патогенные микроорганизмы, как S.pneumoniae, H.Influtnzae, K. Pneumoniae, S aureus и др. По данным ряда исследователей K. pneumoniae является причиной внебольничных пневмоний в 5% случаев. Но в последние десятилетия отмечается рост заболеваний, вызванных условно - патогенными микроорганизмами, в т.ч. и K. pneumoniae. K. pneumoniae ВОЗ относит к группе возбудителей с критически высоким уровнем приоритетности. У Klebsiella spp. часто встречается резистентность к ряду антибиотиков пенициллинового ряда, цефалоспоринам I и II поколений, вызванное выработкой бета-лактамаз. В последние годы отмечается рост числа резистентных штаммов и к цефалоспоринам III поколения, фторхинолонам, связанное с продукцией Klebsiella pneumoniae бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС).

Уровень чувствительности Klebsiella pneumoniae к антибиотикам различна для различных регионов и даже лечебных учреждений. Так чувствительность выделенных штаммов K. pneumoniae по данным различных клиник Санкт- Петербурга различная и

варьирует от 35 % до 66% и выше. В связи с этим целью нашего исследования было изучить чувствительность к антибиотикам K. pneumoniae, выделенных у больных с внебольничной пневмонией в г. Махачкале.

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты обследования 1404 больных внебольничной пневмонией за 2013-2015 г. мокрота которых была исследована бактериологическим методом с использованием элективных питательных сред в бактериологической лаборатории «ЦЭМП – РКБ -2». K. pneumoniae была выделена в 126 (8,9%) случаев. Чувствительность к антибиотикам были определены у 48 штаммов K. pneumoniae диско - диффузионным методом с использованием стандартных дисков согласно методическим указаниям (МУК 4.2.1890-04). Всего было использовано 17 дисков к цефалоспоринам I – II - III поколения, аминогликозидам, фторхинолонам, а также к азитромицину, меропенему, рифампицину, доксициклину, амоксициклину.

Результаты исследования. В таблице представлены антибиотики проявившие наиболее высокую активность к K. pneumoniae.

Таблица

Антибиотикочувствительность штаммов K. pneumoniae, выделенных от больных с внебольничной пневмонией (n=48)

Антибиотик	Антибиотикочувствительность, в %		
	чувствительность	промежуточная чувствительность	устойчивость
1. Офлоксацин	87,5	10,5	2,0
2. Цефтриаксон	83,4	8,3	8,3
3. Ципрофлоксацин	82,9	12,8	4,3
4. Цефотаксим	80,8	11,5	7,7
5. Меропенем	80,6	12,9	6,5
6. Амикацин	79,2	20,8	-
7. Азитромицин	74,3	22	3,7
8. цефоперазон	69,2	15,4	15,4

Как видно из таблицы выделенные штаммы K. pneumoniae были чувствительны к фторхинолонам: офлоксацину (87,5%), ципрофлоксацину (82,9%), к цефалоспоринам III поколения: цефтриаксону (83,4%), цефотаксиму – (80,8%), цефоперазону (69,2%), а также карбапенемам, в частности меропенему (80,6%).

В то же время K. pneumoniae проявлял низкую чувствительность к цефалексину (7,1%), цефуроксиму (35, 3%), цефазолину (42,8%), к стрептомицину (14,3%), рифампицину (15,0%), тобрамицину (27,3%), амоксициллину (42,8%).

Вывод. Выделенные штаммы K. pneumoniae сохраняют чувствительность к фторхинолонам (офлоксацину, ципрофлоксацину), к цефалоспоринам III поколения (цефтриаксону, цефотаксиму, цефоперазону), а также меропенему, что необходимо учесть при антибактериальной терапии внебольничных пневмоний клебсиллезной этиологии в регионе.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ H. INFLUENZAE В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

З.М. Саидова[1] – ассистент

Кафедры [1]внутренних болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактических факультетов и [2]микробиологии, вирусологии и иммунологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - доц. Б.М. Саидова[2]

Актуальность: Внебольничная пневмония является одним из широко распространенных инфекционных заболеваний человека. В РФ среднестатистические показатели заболеваемости составляют 10-15 случаев на 1000 населения. В этиологии внебольничных пневмоний H. Influenzae занимает одно из ведущих мест. По данным ряда исследователей H. Influenzae по частоте выделения занимает 2-е место, выделяется в 10-20% случаев внебольничных пневмоний.

Многие микроорганизмы рода Haemophilus в норме обитают на слизистых дыхательных путей человека и наиболее патогенными из них являются капсульные варианты. В зависимости от особенностей строения капсулы различают 6 сероваров (a-f) и наиболее патогенным для человека является серовар b. H. Influenzae вызывают у человека пневмонии, бронхиты, отиты, синуситы и другие инфекции дыхательных путей.

По данным Тец В.В. более 90% выделенных у амбулаторных больных штаммов H. Influenzae были чувствительны к ципрофлоксацину, азитромицину, цефтриаксону.

Преимуществом этих препаратов является их высокая активность в отношении хламидий, микоплазм – возбудителей «атипичных» пневмоний.

Препаратами выбора для лечения пневмонии, вызванной H. Influenzae некоторые исследователи называют аминопенициллины, в частности амоксициллин - клавуланат. Преимуществом этих препаратов является их активность в отношении ряда ключевых возбудителей пневмонии как S. pneumoniae, H. Influenzae, Moraxella catarrhalis, K. pneumoniae и др.

Однако достаточно высокая вероятность возбудителей внебольничной пневмонии и в частности H. Influenzae выработать устойчивость к антибактериальным препаратам, уровень которых отличается для различных регионов приводит к необходимости его изучения.

В связи с вышеуказанным **целью** нашего исследования было изучить частоту выделения H. Influenzae у больных с внебольничной пневмонией и определить антибиотикочувствительность выделенных штаммов в регионе.

Материал и методы исследования. В бактериологической лаборатории ГБУ «ЦЭМП – РКБ №2» МЗ РД проведено бактериологическое исследование мокроты 844 больных с внебольничной пневмонией. Забор материала производили до начала антибактериальной терапии. Посев производили на кровяной агар, ЖСА, среды Эндо, Сабуро. Бактериологическое исследование производили согласно ныне действующего приказа МЗ СССР №535.

Чувствительность к антибиотикам определяли диско-диффузионным методом с использованием стандартных дисков согласно методическим указаниям (МУК 42 1890-04). Всего было использовано 15 дисков с такими антибиотиками как цефалоспорины 1-II-III поколения, аминогликозиды, фторхинолоны, азитромицин, меропенем, рифампицин,доксициклин, амоксициклин.

Р**езультаты исследования.** Результаты бактериологического исследования показали, что H. Influenzae был выделен у 81 больного из 844 обследованных, что составляет 9,6%. Это четвертое место после S. pneumoniae (21,6%), S. pyogenes (20,1%), S. aureus (15,0%).

Результаты определения чувствительности к антибиотикам H. Influenzae показали, что наиболее высокая чувствительность отмечена к таким антибиотикам как офлоксацин, ципрофлоксацин, цефоперазон, меропенем и др. (табл.).

Таблица

Чувствительность штаммов H. Influenzae к антибиотикам, выделенных от больных с внебольничной пневмонией

Антибиотики	Антибиотикочувствительность, в %		
	Чувствительность	Промежуточная чувствительность	Резистентность
офлоксацин	70,8	13,8	15,3
ципрофлоксацин	68,7	18,7	12,5
цефоперазон	59,5	27,0	13,5
меропенем	59,4	13,5	27
азитромицин	56,7	25	17,9
амикацин	55,5	36	8,3

Как видно из таблицы наиболее высокая чувствительность выделенных штаммов H. Influenzae отмечалась к таким антибиотикам как офлоксацин – 70,8%, ципрофлоксацин -68,7%, цефоперазон -59,5%, меропенем – 59,4%.

Более низкую чувствительность и высокую резистентность к H. Influenzae была отмечена

к следующим антибиотикам, как цефалексин, стрептомицин, доксициклин, к которым были резистентны соответственно 60-63-70,5% выделенных штаммов. Достаточно высокая резистентность отмечена и к таким антибиотикам как амоксициллин, рифампицин, тобрамицин, к которым отмечена суммарная резистентность (R + SR) соответственно 62% - 70%-76,6% случаев.

Как уже указывалось для лечения внебольничных пневмоний некоторые исследователи оптимальными считают аминопенициллины, в частности амоксициллин – клавуланат, но в наших исследованиях к этому антибиотику были чувствительны 40% выделенных штаммов, что не дает нам основания рекомендовать его для эмпирической антибактериальной терапии внебольничной пневмонии.

Выводы. Таким образом, наиболее высокую чувствительность проявляли штаммы H. Influenzae к таким антибиотикам как офлоксацин (70,8%), ципрофлоксацин (68,7%), цефоперазон (59,5%), меропенем (59,4%). Высокая резистентность отмечена к таким антибиотикам как доксициклин (70,5%), цефалексин (60%), стрептомицин (63%) и др.

Полученные результаты необходимо учесть при проведении эмпирической антибактериальной терапии.

РАЗРАБОТКА ПРОБИОТИЧЕСКОГО НАНОБИОПЛАСТА НА ОСНОВЕ ПОЛИМЕРНЫХ НАНОГРАНУЛ, ИОНОВ СЕРЕБРА И ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ РАЗНЫХ БИОТОПОВ МАКРООРГАНИЗМА

Е.В.Частоедова – студентка 403 группы лечебного факультета

Кафедра микробиологии и вирусологии

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, Киров, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доц. Е.П. Колеватых

Актуальность. В последние годы созданы различные лекарственные вещества для локального лечения ран, язв и других различных повреждений целостности кожи, слизистых оболочек. Разработаны изделия из органических и неорганических материалов [1,2]. Но предлагаемые субстанции могут быть чужеродными, загрязненными вирусами и бактериями. Активно развивается учение о межмикробных взаимодействиях («quorum sensing»(QS), «чувство кворума»), микробном консорциуме, влиянии микроорганизмов на микроэкологический гомеостаз. Микроорганизмы в составе муцинового геля на поверхности слизистых оболочек образуют биопленки, которые являются жизненно важной структурой макроорганизма. В биопленках функционирование бактерий регулируется различными сигналами, как из окружающей среды, так и от других микроорганизмов. Изучение

межмикробных связей в эндо- и экзо-микроэкологических системах является актуальным [3].

Цель исследования. Конструирование лечебно-профилактического медицинского изделия «НаноБиоПласт», обладающего антимикробным, ранозаживляющим и кровоостанавливающим эффектом.

Материалы и методы. Использовали материал из ран: изготавливали фиксированные и нативные препараты, окрашивали методом Грама, Циля-Нильсена. Микроскопию проводили с использованием светового микроскопа с иммерсионной системой. Исследуемый материал высевали на питательные среды: желточно-солевой агар (ЖСА), Эндо, Сабуро, Блаурокка. Инкубировали в термостате при температуре 37^{o}С в течение 24 – 72 часов. Идентифицировали с помощью наборов биохимических тестов Lachema (Чехия), агглютинирующих специфических сывороток.

Антагонистическую активность бифидобактерий оценивали в тесте отсроченного антагонизма. Испытуемые клетки засевали макроколониями («пятнами») 0,3 – 0,5 см в диаметре на поверхность плотной питательной среды в чашке Петри. После инкубирования в течение 48 часов бактерии стерилизовали в парах хлороформа (30 мин) и заливали тонким слоем агаризованной 0,7 % среды, в которую предварительно вносили 0,1 мл тест-культуры. Результаты учитывали через 24 часа инкубирования при температуре, оптимальной для роста индикаторных бактерий. Степень антагонистической активности определялась размером зон задержки роста тест-культуры вокруг макроколонии антагониста.

Результаты и обсуждение. В результате экспериментальной инфекции на лабораторных животных (белые беспородные мыши) из резаных ран, вызванных под местной анестезией, выделили кишечную палочку и стафилококк эпидермальный. В свежих ранах обнаружены кишечная палочка, протей, золотистый стафилококк; в гнойных ранах находит питательную среду синегнойная палочка.

Изучили время антимикробного действия ионов серебра концентрации 100 и 200 мкг/л. Наиболее быстро погибали бактерии родов Escherichia, Proteus.

Продукты метаболизма бактерий оказывали умеренное бактерицидное действие. При совместном воздействии ионов серебра и метаболитов бифидобактерий усиливалось бактерицидное действие бифидобактерий. Таким образом, совместное воздействие ионов серебра и метаболитов бифидобактерий, выделяемых при росте и размножении бифидобактерий, оказывает бактериостатическое и бактерицидное действие.

Создали опытную модель медицинского изделия «НаноБио-Пласт», используя ареактогенные наногранулы с рассасыванием в течение трех, пяти, семи дней. Применены пробиотические штаммы бифидобактерий. Изучены межвидовые и внутривидовые различия пробиотических микроорганизмов (Bifidobacterium spp. и стафилококков, кишечной палочки), определен перечень параметров и свойств для отбора наиболее перспективных,

антагонистически активных штаммов микроорганизмов с целью конструирования биопластыря с элементами пробиотиков и метаболитов бактерий. При испытании пленки в модели раневого дефекта in vitro получены приоритетные результаты, выражаемые в минимальных сроках регенерации клеток, отсутствия реактогенности, формировании специфической ткани, характерной для данного органа.

Выводы

1. В раневом отделяемом преобладали микроорганизмы – возбудители воспалительных процессов.

2. Определено антагонистическое действие бифидобактерий на патогенные бактерии.

3. Разработаны новые подходы к комбинированию лекарственных препаратов в доступной форме: гранулы медицинской саморассасывающейся пленки, ионы серебра, пробиотические бактерии.

Список литературы:

1. Огородова Л.М. Нанобинт – осно-ва лечения ран/Материалы и методы разработки инновационных методов лечения травм. – Томск: ООО «Villis», 2011. – 112 с.

2. Мингазов Г.Г. Разработка аллогенного материала «Биоплант»//Казанский медицинский журнал, 2007. – Т.88, No 4. – С. 356 – 360.

3. Руководство по медицинской микробиологии. Книга 3. Том второй. Оппортунистические инфекции: клинико-эпидемиологические аспекты/Кол. авторов//Под ред. А.С. Лабинской. – М.: БИНОМ, 2014. – С.145 – 237.

4. Бондаренко В.М., Мацулевич Т.В. Дисбактериоз кишечника как клинико-лабораторный синдром: современное состояние проблемы. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 304 с.

5. Шевелева С.А. Медико-биологические требования к пробиотическим продуктам и БАД//Инфекционные болезни,2004.- No 2. – С.86 – 90.

6. Иркитова А.Н. Сравнительный анализ методов определения антагонистической активности молочнокислых бактерий//Биологические науки, 2012. – « 2. – С.15 – 20.

ОБЩАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ РУТИНА В РАЗНЫХ СОРТАХ ИНДИЙСКОГО ЧАЯ

Маллу Шриниваса Рэдди - студент 238 группы лечебного факультета (англоязычная группа)

Кафедра общей и биологической химии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научные руководители - д.м.н., проф. Нагиев Э.Р., к.х.н., доц. Магомедова З.М.

Введение. Из большого числа биологически ценных веществ содержащих в чайных листьях фенольные соединения являются одним из основных компонентов и представлены танино-катехиновой смесью [1]. Катехины способны захватывать свободные радикалы, оказывая выраженное цитопротекторное действие, препятствуют перекисному окислению внутриклеточных и тканевых липидов, ликвидируют действие на организм стронция-90 при радиоактивных осадках [2]. Кофеин - обладает тонизирующим свойством на нервную систему и деятельность сердечной мышцы.

Актуальность исследовательской работы. Чайный лист является одним из самых богатых источников витамина Р среди всех растений [3]. Рутин и кверцетин. обладают Р-витаминной активностью и являются эффективными природными антиоксидантами. В комплексе с Fe^{2+} антиоксидантное действие рутина в 5 раз выше. Витамин Р регулирует образование коллагена и препятствует деполимеризации соединительной ткани, тем самым .оказывая капилляроукрепляющее действие.

Цель работы:

1. Определить количественное содержание витамина Р в различных сортах зеленого и черного чая
2. дать сравнительную характеристику содержания рутина в экстрактах чая через определенные промежутки времени.

Материал и методы исследования. Объектами исследований являются разные сорта чая, выращенные в нескольких географически отдаленных друг от друга провинциях Индии с различными климатическими условиями.

Сорт чая	Штат Индии-производитель
Gemini	Andhra Pradesh
Society	Mumbai
Natural	Rajasthan

Taja	Assam
Red Label	Meghalaya
Teagraft	Darjeeling

Количественное определение рутина проводилось с использованием объемного метода анализа по Левенталю [4]. В основе метода лежит способность, рутина окислятся перманганатом калия.

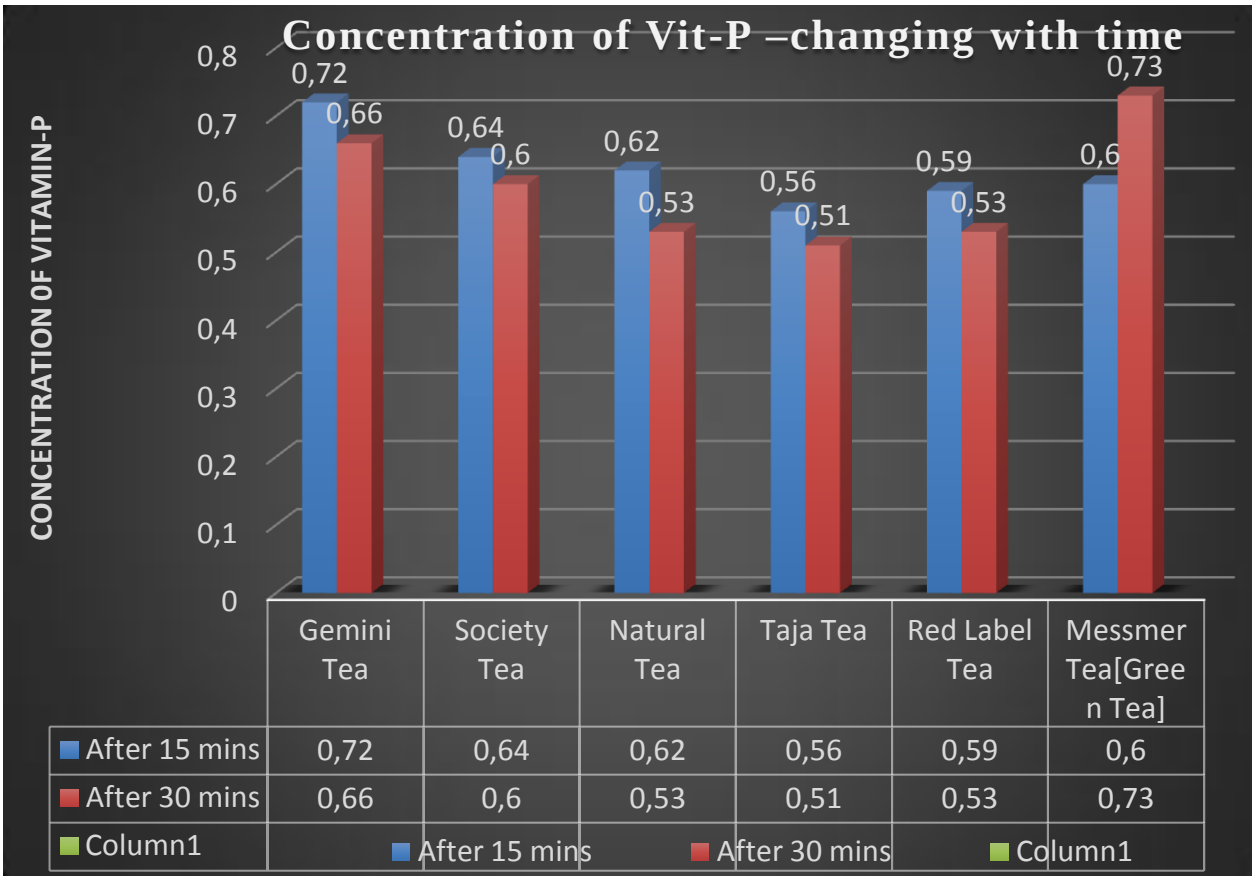
Результаты исследования. Полученные экспериментальные данные позволили рассчитать и сравнить содержание витамина Р в различных сортах зеленого и черного чая при экстракции через разные промежутки времени.

