За 2015 год в 63-й Всероссийской научной конференции молодых учёных и студентов с международным участием в ДГМУ – от нашей кафедры было представлено 3 работы:

**1. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНКА ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ к ЛЕЧЕНИЮ В ИНФАРКТНОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**№2 (г. МАХАЧКАЛА)**

Абдуллаев А.М., студент 3 курса лечебного факультета

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Саидов М.З.*

**2. ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ ОТ ЛЕЙКОЗОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

Рамазанова А.Э., студентка 3 курса лечебного факультета

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Курбанов К.З.*

**3. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ЭЭГ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

Магомедова А.М., студентка 3 курса лечебного факультета

*Научные руководители: д.м.н., проф. Саидов М.З., к.м.н, асс. Алиев К.Т.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ОЦЕНКА ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ к ЛЕЧЕНИЮ В ИНФАРКТНОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**№2 (г. МАХАЧКАЛА)**

Абдуллаев А.М., студент 3 курса лечебного факультета

*Кафедра патологической физиологии, ДГМА Научный руководитель: д.м.н., проф. Саидов М.З.*

**Актуальность.** Смертность больных острым коронарным син- дромом(ОКС), частота возникновения у них различных осложнений остаются высокими. Причем отмечаются выраженные различия соот- ветствующих показателей как между разными странами, регионами, так и отдельными лечебными учреждениями. Учёт характеристики больных с ОКС и приверженности лечению актуальны для правиль- ной организации лечебно-диагностических мероприятий в будущем, рационального и эффективного использования медикаментозных средств для этой категории пациентов.

**Цель:** получить объективную и достоверную информацию о де- мографических, анамнестических характеристиках больных с ОКС, а также о реальном повседневном лечении больных с ОКС в Республи- канской больнице №2 (РБ №2), г. Махачкала; на основании получен- ной информации определить пути улучшения стационарного лечения больных с ОКС.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ медицинских стационарных карт пациентов, поступивших в инфарктное отделение РБ №2 с выкопировкой материала из них со- гласно протоколу анализа. Для исследования выбраны медицинские стационарные карты пациентов, поступивших в I квартале 2013 г. (сплошная выборка).

**Результаты исследования.** Всего проанализировано 136 медицин- ских карт пациентов, поступивших с диагнозом «ОКС». Средний возраст включенных больных составил 64,7±12,1 лет (минимум 31, максимум 93 года). Доля женщин составляла 42,8%. Анамнестические данные их представлены в табл. 1. В большинстве случаев до поступления в ста- ционар пациенты страдали артериальной гипертензией и сахарным диа- бетом (в 90% случаев 2 типа). Курение имело место в 32% случаев.

В первые дни наблюдения показатели биохимического лабора- торного исследования повышались: АСТ у 8%, АЛТ у 12%. Положи-

тельный тропониновый тест регистрировался у 4% поступивших лей- коцитоз – в 23% случаев ОКС.

Таблица 1.

## Анамнестические данные пациентов, включенных в исследование

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Есть (%)** | **Нет (%)** |
| Заболевания легких | 10,5 | 89,5 |
| Стабильная стенокардия | 47,8 | 52,2 |
| Артериальнаягипертензия | 76,4 | 23,6 |
| Сахарный диабет | 19,3 | 80,7 |
| Курение | 32% | 68% |

Самыми часто применяемыми группами препаратов оказались β- адреноблокаторы (БАБ) и антиагреганты, реже применяются ингиби- торы АПФ. Кроме этого в 54% случаев пациентам назаначались ста- тины, а в 68% – антикоагулянты (таблица 2).

Таблица 2.

## Частота использования различных препаратов у пациентов с ОКС

|  |  |
| --- | --- |
| **Препарат** | **Частота использования (%)** |
| β-адреноблокаторы внутрь | 83 |
| Статины | 54 |
| Ингибиторы АПФ | 39 |
| Антикоагулянты | 68 |
| Антиагреганты | 82 |

Вовсе не применялись чрескожные вмешательства (ЧКВ) – ангио- пластика и стентирование.

Наиболее часто регистрируемым ЭКГ-признаком у поступивших с ОКС является нарушение реполяризации (46%). Другие изменения на ЭКГ: блокады проводящей системы желудочков сердца наблюда- лись в 32% случаев, подъём сегмента *ST* – у 6%, депрессия сегмента *ST* – у 13%, патологический зубец *Q* – у 5%.

При выписке основным клиническим исходом ОКС по данным исследования является прогрессирующая и впервые возникшая стено- кардия (таблица 3).

Таблица 3.