Таблица №1 (через 15 минут)

Сорт чая	Gemini	Society	Natural	Taja	Red Label	Messmer (зеленый)
Объем $KMnO_4$,	45	40	39	35	37	38
Концентрация витамина Р	0,72	0,64	0.62	0.56	0.59	0.60

Таблица №2 (через 30минут)

Сорт чая	Gemini	Society	Natural	Taja	Red Label	Messmer (зеленый)
Объем $KMnO_4$,	41	38	33	32	33	46
Концентрация витамина Р	0,66	0,60	0,53	0,51	0,53	0,73



Выводы:

- как видно на диаграмме в сортах черного чая с увеличением времени экстракции количественное содержание рутина уменьшается, а в зеленом чае наблюдается заметное увеличение содержания рутина в экстракте со временем.
- наибольшее содержание витамина Р обнаружено в сортах «Gemini» Andhra Pradesh и «Messmer» Darjeeling.

Литература

1. Monga, J., Chauhan, C. S., Sharma, M. Human epithelial carcinoma cytotoxicity and inhibition of DMBA/TPA induced squamous cell carcinoma in Balb/c mice by Acacia catechu heartwood, J.Pharm.Pharmacol., 63, 1470–1482. 2011.

2. Sang, S., Cheng, X., Stark, R. E., Rosen, R. T., Yang, C. S., Ho, C. T. Chemical studies on antioxidant mechanism of tea catechins: analysis of radical reaction products of catechin and epicatechin with 2,2-diphenyl-1- picrylhydrazyl, Bioorg.Med.Chem., 10, 2233–2237. 2002.

3. Khokhar, S., Magnusdottir, S. G. Total phenol, catechin, and caffeine contents of teas commonly consumed in the United kingdom, J.Agric.Food Chem., 50, 565–570. 2002.

4. Кушманова О.Д., Ивченко Г.М. Руководство к практическим занятиям по биологической химии М.: Медицина,.—272с. 1983.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАПАВЕРИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕГО ИОННОГО АССОЦИАТА

С. Р. Алимова – студентка 4 курса фармацевтического факультета

Кафедра общей и биологической химии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель – канд. хим. наук, доц. У.Г. Гамзаева

Актуальность. В медицинской практике широко применяются различные лекарственные препараты из группы алкалоидов, в том числе папаверин, который используется в качестве спазмолитического средства при спазмах кровеносных сосудов и гладкой мускулатуры органов брюшной полости [1]. Для количественного определения папаверина ГФ предлагает титрование хлорной кислотой в среде безводной уксусной кислоты в присутствии ацетата ртути (II) по индикатору кристаллическому фиолетовому [2]. Несмотря на то, что в действующих фармакопеях титриметрические методы анализа по-прежнему являются доминирующими, следует отметить такие их недостатки, как малая специфичность, чувствительность и субъективность восприятия окраски индикаторов.

Спектрофотометрические методы находят широкое применение в анализе лекарственных препаратов, благодаря сравнительной доступности, дешевизне, простоте в сочетании с хорошей точностью. Лекарственные вещества определяют как по собственному светопоглощению в УФ области, так и с использованием окрашенных соединений с их участием [3].

Актуальность работы заключается в том, что в повышении качества продукции, охраны здоровья особую значимость приобретают проблемы совершенствования существующих и разработки новых методик анализа объектов окружающей среды.

Цель работы. Исследование реакции образования тройного комплекса медь-хромазурол S- папаверин и разработка на основе этой системы спектрофотометрической методики количественного определения папаверина (ПП) в лекарственных препаратах.

Материалы и методы исследования. В работе использовали 1 мг/мл раствор ПП, приготовленный растворением точной навески препарата фармакопейной чистоты в дистиллированной воде; 0,1 мг/мл раствор меди (II), приготовленный из металлической меди спектральной чистоты; $1 \cdot 10^{-3}$ М раствор хромазурола S (Хр.S), приготовленный растворением точной навески реагента в воде. Растворы меньшей концентрации готовили разбавлением исходных. Для измерения оптической плотности использовали спектрофотометр Leki SS1207. Кислотность растворов контролировали с помощью pH-метра «Экотест-120».

Предварительные исследования показали, что добавление ПП к раствору двойного комплекса меди (II) с Хр.S в нейтральной и слабощелочной средах приводит к контрастному

изменению окраски раствора. В связи с этим представляет интерес изучение реакции образования тройного комплекса Cu-Xp.S-ПП и использование его для количественного определения ПП в лекарственных препаратах. Установлено, что в присутствии ПП углубляется интенсивность окраски комплекса и максимальное комплексообразование наблюдается при pH 8.

Одним из доказательств образования нового окрашенного соединения является исследование особенностей спектров поглощения исходных компонентов и их смесей. Образование ионного ассоциата обнаруживается по изменению характера спектров. Анализ спектров поглощения чистого реагента и его комплексов с Cu (II) в отсутствии и присутствии ПП при pH оптимального комплексообразования (рис.1) позволяет заключить, что спектры поглощения тройной системы Cu-Xp.S-ПП выгодно отличаются от спектров Cu-Xp.S и Xp.S. Введение ПП в раствор двойного комплекса Cu-Xp.S вызывает изменения в спектрах поглощения, выражающиеся в резком гиперхромном и батохромном смещении максимума до 630 нм, что указывает на образование нового соединения и увеличении чувствительности данной реакции.

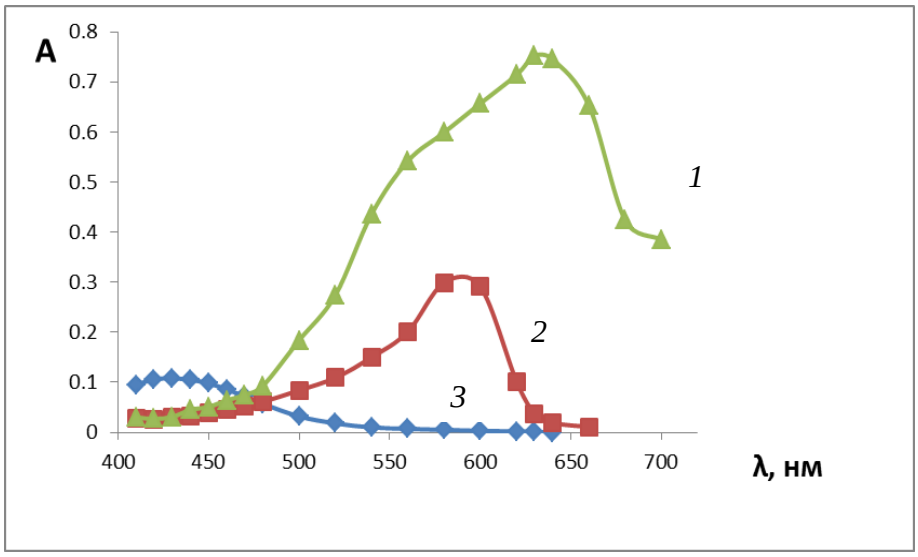


Рис. 1. Спектры поглощения Cu-Xp.S-ПП (1), Cu-Xp.S (2) и Xp.S (3), pH = 8, C_{Cu}^{2+} = 0,1 мг/мл, $C_{Xp.S}$ = $1 \cdot 10^{-4}$ М, $C_{ПП}$ = 1 мг/мл.

Полученные результаты положены в основу разработки спектрофотометрической методики определения папаверина в лекарственных препаратах. Содержание ПП определяли по градуировочному графику.

Методика построения градуировочного графика. В мерных колбах емкостью 25 мл готовят серию растворов трехкомпонентного комплекса Cu-Xp.S-ПП. Для этого в каждую колбу вносят по 2 мл $1 \cdot 10^{-4}$ М раствора Xp.S, 2 мл 0,1 мг/мл раствора Cu (II) и возрастающие количества от 0,2 до 2 мл ПП с исходной концентрацией 1 мг/мл. Устанавливают pH 8 и

доводят растворы до метки дистиллированной водой. Оптическую плотность измеряют при 630 нм. Зависимость оптической плотности трехкомпонентного комплекса от концентрации папаверина описывается уравнением y=2,1312c+0,6253 (c- концентрация ПП). Коэффициент корреляции R= 0,9997.

Методика определения папаверина в растворах для инъекций. Содержимое ампул разбавляют в 50 раз дистиллированной водой. Аликвоту (5 мл) разбавленного раствора обрабатывают по методике построения градуировочного графика, по которому определяют концентрацию ПП.

Результаты исследования. Результаты анализа и метрологические характеристики разработанной методики представлены в таблице.

Таблица

Результаты определения папаверина в растворе для инъекций (n=5, P=0,95)

Лекарственная форма	***Статистические характеристики***		
	$\bar{x}$	S_r	$\bar{x} \pm \frac{t_{P,f} \cdot S}{\sqrt{n}}$
Sol. Papaverini hydr. 2% ОАО «Биосинтез», Россия	*2,01%*	*0,020*	*2,01±0,05*

Выводы. 1. Исследована реакция образования тройного ионноассоциированного комплекса Cu-Хр.S-ПП. Показана перспективность использования данной реакции для определения ПП в лекарственных препаратах.

2. Разработана и апробирована методика количественного спектрофотометрического определения ПП в растворах для инъекций. Преимущества предложенной методики – использование нетоксичных реагентов, простота техники выполнения эксперимента. Методика характеризуется хорошей сходимостью (S_r = 0,02) и правильностью.

Литература

1. Беликов В.Г. Фармацевтическая химия: учебн. пособие: в 2 ч. 3е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 616 с. ил.
2. Государственная фармакопея РФ XIII издание. Москва (2015). http://pharmacopoeia.ru/gosudarstvennaya-farmakopeya-xiii-online-gf-13-online/
3. Мирзаева Х.А., Бюрниева У.Г., Рамазанов А.Ш., Кимпаева М.М. Спектрофотометрическое определение димедрола с использованием его ионного ассоциата // Фармация. – 2012. – № 4. – С. 18-20.

СТУДЕНЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ОБРАЗ ЖИЗНИ

Р.Н. Багаутдинов - студент 212 группы педиатрического факультета

Кафедра общей и биологической химии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - доцент М.А. Магомедова

Гастрит чаще всего называют болезнью студентов. И догадаться об этом не трудно.Но вот странно: "студенческая болезнь" также возникает и у других лиц и не щадит ни добропорядочных взрослых, ни дошколят.Статистический показатель заболеваемости гастритом указывает нараспространённость этого заболевания у половины населения земного шара.Мы провели опрос на 2 курсе педиатрического факультета, где всего 236 студентов, из них девочек –174, мальчиков –62, средний возраст 18-20 лет и выявили , что 30% студентов страдают гастритом. Целью нашего исследования было количественного определения общей кислотности, общей соляной кислоты, свободной соляной кислоты, и связанной соляной кислоты в одной порции желудочного сока. Согласно литературным данным причиной распространенности этой болезни среди студентов является то, что современные условия жизни заставляют студентов думать не только об учебе, но и о том, как себя содержать. В результате молодые люди, которые должны только учиться, разрываются между работой и учебой, а на полноценное питание у них не хватает времени, а иногда и средств. На завтрак чашка кофе или крепкого чая, в обед сосиски, пицца или жареный пирожок с газированным напитком, сардельки, на ужин – очередной полуфабрикат из пакетика или фабричные пельмени с кетчупом. Получается ещё так, что студенты питаются только вечером, а в течение дня перебивают чувство голода печеньем, мороженым, чипсамии другими продуктами. Естественно, быстрое питание всухомятку и плохо разжеванная пища травмирует слизистую оболочку желудка, и приводят к гастриту. В последние годы гастрит заметно получил широкое распространение, раньше это заболевание встречалось у студентов, а теперь даже у школьников. Врачи объясняют распространение гастрита среди школьников пищевыми отравлениями, нарушением режима питанияи пристрастием к жвачке. Особенно вредно жевать жвачку натощак, правильно жевать ее только после еды и не более 10 минут. Чаще всего воспаления слизистой оболочки желудка провоцируют бактерии Helicobacter pylori, которые были найдены на эпителии стенок желудка у больных хроническим гастритом и язвой желудка во второй половине XX века. Helicobacter pylori повышают кислотность желудочного сока, поселяясь на слизистой желудка. Однако не каждый гастрит имеет бактериальную причину, развитию воспалительных явлений способствуют неправильное питание, алкоголь, курение, прием лекарственных препаратов и постоянные стрессы. Все эти негативные факторы приводят к тому, что эпителий желудка истончается и теряет защиту, в результате чего

желудочный сок начинает разъедать стенки желудка. Желудочный сок представляет собой сильную соляную кислоту. Различают 2 вида гастрита: острый и хронический. Острый гастрит могут вызвать пищевые отравления, заглатывание инородных предметов, химикатов и других едких веществ, а также прием лекарственных препаратов. Например, аспирина, резерпина, антибиотиков. Характерные симптомы острого гастрита сильные боли в животе, рвота, тошнота, запор или понос. При своевременном обращении к врачу острый гастрит вылечивается уже через неделю, но полное восстановление нормальной работы желудка требует длительного времени. Поэтому после первого же признака острого гастрита надо следить за режимом питания, соблюдать диету и исключить возможное воздействие на слизистую желудка раздражающих факторов. При неправильном лечении и несоблюдении правильного питания острый гастрит переходит в хроническую форму, который может развиваться на фоне повышения или понижения кислотности желудочного сока. [1,2]

Хронический гастрит с повышенной кислотностью желудочного сока встречается в четыре раза чаще. Гастрит с пониженной кислотностью желудочного сока в большинстве случаев имеет наследственный характер, поэтомуболеющим этим видом гастрита, надо особенно тщательно заботиться о здоровом питании своих детей. При гастрите с пониженной кислотностью снижается аппетит, наблюдается тошнота, рвота после приема пищи, а также во рту ощущается неприятный металлический привкус. Любой вид хронического гастрита в начале возникновения болезни протекает бессимптомно. В основном боли появляются в виде кратковременных приступов в периоды обострения болезни. При этом возникает чувство тяжести в желудке, дискомфорт вверху живота, изжога и тошнота после еды. Постоянными симптомами хронического гастрита является нарушение переваривания пищи, урчание в животе, понос, метеоризм или понос. Гастрит нужно лечить, как и любое другое заболевание на ранних этапах возникновения и нельзя относиться к нему беспечно. Если не лечить гастрит, то он со временем приводит к язвенной болезни желудка, а далее даже может стать причиной развития рака. Диагноз гастрит врач устанавливает после проведения УЗИ,гастроскопии,сдачи анализа на бактериологическое исследование клеток, взятых со здоровых и пораженных участков желудка. Для лечения гастрита врач назначает прием лекарственных препаратов, снимающих спазмы и облегчающие боль. Если гастрит вызван бактериями Helicobacter pylori, то назначают курс лечения антибиотиками, такими как энтеросептол, левомицетин.

Таблица. Показатели желудочной секреции в норме.

	Часовое напряжение, мл	Кислотность, ммоль/л			Дебит-час свободной HCI,
		общая	свободная	связанная	

					ммоль
Натощак	5-40	до 40	до 20	-	Менее 1,0
Базальная секреция	50-100	40-60	20-40	10-15	1,0-4,0
Стимулируемая секреция с капустным	50-110	40-60	20-40	10-15	1,0-4,5
Субмаксимальный гнетам и новый тест	100-140	80-100	65-85	10-15	6,5-12
Максимальный гистаминовый тест	180-220	100-120	90-110	10-15	16-24

Мы с нашей 12 группой педиатрического факультета на кафедре биохимии вместе с преподавателем провели различные лабораторные исследования желудочного сока.

В частности провели количественное определение общей кислотности желудочного сока [3,4].

Для этого в коническую пробу отмеривали 10 мл. желудочного сока, добавили 1-2 капли 0,5% раствора фенолфталеина и титровали 0,1 раствором едкого натра на белом фоне до появления слабо-розоватого окрашивания, не исчезающего в течение 1 минуты.

После этого мы провели расчет следующим образом: Если на титрование 10 мл желудочного сока израсходовано 7 мл 0,1 Н едкого натра, общая кислотность равна 7х10=70 (миллилитров 0,1 Н раствор едкого натра но 100 мл. сока) или 70 мэкв/л.

Потом мы проводили количественное определение общей кислотности, общей соляной кислоты, свободной соляной кислоты и связанной соляной кислоты в одной порции желудочного сока.

Для этого пипеткой отмерили в коническую колбу 5 мл. исследуемого сока, добавляли 1-2 капли диметиламиноазобензола и 2 капли фенолфталеина. При наличии в желудочном соке свободной соляной кислоты возникает красное окрашивание. Если возникает желтая окраска, то это значит, что свободной соляной кислоты в соке нет. В этом случае сразу приступили к выполнению титрования общей кислотности. Не доводя уровень розового окрашивания.

Титрование свободной соляной кислоты проводили следующим образом: содержимое колбы титровали из бюретки 0,1н раствором щелочи до оранжевого окрашивания. Не добавляя в бюретку раствора щелочи, титровали содержимое колбы до лимонно-желтого окрашивания.

Определение общей кислотности, общей соляной кислоты, свободной соляной кислоты, связанной соляной кислоты в одной порции желудочного сока проводится титрованием с двумя индикаторами: диметиламиноазобензолом и фенилфталеином.

Отмеривали пипеткой в колбочку 5 мл. профильтрованного желудочного сока добавляли

1 каплю диметиламиноазобензола и 2 капли фенолфталеина. При наличии в желудочном соке свободной соляной кислоты он окрашивается в красный цвет розовым оттенком, при отсутствии ее сразу появляется желтая окраска. Титровали свободную соляную кислоты 0,1н раствором щелочи из микробюретки до появления оранжевого окрашивания. Не добавляя щелочи в бюретку, продолжили титрование до появления лимонно-желтого цвета. Продолжили титровать до появления розового окрашивания.

Расчёт: 1-я отметка соответствует количеству свободной соляной кислоты, 2-я - используется для определения связанной соляной кислоты, а последняя отметка соответствует общей кислотности. Среднее арифметическое между 2-й и 3-й отметкой считают соответствующим общей соляной кислоте. Свободная соляная кислота определяется по разности между содержанием общей соляной кислоты и свободной.

Клинико-диагностическое значение. При заболеваниях желудка кислотность может быть нулевой, пониженной и повышенной. При язвенной болезни желудка или гиперацидном гастрите происходит увеличение содержания свободной солянойкислоты и общей кислотности (гиперхлоргидрия). При гипацидном гастрите или раке желудка наблюдается уменьшение количества свободной соляной кислоты и общей кислотности (гиперхлоргидрия).при раке желудка, хроническом гастрите отмечается полное отсутствие соляной кислоты и значительное снижение общей кислотности (ахлоргидрия). При злокачественном малокровии, при раке желудка наблюдается полное отсутствие соляной кислоты и пепсина (ахилия)[2,3].

Острые формы гастрита лечат с помощью лекарственных препаратов (альмагель, атропин, викалин и платифиллин), которые снижают агрессивное действие желудочного сока. Для восстановления слизистой желудка назначают метилурацил или пентоксил. Из натуральных средств для заживления стенок желудка можно пить сок подорожника. Независимо от того, какой формы гастрит лечение его невозможно без изменения образа жизни и режима питания. Есть нужно только полезную и желательно свежеприготовленную домашнюю еду, количество приема пищи должно быть не менее пяти раз в день. Пищу нужно тщательно пережевывать и принимать не спеша. Из рациона питания следует исключить соленое, острое, жирное. Напитки не должны быть холодными или теплыми, пить нужно все только в теплом виде. Особенно касается все это студентов.

Литература:

1. *https://studfiles.net*
2. *https://meduniver.com*
3. *Кушманова О.Д. Ивченко Г.М*. Руководство к лабораторным занятиям по биологической химии.
4. *Чиркин А.А*. Практикум по биохимии. Учебное пособие.

РАЗРАБОТКА ПРОТОТИПА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАНЕЛИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МНОГОФАКТОРНЫХ ФОРМ МИАСТЕНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

А.В. Петрова – студент 436 группы лечебного факультета

Кафедра медицинской генетики

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Научные руководители:

Угаров И.В., к.м.н., доцент кафедры медицинской генетики МГМСУ

Шаркова И.В., ведущий научный сотрудник

НКО ФБГНУ «Медико-генетический научный центр»

Введение. Наследственные миастенические синдромы (НМС) - генетически гетерогенная и клинически полиморфная группа наследственных нервно-мышечных заболеваний, с различным возрастом начала и типом наследования, характеризующаяся патологической мышечной утомляемостью, нарастающей в течение дня, явлениями вялого пареза (угнетение сухожильных рефлексов, гипотрофия, гипотония и снижение силы различных мышечных групп), а так же поражением нейро-рефлекторной дуги на уровне нервно-мышечного синапса при ЭНМГ исследовании. Развитие НМС может быть обусловлено как единичными генными мутациями, так и нарушением совместного взаимодействия рисковых аллелей и факторов внешней среды. К настоящему времени идентифицировано 22 гена, ответственных за развитие НМС и дальнейший поиск их продолжается. Ранее авторами предложен прототип генетической панели для диагностики моногенных НМС, который позволяет диагностировать 28 клинических вариантов этой группы заболеваний. В формировании мультифакториальных миастенических синдромов (ММС) принимают участие как генетические, так и средовые факторы. Из средовых факторов большее значение придается загрязнению окружающей среды, дисбалансу микро- и макро- элементов в почве, воде, продуктах питания с определенными ассоциациями микроэлементов крови больных миастенией [1]. Среди факторов, провоцирующих обострение заболевания и развитие криза, выделяют интеркуррентные инфекции, вакцинацию, аллергические реакции, роды, искусственное прерывание беременности [2]. Показано, что этиология миастенических синдромов различно влияет на изменение структуры и/или работу нервно-мышечного синапса, что в свою очередь приводит не только к возникновению особенностей клинических проявлений заболевания, но имеет наиважнейшее значение при подборе симптоматической и патогенетической терапии. В настоящее время исключить или уточнить отдельный генетический вариант НМС возможно

только при проведении секвенирования экзома, что является достаточно затратным для больного способом, как по стоимости анализа, так и по времени ожидания его результата (обычно 90 рабочих дней).

Цель исследования: разработка прототипа панели генов для диагностики многофакторных форм миастений.

Материалы и методы исследования. Для формирования генетической панели использованы доступные генетические базы данных OMIM [3], ClinVar [4], и каталог орфанных заболеваний ORPHANET [5], а также статьи из реферируемых российских и зарубежных научных журналов по медицинской генетике [6].

Результаты исследования. Созданная генетическая панель для диагностики ММС включает не менее 20 генов и позволяет оценивать предрасположенность и диагностировать HLA-ассоциированную миастению гравис и не-HLA-ассоциированную миастению гравис. Среди HLA-ассоциированных форм миастении можно выделить тимома-связанные формы, вызываемые мутациями в генах HLA-A, HLA-DQA1 и HLA-DQB1 и нетимоматозные формы, вызываемые мутациями в HLA-DRB1, HLA-B, HLA-C и HLA-DQA1. В свою очередь не-HLA-ассоциированные формы миастении гравис вызываются мутациями в генах CTSL2, PTPN22, CTLA4, LGALS1, FOXP3, IL2RB, IFNG, IL4R, IL10, CHRNA1, CHRND, TNF, TNIP1.

Выводы. Созданный прототип генетической панели позволит достаточно быстро диагностировать, прогнозировать и оценивать риски различных вариантов ММС. Внедрение в практику подобной панели и ее использование совместно с ранее разработанной панелью для моногенных миастенических синдромов приведет к сокращению временных и финансовых затрат при проведении дифференциально диагностического поиска и уточнения отдельного генетического варианта НМС, что значительно оптимизирует работу врача-генетика, повысит эффективность медико-генетического консультирования и необходимых профилактических мероприятий в отягощенных семьях, а в ряде случаев поможет выбрать оптимальные терапевтические подходы при попытке коррекции НМС.

Литература:

1) Фельдман А.Г., Ямпольская Г.И., Боев В.М., 2000, Боев В. М., Бурдаков В.В., Фельдман А.Г., 2002

2) Пономарева Е.Н., 2002, Сепп Е.К., Ланцова В.Б., 2008, GilhusN.E., 2016

3) Online Mendelian Inheritance In Man)[Online Mendelian Inheritance in Man, OMIM®. McKusick-Nathans Institute of Genetic Medicine, Johns Hopkins University. World Wide Web URL: http://omim.org/

4) Landrum MJ, Lee JM, Benson M, Brown G, Chao C, Chitipiralla S, Gu B, Hart J, Hoffman D, Hoover J, Jang W, Katz K, Ovetsky M, Riley G, Sethi A, Tully R, Villamarin-Salomon R, Rubinstein

W, Maglott DR. ClinVar: public archive of interpretations of clinically relevant variants. Nucleic Acids Res. 2016 Jan 4;44(D1):D862-8. doi: 10.1093/nar/gkv1222. PubMed PMID:26582918

5) Pavan S, Rommel K, Mateo Marquina ME, Höhn S, Lanneau V, Rath A.Clinical Practice Guidelines for Rare Diseases: The Orphanet Database. PLoSOne. 2017 Jan 18;12(1):e0170365. doi: 10.1371/journal.pone.0170365. eCollection 2017. PMID: 28099516

Sebastian Köhler, Sandra C Doelken, Christopher J. Mungall, Sebastian Bauer, Helen V. Firth, et al. The Human Phenotype Ontology project: linking molecular biology and disease through phenotype data Nucl. Acids Res. (1 January 2014) 42 (D1): D966-D974 doi:10.1093/nar/gkt1026.

БИОТЕХНОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОБАКТЕРИАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ БИОПЛЕНОК КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

А.Ю. Пиядина – студентка 29-01 группа центра магистерских программ

Кафедра биотехнологии

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель – к.б.н., М.А. Сухина

Актуальность. Большинство бактерий существуют в форме биопленок - специфически организованных сообществ, где клетки находятся в белковом матриксе, который не позволяет воздействовать антибиотикам на бактерии. В настоящее время ведутся активные исследования по изучению свойств бактериальных биопленок, способов ингибирования образования биопленок или их разрушения. В настоящей работе показано подавляющее воздействие фильтратов лактобацилл (содержащих бактериоцины) на бактериальные биопленки, образованные клинически значимыми бактериями.

Цель исследования. Изучить влияние активных внеклеточных веществ лактобацилл и противомикробных агентов на процессы ингибирования и разрушения биопленок.

Материалы и методы исследования. При поиске способов ингибирования процесса образования биопленок использовали микроорганизмы, которые были выделены из гемокультуры и других клинических образцов пациентов. Научный интерес представляли следующие штаммы: *Escherichia coli* 317, *Klebsiella pneumoniae* 458, *Pseudomonas aeruginosa* 1000, *Acinetobacter baumannii* 480. В качестве ингибирующих факторов были выбраны: AHD 2000® - EXPRESS (кожный антисептик), фильтрат лактобацилл, в котором находилось протимомикробное вещество – бактериоцин, обладающее антагонистическими свойствами против других микроорганизмов. Для выявления воздействия этих факторов на процесс формирования биопленок готовили клеточные суспензии четырех исследуемых культур с плотностью бактериальной взвеси 1McF. Затем смешивали 1 мл клеточной суспензии с 1 мл каждого из 3-х выбранных факторов. После чего полученные суспензии наносили на покровные стекла для биопленкообразования и микроскопировали. В качестве контролей были приготовлены планктонные суспензии клеток.

Отличие процесса разрушения биопленок от ингибирования биопленкообразования заключается в том, что антимикробные агенты влияют на уже сформированную бактериальную пленку, которая, как известно, обладает высокой устойчивостью к механическим и химическим факторам, а значит, антибактериальные агенты эффективные при ингибировании еще не сформировавшейся биопленки могут иметь более низкие показатели или не обнаружить своего положительного воздействия в случае с микроорганизмами, заключенными в матрикс

биопленки.

Результаты исследования. Оценка биопленкообразования проводилась по 5-ти бальной шкале. Исследуемые штаммы без воздействия ингибирующих факторов формируют биопленки на 2-3 уровне. После воздействия выбранных агентов процесс биофильмогенеза соответствовал 1 уровню в 95% случаев, в остальных образцах - степень формирования биопленок была ниже. Кожный антисептик проявлял лишь ингибирующие действие на процесс формирования биопленок, в то время как на планктонную форму клеток оказывал бактерицидный эффект. При воздействии на уже сформированные биопленки антибактериальный эффект был ниже по сравнению с ингибированием биопленки на начальной стадии ее образования. Тем не менее, процесс разрушения биопленки наблюдался в 90% случаев и достигал 1 стадии биопленкообразования. Достоверных различий действия фильтратов различных штаммов лактобактерий на ингибирование образования биопленок нами не были выявлены.

Выводы. Фильтраты лактобактерий обладают высокой ингибирующей активностью в отношении биопленок, образованных клинически значимыми бактериями. Способность лактобактерий подавлять рост биопленок может быть перспективной для разработки новых лекарственных препаратов для борьбы с инфекциями, ассоциированными с бактериальными пленками.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НАНОЧАСТИЦ СЕРЕБРА НА РОСТ И РАЗВИТИЕ БИОПЛЕНОК КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

А.Ю. Пиядина – студентка 29-01 группы центра магистерских программ

Кафедра биотехнологии

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель – д.б.н., проф. С.В. Луценко

Актуальность. Большинство бактерий существуют в форме биопленок - специфически организованных сообществ, в которых клетки находятся в белковом матриксе, препятствующем действию антибиотиков на бактерии. В настоящее время ведутся активные поиски способов разрушения или подавления формирования биопленок. Известно, что соединения серебра обладают выраженным бактерицидным действием в отношении многих микроорганизмов, в связи с чем изучение действия наночастиц серебра (НЧС) на биопленки является перспективным направлением борьбы с патогенными пленкообразующими бактериями.

Цель исследования. Изучить влияние препаратов, содержащих наночастицы серебра, на рост и развитие бактериальных биопленок.

Материалы и методы исследования. При изучении воздействия НЧС на процессы

формирования биопленок использовали микроорганизмы, выделенные из гемокультуры и других клинических образцов пациентов. Исследования проводили на следующих штаммах: *Escherichia coli* 317, *Klebsiella pneumoniae* 458, *Acinetobacter baumannii* 480, *Pseudomonas aeruginosa* 1000. Исследовали препараты НЧС, полученные с использованием двух различных стабилизаторов. Клеточные суспензии четырех исследуемых культур готовили с плотностью бактериальной взвеси 1 McF. Для определения МИК смешивали 1 мл клеточной суспензии с 1 мл препарата в различных концентрациях, после чего полученные суспензии наносили на покровные стекла для биопленкообразования и микроскопировали. В качестве контролей были приготовлены планктонные суспензии клеток.

Результаты исследования. Оценка биопленкообразования проводилась по 5-ти бальной шкале. Клинические штаммы без воздействия исследуемых препаратов формируют биопленки на 2-3 уровне. Показатель МИК первого препарата составлял 65 мкг/мл, второго – 200 мкг/мл. При данных концентрациях наблюдались отдельные единичные клетки, степень формирования биопленок которых была ниже 1 уровня. Оба препарата обладали бактерицидным эффектом в отношении планктонной формы клеток.

Выводы. Результаты исследования позволяют заключить, что исследуемые препараты НЧС эффективно ингибируют рост биопленок клинически значимых микроорганизмов. Способность препаратов на основе наночастиц серебра подавлять рост биопленок может послужить основой при разработке новых лекарственных препаратов для борьбы с инфекциями, ассоциированными с бактериальными пленками.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

К.Я. Шугаева - к.м.н., ассистент , А.А. Далгатова - к.м.н., ассистент

Кафедры фармакологии и патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. М.З. Саидов

Актуальность. В комплексной цепи функционального взаимодействия органов и систем при травме немаловажная роль принадлежит печени. Бесспорно, значение печени в развитии шока исходит из ее участия в регуляции энергетического и пластического метаболизма, водно-солевого обмена и кислотно-щелочного равновесия, обезвреживания токсических продуктов, образований биологически активных веществ. Имеющиеся в литературе сведения о состоянии обмена в печени при травме касаются в основном исследования содержания различных компонентов углеводного и белкового обмена. В частности, при травматическом шоке резко снижаются гликогенные запасы печени, нарушается ресинтез глюкозы из молочной кислоты и гликогена из глюкозы. [1,2].

Цель исследования: изучение морфологических изменений печени при краш-синдроме.

Материалы и методы исследования: почки 60 белых беспородных крыс массой 180-200 группы

20 крыс - интактная группа;

40 крыс – экспериментальная группа, подвергнутых сдавлению мягких тканей нижних конечностей.

Срок наблюдения за животными до 20 суток.

В экспериментальной группе использовались морфологические и морфометрические методы исследования. Цифровые материалы подвергали статистической обработке.

Результаты и их обсуждение. При исследовании печени в экспериментальной группе наблюдается появление очагов повреждения, характеризующихся жировой дистрофией гепатоцитов, усилением полиморфизма их ядер. Очаги повреждения локализуются в периферических и частично средних отделах печеночной дольки. В первые сутки после снятия сдавления наблюдалось увеличение содержания клеточных форм, отражающих процессы повреждения и гибели гепатоцитов – с пикнозом и лизисом ядер. Одновременно возрастало количество клеток с амитотическими перешнуровками ядер, а также двуядерных гепатоцитов. К 5 суткам содержание этих клеток у животных в экспериментальной группе снижалось. На 10 сутки отмечалось увеличение количества гепатоцитов с круглыми, очевидно, полипноидными

ядрами. В зонах печеночной дольки, подвергшихся наибольшему повреждению, наряду с ростом числа гепатоцитов с пикнозом и лизисом ядер, в наибольшей степени возрастало и количество клеточных форм, характеризующих восстановительную реакцию. (амитотические перешнуровки ядер, двуядерные гепатоциты). При количественном сопоставлении динамики этих процессов выявлено, что в системе регрессивных и прогрессивных клеточных форм поддерживалось соотношение, обеспечивающее сохранение гомеостаза внутри популяций гепатоцитов на уровне отдельных зон печеночной дольки и, тем самым, всего органа в целом.

Вывод. Подводя итог полученных данных можно отметить, что ведущая роль в регенерации патологически измененного органа принадлежит не клеточному размножению, а внутриклеточным репаративным процессам (увеличение содержания клеток с амитотическими перешнуровками ядер, двуядерных клеток и гепатоцитов с крупными ядрами, гипертрофия клеток).

Список литературы

1. Барканов В.Б. Клинико-морфологические и судебно- медицинские аспекты миоренального синдрома: Учебное пособие. / В.Б. Барканов, В.В, Ермилов, А.В. Смирнов. Волгоград: Изд-во ВолгМу, 2013. – 84с.

2. Самохвалов И.М. Синдром длительного сдавления / И. М. Самохвалов, Е.К. Гуманенко// Военно-полевая хирургия.- СПб.: Фолиант, 2004.-С. 177-187.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ

К.Я. Шугаева - к.м.н., ассистент , А.А. Далгатова - к.м.н., ассистент

Кафедры фармакологии и патологической физиологии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

Научный руководитель - д.м.н., проф. М.З. Саидов

Актуальность: Многие патологические состояния, такие как шок, коллапс, сдавление тканей, травма с размозжением тканей, реакции на переливание несовместимой крови и др. приводят к развитию острой почечной недостаточности. Несмотря на существование разнообразных причин данной патологии, изменения в почках часто носят однотипный характер. Длительная ишемия определяет сходство краш-синдрома с турникетным шоком и другими состояниями, связанными с возобновлением регионарного кровотока. При краш-синдроме нарушается кровоток по артериям и венам, где обнаруживают тромбоз, нарушение сократительной способности сосудов. В результате глубокой ишемии мышц наступает распад АТФ, нарушается углеводный и жировой обмены, освобождаются миоглобин, калий, фосфор, кислые продукты метаболизма (молочная кислота и др.). К веществам, определяющим

состояние травматического токсикоза, относят продукты белкового распада, гистамин, креатинин, производные АТФ – аденозин, адениловую кислоту. Ведущая роль в механизмах патологических расстройств при краш-синдроме принадлежит миоглобинемии [1,2].

Цель исследования: изучение морфологических изменений почек при краш-синдроме.

Материалы и методы исследования: почки 60 белых беспородных крыс массой 180-200 группы

20 крыс - интактная группа;

40 крыс – экспериментальная группа, подвергнутых сдавлению мягких тканей нижних конечностей.

Срок наблюдения за животными около 3-х суток.

С помощью морфологических методов исследования в экспериментальной группе изучали динамику клеточного состава, площади ядер эпителиоцитов проксимальных и дистальных отделов нефрона и собирательных трубочек. Цифровые материалы подвергали статистической обработке.

Результаты и их обсуждение: В экспериментальной группе наблюдается выраженное расстройство кровообращения в виде гиперемий, стазов и кровоизлияний главным образом в области прямых сосудов мозгового вещества и дуговых юкстамедуллярной зоны коркового. В последнем отмечен спазм артерий. Величина очагов поражений варьирует от микроскопических до крупных. Нарушения кровотока в области коркового вещества проявлялись также гиперемией, стазами и мелкими кровоизлияниями в капиллярах почечных телец. Изменения гемодинамики часто сопровождаются отеком соединительной ткани и выпотом плазмы из сосудов. Как следствие расстройств циркуляции отмечали признаки изменения гломерулярной проницаемости. Последние проявляются появлением в капсулах почечных телец форменных элементов крови, которые можно видеть и в просветах нефронов и собирательных трубочек. Также отмечалось расширение просветов капсул почечных телец и канальцев. При этом стенка последних резко растянута, истончена, клетки и их ядра сплющены. Наблюдались дистрофические и некробиотические изменения почечных телец, нефронов, собирательных трубочек и соединительной ткани. Отмечено появление эозинофильных эпителиоцитов, которые очевидно, являются начальной формой деградации клеток нефронов.

Более грубые поражения почек проявляются разрывом мембран канальцев, образованием очагов некроза и лизиса эпителия нефронов, соединительной ткани и сосудов. Однако, нередко можно наблюдать в зонах некроза и лизиса сохранившиеся эпителиальные клетки и неповреждённые базальные мембраны канальцев. Такая устойчивость последних играет немаловажную роль в последующем восстановлении эпителиальной выстилки нефрона.

Выводы: Расчеты, проведенные в экспериментальной группе повергнутых сдавлению

мягких тканей нижних конечностей, показали, что между клеточными формами, отражающими повреждение и гибель эпителия и клетками, характеризующими восстановление в проксимальном отделе и в дистальном отделе нефрона имеется сильная степень прямой корреляционной связи ($P < 0,01$). В собирательных трубочках корреляционная связь между этими признаками – прямая умеренная ($P < 0,1$). Это свидетельствует о наличии прямой зависимости между повреждением эпителия разных отделов нефронов и собирательных трубочек и выраженностью ответной восстановительной реакции.

Список литературы

3. Барканов В.Б. Клинико-морфологические и судебно- медицинские аспекты миоренального синдрома: Учебное пособие. / В.Б. Барканов, В.В, Ермилов, А.В. Смирнов. Волгоград: Изд-во ВолгМу, 2013. – 84с.

4. Петросян Н.Р. Морфологическая характеристика реактивных изменений в почках, печени, селезенке в ранней стадии СДС в эксперименте: автореф. дисс… канд. мед. наук/ Н.Р. Петросян. – Ереван,- 1997. - 21 с.

ДЕЙСТВИЕ КИСЛОРОДА И АЗЕОТРОПНОЙ СМЕСИ НА ГЕМОЦИРКУЛЯЦИЮ И НАСЫЩЕНИЕ КИСЛОРОДОМ КРОВИ КИШЕЧНИКА

А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, А.С. Абасова

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ФГБОУ ВО ДГТУ Минобрнауки России, Махачкала, Россия

Введение. В настоящее время прогрессирующее развитие получили эндовидеохирургические технологии для выполнения оперативных вмешательств. При выполнении этих операций хирургу необходимо ввести в брюшную полость газ. В работе рассматривается действие кислорода и азеотропной смеси на гемоциркуляцию и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови кишечника.

Актуальность настоящей работы определяется изучением действия этих газов на гемоциркуляцию и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови кишечника после введения этих газов в брюшную полость.

Целью исследования является изучение гемоциркуляции и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови кишечника после введения кислорода и азеотропной смеси в брюшную полость.

Методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены на 20 кроликах породы «Белый великан» с весом 5-6 кг.