## Клинические диагнозы при выписке из стационара

|  |  |
| --- | --- |
| **Диагноз при выписке** | **Частота (%)** |
| Прогрессирующая стенокардия | 43 |
| Стенокардия напряжения | 15 |
| Впервые возникшая стенокардия | 33 |
| Не ИБС | 4 |
| Инфаркт миокарда | 5 |

Подавляющее большинство выписанных пациентов – это пациен- ты с нестабильной стенокардией: прогрессирующая стенокардия – у 43%, впервые возникшая стенокардия – у 33%. Клинические диагно- зы, не относящиеся к ИБС – в 4% случаев.

В такой небольшой выборке из 136 пациентов в течение трехме- сячного периода анализа медицинских карт случаев смерти не наблю- далось.

## Выводы.

1. У пациентов с ОКС наиболее часто применяемыми препаратами являются β-адреноблокаторы и антиагреганты, реже применяются ста- тины и ингибиторы АПФ. ЧКВ (ангиопластика и стентирование) не используется вообще.
2. У абсолютного большинства больных ОКС трансформировался в нестабильную стенокардию (у 43% прогрессирующая, у 33% впер- вые возникшая), инфаркт миокарда развился только у 5% пациентов.
3. Отразилась часть недостатков лечения больных ОКС, являю- щихся типичными для всего лечения ОКС в нашей стране – недоста- точное полное следование современным руководствам по лечению, что пагубно отражается на исходах.

лет, в период от 1.12.2014г. по 1.03.2015г. Все больные находились на этапе стандартного лечения после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с формированием гемипареза.

Всем больным, на 4-5 день был назначен массаж и ЛФК, продол- жительностью 10-12 дней.

Всем больным проводилась оценка степени пареза, пораженных конечностей, при помощи шестибальной шкалы мышечной силы.

Пациенты были распределены на 2 группы. Первая группа боль- ных (14 человек) на момент начала проведения ЛФК и массажа имела 0 балла, вторая группа (6 человек) – 1 балла.

**Результаты исследования.** На 10-12 день после проведения кур- са лечении массажем и ЛФК все пациенты повторно проходили тести- рование, по шестибальной шкале оценки мышечной силы.

В первой группе больных у 7-ми человек сила мышц пораженной конечности составил 1балл, у 5-ти человек - 2 балла, у 2-х мышечный тонус не изменился.

Во второй группе исследуемых сила мышц достигла у 3-х пациен- тов 2 балла, у 2-х пациентов 3 балла, у одного пациента 4 балла.

## Выводы.

Применение классического и сегментарного видов массажа, и проведение ЛФК, достоверно улучшает результаты восстановительно- го лечения пациентов, с нарушением двигательных и чувствительных функций после инсульта.

Наилучшие результаты восстановительного лечения, отмечаются при ежедневном проведении массажа, на протяжении двух недель, с началом курса лечения, не позднее, чем на 5-е сутки от начала заболе- вания.

**ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ ОТ ЛЕЙКОЗОВ В ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

Рамазанова А.Э., студентка 3 курса лечебного факультета

*Кафедра патологической физиологии ДГМА Научный руководитель: к.м.н., доцент Курбанов К.З.*

**Актуальность.** Злокачественные новообразования кроветворной ткани (лейкемии) являются одной из актуальных проблем современ- ной онкологии. Острые лейкемии составляют около 50-60% от всех лейкемий, причем острая миелобластная лейкемия встречается не- сколько чаще, чем острая лимфобластная лейкемия. Хронические лей- кемии составляют около 40-50% от всех лейкемий, причем хрониче- ская лимфоцитарная лейкемия встречается несколько чаще, чем хро- ническая миелоцитарная лейкемия [Давыдов М. И., 2007].

Если четверть века назад большинство больных острыми лейко- зами погибало в течение первых месяцев заболевания без достижения ремиссии, то в настоящее время от 10 до 80% больных (в зависимости от возраста, формы заболевания, группы риска) могут рассчитывать на длительную выживаемость и выздоровление [Глузман Д. Ф., 2000].

**Цель:** оценка и анализ смертности от лейкозов населения различных возрастных групп для выявления проблемных популяций Дагестана.

**Материал и методы.** Материалы для проведения исследования по данной теме были получены из базы данных министерства здраво- охранения республики Дагестан за 2010-2014 годы.

 Таблица 1.

## Классификация гемобластозов

|  |  |
| --- | --- |
| КодМКБ-10 | Группы болезней лимфоидной и кроветворной тканей |
| C90 | Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточныеновообразования |
| C91 | Лимфоидный лейкоз [лимфолейкоз] |
| C92 | Миелоидный лейкоз [миелолейкоз] |
| C93 | Моноцитарный лейкоз |
| C94 | Другой лейкоз уточненного клеточного типа |
| C95 | Лейкоз неуточненного клеточного типа |
| C96 | Другие и неуточненные злокачественные новообразованиялимфоидной, кроветворной и родственных им тканей |

Показатели смертности описаны в виде средней арифметической (М), стандартного квадратического отклонения (SD), 95% доверитель- ного интервала (95%ДИ).

Математическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета программы Microsoft Excel.

**Результаты.** Как видно из таблицы 2, самый высокий показатель смертности от лимфоидного лейкоза (С91) (табл. 1) приходится на возраст старше 75 лет. Анализируя возрастные группы, можно отме- тить, что максимальная смертность приходится на 60 – 74 года, а ми- нимальная – на 15-29 лет.

Таблица 2.

## Смертность от лейкемий (С90-С96), на 100 000 населения РД

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код МКБ-10 | Возраст | Всего |
| 0-14 | 15-29 | 30-44 | 45-59 | 60-74 | >75 |
| С90 | 0,03 | 0,02 | 0,21 | 1,24 | 3,26 | 1,99 | 0,52 |
| С91 | 1,28 | 0,75 | 0,90 | 2,17 | 4,78 | 8,72 | 1,62 |
| С92 | 0,40 | 0,42 | 0,69 | 1,37 | 5,71 | 3,74 | 1,05 |
| С93-С96 | 0,06 | 0,02 | 0,10 | 0,40 | 0,93 | 0,50 | 0,18 |
| Общийитог | 1,77 | 1,21 | 1,90 | 5,18 | 12,68 | 14,97 | 2,34 |

Таблица 3.

## Смертность от лейкемий (С90-С96), на 100 000 населения РД

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Возрас- тные группы,лет | Год | М | SD | 95%ДИ |
| 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | от | до |
| **С90-С96** | **3,90** | **3,41** | **2,76** | **3,13** | **2,83** | **3,20** | **0,47** | **2,62** | **3,78** |
| 0-14 | 2,46 | 1,77 | 0,95 | 1,88 | 1,34 | 1,68 | 0,57 | 0,97 | 2,39 |
| 15-29 | 1,55 | 1,42 | 1,18 | 1,06 | 0,59 | 1,16 | 0,37 | 0,70 | 1,62 |
| 30-44 | 2,98 | 1,15 | 1,47 | 1,46 | 1,95 | 1,80 | 0,72 | 0,91 | 2,69 |
| 45-59 | 4,73 | 5,20 | 5,01 | 5,47 | 4,26 | 4,93 | 0,47 | 4,36 | 5,51 |
| 60-74 | 16,76 | 15,94 | 11,21 | 14,26 | 12,61 | 14,13 | 2,29 | 11,28 | 16,97 |
| >75 | 17,15 | 18,89 | 13,23 | 9,19 | 14,94 | 14,55 | 3,75 | 9,90 | 19,20 |

Из данных таблицы 3 видно, что максимальный показатель смертности от лейкемий (С90-С96) пришелся на 2010 год, а мини- мальный - на 2012 год. Анализ динамики показателя смертности от лейкемий по возрастным группам показал разнонаправленность тен- денций за 5 лет (табл. 3).

Как видно из таблицы 4, динамика смертей от всех форм лейкозов в сельской местности мало отличается от таковой в городах. В целом, чем ниже находится местность над уровнем моря, тем выше показа- тель смертности. Соответственно, за 5 лет в высокогорных районах меньше людей умерло от лейкозов, чем в низменных районах и горо- дах (табл. 4).

Таблица 4.

## Смертность от лейкемий (С90-С96), на 100 000 населения РД

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| КодМКБ-10 | Рав-нина | Пред-горье | Внутри-горье | Высо-когорье | Сельскаяместность | Города | РД |
| **С90-С96** | **3,2** | **3,4** | **3,6** | **3,0** | **3,3** | **3,5** | **3,4** |
| 0-14 | 2,0 | 2,0 | 1,3 | 1,9 | 1,8 | 1,6 | 1,8 |
| 15-29 | 1,5 | 2,2 | 1,7 | 1,3 | 1,6 | 0,7 | 1,2 |
| 30-44 | 1,6 | 2,3 | 2,8 | 1,7 | 2,0 | 1,8 | 1,9 |
| 45-59 | 5,4 | 5,6 | 4,5 | 5,0 | 5,2 | 5,1 | 5,2 |
| 60-74 | 13,6 | 11,5 | 17,3 | 9,9 | 13,2 | 16,6 | 14,7 |
| >75 | 8,9 | 6,6 | 10,3 | 9,7 | 8,9 | 28,9 | 14,9 |

**Выводы.**

Таким образом, смертность от лейкозов РД значительно увеличивается в возрасте 60 лет и старше. К наиболее неблагополучным экозонам по смертности от лейкемий относятся города и внутригорье. В структуре смертности от лейкемий лидирующее место занимает лимфолейкоз.