Методика экспериментов заключалась в следующем. С целью премедикации кроликам вводили внутримышечно 2 мг раствора димедрола и 0,5 мг на кг кеторола. Индукцию в наркоз

проводили масочным наркозом закиси азота с кислородом в соотношении 2:1. Основной наркоз поддерживали кетамином в дозировке 3 мг на кг веса животногою Обезболивание достигнуто введением внутримышечно 0,5-1 мг на кг веса кеторола. Производили лапаротомию. После лапаротомии выбирали кишечную петлю в начальном и терминальном отделах тонкой кишки и исследовали кровяное давление по М.З. Сигалу (1974) и насыщение кислородом артериальной крови в стенке кишки предложенным нами аппаратом. Аппарат состоит из двух камер. В первой камере расположены светодиодные лампочки мощностью 14,4 Ватт, а во второй камере расположен излучатель для определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови. Первая камера закрыта сверху резиновой мембраной. Между окуляром и этой камерой располагают полый орган и исследуют кровяное давление в интрамуральных сосудах. После определения нормальных показателей кишечника в брюшную полость устанавливали дренаж для введения газов. Брюшную полость наглухо зашивали и через дренаж вводили углекислый газ или закись азота на 20-30 минут. Снова выполняли лапаротомию, распуская швы передней брюшной стенки. Повторно исследовали кровяное давление в интрамуральных сосудах кишки.

Системное давление определяли на бедренной артерии по Н.С.Короткову.

Полученные показатели подвергались статистической обработке с помощью компьютерных программ статистической обработки баз данных STATSGRAF и STAT4, а также SPSS версия 7.5.

Результаты и их обсуждение. На 10 кроликах после лапаротомии в начальном отделе тонкой кишки обнаружены до введения газов в норме 75,4±1,2/56,2±0,8 мм рт.ст. и насыщение кислородом 89±1% при системном давлении 118,6±1,8/72±1,2 мм рт.ст.

В терминальном отделе тонкой кишки в норме установлены показатели равные 55,6±0,8/40,2±0,6 мм рт.ст. и 88±1% насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови при том же системном давлении.

В начальном отделе тонкой кишки после введения в брюшную полость кислорода под давлением 5-10 мм рт.ст. через 30 минут было равно 35,4±0,8/30,5±0,4 мм рт.ст. при системном давлении 115,6±1,4/60,2±0,6 мм рт.ст., а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови было равно 95±1%.

В терминальном отделе тонкой кишки обнаружены показатели кровяного давления в интрамуральных сосудах равные 30,4±0,6/28,8±0,4 мм рт.ст. при том же системном давлении, а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке кишки обнаружено 90±1%.

Во второй серии опытов на 10 кроликах исходные показатели были следующие.

В начальном отделе тонкой кишки кровяное давление в в интрамуральных сосудах составило 71±1,6/60,2±1,4 мм рт.ст., а в терминальном отделе –58±1,2/45,4±0,5 мм рт.ст. при системном давлении 120±1,8/70,5±0,8 мм рт.ст. Насыщение кислородом гемоглобина

артериальной крови в стенке кишки начального отдела было равно 89±1%, а в стенке кишки терминального отдела – 87±1%.

После введения азеотропной смеси (кислород + закись азота в соотношении 1:1) в брюшную полость под давлением 5-10 мм рт.ст. через 30 минут в начальном отделе тонкой кишки кровяное давление в интрамуральных сосудах составило 85±1,2/60,5±0,5 мм рт.ст. при системном давлении 120,2±1,8/70,2±0,5 мм рт.ст., а в интрамуральных сосудах терминального отдела тонкой кишки кровяное давление установлено 75±0,8/58,2±0,6 мм рт.ст. при том же системном давлении. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в тонкой кишке начального отдела было равно 92±1%, а в терминальном отделе 90±1%.

Аналогичные результаты получены при исследовании стенки толстой кишки.

Выводы. После введения в брюшную полость кислорода кровяное давление снижается, а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в интрамуральных сосудах тонкой кишки статистически значимо ($P<0,001$) повышается.

Введение в брюшную полость азеотропной смеси статистически значимо ($P<0,0001$) повышает кровяное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в интрамуральных сосудах тонкой кишки.

Литература

1. Сигал М.З. Трансиллюминация при операциях на полых органах. – М., 1974. – 183 с.

2. Нестеров М.И., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Абдурахманова З.М., Магомедов А.М. Аппарат для исследования сосудов полых органов во время хирургической операции // Патент RU 2581266 от 20.04.2016.

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, А.С. Абасова

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

ФГБОУ ВО ДГТУ Минобрнауки России, Махачкала, Россия

Введение. В последние годы прогрессирующее развитие получили эндовидеохирургические технологии для выполнения оперативных вмешательств. При выполнении этих операций хирург вводит в брюшную полость углекислый газ. Действие углекислого газа или закиси азота на гемоциркуляцию и насыщение кислородом артериальной крови кишечника мало изучено, а также диагностика спаек с помощью ультразвука в брюшной полости.

Актуальность настоящей работы определяется изучением действия этих газов на

гемоциркуляцию и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови кишечника после введения этих газов в брюшную полость, а также ультразвуковая диагностика спаек в брюшной полости после хирургической операции на фоне этих газов.

Целью исследования является ультразвуковая диагностика спаек в брюшной полости после хирургических операций на фоне углекислого газа и закиси водорода.

Методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены на 20 кроликах породы «Белый великан» с весом 5-6 кг.

Методика экспериментов заключалась в следующем. С целью премедикации кроликам вводили внутримышечно 2 мг раствора димедрола и 0,5 мг на кг кеторола. Индукцию в наркоз проводили масочным наркозом закиси азота с кислородом в соотношении 2:1. Основной наркоз поддерживали кетамином в дозировке 3 мг на кг веса животного Обезболивание достигнуто введением внутримышечно 0,5-1 мг на кг веса кеторола. Производили лапаротомию. После лапаротомии выбирали кишечную петлю в начальном и терминальном отделах тонкой кишки и исследовали кровяное давление по М.З. Сигалу (1974) и насыщение кислородом артериальной крови в стенке кишки предложенным нами аппаратом. Аппарат состоит из двух камер. В первой камере расположены светодиодные лампочки мощностью 14,4 Ватт, а во второй камере расположен излучатель для определения насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови. Первая камера закрыта сверху резиновой мембраной. Между окуляром и этой камерой располагают полый орган и исследуют кровяное давление в интрамуральных сосудах. После определения нормальных показателей кишечника в брюшную полость устанавливали дренаж для введения газов. Брюшную полость наглухо зашивали и через дренаж вводили углекислый газ или закись азота на 20-30 минут. Снова выполняли лапаротомию, распуская швы передней брюшной стенки. Повторно исследовали кровяное давление в интрамуральных сосудах кишки.

Системное давление определяли на бедренной артерии по Н.С.Короткову.

Полученные показатели подвергались статистической обработке с помощью компьютерных программ статистической обработки баз данных STATSGRAF и STAT4, а также SPSS версия 7.5.

Результаты и их обсуждение. На 10 кроликах после лапаротомии в начальном отделе тонкой кишки обнаружены до введения газов в норме 78,4±1,2/56,2±0,8 мм рт.ст. и насыщение кислородом 90±1% при системном давлении 118,6±1,8/72±1,2 мм рт.ст.

В терминальном отделе тонкой кишки в норме установлены показатели равные 58,6±0,8/40,2±0,6 мм рт.ст. и 88±1% насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови при том же системном давлении.

В начальном отделе тонкой кишки после введения в брюшную полость кислорода под давлением 5-10 мм рт.ст. через 30 минут было равно 42,2±0,8/35,5±0,4 мм рт.ст. при системном

давлении 116,6±1,6/70,2±1,2 мм рт.ст., а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови было равно 95±1%.

В терминальном отделе тонкой кишки обнаружены показатели кровяного давления в интрамуральных сосудах равные 38,6±0,8/30,2±0,4 мм рт.ст. при том же системном давлении, а насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке кишки обнаружено 92±1%.

Во второй серии опытов на 10 кроликах исходные показатели были следующие.

В начальном отделе тонкой кишки кровяное давление в в интрамуральных сосудах составило 80±1,6/60,2±1,4 мм рт.ст., а в терминальном отделе – 60,2±1,2/50,4±0,5 мм рт.ст. при системном давлении 120±1,5/70,5±1 мм рт.ст.

Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке кишки начального отдела было равно 89±1%, а в стенке кишки терминального отдела – 87±1%.

После введения закиси азота в брюшную полость под давлением 5-10 мм рт.ст. через 30 минут в начальном отделе тонкой кишки кровяное давление в интрамуральных сосудах составило 90,6±1,4/65,5±0,5 мм рт.ст. при системном давлении 120,2±1,8/74,2±0,5 мм рт.ст., а в интрамуральных сосудах терминального отдела тонкой кишки кровяное давление установлено 80±1/62,2±0,6 мм рт.ст. при том же системном давлении. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в тонкой кишке начального отдела было равно 95±1%, а в терминальном отделе 94±1%.

Затем десерозировали кишку для образования спаек. Утром и вечером ежедневно вводили эти газы в брюшную полость с целью изучения спайкообразования. На третий, седьмой и десятый день производили ультразвуковую диагностику на фоне этих газов на предмет наличия спаек в брюшной полости. На десятый день кроликов забивали путем введения большой дозы анестетика и изучали наличие спаек в брюшной полости.

Аналогичные результаты получены при исследовании стенки толстой кишки.

После введения в брюшную полость углекислого газа кровяное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в интрамуральных сосудах тонкой кишки статистически значимо ($P<0,0001$) снижаются и обнаружены спайки в брюшной полости у 9 кроликов. После введения газа в брюшную полость можно обнаружить с помощью УЗИ наличие спаек.

Введение в брюшную полость закиси азота статистически значимо ($P<0,0001$) повышает кровяное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в интрамуральных сосудах тонкой кишки. После введения закиси азота в брюшную полость спайкообразование не обнаружено.

Выводы. Углекислый газ снижает кровяное давление в стенке кишки, а закись азота повышает кровяное давление в стенке кишки после введения этих газов в брюшную стенку.

После введения углекислого газа в брюшную полость обнаружены спайки на фоне этого

газа между петлями кишок при ультразвуковом исследовании.

Литература

1. Сигал М.З. Трансиллюминация при операциях на полых органах. – М., 1974. – 183 с.

2. Нестеров М.И., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Абдурахманова З.М., Магомедов А.М. Аппарат для исследования сосудов полых органов во время хирургической операции // Патент RU 2581266 от 20.04.2016.

ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ВОДОРАСТВОРИМЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ФУЛЛЕРЕНА С[60] В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТАВА И СТРУКТУРЫ СОЕДИНЕНИЙ

Е.А. Савинова[1,2] – студентка 3.5.11 «б» группы Медико-биологического факультета

В.А. Сергеева[2] – аспирант (3 год обучения), А.А. Кальянов[2] – аспирант (2 год обучения),

Е.М. Малиновская[2] – докторанты (04.02.1983)

[1] ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

[2]ФГБНУ «Медико-генетический научный центр» Москва, Россия.

Научный руководитель – д.б.н., проф. С.В. Костюк[2]

Актуальность. Применение нанотехнологий привело к формированию нового междисциплинарного направления медицинской науки – наномедицины. С каждым годом появляется все большее число новых наносоединений, которые могут проявлять активность в отношении клеток человека. В настоящее время активно синтезируются производные фуллеренов – молекулярных соединений, принадлежащих к классу аллотропных форм углерода и представляющих собой выпуклые замкнутые многогранники, составленные из чётного числа атомов углерода. В последнее время фуллерены и их производные активно изучаются в связи с их перспективностью для создания новых лекарственных препаратов. Однако, проблему применения этих новых соединений представляют возможные риски при использовании синтетических наноматериалов, связанные с их воздействием на здоровье человека.

Цель. Исследовать цитотоксичность двух структурных изомеров производных фуллерена [C60] в отношении эмбриональных фибробластов легких человека (ФЛЭЧ).

Материал и методы исследования. Исследовали влияние производного фуллерена [C60], Ф1 (формула исследованного соединения C60[CH(COOK)2]6, молекулярная масса 1618 г/моль) и его структурного изомера Ф2 на ФЛЭЧ.

Для оценки цитотоксичности исследуемого соединения был проведен стандартный МТТ-тест. Клетки инкубировали с исследуемыми производными фуллеренов в течение 3 дней, затем добавляли МТТ и инкубировали 1 час при температуре 37℃ в 5% CO_2, затем сливали, добавляли ДМСО и

инкубировали 15 минут при температуре +5°С. Флуоресценцию измеряли на приборе EnSpire Equipment (Финляндия), длина волны возбуждения составляла λex = 488 нм, длина волны испускания λem = 528 нм.

Исследование количества одно - и двунитевых разрывов ДНК в ФЛЭЧ проводили с использованием метода комет. Определяли показатель - момент хвоста ДНК-кометы, являющийся произведением процента ДНК в хвосте кометы и длины хвоста кометы. Клетки трипсинизировали, помещали в 1%-ный раствор легкоплавкой агарозы и наносили стекла с 1,5%-ной агарозой («Sigma», США). Полученный препарат обрабатывали в лизирующем буфере при температуре 25°С в течение 2 часов. После этого промывали дистиллированной водой, переносили в электрофорезную камеру, наполненную щелочным буфером, на 20 мин при температуре 15°С и силе тока 300 мА. Препараты фиксировали 70%-ным раствором этанола, окрашивали 10%-ным раствором этидий бромида («ПанЭко», Россия). Кометы детектировали с помощью флуоресцентной микроскопии (увеличение×40) и программного обеспечения CASPlab.

Метод γ-фокусов выявления двунитевых разрывов ДНК основан на том, что у консервативного белка-гистона, участвующего в упаковке хроматина ДНК (H2AX) фосфорилируется остаток серина 139 на участке разрыва ДНК. Связанные с мечеными антителами фосфорилированные гистоны γH2AX визуализируются в клеточном ядре; их накопление в больших количествах указывает на начало развития апоптоза в клеточной популяции. Клетки фиксировали 2% параформальдегидом («ХимМед», Россия) в течение 15 мин при температуре 25°С, затем обрабатывали 0,2% раствором Тритона X-100 («Merck», Германия) и отмывали ФСБ. После этого блокировали в 3% растворе БСА и инкубировали с первичными антителами в течение 1 часа при температуре 24°С, отмывали и инкубировали со вторичными антителами 45 мин при температуре 24°С, после чего окрашивали DAPI. Флуоресценцию детектировали методом флуоресцентной микроскопии (Axio Vert, «Carl Zeiss Microscopy», Германия), а также проточной цитометрии (Partec CyFlow® ML, Германия).

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием и с помощью U-критерия Манна-Уитни. Различия являются достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При исследовании двух производных фуллерена - Ф1 и его структурного изомера Ф2 на ФЛЭЧ с применением МТТ-теста, выявили, что не цитотоксичной для клеток являются концентрация соединения Ф1 ниже 130 нг/мл (рисунок 1, А). Ф2 в большей степени подавляет метаболическую активность эмбриональных фибробластов – отсутствие ингибирующего эффекта соединения Ф2 отмечалось для концентраций менее 2,2 нг/мл (рисунок 1, Б).

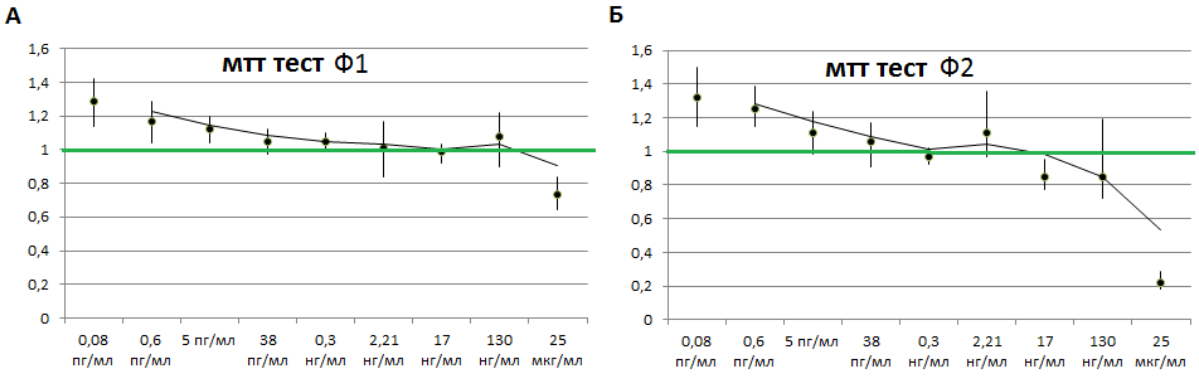


Рисунок 1. А - МТТ-тест для соединения Ф1, Б – МТТ-тест для соединения Ф2: по оси X- концентрации фуллерена, по оси Y – оптическая плотность при 570 нм.

Повреждающее действие соединений Ф1 и Ф2 на клетки может реализовываться в виде повреждения ДНК клеток. Через час после добавления соединения Ф2 в концентрации 4 мкг/мл к среде культивирования ФЛЭЧ количество двунитевых разрывов в клетках, определяемых методом комет, возрастает в 1,8 раз по сравнению с контролем ($p<0,01$). Добавление фуллерена Ф1 в концентрации 4 мкг/мл к клеткам статистически значимо не влияет на количество разрывов в эмбриональных фибробластах. Через 24 часа количество разрывов ДНК при действии фуллерена соединений Ф1 и Ф2 в концентрации 4 мкг/мл не отличается от контрольных значений.

На рисунке 2, приводится фотография фиксированных ФЛЭЧ, окрашенных конъюгатом антител к γH2AX с FITC. Анализ показал увеличение числа клеток, содержащих метки через 30 минут после добавления соединений Ф1 и Ф2 в концентрации 4 мкг/мл к среде культивирования ФЛЭЧ в 2 ($p<0,01$) и 3,5 раза ($p<0,01$), соответственно. Через 24 часа число меток в клетках после внесения соединений Ф1 и Ф2 в концентрации 4 мкг/мл снижалось до контрольных значений. Методом проточной цитофлуориметрии (при сравнении медиан распределений) были подтверждены данные, полученные с помощью анализа γ-фокусов.

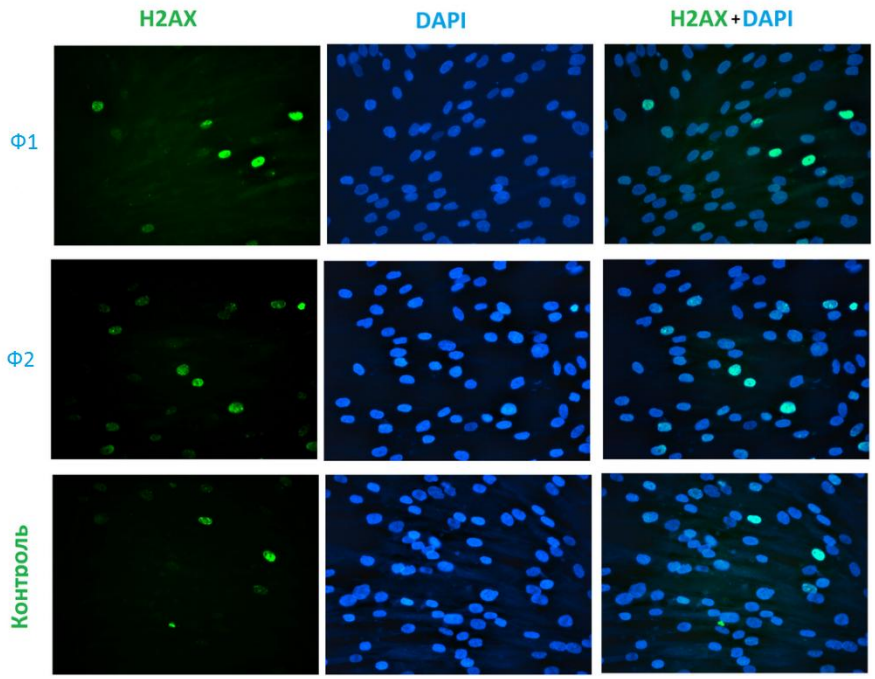


Рисунок 2. Производные фуллерена Ф1 и Ф2 в концентрации 4 мкг/мл через 30 мин. изменяют уровень фосфорилированной формы гистона в ФЛЭЧ. Флуоресцентная микроскопия, х40, слева направо: клетки обрабатывали антителами к γH2AX, окраска ядер DAPI, совмещенная фотография.

Выводы. В результате проведенного исследования было обнаружено, что структурные изомеры водорастворимых производных фуллерена [C60] Ф1 и Ф2 в клетках (ФЛЭЧ) обнаруживают разную цитотоксичность, не цитотоксичной для клеток являются концентрация соединения Ф1 ниже 130 нг/мл и Ф2 - менее 2,2 нг/мл. Соединения Ф1и Ф2 в концентрации 4 мкг/мл вызывают повышение количества двунитевых разрывов ДНК в ФЛЭЧ в период «раннего» ответа (в течение 1 часа, при этом Ф2 обладает более сильным генотоксическим эффектом, чем Ф1).

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ У КРЫС

Е. Н. Чепелева – ассистент

Кафедра патологической физиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф., чл.-кор. НАН Беларуси Ф.И. Висмонт

Актуальность. Известно, что бактериальная эндотоксинемия сопровождается гиперпродукцией провоспалительных медиаторов и цитокинов и приводит к изменению метаболизма основных энергетических и пластических субстратов, которое характеризуется значительным преобладанием распада веществ над их утилизацией (синдром гиперметаболизма). Среди многочисленных сдвигов в обменных процессах при септических и

лихорадочных состояниях, сопровождающихся эндотоксинемией, особую роль играют изменения метаболизма липидов тканей и крови. Холестерин (ХС) и другие липиды являются не только основным структурно-функциональным компонентом биологических мембран и субстратом для стероидогенеза, но и служат источником свободных радикалов, а также участвуют в регуляции сосудистого тонуса, реакциях гемостаза, процессах внутриклеточной передачи сигнала, развитии воспаления и лихорадочной реакции, что во многом определяет течение и исход многих патологических состояний, в частности, бактериальной эндотоксинемии.

Одной из важнейших функцией липопротеинов (ЛП) плазмы крови при инфекционных и септических состояниях является их участие в процессах детоксикации организма. Показано, что различные классы липопротеинов крови (как ЛПВП, так и ЛПНП) связывают бактериальные эндотоксины, поступающие в кровоток при различных инфекциях, и тем самым снижают их патогенное действие в организме. Кроме того, ХС ЛП как важнейший субстрат для стероидогенеза в надпочечниках, играет важную роль в формировании адекватной ответной реакции организма на инфекцию и действие других повреждающих факторов.

Проблеме исследования нарушений обмена ХС ЛП плазмы крови при различных инфекционных заболеваниях, лихорадке, действии бактериальных эндотоксинов посвящено большое количество работ отечественных и зарубежных авторов. Показано, что большинство патологических состояний, сопровождающихся бактериальной эндотоксинемией или бактериемией, вызывают заметную перестройку всех видов обмена, в том числе и липидного.

Цель исследования. Выяснение особенностей изменения метаболизма ХС ЛП плазмы крови и функционального состояния печени при бактериальной эндотоксинемии у крыс.

Материалы и методы исследования. Опыты выполнены на 40 взрослых белых крысах обоего пола массой 210±30 г. Животные до начала исследования в течение 2-3 недель адаптировались к условиям вивария УО БГМУ.

Опыты проводились после 10-12 часового ночного голодания, поскольку голодание является важным фактором стандартизации условий исследования и обеспечивает нивелирование индивидуальных особенностей обмена веществ, связанных с всасыванием жиров и углеводов в кишечнике и способствует выявлению сдвигов в энергетическом и пластическом обмене в условиях исчерпания резервов питательных веществ.

Эндотоксинемия моделировалась путем однократного внутрибрюшинного введения бактериального липополисахарида (ЛПС) – эндотоксина E.Coli (серия O111:B4, «Sigma», США) в дозе 2,5 мг/кг. Через 24 ч. после введения ЛПС животным выполнялась декапитация, проводился забор крови и извлекалась печень. Выполнялось определение ее органно-весового коэффициента (масса органа / масса тела) и массы. В сыворотке крови проводилось определение общего холестерина (ОХ), ХС ЛПВП и ХС суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП с

использованием реакции Либермана–Бурхарда. Расчет содержания ХС суммарной фракции ЛПНП+ЛПОНП осуществлялся по формуле ХС ЛПНП+ЛПОНП=ОХ сыворотки крови–ХС ЛПВП. Определение коэффициента атерогенности (Ка) проводилось по формуле Ка=ХС ЛПНП+ЛПОНП/ХС ЛПВП.

Тяжесть поражения печени оценивалась по активности в сыворотке крови АлАТ, АсАТ, отношению АлАТ к АсАТ и показателю тимоловой пробы.

Обработка статистических результатов проводилась методами параметрической статистики. Достоверность различий между двумя группами показателей оценивали с помощью критерия Стьюдента для независимых выборок. Данные представлены в виде среднего арифметического и ошибки среднего арифметического (X±Sx). Оценка связей между показателями проводилась с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Результаты считались статистически значимыми при значениях $p<0,05$.

Результаты исследования. Введение ЛПС приводило к увеличению массы печени на 22,0%: с 7,83±0,39 г до 9,55±0,32 г ($p<0,001$). При этом органно-весовой коэффициент также возрастал на 24,0%: с 0,025±0,001 у крыс в контроле до 0,031±0,001 у опытных крыс ($p<0,001$). Содержание общего ХС в печени в условиях действия бактериального ЛПС не изменялось и составляло 0,323±0,007 мг/100 мг ткани у контрольных крыс и 0,320±0,007 мг/100 мг ткани у опытных животных.

Выявлено, что введение крысам ЛПС приводило к увеличению активности АлАТ в сыворотке крови на 41,2%: с 0,51±0,05 до 0,72±0,04 мккат/л ($p<0,01$) и соотношения активностей АлАТ/АсАТ на 45,5%: с 0,77±0,07 в контроле до 1,12±0,06 у опытных крыс ($p<0,002$). Активность АсАТ через 20 часов после введения ЛПС достоверно не изменялась: 0,65±0,01 мккат/л у контрольных крыс и 0,64±0,02 мккат/л у опытных крыс. Опыты показали, что у крыс, получивших инъекцию ЛПС, показатель тимоловой пробы увеличивался на 101,0% по сравнению с контролем: с 1,97±0,31 до 3,96±0,35 ед. ($p<0,001$).

Установлено, что происходят существенные изменения содержания ХС в различных классах ЛП сыворотки крови крыс. Так, через 20 часов после инъекции ЛПС уровень ХС ЛПВП в крови у крыс снижался на 19,7%: с 1,37±0,05 в контроле до 1,10±0,08 ммоль/л у опытных животных ($p<0,02$). Содержание ХС в суммарной фракции ЛПОНП+ЛПНП возрастало на 52,4%: с 0,63±0,05 до 0,96±0,05 ммоль/л ($p<0,001$). Ка увеличивался у опытных крыс на 97,9%: с 0,47±0,05 до 0,93±0,8 ($p<0,001$). Увеличение Ка было обусловлено увеличением содержания ХС ЛПНП+ЛПОНП ($r=0,93±0,08$, $p<0,01$), чем уменьшением уровня ХС ЛПВП ($r=-0,73±0,16$, $p<0,01$). Увеличение Ка свидетельствует о развитии сдвигов спектра ЛП крови атерогенного характера в условиях действия в организме бактериального ЛПС.

Выводы. Бактериальная эндотоксинемия у крыс, вызванная введением бактериального ЛПС, сопровождается повышением температуры тела, повреждением печени (увеличением

массы печени; повышением активности АлАТ, соотношения активностей АлАТ/АсАТ в сыворотке крови и показателя тимоловой пробы), снижением содержания ХС ЛПВП, повышением уровней суммарной фракции ХС ЛПОНП+ЛПНП в сыворотке крови и коэффициента атерогенности.

ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКАЯ И АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

С Н. Чепелев – ассистент

Кафедра патологической физиологии

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – д.м.н., проф., чл.-кор. НАН Беларуси Ф.И. Висмонт

Актуальность. В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности в большинстве развитых стран мира, и в Республике Беларусь в частности. Принимая во внимание большую частоту инвалидизации и сложность реабилитации пациентов с инфарктом миокарда, ИБС представляет собой не только значительную медицинскую, но и важную государственную проблему. В связи с этим поиски новых эффективных методов предотвращения или ослабления ишемического и аритмического повреждения сердца и механизмов их реализации остаются существенной задачей современной клинической и экспериментальной медицины и важным направлением исследований в области физиологии.

Объектом повышенного внимания ведущих мировых ученых в области клинической и экспериментальной кардиологии являются кардиопротекторные (противоишемические и антиаритмическийе) эффекты дистантного ишемического посткондиционирования (ДИПостК), которые воспроизводятся путем ишемии конечностей, осуществляемой после острой ишемии миокарда (ОИМ). В клинике необходимость защиты сердца от повреждения, вызванное ишемичеей и реперфузией, чаще всего необходима пациентам с различными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), к которым относится и гиперлипидемия (ГЛЕ). В то же время в современной литературе отсутствуют сведения, касающиеся изучению противоишемической и антиаритмической эффективности ДИПостК при ишемии и реперфузии миокарда у крыс в условиях наличия такого сопутствующего фактора риска ССЗ как ГЛЕ.

Цель исследования. Выяснение противоишемической и антиаритмической эффективности ДИПостК при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной

ГЛЕ.

Материалы и методы исследования. Исследование эффективности ДИПостК проведено на 37 наркотизированных белых крысах-самцах массой 200-250 г, возрастом 3-4 мес. Животные содержались в стандартных условиях вивария УО «БГМУ». Для исследования все животные были разделены на 4 группы: $Контроль_{Ф.Р.}$ (n=7), $Контроль_{ГЛЕ}$ (n=11), $ДИПостК_{Ф.Р.}$ (n=7), $ДИПостК_{ГЛЕ}$ (n=12). Экспериментальную ГЛЕ вызывали интрагастральным введением с помощью зонда 10% р-ра холестерола («Sigma», США) на оливковом масле, в дозе 10 мл/кг 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, крысам без ГЛЕ вводился 0,9% р-р NaCl (Ф.Р.). Для подтверждения ГЛЕ у животных с помощью автоматического анализатора Random Access A-25 (BioSystems, Испания) определялось содержание триглицеридов (ТГ) и общего холестерола (ОХ) в сыворотке крови. Моделирование экспериментальных протоколов выполнялось через 24 ч после последнего введения холестерола на оливковом масле (крысам с ГЛЕ) либо физиологического раствора (крысам без ГЛЕ).

Для наркотизации крыс применялся внутрибрюшинно тиопентал натрия в дозе 50 мг/кг с последующей в/в инфузией поддерживающей дозы 10 мг/кг/ч. При помощи аппарата ИВЛ животные переводились на искусственное дыхание атмосферным воздухом (частота дыхания составляла 56-60/мин). Острая коронарная недостаточность у крыс моделировалась по методике, описанной C.Clark et al. (1980). Грудную клетку наркотизированным животным вскрывали в IV межреберном промежутке слева. После 15-мин. стабилизации гемодинамики выполняли 30-мин. окклюзию левой коронарной артерии (ЛКА) путем ее механического пережатия фишкой. Реперфузия (120 мин) миокарда достигалась удалением фишки. Животные, которым воспроизводилось ДИПостК, дополнительно проводили 15-мин. окклюзию обеих бедренных артерий через 10 мин после 30-мин. ОИМ. В ходе экспериментов регистрировалось ЭКГ во II стандартном отведении, полученные данные обрабатывались программой Spike 4.

Зона риска определялась с помощью введения в левую общую яремную вену 0,5 мл 5% р-ра синьки Эванса в конце периода реперфузии при непродолжительной повторной окклюзии ЛКА. Синий Эванса окрашивает только перфузируемый миокард, а неперфузируемый остается неокрашенным. Затем сердце извлекали и отделяли от него левый желудочек, который замораживали при -20°С в течение 30 мин и разрезали на 6 поперечных срезов размером приблизительно по 1,5 мм. Срезы взвешивали, затем их сканировали с обеих сторон. После этого для идентификации зоны некроза срезы помещали в 1% р-р трифенилтетразолия хлорида на 20 мин при 37°С, затем инкубировали 24 ч в 10% р-ре формалина и сканировали повторно для определения отношения площади зоны некроза ко всей зоне риска. Интактный миокард окрашивался в красный цвет, а зона некроза была белесой. Размеры зоны риска и зоны некроза определяли в программе Adobe Photoshop 13.0.1. Полученные результаты заносились в таблицу Microsoft Excel 2013 и обрабатывались в программе Statistica 10. Статистическая значимость

различий, полученных данных, оценивалась при помощи теста множественных сравнений Данна и дисперсионного анализа ANOVA. Данные представлены в виде M±m. Значения $p<0,05$ рассматривались как достоверные. Для оценки антиаритмического эффекта ДИПК подсчитывалась общая длительность аритмий – фибрилляции желудочков, пароксизмальные желудочковые тахикардии, парные желудочковые экстрасистолии, желудочковый бигеминии – при ишемии-реперфузии миокарда. По полученным данным рассчитывалась медиана и интерквартильный размах (25-й; 75-й процентили). При сравнении групп использовали критерий Крускала-Уоллиса и тест множественных сравнений Данна.

Результаты исследования. Выживаемость крыс с ГЛЕ после острой коронарной окклюзии составила 56,0% (11 из 25 крыс погибли во время острой ишемии миокарда). Так, в группе $Контроль_{ГЛЕ}$ показатель выживаемости составил 63,64%, а в группе $ДИПостК_{ГЛЕ}$ – 50,0%. У крыс без ГЛЕ выживаемость составила 100%. Таким образом, в каждой экспериментальной группе крыс для последующего анализа данных было отобрано по 7 животных: $Контроль_{Ф.Р.}$ (n=7), $Контроль_{ГЛЕ}$ (n=7), $ДИПостК_{Ф.Р.}$ (n=7), $ДИПостК_{ГЛЕ}$ (n=7).

У крыс с ГЛЕ содержание ТГ в сыворотке крови составило 1,54±0,12 ммоль/л ($p<0,01$), ОХ – 5,86±0,38 ммоль/л ($p<0,01$). У крыс без ГЛЕ содержание ТГ составило 0,26±0,04 ммоль/л, ОХ – 2,78±0,07 ммоль/л. Таким образом, у крыс с ГЛЕ имело место статистически значимое повышение содержания в сыворотке крови ТГ в 5,9 раз и ОХ в 2,1 раза по сравнению с их содержанием у крыс без ГЛЕ ($p<0,01$).

Продолжительности аритмий при ишемии-реперфузии миокарда у крыс были следующими: в группе $Контроль_{ГЛЕ}$ – 316 (137; 563) с, $ДИПостК_{ГЛЕ}$ – 97 (78; 166) с ($p<0,05$), Контроль – 198 (14; 239) с, ДИПостК – 153 (109; 166) с. Несмотря на то, что ДИПостК не оказывает влияние на нарушения сердечного ритма при ОИМ, в группе $ДИПостК_{ГЛЕ}$ наблюдалось статистически значимое снижение продолжительности аритмий по сравнению с группой $Контроль_{ГЛЕ}$ ($p<0,05$).

Размеры зоны некроза миокарда левого желудочка были следующими: в группе $Контроль_{ГЛЕ}$ – 38±4%, $ДИПостК_{ГЛЕ}$ – 43±6%, $Контроль_{Ф.Р.}$ – 46±4%, $ДИПК_{Ф.Р.}$ – 25±2% ($p<0,01$). Данные исследования свидетельствуют об отсутствии противоишемического эффекта ДИПостК у крыс с ГЛЕ. У крыс без ГЛЕ, напротив, воспроизводится выраженный противоишемический эффект ДИПостК.

Выводы. ДИПостК не эффективно в плане ограничения размеров зоны некроза в миокарде левого желудочка при ишемии и реперфузии миокарда у крыс с экспериментальной ГЛЕ, но эффективно в плане снижения длительности аритмий.

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРУДОВИКА ОБЫКНОВЕННОГО

А.В. Якименко - студентка 4 курса

Кафедра химии

Витебский государственный университет имени П.М. Машерова, Республика Беларусь

Научный руководитель – д.м.н, проф. Е.О. Данченко

Облучённые в среднелетальной дозе животные могут служить хорошей экспериментальной моделью для определения показателей ферментативной антиоксидантной системы. Однако, в доступной нам литературе практически отсутствуют данные об изменениях биохимических показателей антиоксидантной защиты легочных моллюсков при действии внешнего облучения, что и является актуальностью данного исследования.

Цель настоящего исследования – изучить влияние однократного облучения в дозе 1,0 и 10,0 Гр на состояние антиоксидантной системы прудовика обыкновенного (*Lymnaea stagnalis*).

Материал и методы исследования. В работе использовался прудовик обыкновенный (*L. stagnalis*) в количестве 24 экземпляров. Контрольная группа состояла из 6 моллюсков, которые не подвергались внешнему облучению. Две экспериментальные группы: первая (6 особей) подвергалась однократному облучению в размере 1,0 Гр, вторая (12 особей) подвергалась однократному облучению в 10,0 Группы

В гемолимфе спектрофотометрическим методом определялась активность глутатионредуктазы, глутатионпероксидазы, супероксиддисмутазы. В гепатопанкреасе спектрофотометрическим методом определялись активности глутатионредуктазы, каталазы и супероксиддисмутазы. Метод определения активности глутатионредуктазы основан на способности фермента восстанавливать окисленную форму глутатиона с использованием НАДФН. Метод определения общей активности глутатионпероксидазы основан на измерении количества не прореагировавшего с пероксидом водорода глутатионом, определяемого реакцией с реактивом Эллмана. Активность супероксиддисмутазы оценивали по степени торможения ферментом аутоокисления кверцетина. Метод определения каталазы основан на измерении количества не прореагировавшей с ферментом перекиси водорода, которую определяли реакцией с молибдатом аммония.

Результаты исследования обрабатывались методами непараметрической статистически с использованием программы Statistica 12.5

Результаты исследования. Анализ данных, представленных в таблице 1, показывает, что активность супероксиддисмутазы и глутатионредуктазы в гемолимфе групп с облучением 1,0 и 10,0 Гр статистически значимо не отличалась от значений активности ферментов в контрольной группе. Облучение в дозе 1,0 Гр и 10,0 Гр снижает активность глутатионпероксидазы на 58% и 60% соответственно. Это может свидетельствовать о «выходе» селена из состава фермента для осуществления защиты мембраны клеток от повреждения свободными радикалами, возникающими в результате действия радиации.

Таблица 1. – Активность глутатионредуктазы (мкмоль/мин/г ткани), глутатионпероксидазы (мкмоль/мин/г ткани), супероксиддисмутазы (%) в гемолимфе прудовиков *Lymnaea stagnalis* L. при действии однократного облучения.

	ГП	**ГР**	**СОД**
	Медиана (25%–75%)	Медиана (25%–75%)	Медиана (25%–75%)
Контроль	9,18 (5,64– 13,0)	288 (278– 298)	44,3 (39,6– 45,8)
1,0 Гр	3,87 (2,62– 5,11) P<0,05	298 (267 – 370)	41,7 (40,6– 45,8)
10,0 Гр	3,67 (2,36– 4,52) P<0,05	288 (257– 304)	45,3 (40,1– 52,1)

Облучение в дозе 10,0 Гр вызвало статистически значимое снижение активности глутатионредуктазы на 14% и каталазы на 11% в гепатопанкреасе моллюсков (таблица 2). Снижение активности ГР напрямую влияет на концентрацию восстановленной формы глутатиона, недостаток которой сказывается на увеличении количества перекиси водорода. Одновременная сниженная активность каталазы может быть причиной повреждения перекисью водорода мембран митохондрий.

Таблица 2. – Активность каталазы (мкмоль/мин/г ткани) глутатионредуктазы (мкмоль/мин/г ткани), супероксиддисмутазы (%) в гепатопанкреасе прудовиков *Lymnaea stagnalis* L. при действии однократного облучения.