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДА ЭЭГ В ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

Магомедова А.М., студентка 3 курса лечебного факультета

*Кафедра патологической физиологии; кафедра неврологии и нейрохирургии*

*Научные руководители: д.м.н., проф. Саидов М.З., к.м.н, асс. Алиев К.Т.*

**Актуальность.** Рассеянный склероз занимает третье место по распространенности среди неврологических заболеваний ЦНС, пора- жающих в молодом трудоспособном возрасте (20 – 40), и активно прогрессирует и «омолаживается», охватывая все более юный контин- гент больных. Показатели распространенности РС в Дагестане на мо- мент проведения исследования составляет 7,5 на 100 тыс. населения. С 70-х годов уровень заболеваемости рассеянным склерозом увели- чился втрое.

Диагностика РС на ранних стадиях имеет большое значение, так как иммуномодулирующая терапия, назначаемая для лечения, имеет наибольшую силу воздействия именно на начальных стадиях развития заболевания.

**Цель данного исследования** - продемонстрировать значимость метода электроэнцефалографии и установить его эффективность в ди- агностике рассеянного склероза на ранних стадиях, а также отметить виды обнаруживаемых при помощи ЭЭГ патологических изменений.

## Материалы и методы исследования.

В ходе исследования были проанализированы электроэнцефало- граммы 50 пациентов, прошедших обследование и лечение в отделе- нии неврологии – 3 РЦКБ с различными типами РС, с тяжестью нев- рологического дефицита не более 5 баллов по шкале EDSS Были составлены групповые статистические таблицы, отображающие клинические показатели лиц, принявших участие в исследовании..

## Результаты исследования:

Обнаружение тета- и дельта- волн на ЭЭГ гарантированно свиде- тельствует о дальнейшем неблагоприятном прогнозе течении заболева- ния. Повышение показателя нормированных спектров мощности во всех отведениях на 1-2 Гц также является признаком наличия демиели- низирующей патологии. У большинства пациентов с ремитирующим типом РС наблюдаются умеренные изменения на ЭЭГ дезорганизован- ного характера, в то время как у пациентов с прогрессирующей острой формой РС – разлитое раздражение диэнцефальных структур мозга

ЭЭГ в качестве диагностического метода, как правило, использу- ется комплексно с методом вызванных потенциалов, однако в качест- ве самостоятельного исследования наглядно демонстрирует патологи- ческие изменения в работе нервной системы. Является наиболее ши- роко практикуемым в Дагестане методом диагностики РС.

Таблица 1

### Демографические и клинические характеристики лиц, принявших участие в исследовании

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип течения РС | РРС | ППРС | ВПРС |
| Число больных | 16 | 25 | 9 |
| Пол (жен./муж.) | 11/5 | 22/3 | 3/6 |
| Возраст дебюта | 25 ± 4 | 43 ± 4 | 35 ± 0,40 |
| Возраст на мо- мент исследова-ния | 32± 4,3 | 48 ± 3,7 | 37± 4,5 |
| Среднегодовая частота обостре-ния | 0,5 | 1 - 2 | 0,5 - 1 |

В табл. 1 представлены клинико-демографические данные пятидеся- ти больных РС, из которых 36 – женщины, 14 – мужчины. По гендерной статистике в стадии РРС и ППРС преобладают женщины, в стадии ВПРС

преобладают мужчины. Основная возрастная категория больных – лица от тридцати до пятидесяти пяти лет. В стадии РРС отмечается наиболее юный возраст дебюта заболевания (21 год), в стадии ППРС – наиболее поздний (52 года). Самой распространенной стадия развития РС в Даге- стане является Первично-прогрессирующий. Среднегодовая величина обострений имеет наивысший показатель в стадии ППРС.

## Выводы.

1. Метод ЭЭГ является достаточно информативным для поста- новки диагноза «рассеянный склероз»
2. При помощи ЭЭГ возможно обнаружить показатели, точно позволяющие определить диагноз РС
3. При проведении диагностики на ранней стадии развития забо- левания вероятность дальнейшего благоприятного прогноза вследст- вие медикаментозной терапии значительно повышается.

## Литература

1. И.Д. Столяров. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, спе- циалисты - СПб.: «Элби СПб», 2008. – 320 с.
2. Е.И. Гусев. Рассеянный склероз. Клиническое руководство. (М.: Реал Тайм, 2011, 528 с: ил.)
3. Н.Н. Яхно. Болезни нервной системы - М.: Медицина, 2005. - 744 с.
4. Зенков Л.Р - Клиническая электроэнцефалография с элемента- ми эпилептологии – 2004.
5. Martin A. Samuels. Manual of Neurologic Therapeutics – 1995
6. Бисага Г. Н. - Рассеянный склероз: диагностика и патогенетиче- ская терапия – 2004.