	Каталаза	**ГР**	**СОД**
	Медиана (25%–75%)	Медиана (25%–75%)	Медиана (25%–75%)
Контроль	6,69 (6,40–6,80)	407 (370 – 420)	64,3 (60,5 – 73,1)
1,0 Гр	5,94 (5,20–6,91)	412 (381 – 494)	51,2 (34,4 – 59,6)
10,0 Гр	5,98 (5,33–6,50)	350 (293 – 379)	57,1 (49,1 – 70,9)

	P<0,05	P<0,05	

Выводы. Изменение активности антиоксидантных ферментов в тканях прудовика обыкновенного зависит от дозы облучения: активность большинства ферментов не изменяется при дозе облучения 1,0 Гр и ингибируются при высокой дозе облучения 10,0 Группы

АДМИНИСТРАТИВНО – ПРАВОВОЙ СТАТУС МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Р.М. Раджабов[1] – к.ю.н., доцент, Ю.С. Дибиров[2] - преподаватель

[1]Кафедра гуманитарных дисциплин

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Махачкала, Россия

[2]Кафедра административного, финансового и таможенного права

ФГБОУ ВО «ДГУ», Махачкала, Россия

Актуальность: Медицина равно как социальная область важна до такой степени, что ее значимость, по-видимому, нельзя переоценить. Это вызывает неизбежность в отдельно скрупулезном подходе в регламентировании работы конкретного медицинского работника и общей сложности Министерства здравоохранения как органа управления в сфере медицины в целом.

Цель: При определении цели анализа административно-правового статуса Министерства здравоохранения Российской Федерации желательно, прежде всего, отталкиваться из фундаментальных основ, а то есть его законной природы и признавать, что административно-правовой статус Минздрава России есть следствие и формирование его конституционно-правового статуса, который в свою очередь является частью правового статуса вообще. Термин «status» в переводе с латинского означает «состояние», «положение». В правовой статус входят правосубъектность; установленные законом права и обязанности; гарантии установленных прав; ответственность субъекта за неисполнение обязанностей.

Материал и методы исследования: Фундаментальной же основой для развития нормативно-правового поля в данной области является Конституция РФ 1993 г., которая закладывает начала оказания медицинской помощи в российском государстве. Таким образом, согласно ч. 1 ст. 41 Конституции РФ:

«1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Эти конституционные положения нашли свое расширение в ст.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[2], в которой определяются правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и

органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Минздрав РФ осуществляет задачи и функции государства и выступает от его имени, наделен государственными властными полномочиями. Полномочия состоят вправе издавать юридические акты от имени государства, обязательные для тех, кому адресованы, использовать меры, обеспечивающие реализацию юридических актов, в том числе меры убеждения, стимулирования и принуждения.

Характеризуя Министерство здравоохранения Российской Федерации, следует заметить, что, являясь частью государственного аппарата, оно имеет структуру, компетенцию, территориальный масштаб деятельности. Оно образовано в соответствии с законодательством, наделено правом выступать по поручению государства. Главной задачей Минздрава как органа исполнительной власти является осуществление управленческих полномочий в отношении иных субъектов административной власти. Они призваны повседневно, организовывать практическую реализацию законов и других актов органов законодательной власти и указов Президента РФ.

Административно-правовое положение Министерства здравоохранения России определяется Конституцией России, федеральными законами и подзаконными нормативно-правовыми актами Президента России и Правительства России.

Как инструмент исполнительной власти Министерство здравоохранения Российской Федерации обладает административной правосубъектностью. Его административно-правовой статус определяется конкретным назначением, местом и ролью в системе управления. Основными чертами его правового положения являются:

– подзаконный характер деятельности;

– наделение правом распорядительства, издавать подзаконные юридические акты, в том числе акты нормативного характера;

– оперативная автономность в пределах компетенции.

Компетенция Минздрава содержит в себя его задачи, функции, обязанности и права, ответственность, формы и методы деятельности, а также структуру. Формы и методы работы определяются согласно к его задачам, функциям, правам и обязанностям. Общими формами и методами его работы являются принятие нормативных (общих и индивидуальных) правовых актов, создание мер по их обеспечению (инструктирование, инспектирование), организация взаимодействия с общественностью и др. Министерство здравоохранения РФ наравне с другими субъектами административного права наделен административной право- и дееспособностью. Она возникает совместно с образованием и определением компетенции, а прекращается в связи с упразднением.

К числу основных нормативно-правовых актов регулирующих работу Минздрава России следует отнести Постановление Правительства РФ от 19 июня 2012 г. N 608 «Об утверждении

Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (в ред. от 25.09.2017 N 1159)[3]. В нем закрепляется правовой статус, компетенция и организация деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Следует отметить также и то, что административно-правовой статус Минздрава России непрерывно трансформируется. Последнее преобразование связано с преобразованием Минздравсоцразвития России и образованием 22.05.2012 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Вывод: Подытоживая вышесказанное, следует отметить, что любая трансформация, будь то увеличение или наоборот сокращение административно-правового статуса Министерства здравоохранения Российской Федерации вызвана объективными причинами и факторами, является проявлением административной реформы и преследует в конечном итоге одну цель – улучшение качества медицинской помощи оказываемой населению страны.

Список использованной литературы

1. Конституция РФ от 12 декабря 1993 г.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ – Сборник №48, с. 6724.
3. Постановление Правительства РФ от 19 июня 2012 г. N 608 (в ред. от 25.09.2017 N 1159) «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохраненияРоссийской Федерации» // Собрание законодательств РФ – Сборник №26, с. 3526.

ПРАВОВОЙ СТАТУС ЭМБРИОНА И РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ

П. С. Афанасьева – студентка 230 группы педиатрического факультета

Кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - ст. преподаватель Н. Н. Тимофеева

Актуальность. В течении длительного периода вопрос о правовом статусе эмбриона остаётся открытым. В настоящее время в связи с развитием вспомогательных репродуктивных технологий, появлением таких методов, как суррогатное материнство, криоконсервация половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а такжеэкстракорпоральное оплодотворение вопрос о правах эмбриона встаёт наиболее остро.

Цель исследования:определить правое положение эмбриона в законодательстве РФ; рассмотреть правовой статус эмбриона в международном праве; осветить правовые и этические вопросы, связанные с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы исследования:анализ нормативных актов, судебной практики в

т.ч. решений Европейского суда по правам человека,научной и философской литературы по проблеме.

Результаты исследования.Взаконодательстве РФ имеются нормы, защищающие права человека и беременных женщин. Например, в ст. 105 УК РФ к числу отягчающих вину обстоятельств относится убийство женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности; согласно ст. 111 УК РФ прерывание беременности является причинением тяжкого вреда здоровью. Правой статус эмбриона отдельно не закреплен. Эмбрион может как выступать в роли объекта, по поводу которого возникают имущественные правоотношения, так и обладать косвенными признаками правосубъектности. Международные правовые документы закрепляют правовую защиту ребенка как до, так и после его рождения. В научной литературе нет единой позиции в отношении момента начала охраны человеческой жизни. Абсолютистская позиция основана на ценности эмбриона на всех этапах развития. Либеральная не признаёт ценность эмбриона, или определяет её как незначительную. Умеренная - признаёт права эмбриона по достижении им определенных этапов развития или жизнеспособности.

Выводы. Проблемы репродуктивных прав человека, прав эмбриона и применения методов ВРТ являются спорными с нормативно-правовой и этической точек зрения.Государство должнообеспечить правовое регулирование данных вопросов.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ОТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А.С. Пугач - студент 1534 группы лечебного факультета,

А.В. Хромец - студент 1511 группы лечебного факультета

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

УО «Белорусский Государственный Медицинский Университет», Минск, Беларусь

Научный руководитель – к.м.н., доц. Т. П. Павлович

Актуальность. Развитие осложнений после оперативных вмешательств является хоть и нежелательным, но неизбежным следствием данных процедур, по данным различных источников составляющим от 1.5 до 31% от общего числа вмешательств. Данные осложнения требуют проведения дополнительного лечения, что выражается в увеличении затрат средств на излечение данного пациента, то есть, являются экономическими потерями. По различным причинам данные об осложнениях в официальных документах не отражается, что мешает их оценке.

Цель исследования. Оценка объема и характеристика экономических потерь от послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ медицинских карт пациентов, взятых из архивов общехирургического отделения Учреждения Здравоохранения «4-я Городская Клиническая Больница имени Н. Е. Савченко» и отделения хирургии №1 Учреждения Здравоохранения «5-я Городская Клиническая Больница», попадающие под критерии отбора: диагноз, который соответствует послеоперационному осложнению; поступление пациента в стационар с диагнозом «состояние после оперативного вмешательства» либо переведенные в отделение гнойной хирургии после операции, проведенной в том же отделении; проведение последней госпитализации в то же отделение, в котором до этого был оперирован данный пациент. Стоимость койко-дня взята из ежегодного итогового отчета УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко». Были использованы программы Excel 2012, Statistics 10.0.

Результаты исследования. За период с 1 ноября 2015 года по 1 февраля 2017 года в первом отделении хирургии УЗ «5-я ГКБ» было произведено 5503 оперативных вмешательства, среди которых выявлено 16 случаев послеоперационных осложнений. За тот же период в общем хирургическом отделении УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко» было выполнено 2492 оперативных вмешательства, количество выявленных осложнений- 20. Частота осложнений составляет 0,88% для УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко» и 0,28% для УЗ «5-я ГКБ». Медиана возраста поступивших составила 52 (38-58) года. Статистически значимым есть различие по длительности медикаментозного лечения осложнений у пациентов в 4 и 5 ГКБ – 5(3-8) и 10 (6-13) суток соответственно, что в пересчете на стоимость составляет 13988 рублей экономических потерь на 1 пациента. Явно значимого различия по срокам выздоровления при использовании оперативного и консервативного методов, а также зависимости длительности лечения от пола и возраста выявить не удалось.

Выводы. Частота регистрируемых осложнений составила 45 случаев на 10000 прооперированных, но лишь в 33,3% случаев осложнение потребовало оперативного лечения. Нет статистически значимого различия в сроках госпитализации при использовании оперативного и консервативного методов лечения, а также от пола и возраста. Выявлены значимые различия длительности госпитализации пациентов 4 и 5 ГКБ, что привело к экономическим потерям в 13988 руб. в пересчете на 1 пациента.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАНИЦИИ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

О.М. Анищенко – студентка 314 группы, лечебный факультет

Кафедра физической культуры

ФБГОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Научный руководитель - к.пед.н., старший преподаватель А. Р. Труль

Актуальность исследования. С каждым годом число студентов с ослабленным здоровьем растет. В связи с малоподвижным образом жизни, повышенным уровнем стресса студенты нуждаются в увеличении физической активности в течение дня. Главной задачей физической культуры (ФК) является сохранение и поддержания здоровья студентов. ФК является компонентом общей культуры, психического и физического становления, профессиональной подготовки студента в течение периода обучения.

Цель исследования: Изучить проблему организации занятий по физической культуре на примере СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Материалы и методы. Для получения данных был составлен опросник, состоящий из 20 вопросов. Был проведен опрос среди студентов 3-его курса университета, посещающих занятия по ФК.

Результаты. Всего приняло участие: 51 человек (76,5 % (39 чел) девушек и 23,5 % (12 чел) юношей). Все являются студентами 3-его курса. Полностью удовлетворены занятиями – 10 %, частично – 55 %, негативно к занятию относятся – 35 %. Причины, по которым студентов не удовлетворяет качество занятий стали: неудобное расписание – 69 %, отношение преподавателей – 43 %, плохо оборудованный зал – 23.5 %. Пропускали занятия по ФК без уважительной причины большинство опрошенных – 65 %. Многие ссылались на то, что в этот день проходят сложные занятия по другим дисциплинам – 60 %. Большинство опрошенных считает, что на качество занятий влияют: хорошо оборудованные спортивные залы – 43 %, занятия маленькими группами – 43%, наличие современных тренажерных залов – 50 %. На данный момент студенты оценивают состояние спортивного зала как удовлетворительное – 41 %. Студенты, которые хотели бы улучшить контакт с преподавателем – 60 %. Студенты, считающие, что занятия по ФК улучают их физическое здоровье – 43 %, нет – 24 %, 30 % указали на то, что занимаются спортом вне университета.

Выводы. Для наилучшей организации занятий по ФК следует уделить внимание на правильно составленное расписание, наличие хорошо оборудованных залов и современных

тренажерных, а также занятия небольшими группами. Также установлено, что большое значение имеет налаженный контакт «преподаватель – студент».

Оглавление

ТЕРАПИЯ 6

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С.Г. Гамидова – аспирант 6

СОДЕРЖАНИЕ ЭНДОТЕЛИНА-1 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ РАЗЛИЧНОГО ПОЛА Х.И. Ибрагимова - ассистент 8

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИИ Д.З. Панахова - клинический ординатор 12

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ПЕРИНДОПРИЛА И ИНДАПАМИДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Д.З. Панахова - клинический ординатор 15

КОРЕЛЛЯЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ НА ФОНЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЭАГ Н.Б. Ханмурзаева - к.м.н., ассистент, Ханмурзаева С.Б. - аспирант 16

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ И НЕ АССОЦИИРОВАННЫМ С ИНФЕКЦИЕЙ HELICOBACTER PYLORI РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. МАХАЧКАЛЫ С 2015 ПО 2017 ГГ. Л.Н. Мусаева - старший лаборант 18

КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ГЛЮТЕИНЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИАКИИ М.А. Омарова – студентка 602 группы лечебного факультета, А.С. Абасова – ассистент 19

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК Э.Ф. Байрамова – студентка 516 группы лечебного факультета 20

СИНДРОМ ЖИЛЬБЕРА А.Ч. Джапаров - студент 3 курса лечебного факультета 21

ОСНОВНЫе ТРУДНОСТи ТЕРАПИИ НА ПОСТГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОлИТОМ О.М. Анищенко – студентка 314 группы лечебного факультета 23

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭТИОЛОГИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА А.Г. Кокина - студентка 6 курса 24

ПСИХОЭМОЦИНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ М.Р. Ахмадуллин – студент 341 группы лечебного факультета 26

ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ А.Э. Бабайцева - студентка 3 курса лечебного факультета 27

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ К.А.Магомедова – ассистент кафедры факультетской терапии, М.Б. Исмаилова – студентка 421 группы лечебного факультета 29

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ Е.А. Екимова, Е.В. Климова — студенты 452 группы лечебного факультета 31

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОГО ТРАКТА М.Ф. Залова - студент 341 группы лечебного факультета 32

ИЗУЧЕНИЕ КОМОРБИДНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОК СТАРШЕ 50 ЛЕТ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ЭТАПЕ ПРАКТИКИ ПОМОЩНИКА ВРАЧА

НА БАЗАХ ОТДЕЛЕНИЙ КАРДИОЛОГИИ И НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ ОГБУЗ «СМОЛЕНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» В 2015-2017 ГОДАХ Ю.А. Волынкина, А.С. Романова – студентки 507 группы лечебного факультета 34

КОРОНАРНЫЙ КАЛЬЦИНОЗ КАК ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ А.В. Алексеева, О.Н. Аристова – студентки 603 группы лечебного факультета 36

ОЦЕНКА УРОВНИ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КИРОВА ОБ ОЖИРЕНИИ И ОТНОШЕНИЯ К ЛИЦАМ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА Д.Ф. Хайрутдинова., М.Н. Плаксина, Г.И. Гарипова - студентки 3 курса лечебного факультета 38

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ФИЗИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ И ПЛЕВРИТОМ Е.В. Волк, К.В. Воронцова – студентки 1315 группы лечебного факультета 42

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА Ю. Я. Шелкович[1] – ассистент, А. В. Копыцкий[2] – старший преподаватель 43

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ: АНАЛИЗ ДАННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ Р.М. Беридзе – студент 327 группы лечебного факультета 46

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ЕЕЛЕЧЕНИЕ НОЛИПРЕЛОМ А ФОРТЕ И КРЕСТОРОМ М.Г. Атаева - студентка 604 группы лечебного факультета, С.А. Салихов - студент 604 группы лечебного факультета 47

ЭКСПРЕССИЯ CXCR3 РЕЦЕПОРОВ НА ПОВЕРХНОСТИ В-ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С.В. Девбунова - студентка 1313 группы лечебного факультета 50

КОМПЛЕКСНОЕ РАССМОТРЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА НА ПРИМЕРЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО, ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТОВ Е.Е. Круглов – аспирант 52

ХИРУРГИЯ 55

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У.О. Алигаджиева - студентка 605 группы лечебного факультета, В.Т. Меджидов - студент 614 группы лечебного факультета, Р.М. Максимова - студентка 525 группы лечебного факультета, А.С. Алиев -студент 640 группы лечебного факультета 55

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Д.А. Монастырская - студент 1.5.10 в группы лечебного факультета, Н.О. Сомов - аспирант 56

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ TAVI И ОТКРЫТОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ ПАЦИЕНТОВ И ПЕРИОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ Д. В. Ковалевская – студент 1537 группы лечебного факультета 57

СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ П.Ж. Батирмирзаева - студентка 403 группы педиатрического факультета, З.А. Свелиманов - аспирант 59

КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И НАСЫЩЕНИЕ КИСЛОРОДОМ ГЕМОГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В ИНТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДАХ ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, М.П. Магомедов, А.С. Абасова 63

ПУТИ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА И УРОВНЯ АМПУТАЦИЙ НОГ У ДИАБЕТИКОВ Р. И. Исалаев - студент 502 группы педиатрического факультета,

З. М. Шамилова - студентка 411 группы педиатрического факультета..... 66

ПРОКАЛЬЦИТОНИН – МАРКЁР ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ И СЕПСИСА З. М. Шамилова - студентка 411 группы педиатрического факультета, Р. И. Исалаев - студент 502 группы педиатрического факультета..... 69

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА Х.М. Магомедов, К.А. Магомедова, Ш.Ш. Бекмирзаев, Ш.М. Хандулаев..... 72

ВЕЛИКИЙ МАГ СКАЛЬПЕЛЯ О ДАГЕСТАНЕ И ДАГЕСТАНЦАХ А. М. Магомедова - студентка 411 группы педиатрического факультета..... 73

АМПЛУТАЦИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА УРОВНЕ БЕДРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ А. М. Магомедова - студентка 411 группы педиатрического факультета..... 79

ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫ Е С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ В.Т. Меджидов - студент 614 группы лечебного факультета..... 81

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ И КОМПРЕССИЕЙ ЛЕГКОГО А.А. Омаров - студент 415 группы педиатрического факультета, Ш.А. Апашева..... 83

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И ПО БАССИНИ-ПОСТЕМПСКОМУ О.В. Толстова - студентка 2.5.03 группы педиатрического факультета..... 86

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ А.Г. Атаян – студент 633 группы лечебного факультета..... 86

ОЦЕНКА ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛИНЕЗОЛИДА В ОТНОШЕНИИ ОСНОВНЫХ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ШТАММОВ А.Ю. Кузьменков - аспирант..... 88

ЛЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ, ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ А.И. Коваленко, П.П. Шевченко..... 89

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ И ПО БАССИНИ-ПОСТЕМПСКОМУ О.В.Толстова — студентка 2.5.03 группы педиатрического факультета..... 91

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА Алиева М. М. – студентка 402 группы лечебного факультета Ибрагимова Х. У. – студентка 301 группы лечебного факультета..... 92

РЕТРОСПЕКТИВНОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ Н.С. Ткачук – курсант группы 4401 военно-медицинского факультета..... 94

VAC-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОНЫМ СТЕРНОМЕДИАСТИНИТОМ Д. В. Ковалевская – студент 1537 группы лечебного факультета..... 96

ДИНАМИКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД Е.Ю. Авдеева – студент 4 группы лечебного факультета98

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ Е.Ю. Авдеева, В.И. Гайдукевич – студенты 4 группы лечебного факультета 99

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР СПОСОБА ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЁНКИ М.Г. Атаева, Н.Г. Рагимова, С.А. Салихов, Н.Н. Султанова 102

ДИНАСТИЯ ВЫДАЮЩИХСЯ ХИРУРГОВ РОДОМ ИЗ ДАГЕСТАНА Д.Г. Хайбулаева, студентка 213 группы педиатрического факультета, З.К. Гереева 103

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ИЗ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ РКБ И.Н. Альбориев, У.А. Гаджиев, Р.З. Закариев, Р.И. Исламова, О.Г. Гаджиев 106

СТОМАТОЛОГИЯ 109

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИИ ГЕПАТИТА В В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТАХ И МЕРЫ ЕЁ ПРОФИЛАКТИКИ Х. К. Варачанова - студентка 111 группы стоматологического факультета 109

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОГО СООТВЕТСТВИЯ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ ПОД ДЕЙСТВИЕМ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОСВЕЩЕНИЯ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова 112

ПРОТОКОЛЫ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСКРИВЛЁННЫХ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ. ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ВРАЧЕЙ – ЭНДОДОНТИСТОВ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова 113

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ ПЛОМБ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ ГИГИЕНЫ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова 114

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НА ПОЛИМЕРНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИИ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А Султанова, П.А. Нурмагомедова 115

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, З.К. Махмудова, М.А. Султанова, К.А. Байрамов 117

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ УДАЛЕНИЯ НЕКРОТИЗИРОВАННЫХ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов 118

КЛИНИЧЕСКОЕ СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕТРАКЦИОННЫХ НИТЕЙ НА ОСНОВЕ КАЧЕСТВА ОТПЕЧАТКОВ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов 119

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВАЗИЛАЗЕРА (НЕКОРЕГЕНТНОГО КРАСНОГО СВЕТА) В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПАРОДОНТА И ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев[1], М.Н. Меджидов[1], А.Н. Акавов[2] – клинический ординатор 121

МОДИФИКАЦИЯ ГЛИКОПОЛИМЕРОВ ДЕСЕН ЧЕЛОВЕКА НА ФОНЕ

ВОСПАЛЕНИЯ: ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов 122

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЫСТРОЙ ДЕЗИНФЕКЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ НАКОНЕЧНИКОВ С ПОМОЩЬЮ ДЕЗРАСТВОРОВ Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.-А.Г. Будайчиев, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова 123

ИССЛЕДОВАНИЯ IN VITRO ПРОТИВОМИКРОБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ СИЛЛЕРОВ ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ДЛЯ ОБТУРАЦИИ СИСТЕМЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ Г.М-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.Н. Меджидов, Э.А. Курбанова 124

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕЛИЙ - НЕОНОВОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ Н.Б. Гамзалова – аспирант, Г.М.-А. Будайчиев - клинический ординатор, М.Н. Меджидов 126

КУЛЬТЕВЫЕ ВКЛАДКИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФИКСАЦИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор 127

МЕТОДИКА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК И МОСТОВИДНЫХ ПРОТЕЗОВ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ СОСТОЯНИЯ МЕЖЗУБНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор 129

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЛОЖКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОТТИСКОВ Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор 130

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЗАМЕЩЕНИЯ ВКЛЮЧЕННЫХ И КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ДЕНТАЛЬНИМИ ИМПЛАНТАМИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор 131

ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕМПЕРАТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОСТИ ЗУБА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ КОРОНОК ИЗ САМОТВЕРДЕЮЩИХ ПЛАСТМАСС Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор, Д.А. Гаджиев[2] - клинический ординатор, А.Н. Акавов[2] - клинический ординатор 133

ВЛИЯНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННО ПРОРЕЗАННЫХ ЗУБОВ НА СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ П.Р. Багатаева[1] – ассистент, К.А. Байрамов[1] – ассистент, Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор.,[1] А.Ф. Алимирзоев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[1] - студент 3 курса 134

ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОЙ СИНЕРГЕТИКИ В ОРТОДОНТИИ К.А. Байрамов[1] – ассистент, П.Р. Багатаева[1] – ассистент, Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор.,[1] А.Ф. Алимирзоев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[1] - студент 3 курса 135

ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ А.Ф. Алимирзоев[1] - клинический ординатор, Г.М.-А. Будайчиев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[2] -студент 3 курса 137

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Г.М.-А. Будайчиев[1] - клинический ординатор. А.Ф. Алимирзоев[2] - клинический ординатор, М.М. Аталаев[1] - студент 3 курса 138

ВЫБОРОЧНОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ КАК ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП

ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА С ДИСТАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ - II КЛАСС 1 ПОДКЛАСС ПО ЭНГЛЮ Г.М.–А. Будайчиев - клинический ординатор, А.Н. Чудинов.....139

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЖИДКОГО ХЛОРОФИЛЛА ПОСЛЕ АТИПИЧНОГО УДАЛЕНИЯ РЕТИНИРОВАННЫХ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ Ш.Р. Махмудов - ассистент, С.Р. Минкаилова – доцент, М.М. Аталаев – студент 3 курса, Г.М-А. Будайчиев – клинический ординатор.....140

ЭЛЕКТРОННАЯ ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ "QUICK SLEEPER" КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЕГО МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ Ш.Р. Махмудов - ассистент, С.Р. Минкаилова – доцент, М.М. Аталаев – студент 3 курса, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор.....141

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОИМПЛАНТАТОВ В КОМПЛЕКСНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ И ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ Ш.Р. Махмудов - ассистент, С.Р. Минкаилова – доцент, М.М. Аталаев – студент 3 курса, Г.М.-А. Будайчиев – клинический ординатор.....143

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ М.В. Заблоцкая – студентка 18 группы 3 курса стоматологического факультета 144

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета, Т.А. Абакаров 145

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕНИОПЛАСТИКИ КАК ЭТАПА ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СКЕЛЕТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ П. Н. Омарова – студент 5 группы стоматологического факультета 148

ИСПЫТАНИЯ СПОСОБА УПРОЧНЕНИЯ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ВРЕМЕННЫХ ПРОТЕЗОВ С. В. Лагутенков - студент 5 курса стоматологический факультет, Г.С. Геворгян - студент 4 курса стоматологического факультета, Е.О. Петрикас – студентка 5 курса стоматологического факультета, Э.А. Змеева - аспирант кафедры ортопедической стоматологии.....149

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИОСЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПУТЕМ УСТРАНЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО ОЧАГА 152

И. С. Сулейманов - студент 210 группы стоматологического факультета, Т. Т. Османова, Ю. Н. Кажлаев.....152

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА ПУТЕМ ОЦЕНКИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ И. С. Сулейманов - студент 210 группы стоматологического факультета, Т. Т. Османова, Ю. Н. Кажлаев 155

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ НА СИМУЛЯЦИОННОМ КУРСЕ СТОМАТОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОТРЕНАЖЕРНОГО БЛОКА И. С. Сулейманов - студент 210 группы стоматологического факультета М.Г. Абакаров, Ю. Н. Кажлаев 157

МОДЕЛИРОВАНИЕ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ПРЯМОМ МЕТОДЕ ИХ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БЕЗЗОЛЬНОЙ ПЛАСТМАССОЙ PATTERN RESIN LS М. Ш. Хизиева – студентка 504 группы стоматологического факультета 159

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ГИПОФУНКЦИИ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ А.В. Бутаева - студентка 504 группы стоматологического факультета, С.М. Исаева.....161

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОТЕРАПИИ А.В. Бутаева - студентка 504 группы стоматологического факультета, Х.О. Омарова 163

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА КАФЕДРАХ СТОМАТОЛОГИИ ДГМУ Э.Ш. Гусейнова 164

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР П.А. Рамазанова - студентка 504 группы стоматологического факультета, С.Х. Курбанова 166

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ А.З. Закарьяев[1] - аспирант, М.Н. Меджидов[1], Д.А. Шихнебиев[2] 168

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ РЕСТАВРАЦИЯ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ Э.Г. Шахаева - студентка 306 группы стоматологического факультета, М.Г. Шахаев – молодой ученый, Г.Ш. Шахаев – ассистент 170

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ЧАСТИЧНОГО СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА Э.Г. Шахаева - студентка 306 группы стоматологического факультета, М.Г. Шахаев – молодой ученый, Г.Ш. Шахаев – ассистент 171

ВОПРОСЫ НЕСЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В РАБОТАХ УЧЕНИКОВ ПРОФЕССОРА А.И. ДОЙНИКОВА И.Э. Нагиева - преподаватель 173

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ 176

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКА «ВИБАТИВ» ПРИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТАХ М.Г. Абдулатипова – врач анестезиолог-реаниматолог, М.А. Омарова - студентка 602 группы лечебного факультета, Р.С. Гитиновасов – студент 643 группы лечебного факультета 176

ПРИНЦИПЫ МОДАЛЬНОСТИ АНАСТЕЗИИ ПРИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ Р.С. Гитиновасов – студент 643 группы лечебного факультета, М.А. Омарова - студентка 602 группы лечебного факультета, М.М. Гаджиева - студентка 536 группы лечебного факультета, У.О. Алигаджиева - студентка 605 группы лечебного факультета 177

ПРОФИЛАКТИКА КАПИЛЛЯРНОЙ УТЕЧКИ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ М.А. Омарова – студентка 602 группы лечебного факультета, Д.М. Аджиева – студентка 602 группы лечебного факультета, ... 178

Р.С. Гитиновасов – студент 643 группы лечебного факультета 178

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ И МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЭПИДУРАЛЬНОМ ОБЕЗБОЛЕВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ Е. Г. Федюк – студентка 13 группы 5 курса лечебного факультета, Н.А. Брикач - студентка 15 группы 5 курса лечебного факультета 180

ПЕДИАТРИЯ И ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ 182

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦНС НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ДО ГОДА Р.М. Манапова - ассистент 182

КЛИНИЧЕСКАЯ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА У ДЕТЕЙ А.М. Абакарова - молодой ученый 184

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ НОВЫХ СХЕМ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ А. К.

Абукеримова А.К. – студентка 506 группы лечебного факультета И. А. Вальц - студент 508 группы лечебного факультета *187*

ВЕРОЯТНОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМОВ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ: ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА И КЛЕРКА-ЛЕВИ-КРИСТЕСКО, В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ А.В. Богданова, К.В. Дорожей – студентки 2306 группы педиатрического факультета *189*

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У.С. Белько – студент 2315 группы педиатрического факультета *190*

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ: ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ А.В. Богданова, К.В. Дорожей – студентки 2306 группы педиатрического факультета… *192*

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА А.А.Закарялова[1], С. М-С. Газиев[1] – студентки 401 группы педиатрического факультета, Г.В. Гаджиева[2] – врач-ординатор *193*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДИСФУНКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА З.М. Идрисова, П.М. Абдусаламова – студентки 10 группы 5 курса педиатрического факультета, Р. М. Манапова - ассистент *195*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ МАТЕРЕЙ П.А. Гарелина[1] - студентка, А.Н. Герасимова[2] - врач-неонатолог, С.А. Ульяновская[3] *198*

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И СТРУКТУРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ С ПОЗИЦИИ МКФ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА К.В. Голикова – научный сотрудник *200*

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ РСО-АЛАНИИ Т.Д. Карсанов., К.Г. Суладзе - студенты 4 курс педиатрического факультета *202*

ДВА СЛУЧАЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА Н.Д. Меджидова[1], М.Н. Меджидов[2], Д.А. Шихнебиев[3] *204*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У МЛАДЕНЦЕВ В РСО-АЛАНИЯ М.И. Битиева - студентка, Г.М. Габараев - студент, И.Г Макиева - студентка *204*

ВЗАИМОСВЯЗЬ БИЛИРУБИНА КРОВИ И ВЫРАЖЕННОСТИ ЖЕЛТУХИ ПО ШКАЛЕ КРАМЕРА Э.Е. Зияшева - интерн-педиатр *206*

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ М.К. Маженова - интерн-педиатр 748 группы *209*

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С АНЕМИЧЕСКИМ, ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКИМ И НЕЙТРОПЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМАМИ И.Т. Дорошенко – научный сотрудник *210*

ДИАГНОСТИКА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОРОСЛОСТЬЮ И.Т. Дорошенко – научный сотрудник *212*

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ 214

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ ПЕРЕД КАРДИОХИРУРГИЕСКИМИ ОПЕРАЦИЯМИ В.А. Ластовка – аспирант 1-го года . *214*

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ Овсейчик Д.А. – студент 5 группы педиатрического факультета *215*

ПАХОВАЯ ГРЫЖА У ДЕТЕЙ Овсейчик Д.А. – студент 5 группы педиатрического факультета ***218***

МЕТОДИКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПО NUSSУ ДЕТЕЙ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ Х.А. Дарбишева – студентка 505 группы педиатрического факультета ***221***

КОНСТАНТИН ИВАНОВИЧ ЧУЛОВСКИЙ - ОСНОВОПОЛОЖНИК ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В ОМСКЕ И.А. Атанова – студентка 136 группы педиатрического факультета ***224***

ГЛАЗНЫЕ БОЛЕЗНИ 226

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКСТРАСКЛЕРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ НА РЕФРАКЦИОННУЮ СТРУКТУРУ ГЛАЗА З. К. Магарамов - врач-ординатор, А. Б. Абдулаев - врач-офтальмохирург, А.М. Абакарова- клинический ординатор ***226***

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДАННЫХ ВИЗОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ МАКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ М.М. Магомедова - врач-ординатор, М.М. Нурудинов - врач-ординатор, Х.А. Яхъяева - клинический ординатор ***228***

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ КЕРАТОКОНУСА 1 - 3 СТАДИЙ А.Б. Магамедова - врач-ординатор ***231***

ОДНОВРЕМЕННЫЙ T-CAT EPILASIK В СОЧЕТАНИИ С КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ А.М. Агмадов - ассистент, Г.Ф. Байрамова - клинический ординатор ***234***

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МИОПИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО И ДАГЕСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Э.И. Джонназаров[1] – студент 5 курса лечебного факультета, С.М. Дибирова[2] - студентка 6 курса лечебного факультета ***237***

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРАЕВОЙ МИОТОМИИ С СРЕДИННОЙ ДУБЛИКАТУРОЙ К ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМ МЫШЦАМ ПРИ КОСОГЛАЗИИ Э.И. Джонназаров – студент 5 курса лечебного факультета, С.М. Дибирова - студентка 6 курса лечебного факультета ДГМУ ***238***

НОВАЯ ТАБЛИЦА JEI/JEI ДЛЯ ИСЛЕДОВАНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ГЛУХОНЕМЫХ ДЕТЕЙ Э.И. Джонназаров[1] – студент 5 курса лечебного факультета, С.М. Дибирова[2] - студентка 6 курса лечебного факультета ***241***

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ 247

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РОЛИ ОЖИРЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ М.А. Идрисова – аспирант 3-го года обучения ***247***

ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ М.А. Идрисова – аспирант 3-го года обучения ***250***

ОСТЕОПЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ И.М. Алиева - аспирант 1-го года обучения ***253***

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСАМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ М.Н. Ахмедова – аспирант 1-го года обучения ***254***

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ Д. А. Серажудинова – аспирант 2 года обучения ***256***

НАШ ОПЫТ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И

ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ С.М. Абдурахманова – студентка 602 группы лечебного факультета, А.Р. Гаджиева – студентка 604 группы лечебного факультета, Д.Р. Багомедова – студентка 639 группы лечебного факультета ***258***

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ ДИАГНОСТИКИ БЕСПЛОДИЯ АССОЦИИРОВАННЫМ АДЕНОМИОЗОМ А.М. Меджидова – аспирант 2-го года обучения ***261***

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТОВАРИОЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА В УСЛОВИЯХ ЙОДОДЕФИЦИТА ***262***

Д.К. Мурадова – аспирант 1-го года обучения ***262***

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РОСТА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙКИШКИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ П.С. Самурханова – аспирант 1-го года обучения ***264***

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЗМА КОСТНОЙ ТКАНИ МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ А.Б. Гасанова - ассистент ***266***

ПЕРИ - И ПОСТМЕНОПАУЗА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЙОДОДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ М.А. Магомедалиева – аспирант 1-го года обучения ***267***

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ У МНОГОРОЖАВШИХ И ИХ КОРРЕКЦИЯ З.М. Касумова – аспирант 2-го года обучения ***270***

ВЫРАЖЕННОСТЬ МЕНОПАУЗАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОК С ЭПИЛЕПСИЕЙ А. М. Тетекаева - аспирант 1 года ***272***

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РЕЗУЛЬТАТЕ КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НИЗКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ И ПЕЛОИДОТЕРАПИИ М. И. Омарпашаева - аспирантка второго года ***274***

ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ ВЕДЕНИЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ П.О. Омарова - клинический ординатор 1-го года, Д.Р. Меджидова, Н.С.-М., Омаров, Е.М. Шифман ***276***

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ Э.Г. Герейханова - аспирант кафедры, Э. С.-А. Ибрагимова - аспирант кафедры, И. Х. Магомедова – студентка 326 группы лечебного факультета ***279***

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИРОДНЫХ И ПРЕФОРМИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО САЛЬПИНГООФОРИТА У ЖЕНЩИН СО СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ В КУРОРТНО-РЕКРЕАЦИОННЫХ ЗОНАХ КРЫМА А.Б. Мамбетова - студентка 511 группы 1 медицинского факультета, Н.С. Поканевич – студент 609 группы 2 медицинского факультета ***282***

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА В АКУШЕРСТВЕ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ Г. К. Церцвадзе, 5 курс, педиатрический факультет ***285***

АКУШЕРСКИЙ СЕРКЛЯЖНЫЙ ПЕССАРИЙ: ДВЕ СТОРОНЫ ОДНОЙ МЕДАЛИ В.А. Улыбышева – студентка 6А группы 5 курса ЛД, Н.С. Данчева – студентка 4А группы 5 курса ЛД ***286***

КЛИНИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ МОНОХОРИАЛЬНЫХ МНОГОПЛОДНЫХ БЕРЕМЕННОСТЕЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ ЗА 2017 ГОД М.Л. Козлова, А.В. Жильцова., А.В. Антипова - студентки 4 курса лечебного факультета 287

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ПРИЧИН ОЧЕНЬ РАННИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2014 и 2016 гг. А.К. Абукеримова – студент 506 группы лечебного факультета..... 288

РОЛЬ ПЕРЕНЕСЕННЫХ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНОЙ ОРВИ И ГРИПА В РАЗВИТИИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ Д.А. Мурзаева, А.К. Абукеримова – студентки 524 группы лечебного факультета..... 289

ИНФРАКРАСНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ-ОСЕТИЯ АЛАНИЯ А. И. Цакоева, А.А. Урумова - студенты лечебного факультета..... 291

ГЕМОГЛОБИНОПЕНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ (ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ) Е.В. Черствая - студент 5 курса лечебного факультета..... 293

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПРИМЕРЕ МОЗЫРСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МОЗЫРСКОЙ ЦГБ Г.П. Лузан - студентка 136 группы лечебного факультета 295

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ А.Н. Капустина – студентка 5 курса лечебного факультета..... 298

ВЛИЯНИЕ ЛЕГКИХ НА КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ Ш.А. Рахимова - аспирант 300

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОКОАГУЛЯЦИЮ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ Ш.А. Рахимова - аспирант 303

ГЕНИТАЛЬНЫЙ СЕПСИС В СТРУКТУРЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ Н.Г. Ашурова – к.м.н., ст. ассистент, С.Б. Бобокулова – клинический ординатор 1-го года обучения 306

АКУШЕРСКИЕОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И.И. Тошева – ассистент, Ф.И. Саидова – студентка 202 группы лечебного факультета..... 307

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Н.Г. Ашурова – к.м.н., ст. ассистент, В.А. Киличева – студент 405 группы лечебного факультета 308

НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ 311

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭПИЛЕПСИИ М.А. Аскевова - аспирант, М.Д. Шанавазова -ассистент, С.Б.Ханмурзаева - ассистент 311

ФЕБРИЛЬНЫЕ И АФФЕКТИВНО-РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРИСТУПЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ СТРУКТУРНЫХ ЭПИЛЕПСИЙ Ф.А. Мурачуева–аспирант 2 года обучения 315

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИОРЕЛАКСАНТОВ ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ С. Б. Ханмурзаева[1] - ассистент 317

ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ А.А. Зинченко, Е.К. Зоркин – студенты 511 группы 1-го медицинского факультета.. 324

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ПРОЯВЛЕНИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ) А. В. Кметь , И. В. Коротеева - студенты ***325***

ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ МАРКЁРОВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА О.Н. Красноруцкая - доцент, И.С. Добрынина - доцент, Д.Ю. Бугримов - доцент, Ю.А. Котова - ассистент ***327***

ОСОБЕННОСТИ И ТЕМПЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «ФЕТАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ» Абасова А.К. – студентка 434 группы педиатрического факультета, Кожевникова Е. Ю. – студентка 424 группы лечебного факультета, Маиз Б.О. – студентка 409 группы лечебного факультета ***330***

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 333

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН М.Э. Гасанова, Э.Э. Велиева – студентки 506 группы лечебного факультета, И.Т. Шахбанов – студент 313 группы лечебного факультета ***333***

БОЛЕЗНЬ ФИЛАТОВА В РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ-ОСЕТИЯ АЛАНИЯ А. А. Урумова А.И. Цакоева - студентки 5 курса ***335***

АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭПИДНАДЗОРУ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ Ю.А. Лыгина - ассистент кафедры, А.Р. Коцюрба - ординатор, Р.Н. Андреев - врач-интерн ***337***

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Е.Д. Анискович, Т.В. Захаренко – студентки 3506 группы медико-профилактического факультета ***339***

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ: СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В БЕЛАРУСИ Е.В. Горбачева − студент 3608 группы медико-профилактического факультета ***341***

ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА МИКРОСПОРИИ В СТОЛИЦЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И.С. Задора - студентка 3503 группы медико-профилактического факультета ***344***

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ В ПАРТИЗАНСКОМ РАЙОНЕ ГОРОДА МИНСКА ЗА 2004–2016 ГОДЫ С.В. Кузьмич - студентка 3502 группы медико-профилактического факультета ***346***

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ А. Ю. Новикова – студент 3408 группы медико-профилактического факультета ***347***

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К БЕЗИНТЕРФЕРОНОВОЙ ТЕРАПИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С I ГЕНОТИПА Халилов А.М.- студент 3508 группы медико-профилактического факультета, Шилова М.А.- ассистент ***349***

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АСКАРИДОЗА В Г. ЛУГАНСКЕ И ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ И.А. Лохматова – ассистент, А.Г. Стеценко – студентка 6 курса педиатрического факультета ***352***

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ОСОБЕННОСТЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ А.А. Шамко - студент 539 группы лечебного факультета, К.Р. Корольчук – студент 415 группы лечебного факультета ***355***

ГЕРИАТРИЯ 358

КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН Б.М.-Г .Далгатова - ассистент, Ч.Н. Шарапудинова, Б.И. Алиева, М. У. Мирзамагомедов, М.Г. Атаева, - студентки 617, 622, 604 групп лечебного факультета ***358***

МЕСТО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ГЕРИАТРА М.Г. Атаева, С.А. Салихов – студенты 604 группы лечебного факультета, ... ***360***

Б.М.-Г. Далгатова - ассистент ***360***

ПОЛИПРАГМАЗИЯ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО, ПРЕСТАРЕЛОГО, СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ З.М. Гарунова, М.А. Багандова, З.Н. Дундарова - студентки 615 группы лечебного факультета ***363***

ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ И ВПХ 366

КИНЕЗО- И МЕХАНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА Х.Р. Халилюлин - студент 529 группы лечебного факультета ***366***

КОНТРАКТУРА ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ П.А. Коробов; М.С. Цимлянская - студенты ОЛД-419 ..... ***368***

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА А.С. Ленковец - студент , В.И. Козлова - студентка ***370***

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА А.Ф. Габрусь - студент 611 группы лечебного факультета ***371***

ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОБЛАСТИПРОТЕЗИРОВАННОГО ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ Е.Г. Федюк, В.В. Микишко - студентки 13 группы лечебного факультета ***373***

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА В.В. Микишко, Е.Г. Федюк - студентки 13 группы лечебного факультета ***375***

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ 377

ПАРША - АЛОПЕЦЕВИДНАЯ ФОРМА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ К. М. Гаджимурадова - студентка 510 группы лечебного факультета, М. М. Гаджимурадова - студентка 121 группы лечебного факультета ***377***

ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ 379

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН С.К. Рамазанова – студентка 428 группы лечебного факультета, К.А. Магомедова – ассистент ***379***

К ВОПРОСУ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИНГИБИТОРАМИ ФНО-α И.Е. Герасимов, И.А. Расмагина - студенты 6 курса лечебного факультета ***381***

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОБЫ МАНТУ, ДИАСКИНТЕСТА И КВАНТИФЕРОНОВОГО ТЕСТА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ Н.В. Качан, Е.В. Романова - студентки 1423 группы 4 курса лечебного факультета ***382***

УРОЛОГИЯ 384

КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ П.М. Ахмедова, С.С. Маллеев - клинические ординаторы, З.А. Гасанова - студентка 6 курса лечебного факультета384

АВТОНОМНЫЙ БЛОК ПИТАНИЯ УРЕТРОСКОПА П.М. Ахмедова, С.С. Маллеев - клинические ординаторы, З.А. Гасанова - студентка 6 курса лечебного факультета387

УХОД ЗА ЦИСТОСТОМОЙ П.М. Ахмедова, С.С. Маллеев - клинические ординаторы388

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ 391

ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ У ПАЦИЕНТОВ САХАРНЫМ ДАБЕТОМ 1го и 2го ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ САМОКОНТРОЛЯ Н.С. Молчанов – студент 401 группы лечебного факультета.....391

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И.М. Магомедова.....392

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕПРЕРЫВНОЙ ПОДКОЖНОЙ ИНФУЗИИ ИНСУЛИНА (НПИИ) И МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОДКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ ИНСУЛИНА (МПИИ) Е.В. Романова -студентка 1423 группы 4 курса лечебного факультета.....396

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ.....398

ФУНКЦИОНАЛЬНО-СБЕРЕГАЮЩАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА С.М. Магомедов, П.М. Абдусаламова, З.М. Идрисова.....398

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В.Д. Артемьева, А.Ю. Николаенко, Е.А. Савченко - студентки 1 «А» группы 5 курса медицинского института, специальность лечебное дело 400

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ТРИЖДЫ НЕГАТИВНЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Б.Б. Выжигина – студентка 607 группы лечебного факультета.....402

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В СТАДИРОВАНИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЙ БИОПСИИ И. М. Стрижанков – студент 633группы лечебного факультета, В. А. Бачук – студент 637 группы лечебного факультета 405

КОРРЕЛЯТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ Ю. О. Майстренко, А. В.Кузнецова – студентки 327 группы лечебного факультета 408

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ОНКОМАРКЕРА СА 15.3 В ПРОЦЕССЕ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С.С. Якуббекова, Х.Н. Мухтаржанова, Н.С. Турсунова, Д.З. Мамарасулова411

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ С.С. Якуббекова, Х.Н. Мухтаржанова, Н.С. Турсунова, Д.З. Мамарасулова 412

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ 414

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ, ЛОФАНТОМ АНИСОВЫМ А.А. Альтамирова, Х.У. Джабраилова, М.А. Карсамова, С.С. Юсупова - студенты лечебного факультета 414

КУРОРТОЛОГИЯ, ФИЗИОТЕРАПИЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА 416

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ М.Л. Козлова М.Л., В.И. Волкова – студентки 4 курса лечебного факультета 416

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАЗРЫВЕ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА М.Л. Козлова студентка 4 курса лечебного факультета 418

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО

ОСМОТРА О.А. Тихонова[1] – клинический ординатор, Е.И. Горячева[2] – клинический ординатор ***420***

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТАЛОГИЕЙ ПОЛОСТИ РТА В УСЛОВИЯХСАНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ А.С. Каммаева - студентка 307 группы стоматологического факультета ***422***

ФАРМАКОЛОГИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ,ФАРМАКОЭКОНОМИКА И ФАРМАЦИ́Я....424

АПИТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Д.М. Исаева - студентка 504 группы лечебного факультета ***424***

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ НОЛОДАТАКА У ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ С.Б. Ханмурзаева[1] – аспирант ***425***

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ Р.М. Беридзе – студент 327 группы лечебного факультета, А.А. Конюшенко – студентка 328 группы лечебного факультета ***429***

ИЗУЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ АСПЕКТОВ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ УКРАИНЫ А.С. Пироговская - студентка 5 курса фармацевтического факультета ***432***

АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН Т.С. Раджабов - студент 307 группы педиатрического факультета ***434***

ГЕНЕРИЧЕСКАЯ ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. ПРОБЛЕМА ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ Ю.В. Климович, Б.А. Каминская – студентки 1534 группы лечебного факультета ***436***

ПРОБЛЕМА ИНСУЛЬТА В СОВРЕННОМ ДАГЕСТАНЕ А.Ч. Джапаров - студент 3 курса лечебного факультета ***437***

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ФЛАВОНОИДОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ЛИСТЬЯХ ОДУВАНЧИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО, ПРИ ПОМОЩИ КАЧЕСТВЕННЫХ РЕАКЦИЙ Е. С. Шендерова - магистрант ***439***

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ....444

МНЕНИЕ РАБОТАЮЩЕГО В ОРГАНИЗАЦИЯХ СТРОЙИНДУСТРИИ НАСЕЛЕНИЯ О КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ М.А. Гамзаева[1] - аспирант, У.Г. Ильясова[2] - ассистент, Ф.Б. Адигюзелов - аспирант ***444***

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ДГМУ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Л.А. Биячуева, Н.С. Молчанов – студенты 4 курса лечебного факультета ***446***

С.Р. Гаджиев – студент 2 курса стоматологического факультета ***446***

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ИНФАРКТА МОЗГА И ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА Н.Д. Метелица, З.Я. Вагидова, Д.В. Далинкина - студентки 506 группы медико-профилактического факультета ***449***

О ГУМАННОСТИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ТРАНСПОРТЕ М.А. Махсубова – студентка 265 группы стоматологического факультета ***452***

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СМОЛЕНСКОМ РЕГИОНЕ А.С. Романова, Ю.А. Волынкина – студентки 507 группы лечебного факультета ***454***

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В НЕКОТОРЫХ ОБЛАСТЯХ

ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ЗА 2011-2016 ГОДЫ М.В. Федоровский, Т.Е. Кайряк 456

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВИЧ + ТУБЕРКУЛЕЗ В.И. Волкова, А.В. Антипова, М.Л. Козлова – студентки 409 группы лечебного факультета 458

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ОТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ А. С. Пугач - студент 1534 группы лечебного факультета, А. В. Хромец - студент 1511 группы лечебного факультета 459

РОЛЬ ТИПА ЛИЧНОСТИ D В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С.В. Баранников – студент 403 группы лечебного факультета, Э.В. Балданов – студент 406 группы лечебного факультета, С.З. Цыдендамбаева – студентка 407 группы лечебного факультета 461

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ - РОДИТЕЛЬ» А. И. Совецкая, И. С. Задора – студентки 3503 группы медико-профилактического факультета 462

ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ И.В. Белогрудова - студентка 5 курса 507 группы медико-профилактического факультета 464

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ БОД И ХОБЛ ВЗРОСЛОГО И ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ПО СОСТОЯНИЮ НА 2017 г. М.Ш. Магомедов - студент 518 группы лечебного факультета 466

ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА И ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Б.М. Айсаева - клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии 467

АНАТОМИЯ ЧЕЛОВЕКА 472

МОРФОЛОГИЯ ЛИМФОИДНЫХ СТРУКТУР ОТДЕЛОВ СЛЕПОЙ КИШКИ (МАТЕРИАЛЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ) Г.Р. Ахмедова - студентка 215 группы лечебного факультета 472

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ АРТЕРИИ ГОЛЕНИ ЧЕЛОВЕКА «КОМПЛЕКСНЫМИ СОСУДАМИ»? А.В. Баров - ассистент 474

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ С.В. Девбунова - студентка 1313 группы лечебного факультета 476

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СТОПЫ ПЛОДОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ГЕСТАЦИИ Д.В. Бахарев – молодой ученый, старший преподаватель, Д.В. Пантелеева – студентка 306 группы лечебного факультета, Д.С. Лошкарева – студентка Л104 группы лечебного факультета 478

НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 481

К ВОПРОСУ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА ДГМУ И.Р. Рагимова – студентка 506 группы педиатрического факультета 481

«VALEOАКТИВ» - ПЯТЬ ЛЕТ В ДЕЙСТВИИ З.М. Гарунова - студентка 615 группы лечебного факультета 483

КОНЦЕНТРАЦИЯ ЛЕПТИНА И ЕГО СВЯЗЬ С АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У ДЕВУШЕК С РАЗЛИЧНЫМ СОМАТОТИПОМ Е.А. Мусихина - аспирант первого года обучения 485

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 488

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАЗИЙ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ Т.Д. Позднякова, Р.Ш. Агбалян - студентки 488

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ 490

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Е.Е. Пьянкова - студент 2 курса медико-диагностического факультета, А.А. Сидоренко студент 3 курса педиатрического факультета, М.С. Томчук - студент 2 курса медико-диагностического факультета, А.Д. Покалюк - студент 4 курса медико-диагностического факультета 490

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У КУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКИХ ВУЗОВ А.А. Сидоренко - студент 3 курса педиатрического факультета, Е.Е. Пьянкова - студентка 2 курса медико-диагностического факультета, А.Д. Покалюк - студент 4 курса медико-диагностического факультета 491

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ 493

О ТЕХНИКЕ РЕЗЕКЦИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ М.А. Максудова – студентка 206 группы стоматологического факультета, А.Г. Абдуллаева – студентка 609 группы педиатрического факультета, З.А. Нурмагомедова, П.М. Багандова, М.Г. Атаева, И.О. Магомедова – студентки 604 группы лечебного факультета 493

ПОДГОТОВКА БУДУЩИХ ХИРУРГОВ НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ИМЕНИ МАХАЧЕВА А. О. М.З. Лугуев, М.М. Хамидов, М.М. Гамзалов, Д.Н. Бурлуцкий, Р.М. Максимова - студенты 5 курса лечебного факультета 495

ОБЩАЯ ГИГИЕНА И ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА 497

ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ А.А. Альтамирова, Х.У. Джабраилова, М.А. Карсамова, С.С. Юсупова - студенты лечебного факультета 497

БИОМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ М.И. Шепиева – студентка 306 группы направления подготовки «Лечебное дело», З.М. Кадыров – студент 208 группы направления подготовки «Лечебное дело» 498

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ 1-2 КЛАССОВ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНЯХ М.Р. Исаханова, Е.С. Свирежева - студентки 301 группы педиатрического факультета 500

АДАПТАЦИОННЫЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗМА СТУДЕНТОВ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ А. Г. Сычевич - студентка 3502 группы медико-профилактического факультета 501

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОСМЕТИЧЕСКИХ ГЕЛЕЙ С АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМИ СВОЙСТВАМИ ДЛЯ РУК, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ А. В. Романович, Е.В. Багрим - студенты 3 курса лечебного факультета 504

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ Д. А. Трусанов, Т. А. Сафаров - студенты 118 группы лечебного факультета 506

МОТИВАЦИОННАЯ СФЕРА ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНАХ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ А.И. Алферова – младший научный сотрудник 508

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ ПО ТЕЛЕФОНУ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ В ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЕ 15 -24 ГОДА Ч.Б. Бекбасарова[1], Н.Э. Айдарова[1,2] - студентка 5 курса лечебного

факультета, , И.Т. Акунова[1,2] - студентка 5 курса лечебного факультета, Г. Курманбек кызы[1] *509*

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ Е.С. Мироненко, Е.С. Волощик *512*

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖЬЮ Ю.А. Аврамчикова, Е.В. Ровдо (Кочерго) – студенты 3501 группы медико-профилактического факультета *515*

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ПОЛА Т.Н. Шеметовец, Д.А. Титова - студентки 3504 группы медико-профилактического факультета *517*

СЕЗОННОСТЬ ОБРАЩЕНИЙ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ДАГЕСТАНА ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ Ю.М. Атаева – студентка 528 группы лечебного факультета *518*

КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА 522

ПРЕАНАЛИТИЧЕСКИЙ ЭТАП ПРИ АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ П.А. Борисова, Д.В. Далинкина - студентки 505 и 506 групп медико-профилактического факультета ... *522*

МИКРОБИОЛОГИЯ 524

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ Р.С. Ахмедова – аспирант, А.М. Моллаева – аспирант/ассистент *524*

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛАВИТОЛ» НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ С.М. Малачилаева - студентка 102 группы фармацевтического факультета *527*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА (по данным бактериологической лаборатории РПТД МЗ РД) М.К. Гасанов - студент18 группы 2 курса лечебного факультета *530*

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ И СЛЮНЫ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗАХ С. Алиева, А. Халималова - студентки 311 группы лечебного факультета *532*

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ M.BOVIS (по данным бактериологической лаборатории РПТД МЗ РД) С.А. Алиев, Р.З. Маммаев - студенты 4 курса лечебного факультета, Д.К. Нурмагомедова - студентка 2 курса лечебного факультета *534*

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ K. PNEUMONIAE У БОЛЬНЫХ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С.М. Абдулатипова[1] – врач-бактериолог, З.М. Саидова[2] – ассистент *536*

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ H. INFLUENZAE В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ З.М. Саидова[1] – ассистент *538*

РАЗРАБОТКА ПРОБИОТИЧЕСКОГО НАНОБИОПЛАСТА НА ОСНОВЕ ПОЛИМЕРНЫХ НАНОГРАНУЛ, ИОНОВ СЕРЕБРА И ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТКАНЕЙ РАЗНЫХ БИОТОПОВ МАКРООРГАНИЗМА Е.В.Частоедова – студентка 403 группы лечебного факультета *540*

ОБЩАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ 543

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ РУТИНА В РАЗНЫХ СОРТАХ ИНДИЙСКОГО ЧАЯ Маллу Шриниваса Рэдди - студент 238 группы лечебного факультета (англоязычная группа) *543*

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАПАВЕРИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕГО ИОННОГО АССОЦИАТА С. Р. Алимова – студентка 4 курса фармацевтического факультета ***546***

СТУДЕНЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ОБРАЗ ЖИЗНИ Р.Н. Багаутдинов - студент 212 группы педиатрического факультета ***549***

МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА 553

РАЗРАБОТКА ПРОТОТИПА ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАНЕЛИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МНОГОФАКТОРНЫХ ФОРМ МИАСТЕНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ А.В. Петрова – студент 436 группы лечебного факультета ***553***

БИОТЕХНОЛОГИЯ 556

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОБАКТЕРИАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ НА РОСТ И РАЗВИТИЕ БИОПЛЕНОК КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ А.Ю. Пиядина – студентка 29-01 группа центра магистерских программ ***556***

ВОЗДЕЙСТВИЕ НАНОЧАСТИЦ СЕРЕБРА НА РОСТ И РАЗВИТИЕ БИОПЛЕНОК КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ А.Ю. Пиядина – студентка 29-01 группы центра магистерских программ ***557***

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА 559

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ К.Я. Шугаева - к.м.н., ассистент , А.А. Далгатова - к.м.н., ассистент ***559***

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ КРАШ-СИНДРОМЕ К.Я. Шугаева - к.м.н., ассистент , А.А. Далгатова - к.м.н., ассистент ***560***

ДЕЙСТВИЕ КИСЛОРОДА И АЗЕОТРОПНОЙ СМЕСИ НА ГЕМОЦИРКУЛЯЦИЮ И НАСЫЩЕНИЕ КИСЛОРОДОМ КРОВИ КИШЕЧНИКА А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, А.С. Абасова ***562***

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СПАЕК В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ А.М. Магомедов, М.Р. Рамазанов, Э.А. Алиев, А.С. Абасова ***564***

ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ВОДОРАСТВОРИМЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ФУЛЛЕРЕНА С[60] В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТАВА И СТРУКТУРЫ СОЕДИНЕНИЙ Е.А. Савинова[1,2] – студентка 3.5.11 «б» группы Медико-биологического факультета В.А. Сергеева[2] – аспирант (3 год обучения), А.А. Кальянов[2] – аспирант (2 год обучения), Е.М. Малиновская[2] – докторанты (04.02.1983) ***567***

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ У КРЫС Е. Н. Чепелева – ассистент ***570***

ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКАЯ И АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОСТКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИИ И РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ С Н. Чепелев – ассистент ***573***

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ПРУДОВИКА ОБЫКНОВЕННОГО А.В. Якименко - студентка 4 курса ***575***

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО,ЭКОНОМИКА И МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ 579

АДМИНИСТРАТИВНО – ПРАВОВОЙ СТАТУС МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Р.М. Раджабов[1] – к.ю.н., доцент, Ю.С. Дибиров[2] - преподаватель ***579***

ПРАВОВОЙ СТАТУС ЭМБРИОНА И РЕАЛИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ П. С.

Афанасьева – студентка 230 группы педиатрического факультета 581

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОТЕРЬ ОТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ А.С. Пугач - студент 1534 группы лечебного факультета, А.В. Хромец - студент 1511 группы лечебного факультета 582

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ.....584

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАНИЦИИ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ О.М. Анищенко – студентка 314 группы, лечебный факультет 584

М А Т Е Р И А Л Ы

66-й
ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ISBN 978-5-904292-41-6

ISBN 978-5-904292-41-6